



Medizinische Universität Graz



Fonds Gesundes  
Österreich

UNIVERSITÄTSLEHRGANG  
**PUBLIC  
HEALTH**  
Management in der Krankenversorgung  
und Gesundheitsförderung

# Medizinische Universität Graz

Universitätslehrgang Public Health

## **Gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Grundlagen für einen gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsbericht**

### **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Public Health (MPH)

Eingereicht von: Karin Groller  
Mat.Nr.: 1033399

Unter der Anleitung von Betreuerin:  
Frau Univ. Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Anita Prettenthaler-Ziegerhofer

Zweitbegutachtung: Frau Dr.<sup>in</sup> Ines Stamm

Graz, August 2014

***„Als Lebewesen wünschen wir uns alle, Glück zu finden und Leid zu vermeiden. Unser Verlangen nach Gesundheit, nach vollständigem körperlichem und geistigem Wohlbefinden ist Ausdruck dessen, denn jeder Mensch möchte gesund, niemand krank sein. Infolgedessen ist Gesundheit nicht eine Angelegenheit von rein persönlichem Interesse, sondern ein universelles Anliegen, für das wir alle Verantwortung tragen.“***

Dalai Lama

# Kurzzusammenfassung

**Hintergrund:** Die Zweite Frauenbewegung kämpfte in den 1970er-Jahren vehement gegen jede Form der Entmündigung und setzte einen Meilenstein in Bezug auf das bis heute gelebte und geltende Recht auf Gesundheit. Zahlreiche völker- und gemeinschaftsrechtliche Abkommen bilden die Grundlage für die Aufrechterhaltung dieses Menschenrechts. In der Masterarbeit soll geklärt werden, ob eine gesetzliche Verankerung von Gender-Gesundheitsberichten (GGB) zur Qualitätssteigerung des österreichischen Gesundheitssystems beitragen und richtungsweisend in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention bis hin zur Kuration ist. Zudem sollen die Vor- und Nachteile, die ein solches Gesetz mit sich bringen kann, dargestellt werden.

**Methodik:** Für die ausführliche Literaturrecherche wurden geeignete Monographien, Journale, Internetdokumente aus dem In- und Ausland sowie internationale Gesundheitsorganisationsseiten und Österreichische und Schweizer Gesetze verwendet. Weiters wurde eng mit dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammengearbeitet, um den theoretischen Teil der Arbeit bestmöglich zu abbilden. Die Datenanalyse wurde mittels empirischer qualitativer Inhaltsanalyse in Form von leitfadengestützten Experten/inneninterviews durchgeführt. Auf Basis des theoretischen und empirisch qualitativen Teils wurde die Masterarbeit verfasst.

**Ergebnisse:** Völker- und gemeinschaftsrechtliche Abkommen bilden die Grundlage für die Aufrechterhaltung des Rechts auf Gesundheit. Um (Gender-) Gesundheitsberichte gesetzlich zu fordern, ist zumal ein salutogenetisches Gesundheitsverständnis Voraussetzung, zudem ist in Österreich ein Nachholbedarf in der Erhebung von geschlechtsspezifischen Gesundheitsdaten zu verzeichnen, die die Grundlage für das Verfassen von Gender-Gesundheitsberichten bilden.

**Schlussfolgerung:** Die Integration von verbindlichen Qualitätsstandards muss fester Bestandteil in der Gesetzgebung sein, um die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern und somit zur Erhöhung der Bevölkerungsgesundheit beizutragen. Public Health kann dabei eine Schlüsselrolle spielen und helfen: erstens in der Erhebung von Gesundheitsdaten und zweitens GGB so zu gestalten, dass sie von der Politik sowie von allen relevanten Organisationen und Personengruppen auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene genutzt werden können. Erst dann macht es Sinn, Gesundheitsberichte (GB) gesetzlich zu fordern.

**Schlüsselwörter:** Recht auf Gesundheit, Gesundheit als Menschenrecht, (Gender-) Gesundheitsberichterstattung, Gesetz, Österreich, Schweiz, Public Health

# Abstract

**Background:** In the 1970's the Second feminist movement was fighting against any form of female incapacitation. This movement was a milestone in connection to today's official human right to health. Many agreements in Public International Law and Community Law build the basis for the preservation of this human right.

This Master thesis investigates if a legal entry in the Gender Health Report will contribute to a quality improvement of Austria's health system and lead to a new direction in the field of health improvement, prevention and curation. Additionally, the positive and negative aspects of such a law will be discussed.

**Method:** The theoretical part of this paper is based on intensive literature research in suitable international monographs, journals and internet documents as well as international health organisations and Austrian and Swiss law. Furthermore, a close cooperation with the Austrian ministry for health was established to ensure the best possible way to illustrate the theoretical part. The data analysis in the empirical part of this thesis is based on a qualitative content analysis performed by guided expert interviews. This master thesis is based on the theoretical and the empirical qualitative part.

**Results:** Public International Law and Community Law form the basis for preserving the human right to health. In order to manifest (Gender) Health Report in the law a salutogenetic health understanding has to be established first. Furthermore, Austria is still lacking behind in collecting and evaluating gender specific health data which would build the basis for Gender Health Reports.

**Conclusion:** The integration of obligatory quality standards has to become an integral part in the legislative process in order to improve the quality of the Austrian health system and thus increase the population's health. Public Health plays a key role: firstly it helps collecting health data and secondly it builds the basis for the Gender Health Report which can be used by politics and other relevant organisations and persons – in the community, regionally and nationally. Only then it makes sense to enforce Health Reports legally.

# Danksagung

Ich möchte meine Master-Thesis zum Anlass nehmen, um mich bei allen, die mich so tatkräftig unterstützten und zu jeder Zeit ein offenes Ohr für mich hatten, zu bedanken.

Im Besonderen danke ich meinem Partner, der mich motivierte, das Studium Public Health zu absolvieren. Meiner Familie danke ich, die immer an mich glaubte, auch in Phasen der Resignation fand sie immer passende Worte, die mich wieder aufrichteten. Sie war in allen Lebensbereichen und -lagen eine große Stütze für mich.

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Univ. Prof.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Anita Pretenthaler-Ziegerhofer für ihre wertschätzende Haltung. Sie unterstützte mich in jeder Hinsicht, gab mir Hilfestellung bei all meinen Fragen und zeigte mir immer wieder den Weg auf, um ans Ziel zu kommen.

Ich danke einer meiner wichtigsten Wegbegleiterinnen, Frau Dr.<sup>in</sup> Ines Stamm, Genderbeauftragte des Bundesministeriums für Gesundheit, die ich im Rahmen meines Volontariats im Bundesministerium kennenlernte. Sie hat mich im Rahmen des Volontariats ein für mich völlig neues Arbeitsfeld gelehrt, mich gefördert, gefordert und unterstützt. Sie eröffnete mir eine völlig neue Perspektive, die mich auch veranlasste, mich näher mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Sie führte mich durch ihre inhaltlichen Feedbacks aus Sackgassen und motivierte mich aufs Neue.

Weiters danke ich einem lieben Freund für sein geduldiges Korrekturlesen und das Formatieren dieser Arbeit.

Schlussendlich danke ich auch dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der mir durch seine finanzielle Unterstützung mit einem Stipendium eine Hilfe darstellte, das Studium an der Medizinischen Universität Graz zu realisieren. Dem gesamten Lehrteam und Studienkolleginnen und -kollegen danke ich für die vielen interessanten Diskussionen.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterthesis selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 24.08.2014

Karin Groller

# Inhaltsverzeichnis

<b>Kurzzusammenfassung .....</b>	<b>III</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>IV</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>V</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>VI</b>
<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>VII</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>X</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>XI</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>XII</b>
<b>1 Einleitung, Methode und Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>1</b>
1.1 Einleitung .....	1
1.2 Beschreibung der Forschungsfrage und Methode .....	3
<b>2 Rechtshistorische Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit .....</b>	<b>6</b>
2.1 Alte Frauenbewegung (first wave feminism) .....	6
2.2 Neue Frauenbewegung (second wave feminism) .....	7
2.3 Dritte Welle der Frauenbewegung .....	9
2.4 Frauentag versus Männertag.....	12
2.5 Ausgangspunkt der Männergesundheitsberichte in Österreich .....	13
2.6 Unterscheidung Sex und Gender .....	14
2.7 Frauen- und Männergesundheitsforschung .....	16
2.7.1 Geschlechtsspezifische Gesundheits- und Krankheitsmodelle.....	17
2.7.2 Gender Medizin .....	20
<b>3 „Gesundheit als Menschenrecht“ – Völkerrechtliche, gemeinschaftsrechtliche und nationale Normen .....</b>	<b>22</b>
3.1 Menschenrechtsinstrumente der Vereinten Nationen .....	24
3.1.1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) .....	24
3.1.2 Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen (CEDAW).....	26
3.1.3 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) .....	29
3.2 Europäische Menschenrechtsinstrumente .....	29
3.2.1 Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) .....	30
3.2.2 Europäische Sozialcharta (ESC).....	30

---

3.3	Europäische Union (EU) – Grundrechtecharta .....	31
3.4	Das Recht auf Gesundheit im nationalen Recht .....	32
3.4.1	Nationale Rahmengesundheitsziele schaffen die Basis zukünftiger Gender-Gesundheitsberichte.....	34
3.4.2	10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich .....	34
<b>4</b>	<b>Gesundheit und Gesundheitsförderung .....</b>	<b>39</b>
4.1	Gesundheitsförderung – Ein neues Verständnis von Gesundheit .....	40
4.2	Die WHO-Perspektive in Bezug auf „Recht auf Gesundheit“: Von der Ottawa Charta bis hin zur Nairobi Charta .....	40
<b>5</b>	<b>Gesundheitsberichterstattung .....</b>	<b>44</b>
5.1	Allgemeine Gesundheitsberichte versus Gender-Gesundheitsberichte .....	44
5.2	Von den Frauen- über die Männergesundheitsberichte zu den Gender- Gesundheitsberichten .....	45
5.3	Schweizer Gender-Gesundheitsbericht .....	47
5.4	Erster Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht .....	50
5.4.1	Aufbau und Struktur .....	50
5.4.2	Geschlechtsspezifische Ergebnisse und Resonanz des Ersten Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts.....	53
5.5	Recht auf Gesundheit: „Musterland“ Schweiz? .....	56
<b>6</b>	<b>Empirische Erhebung zum Prozess eines gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts auf gesetzlicher Basis .....</b>	<b>60</b>
6.1	Darstellung und Methodik .....	60
6.1.1	Leitfadeninterview mit Experten/innen .....	61
6.1.2	Rekrutierung der Gesprächsteilnehmer/innen.....	62
6.1.3	Durchführung der Interviews .....	64
6.1.4	Datenanalyse.....	65
6.2	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	66
6.2.1	Vorteile eines auf gesetzlicher Basis basierenden Gender- Gesundheitsberichts in Österreich .....	66
6.2.2	Nachteile bzw. Gefahren eines auf gesetzlicher Basis basierenden Gender-Gesundheitsberichts in Österreich.....	67
6.2.3	Gender-Gesundheitsberichte auf Bundes- oder Landesgesetzebene .....	69
6.2.4	Gestaltungsmöglichkeiten und Erfolgsfaktoren für einen gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsbericht.....	70
6.2.5	Das Wort „Gender“ als Vorteil im Titel eines Gesundheitsberichts .....	71
6.2.6	Ratifizierte Verträge auf völkerrechtlicher gemeinschaftlicher Ebene nehmen Einfluss auf das nationale Gesundheitssystem und somit auf die Genderebene .....	72

---

<b>7</b>	<b>Die Rolle von Public Health .....</b>	<b>74</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>76</b>
<b>9</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>81</b>
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>83</b>
10.1	Veröffentlichungen .....	83
10.2	Gesetze .....	87
10.3	Onlinequellen .....	88
<b>11</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>91</b>
11.1	Informed Consent .....	91
11.2	Interviewleitfaden .....	92
11.3	Experten/inneninterviews .....	92

# Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AK	Arbeiterkammer
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSG	Bundesministerium für Soziales und Generationen
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CEDAW	Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau
d.h.	das heißt
ECHI	European Community Health Indicators
EMRK	Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten
ESC	Europäische Sozialcharta
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GB	Gesundheitsbericht
GGB	Gender-Gesundheitsbericht
ICERD	Internationale Konvention zur Beseitigung aller Formen rassistischer Diskriminierung
ICESCR	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
ISMH	International Society for Men's Health and Gender
NGO	Nichtregierungsorganisationen/non governmental organization
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/Organisation for Economic Cooperation and Development
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time framed
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
u. a.	unter anderem
UN	Vereinte Nationen/United Nations
UNO	Vereinte Nationen/United Nations
USSR	Ukrainische Sozialistische Sowjetrepublik
usw.	und so weiter
WHO	Weltgesundheitsorganisation/World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

---

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Selbstbeziehungskampagne“, gegen den Abtreibungsparagrafen § 218.....	9
Abbildung 2: Gender Pay Gap 2012.....	11
Abbildung 3: Das Bio-Psycho-Soziale Modell .....	19
Abbildung 4: Ratification of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.....	28
Abbildung 5: 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich .....	35
Abbildung 6: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, Quelle.....	36
Abbildung 7: Prozessschritte nach Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele.....	37
Abbildung 8: Public Health Action Cycle, Quelle.....	49
Abbildung 9: Zu erwartenden Lebensjahre bei der Geburt in der Schweiz.....	56
Abbildung 10: Zu erwartenden Lebensjahre bei der Geburt in Österreich.....	57

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Völker- und gemeinschaftsrechtliche Verträge, die Österreich ratifizierte... 33	33
Tabelle 2: Studienabschlüsse ordentlicher Studierender an öffentlichen Universitäten 2011/2012.....	55
Tabelle 3: Expertenteilnehmer/innen an dem leitfadengestützten Interview.....	64

# 1 Einleitung, Methode und Aufbau der Arbeit

## 1.1 Einleitung

Gesundheit ist ein kostbares Gut des Menschen. Sie wird individuell persönlich erlebt, dennoch hat sie eine gesellschaftlich kollektive Dimension. Für ein richtiges Verhältnis der beiden Dimensionen der Gesundheit braucht es zum einen eine private Verantwortung über seinen Körper und seine Seele und zum anderen braucht es ein wohl überlegtes sozial gestaltetes Gesundheitssystem.<sup>1</sup> Der Satz von Juvenal müsste heute inhaltlich ergänzt werden: *„Mens sana in corpore sano + homo sanus in societate sana. Die Gesundheit der Einzelnen spiegelt sich im Zustand der Gesellschaft wider und vice versa.“*<sup>2</sup>

Gesundheit und Wohlbefinden stehen untrennbar in allen Bereichen des täglichen Lebens miteinander in Verbindung. Deshalb kann in Bezug auf das Recht auf Gesundheit keine klare Grenze gezogen werden, denn es stellen sich die Fragen: Wo beginnt Gesundheit? Wo endet Gesundheit?<sup>3</sup> Was ist eigentlich Gesundheit und wie müsste ein Recht auf Gesundheit formuliert sein, um dieses Gut noch besser bzw. länger erhalten zu können?<sup>4</sup>

In den europäischen Ländern ist eine adäquate medizinische Versorgung durch die öffentliche Hand nahezu zu einem Grundrecht geworden. Es werden immer mehr gesundheitspolitische Diskussionen darüber geführt, ob die Erhaltung dieses Rechts zukünftig noch zu gewährleisten ist, da die finanziellen Mittel immer knapper werden und nicht ausreichen, um alle Menschen und deren Bedürfnisse zu befriedigen. Heutige Regierungen vor allen der westlichen Welt müssen gegenwärtig ständig ökonomische Entscheidungen über Ressourcenverteilung treffen, unter anderem auch darüber, welche Bevölkerungsgruppen wie viele Leistungen im Gesundheitsbereich erhalten dürfen. Eines der zentralen Probleme ist die Kostenexplosion, welche kaum einzudämmen ist. Gründe für diese andauernde Kostensteigerung sind im medizinischen Technologiefortschritt, in der demographischen Entwicklung mit der damit verbundenen steigenden Zahl der

---

<sup>1</sup> (Barta, 2002, S. 24ff.)

<sup>2</sup> (Barta, 2002, S. 27)

<sup>3</sup> (Benedek, 2009, S. 152)

<sup>4</sup> (Kern, 2002, S. 107)

chronisch Kranken, die intensive Behandlung und Betreuung brauchen, aber auch in der immer anspruchsvolleren und besser informierten Patientenschaft zu sehen.<sup>5</sup>

Der Sozial- und Gesundheitsbereich steht unter steigendem „Leistungsdruck“. Aktuelle politische Diskussionen sind geprägt von Begriffen wie Effektivität, Effizienz, Zielvereinbarungen und Qualität.<sup>6</sup> All diese Probleme und Forderungen stellen politische Akteure vor die schwierige Aufgabe, das Grundrecht auf Gesundheit weiterhin zu gewährleisten.

Health Targets zielen darauf ab, die Effektivität, Effizienz und Gerechtigkeit der Gesundheitsversorgung zu steigern. Sie werden als geeignete Steuerungsinstrumente gesehen, die zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Lage einer Population beitragen. Gesundheitsberichte können als Instrument zur Problemdefinition und zur Evaluation von Health Targets gesehen werden.<sup>7</sup>

In den letzten 20 Jahren hat sich in Bezug auf Gesundheitsberichterstattung in den europäischen Ländern viel getan. Dennoch gibt es beträchtliche Unterschiede in den Bereichen Ausmaß, Ausgestaltung, Form und Zielsetzung der Gesundheitsberichterstattung innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten<sup>8</sup> und nicht EU-Mitgliedsstaaten. Die Gesundheitsberichterstattung soll eine fundierte Informationsbasis für politische Entscheidungsträger bilden, die daraus gesundheitspolitischen Handlungsbedarf ableiten können.<sup>9</sup>

Im Gesundheitsbereich ist in den letzten Jahren ein neuer moderner Begriff eingezogen: Gender Medizin. Gender Medizin handelt nicht nur von Frauengesundheit, sondern von der Gesundheit von Frauen und Männern. Frauen kämpften für die Erforschung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern und forderten vom Staat, den Ärzten und der Wissenschaft eine Änderung. Aus heutiger Sicht weiß man, Frauen und Männer unterscheiden sich in der Physiologie grundlegend vom Kopfhaar bis hin zum Herzschlag. Diese Erkenntnis ist wesentlich in der Methode der Behandlung und Vorbeugung von Krankheit.<sup>10</sup> Auf europäischer Ebene zeigt sich der Wandel dadurch, dass die europäischen Länder Richtlinien mit biologischen, kulturellen und sozialen Gender-

---

<sup>5</sup> (Offermanns, 2011, S. 5f)

<sup>6</sup> (Offermanns, 2011, S. 6)

<sup>7</sup> (Offermanns, 2011, S. 68f)

<sup>8</sup> (Hollederer, Michelsen, & Brand, 2007, S. 1)

<sup>9</sup> (Hollederer, Michelsen, & Brand, 2007, S. 1)

<sup>10</sup> (Legato, 2004, S. 11f)

Aspekten in die Gesundheitsberichterstattung einfließen lassen. Diese Bestimmungen sollen in den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen umgesetzt werden. Die Berücksichtigung der Gender-Perspektive soll in allen Gesundheitsbereichen fester Bestandteil sein.<sup>11</sup> Im neuen Curriculum an den österreichischen Medizinischen Universitäten wird Gender Medizin als Pflichtvorlesung und als Wahlfach angeboten.<sup>12</sup>

Zentrale Herausforderung politischer Akteure der westlichen Welt ist es, die beschränkten Ressourcen auf die Bedürfnisse der Menschen so gerecht als möglich zu verteilen. Dazu bedarf es eines Gesundheitsmonitorings mit einer systematischen Berichterstattung.<sup>13</sup>

## 1.2 Beschreibung der Forschungsfrage und Methode

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist die Gesundheitsberichterstattung. Eine Gesundheitsberichterstattung mit ausschließlich krankheitsbezogenen Daten kann nicht zur Erhaltung und Erhöhung der Gesundheit einer Population beitragen. Eine Möglichkeit, auf die Gesundheit Einfluss zu nehmen, stellen Gender-Gesundheitsberichte dar, mit der Einbeziehung der Rahmen-Gesundheitsziele und deren Evaluierung. In dieser Arbeit diente der Schweizer Gender-Gesundheitsbericht als Vorbild. Er ist wegweisend für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und für die Qualitätsverbesserung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Männern.

Vor diesem Hintergrund wurde eine Hypothese formuliert, die sich von der Annahme herleitet, dass die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems auf Basis einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung wesentlich verbessert und dadurch ein Schritt in Richtung Wahrung des Grundrechts auf Gesundheit gesetzt werden kann. Konkret wurde dieser Arbeit folgende Hypothese vorangestellt:

„Medizinische und rechtliche Grundlagen schaffen die Basis für einen Gender-Gesundheitsbericht auf Länderebene.“

Von dieser Hypothese wurde folgende Forschungsfrage abgeleitet, die im Verlauf der Arbeit erörtert und bearbeitet werden soll:

---

<sup>11</sup> (Lohff & Rieder, 2008, S. 6)

<sup>12</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 503)

<sup>13</sup> (Offermanns, 2011, S. 5)

- Inwiefern macht die gesetzliche Verankerung eines Gender-Gesundheitsberichts Sinn?

Um den aktuellen Stand der Wissenschaft zu den Themen „Frauen- und Männergesundheit“, „Recht auf Gesundheit“ und „Gender-Gesundheitsberichte“ in Erfahrung zu bringen, wurde eine gezielte Literatursuche durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte sowohl über verschiedene medizinische, soziologische kommunikationswissenschaftliche Datenbanken als auch über Bibliothekskataloge der Karl Franzens Universität und der Medizinischen Universität Graz. Verwendet wurden auch die Suchmaschinen Google und Google Scholar sowie fach einschlägige Internetseiten.

Die Datenbanken wurden mit Suchbegriffen in englischer und deutscher Sprache wie

- Gender
- Gender-Gesundheitsberichte
- Recht auf Gesundheit
- Erste Frauenbewegung / first wave feminism
- Zweite Frauenbewegung / second wave feminism
- Gesundheitsziele / health targets / health goals
- Gesundheitsförderung
- Völkerrechtliche Abkommen
- Menschenrechte / human rights
- Gesundheit / health
- Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik

durchsucht und mit den Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ verknüpft.<sup>14</sup>

Eine Suche in elektronischen Zeitungen (Thieme, Springer) wurde ebenfalls mit diesen Begriffen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden je nach Relevanz in dieser Masterarbeit verwendet.

Ergänzend wurde gezielt auf nationalen und internationalen Regierungsseiten sowie auf internationalen Gesundheitsorganisationsseiten, wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder den Vereinten Nationen (UNO), gesucht.

---

<sup>14</sup> (Universität Siegen, o. J.)

Zudem wurde eng mit dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit zusammengearbeitet. Hier gilt mein Dank Frau Dr.<sup>in</sup> Ines Stamm, Genderbeauftragte des Bundesministeriums für Gesundheit.

Aus den Erkenntnissen der Literatursuche wurde zum einen der theoretische Teil der Arbeit verfasst und zum anderen bilden sie die Basis für den empirischen Teil, indem sich daraus die Fragen für die Leitfadeninterviews ableiten ließen.

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf einer qualitativen Untersuchung in Form von leitfadengestützten Interviews. Ziel der Arbeit ist es, die medizinischen und rechtlichen Aspekte darzustellen sowie die gesundheitspolitische Notwendigkeit der systematischen Berichterstattung, die von der österreichischen Regierung gefordert wird, aufzuzeigen.

## 2 Rechtshistorische Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit

Um aktuelle Diskriminierung an Frauen erkennen und wirksame Gegenstrategien entwickeln zu können, bedarf es zunächst der Sichtbarmachung der Frauenrechtsgeschichte. Dazu muss im Vorfeld auf die geschichtliche Situation der Frauen, ihre Rolle in der Gesellschaft, Familie und ihren Anteil am Fortschritt der Frauengesundheit eingegangen werden.

Erklärtes Ziel der Politik ist es, allen Menschen – unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation, Lebensumständen, Geschlecht oder religiöser Einstellung – Gesundheit bis ins hohe Lebensalter zu gewährleisten.<sup>15</sup> Dies gilt im besonderen Maße für Frauen. Allerdings ist das Thema Frauen und Gesundheit relativ neu und von hoher Aktualität.

Der Grund für die Ungleichbehandlung von Frauen und Männern wird im biologischen Unterschied gesehen. Ausgangspunkt der Frauenbewegung war die Erkenntnis, dass sich Frauen von der männlich dominierten Welt kontrolliert und entmündigt fühlten. Jahrhundertlang kämpften Frauen gegen das patriarchale Regime der Männer, gegen jede Form der Diskriminierung.<sup>16</sup>

### 2.1 Alte Frauenbewegung (first wave feminism)

Primäre Forderungen der alten Frauenbewegung ab Mitte des 19. Jahrhunderts waren nicht nur bürgerliche und politische Rechte, die Protagonistinnen der alten Frauenbewegung setzten sich auch für Befreiung und Gleichstellung der Frauen sowie für die Verbesserung ihrer Bildungs- und Berufschancen ein, um ihnen dadurch einen besseren Lebensstandard zu verschaffen.<sup>17</sup> An ein Recht auf Gesundheit war damals noch nicht zu denken.

---

<sup>15</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. V)

<sup>16</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 7)

<sup>17</sup> (Flossmann, 2006, S. 131)

## 2.2 Neue Frauenbewegung (second wave feminism)

Im Gegensatz zur alten Frauenbewegung kämpften die Protagonistinnen der neuen Frauenbewegung in erster Linie für die Selbstbestimmung ihres Lebens und Körpers.<sup>18</sup>

Die neue Frauenbewegung, Ende der 60er-Jahre des 20. Jahrhunderts, begann sich nun auch für das Recht auf Gesundheit einzusetzen. Ausgangslage für die Frauengesundheitsdiskussion war, dass sich die Frauen in der Medizin nicht ausreichend versorgt fühlten. Man unterschied in der Medizin – mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – lediglich nach Alter aber nicht nach dem Geschlecht. Dieser medizinische Bereich wurde zwar wissenschaftlich erforscht und therapiert, aber die Frau an sich wurde als Objekt gesehen. Mediziner sahen keine Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Erleben und den weiblichen Lebenszusammenhängen. Der medizinische Bereich Gynäkologie war lange Zeit nur männlichen Ärzten vorbehalten.<sup>19</sup> Bis dato ist die Frauenheilkunde in Österreich nach wie vor von männlichen Ärzten dominiert.<sup>20</sup>

Zudem forderten die Frauen Selbstbestimmung über ihren Körper, indem sie ihr Körperglück und Lustzentrum erforschten. Frauen wollten sich aus den Fesseln des Männerregimes lösen, denn bis zu dieser Zeit mussten beispielsweise Ehefrauen dem Ehegatten jederzeit sexuell zur Verfügung stehen. Diese ständige „Unterwürfigkeit“ ihren Männern gegenüber führte bei vielen Frauen zu psychischen Belastungen. Frauen stellten ab nun den Anspruch auf sexuelle Erfüllung ohne erdrückenden Kontext von Ehepflicht, Mutterschaft und Bevölkerungsentwicklung. Die Vision war der (auch sexuell) freie weibliche Körper.<sup>21</sup>

In Amerika erschien 1970 die erste Ausgabe des Buches „Our Bodies, Ourselves“<sup>22</sup>. Das Buch in dieser Form war einzigartig, da es erstmalig gesicherte Informationen zu zahlreichen Frauengesundheitsthemen, angefangen von der Ernährung bis zu den Wechseljahren, von der Geburt bis hin zur Abtreibung behandelte. Themen wie häusliche Gewalt und die Möglichkeit der Nutzung von Zufluchtsstätten für Gewaltopfer werden aufgegriffen. In diesem Buch berichten zwölf Frauen, genannt „The Boston Women's

---

<sup>18</sup> (Flossmann, 2006, S. 238)

<sup>19</sup> (Wimmer-Puchinger, 2006, S. 12)

<sup>20</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 8f)

<sup>21</sup> (Sichtermann, 2009, S. 167)

<sup>22</sup> (Norsigian, 1971)

Health Book Collective<sup>23</sup>, über ihre persönlichen Erfahrungen mit den Ärzten. Sie erzählen vom Empfinden der Entmündigung in medizinischen Belangen, da ihnen das nötige Wissen zu Gesundheitsfragen fehlte. Das Buch half interessierten Frauen, mehr über ihren Körper zu erfahren. Dieses Buch erlangte nicht nur in Amerika sondern in zahlreichen anderen Ländern „Kultstatus“. Es löste in der Gesellschaft eine Flut an Reaktionen aus.<sup>24</sup>

Die neue Frauenbewegung kämpfte autonom. Um Gehör zu finden, erregte sie anfänglich durch diverse Großveranstaltungen und Kundmachungen Aufmerksamkeit. Im Gegensatz zur alten Frauenbewegung, wo sich Frauen hauptsächlich zu Vereinen zusammenschlossen, versuchten sie Gehör bei der Bevölkerung zu finden, indem sie Frauentreffs, Frauenkaffees, Frauenbibliotheken, Frauenweiterbildungszentren, Frauenreisebüros, Frauenillustrierte etc., gründeten. Diese Einrichtungen dienten dem Austausch, der Diskussion und der Information. Frauen konnten dort ungestört und ohne Einfluss männlicher Konkurrenz über diverse Wünsche, Träume, Ziele und Ängste sprechen. Eine breite Masse an Frauen nutzte diese Form des Austausches. Dies führte unter anderem auch dazu, dass zahlreiche Frauen die Scheidung einreichten und andere wiederum zu studieren begannen.<sup>25</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die neue Frauenbewegung Ende der 1960er-Jahre vehement, gegen jede Form der Entmündigung kämpfte und sie gegenüber dem patriarchalen Regime (dem Staat und der Kirche) Selbstbestimmung über ihren Körper forderte. Ihr Slogan lautete: „Mein Bauch gehört mir.“<sup>26</sup>

### **Abtreibungsparagraph – „Mein Bauch gehört mir“**

Frauen schwiegen nicht mehr länger. Sie sprachen öffentlich über Sexualität, Gewalt und ihre Ängste, ungewollt schwanger zu werden.<sup>27</sup>

„Wir haben abgetrieben“ – mit dieser provokanten Titelstory im „Stern“ (Abbildung 1) vom 6. Juni 1971 bekannten sich 374 Frauen zu einem Schwangerschaftsabbruch. Die Leiterin dieser Aktion, Alice Schwarzer, ließ die Bombe in der deutschen Zeitung platzen. Das Bekenntnis dieser Frauen, Schwangerschaft abgebrochen zu haben, führte zu einer

---

<sup>23</sup> (Norsigian, 1971)

<sup>24</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 8f)

<sup>25</sup> (Sichtermann, 2009, S. 162f)

<sup>26</sup> (Karl, 2011, S. 134)

<sup>27</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 75)

öffentlichen Diskussion über das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Zu dieser Zeit war Abtreibung eine gesetzliche Straftat, Vergewaltigung in der Ehe jedoch kein Delikt.<sup>28</sup>

Obwohl die Pille schon einige Jahre auf dem Markt existierte, weigerten sich viele männliche Gynäkologen, ledigen Frauen die Pille zu verschreiben. Die Pille ist bis dato die am häufigsten angewendete Methode zur Schwangerschaftsverhütung.<sup>29</sup> Noch heute wird über die Abtreibung von Schwangerschaften diskutiert, vor allem wenn es darum geht, Abbrüche in öffentlichen Krankenhäusern gesetzlich durchzuführen.<sup>30</sup>



Abbildung 1: „Selbstbeziehungskampagne“, gegen den Abtreibungsparagrafen § 218<sup>31</sup>

## 2.3 Dritte Welle der Frauenbewegung

Seit den 1990er-Jahren sprechen Experten/innen von einer dritten Welle der Frauenbewegung. Ziel dieser Frauenbewegung ist es, nicht nur in der westlichen Welt die bereits institutionalisierte Frauenpolitik zu verbessern, sondern auch durch zahlreiche unabhängige Frauenprojekte die Situation der Frauen in der Arbeitswelt zu stärken. Diese

---

<sup>28</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 75)

<sup>29</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 75)

<sup>30</sup> (Sozialdemokratische Partei Österreich (SPÖ) Tirol Landesorganisation, o. J.)

<sup>31</sup> (Stern, 1971, S. Titelbild)

Projekte zielen darauf ab, Frauen in den neuen Technologien besser zu integrieren. Frauen sollen aufgrund des biologischen Geschlechts nicht mehr diskriminiert werden. In der Wissenschaft spricht man vom sozialen Geschlecht, das dem biologischen Geschlecht den Rang abgelaufen hat. Beispielsweise wurden aus den Frauenbeauftragten die Genderbeauftragten.<sup>32</sup>

Trotz vieler Errungenschaften für die Frauen gibt es noch immer Diskriminierung, gegen die Frauen im 21. Jahrhundert ankämpfen müssen:

- Die Aufstiegschancen von Frauen im Wirtschaftsbereich sind noch immer erschwert, rund 44 Prozent der Frauen sind erwerbstätig, sie stellen jedoch nur 32 Prozent des leitenden Personals in mittelgroßen Betrieben. In Großbetrieben sieht die Situation noch prekärer aus, denn in den Vorständen sind lediglich 11 Prozent Frauen gegenüber 89 Prozent an Männern vertreten.<sup>33</sup>
- Bis dato verdienen Frauen oftmals weniger als Männer. Diese Tatsache wird teilweise damit gerechtfertigt, dass das Einkommen der Frauen lediglich als Zweiteinkommen zum Familieneinkommen gesehen wird. Dieser geschlechtsspezifische Lohnabstand aufgrund von niedrigeren Löhnen oder Auszeiten im Beruf durch Kindererziehung zieht erhebliche Folgen nach sich, denn niedrigere Lebenszeiteinkommen bedeuten niedrigere Pensionen. Niedrigere Renten bedeuten, dass sich das Armutsrisiko bei älteren Frauen erheblich mehr vergrößert als jenes bei den Männern. Je ärmer Frauen sind, desto krankheitsgefährdeter sind sie. Die Interaktion von Armut und Gesundheit ist vielfach belegt.<sup>34</sup>
- Gleicher Lohn für gleiche Arbeit (Gender Pay Gap) stellt den durchschnittlichen Unterschied der Stundenlöhne in der gesamten Volkswirtschaft zwischen Frauen und Männern dar. Europaweit verdienen Frauen noch immer rund 17 Prozent weniger als Männer. Österreich stellt keine Ausnahme im Gender Pay Gap dar, sondern liegt über dem europäischen Durchschnitt (Abbildung 2). Gründe für die offene Diskriminierung, wonach Frauen weniger Lohn für die gleiche Tätigkeit erhalten als Männer, sind: Frauenarbeit wird häufig unterbewertet, Frauen arbeiten oftmals in Branchen wie dem Gesundheits-

---

<sup>32</sup> (Karl, 2011, S. 12f)

<sup>33</sup> (Karl, 2011, S. 218)

<sup>34</sup> (Karl, 2011, S. 220)

oder Erziehungsbereich oder in der öffentlichen Verwaltung. Ein geringeres Einkommen bedeutet im Gegenzug eine niedrigere Rente und somit sind Frauen einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt als Männer. Dass sich Armut negativ auf die Gesundheit auswirkt, wird mittlerweile durch zahlreiche Studien bestätigt. Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren bei Personen, die in Armut leben vermehrt vorkommen. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zudem schlechter ein und unterliegen einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit.<sup>35</sup>

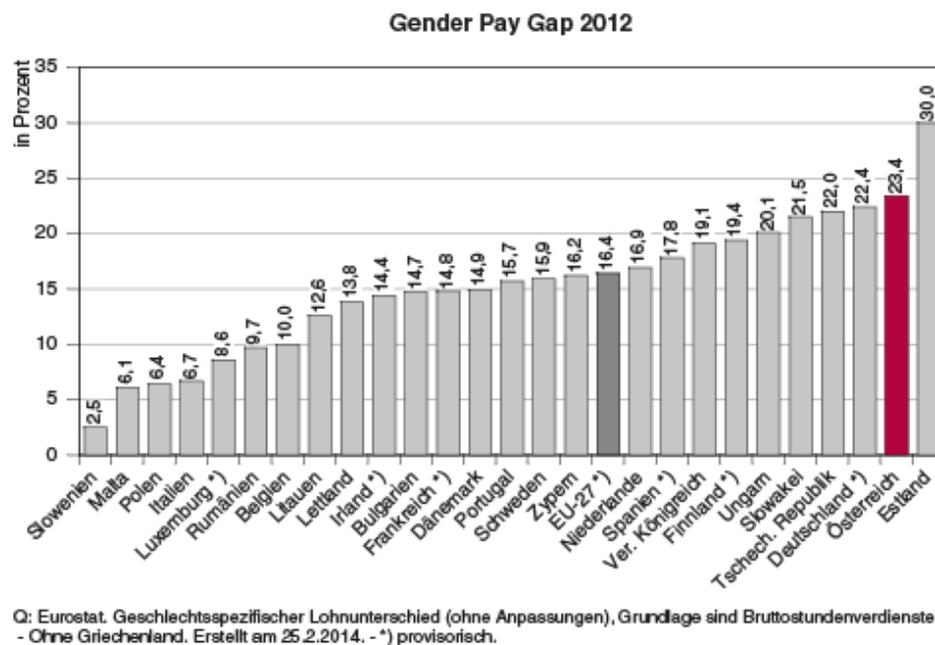


Abbildung 2: Gender Pay Gap 2012<sup>36</sup>

- Die Aufgabeverteilung in der Familie und der häuslichen Pflege geht noch immer zu Lasten von Frauen, demnach sind Frauen für die Betreuung der Kinder und für die Pflege älterer Menschen zuständig. Sie sind dadurch einer höheren Doppelbelastung durch Haushalt, Familie, Kindererziehung und Beruf ausgesetzt.<sup>37</sup> Auch hier zeigen Studien, dass sich Erwerbsarbeit an sich positiv

<sup>35</sup> (Karl, 2011, S. 219)

<sup>36</sup> (Statistik Austria, 2014)

<sup>37</sup> (Karl, 2011, S. 217ff)

auf die Gesundheit der Frauen auswirkt, jedoch vermindert sich dieser positive Effekt bei Doppelbelastung von Familie und Erwerbsarbeit ebenso stark wie er bei Erwerbsarbeit der Frauen per se förderlich ist. Dabei kann der negative Effekt auf die Gesundheit erwerbstätiger Frauen überwiegen.<sup>38</sup>

Zwar hat sich die Situation der Frauen in Europa langsam aber stetig gebessert, doch global gesehen ist die Diskriminierung von Frauen noch immer ein aktuelles Thema.<sup>39</sup>

## 2.4 Frauentag versus Männertag

Die Männergesundheitsinitiative ist aus einem anderen Grund entstanden und nahm auch einen anderen Verlauf als die Frauenbewegung. Die Männergesundheitsinitiative entwickelte sich Ende der Achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts. Im Gegensatz zur Männergesundheit ging der Impuls der Frauengesundheit einerseits aus der Frauenbewegung, andererseits aus einer gesellschaftspolitischen Debatte heraus. Hingegen entwickelte sich die Männergesundheit aus einer naturwissenschaftlichen und industriellen Diskussion heraus.<sup>40</sup> Erst seit Mitte der 1990er-Jahre wurden erste Angebote zur Verbesserung der Männergesundheit ins Leben gerufen.<sup>41</sup> Gründe, weshalb sich die Initiative für Männergesundheit erst so spät entwickelte, war zum einen das geringe Interesse der Männer an ihrer Gesundheit, zum anderen gab es keine allgemeine gesellschaftliche Benachteiligung der Männer, die Anlass zu einer Verbesserung ihrer Situation in der Gesellschaft geboten hätte.<sup>42</sup>

Im Jahr 2000 war in Wien die Geburtsstunde des ersten Weltmännertages. Er findet seitdem jährlich am 3. November statt. Michail Gorbatschow hat diesen Aktionstag entscheidend mitunterstützt und gilt als Schirmherr. Ziel dieses Weltmännertages ist es, das Bewusstsein der Männer zu gesundheitlichen Themen zu verbessern. So liegt beispielsweise die Lebenserwartung der Männer deutlich unter jener der Frauen.<sup>43</sup>

---

<sup>38</sup> (Karl, 2011, S. 221f)

<sup>39</sup> (Karl, 2011, S. 225)

<sup>40</sup> (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 1)

<sup>41</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 501)

<sup>42</sup> (Altgeld, 2004, S. 1)

<sup>43</sup> (Stadt Frankfurt am Main, o. J.)

Demgegenüber steht der Internationale Männertag, der erstmalig am 19. November 1999 in Trinidad und Tobago/karibischer Inselstaat stattfand und nicht mit dem Weltmännertag zu verwechseln ist. Der Aktionstag wird seit dem jährlich von zahlreichen Personen und internationalen Organisationen aus Australien, der Karibik, Nordamerika, Asien, Europa, Afrika und den Vereinten Nationen unterstützt. Ziel dieses Aktionstages ist es, Männergesundheit zu thematisieren und zu diskutieren. Der Fokus wird dabei auf die Gleichberechtigung der Geschlechter gelegt. Zudem werden Themen wie Benachteiligung von Männern und Jungen in den Bereichen Gesundheit, Familienrecht und Bildung beleuchtet. Der Internationale Männertag steht nicht in Konkurrenz mit dem Internationalen Frauengesundheitstag, der ab 1921 jährlich am 8. März stattfindet. Der Frauengesundheitstag ermöglicht es Frauen aller Altersgruppen, sich über alle möglichen Aspekte von Gesundheit, Wohlbefinden und Prävention zu informieren. Es finden Vorträge zu aktuellen Themen wie beispielsweise Gender Medizin, Sexualität, Brustkrebsprävention, Wechseljahre, Aggression etc. statt. Es werden auch diverse medizinische Check-ups, Bewegungs- und Entspannungswshops angeboten. Im Gegensatz dazu dient der Internationale Männertag ausschließlich den Männern, um ihre gesundheitsrelevanten Anliegen in den gesellschaftlichen Vordergrund zu stellen.<sup>44</sup>

## **2.5 Ausgangspunkt der Männergesundheitsberichte in Österreich**

Ausgangspunkt der Männergesundheit in Österreich war die Eröffnung der Wiener Männerberatung 1984.<sup>45</sup> Der erste Wiener Männergesundheitsbericht wurde von der Männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz 1999 in Auftrag gegeben.<sup>46</sup> Dieser Bericht war nicht nur europaweit, sondern weltweit einzigartig, da es zuvor noch keinen Bericht dieser Art gegeben hat, der den Gesundheitsstatus einer Großstadt (Wien) darstellte. Ziel des Berichts war es, Kriterien zu erarbeiten, wie Männer motiviert werden können, gesundheitsbewusster zu leben, und Strategien entwickeln zu können, damit sie in Zukunft häufiger Vorsorgeprogramme in Anspruch nehmen.<sup>47</sup> Als weitere wichtige Meilensteine im Bereich der Männergesundheit sind die Gründung der in Wien ansässigen International Society for

---

<sup>44</sup> (Stadt Frankfurt am Main, o. J.)

<sup>45</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 502)

<sup>46</sup> (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 1)

<sup>47</sup> (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004, S. 1f)

Men's Health and Gender (ISMH) (2001), die Einrichtung der Männerpolitischen Grundsatzabteilung im Bundesministerium für Soziales und Generationen (BMSG) (2001), der Erste Weltkongress für Männergesundheit in Wien, die Einrichtung des Männergesundheitszentrums m e n. in Wien (2002) oder auch der Erste Österreichischer Männergesundheitsbericht im Auftrag des BMSG (2004) zu nennen.<sup>48</sup>

## 2.6 Unterscheidung Sex und Gender

Den Beginn der feministischen „Sex/Gender“-Debatte machte die Feministin Simone de Beauvoir mit ihrem Werk „Das andere Geschlecht“, welches im Jahr 1949 veröffentlicht wurde. Beauvoir war der Auffassung, dass „Sex“ das natürliche, biologische, vorgesellschaftliche und ideologische Geschlecht bildet. Im Gegensatz dazu bezieht sich ihrer Meinung nach „Gender“ auf die Geschlechtsidentität einzelner, welche durch Erziehung erworben, historisch und veränderbar ist.<sup>49</sup> Zudem war die Philosophin Beauvoir eine Vertreterin des Gleichheitsansatzes. Sie vertrat die Meinung, dass Frauen und Männer gleich sind und deshalb sollten Frauen die gleichen Privilegien und Möglichkeiten wie den Männern eingeräumt werden. Die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern entstehen durch gesellschaftliche Gegebenheiten und haben ihren Ursprung nicht in der Biologie. Ihre Kernaussage lautet: „Frauen und Männer sind gleich.“<sup>50</sup>

Zu Beginn der 80er-Jahre übten Differenzfeministinnen Kritik an den gleichheitstheoretischen Ansätzen. Sie waren der Auffassung, dass bestehende Institutionen männlich patriarchal geprägt seien und sich Frauen den männlichen Werten unterwerfen müssten. Sie waren der Ansicht, dass die weibliche Geschlechterdifferenz an sich „ein Wert sei“, den es zu respektieren gebe und positiv zu besetzen und zu behaupten sei. Die Kernaussage der differenztheoretischen Ansätze ist: „Frauen und Männer sind verschieden.“<sup>51</sup>

In den feministischen Theorien wird eine klare Unterscheidung zwischen den beiden Begriffen „Sex“ und „Gender“ gemacht. Unter dem Begriff „Sex“ versteht man das biologische Geschlecht (weiblich oder männlich) und die dazugehörigen physiologischen

---

<sup>48</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 502)

<sup>49</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 10)

<sup>50</sup> (Greif & Schobesberger, 2007, S. 45f)

<sup>51</sup> (Greif & Schobesberger, 2007, S. 51f)

Geschlechtsmerkmale wie beispielsweise Geschlechtsorgane, unterschiedlicher Stoffwechsel, Chromosomen oder Hormone. Es beschreibt die anatomischen, physiologischen und genetischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Das soziale Geschlecht („Gender“) hingegen nennt die sozialen und kulturell verankerten Unterschiede. „Gender“ bezieht sich auf die Gesamtheit der kulturell sozialisierten Geschlechtsmerkmale, auf die sozial konstruierte Zuordnung von weiblichen und männlichen Verhaltensweisen (Geschlechterrolle), die für Frauen und Männer als gesellschaftlich angemessen und charakteristisch gelten. Demzufolge geht die feministische Wissenschaft davon aus, dass das biologische Geschlecht beständig, also angeboren und „Gender“ veränderlich, also eine Sache der sozialen Kultur sei.<sup>52</sup>

Die erste Geschlechterklassifikation, weiblich oder männlich, findet daher bereits bei der Geburt oder mittels Pränatalmedizin noch im Mutterleib statt. Diese Basisklassifizierung löst eine Fülle an gesellschaftlichen Mechanismen aus, die einen wesentlichen Einfluss auf das Kind und somit auf Frauen und Männer nehmen. Die Geschlechterzugehörigkeit weiblich/männlich wird täglich hergestellt und ist damit prozesshaft wie auch veränderbar. Diese Herstellung von Geschlecht wird unter dem Begriff „doing gender“ zusammengefasst. Menschen interpretieren und erfüllen Rollen. Menschen nehmen aktiv und passiv teil. Sie verändern und brechen diese Rollen auf. Sozialisation endet nicht in der Jugend.<sup>53</sup>

Die deutsche Sprache kennt nur einen Begriff – Geschlecht. Dies wird entweder dadurch gelöst, dass der Zusatz biologisch oder sozial vorangestellt wird oder dass die englischen Begriffe Sex und Gender im deutschsprachigen Raum verwendet werden. Sex und Gender nehmen eine entscheidende Variable für das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen und -erleben ein. Sarah Payne machte anhand des Beispiels Lungenkrebs deutlich, dass beide Dimensionen – Sex und Gender – für die Wissenschaft von Bedeutung sind. Aufgrund genetischer Disposition (Sex) sind Frauen vermehrt betroffen, an spezifischen Lungenkrebsformen zu erkranken als Männer. Diese Empfindlichkeit verstärkt sich durch schnelles, hastiges Rauchen (Gender). Gerade Frauen sind solchen Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Risiken aufgrund des biologischen Geschlechts gehen hier mit jenen des sozialen Geschlechts einher.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> (Greif & Schobesberger, 2007, S. 50)

<sup>53</sup> (Greif & Schobesberger, 2007, S. 64ff)

<sup>54</sup> (Kuhlmann & Kolip, 2005, S. 14)

Abschließend kann gesagt werden, dass die Gesundheit jedes einzelnen Menschen nicht nur von Genen und Geschlechtshormonen beeinflusst wird, sondern mindestens genauso stark von der Umwelt. Jedoch kann man in vielen Fällen keine Rückschlüsse ziehen, ob es von der Biologie oder vom individuellen Lebensstil abhängig ist, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken oder nicht. Marianne Legato, Medizinerin, Wissenschaftlerin und Expertin auf dem Gebiet der geschlechtsspezifischen Medizin bewies, dass muslimische Frauen nicht so häufig an Malaria erkranken als muslimische Männer. Es konnten jedoch keine Rückschlüsse gezogen werden, ob dies auf das Immunsystem zurückzuführen ist oder aufgrund der strengen religiösen Vorschriften, Kleider am ganzen Körper zu tragen, die sie vor Insektenstichen schützt.<sup>55</sup>

Ziel der heutigen Medizin muss es sein, derartige Unterschiede herausfinden zu können. Diese Zuordnung stellt die zukünftige Medizin vor eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Herausforderungen.<sup>56</sup>

## 2.7 Frauen- und Männergesundheitsforschung

Die Wissenschaft ignorierte lange Zeit, dass das Geschlecht im Hinblick auf Morbidität und Mortalität eine zentrale Rolle spielt. Vor allem der neuen Frauenbewegung ist es zu verdanken, dass in der Forschung eine geschlechtersensible Sichtweise Einzug fand und dass das Geschlecht als relevante Variable berücksichtigt wird. Dies bedeutet, dass Frauen und Männer Gesundheit und Krankheit unterschiedlich definieren, Frauen und Männer weisen ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitserleben und -empfinden auf, auch im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Obwohl die heutige Frauen- und Männergesundheitsforschung sich dieser Tatsache bewusst ist, berücksichtigt sie das Geschlecht keineswegs durchgängig als relevante Variable. Zudem beschäftigt sich die geschlechtersensible Literatur viel häufiger mit Krankheiten, Abweichungen und Defiziten als mit Gesundheit. Bereiche, die sich mit der Herausforderung von geschlechtsspezifischen Ressourcen beschäftigen, müssten in der Gesundheitsforschung noch stärker forciert werden.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> (Legato, 2004, S. 16f)

<sup>56</sup> (Legato, 2004, S. 16f)

<sup>57</sup> (Franke, 2006, S. 185f)

## **2.7.1 Geschlechtsspezifische Gesundheits- und Krankheitsmodelle**

Obwohl sich Forscher/innen darüber uneinig sind, ob das Geschlecht primär durch die Biologie oder die Kultur definiert wird, stimmen alle geschlechtersensiblen Gesundheits- und Krankheitstheorien überein, dass das Geschlecht eine zentrale Variable für die Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten darstellt.<sup>58</sup>

### **a) Biomedizinische Modelle**

Das Biomedizinische Modell geht davon aus, dass die genetische Veranlagung eines Organismus die zentrale Einflussgröße für Gesundheit, Krankheit und Lebensdauer darstellt. Aus biomedizinischer Sicht sind alle Informationen zur Entwicklung des Menschen genetisch bestimmt. Anders formuliert – das Verhalten und das Erleben jedes Menschen ist biologisch determiniert und in den Genen angelegt. Der weitere Entwicklungsprozess eines Organismus wird durch Chromosomen und Hormone bestimmt, wobei die vollständige Ausgestaltung des Geschlechts durch die Menge und dem Verhältnis der Sexualhormone zueinander in der Pubertät erfolgt. Im Biomedizinischen Modell wird auch die biologische Determiniertheit des Geschlechts betrachtet, indem der geschlechtstypische Reifungsprozess Berücksichtigung findet. Demnach sind die männlichen Neugeborenen tendenziell bei der Geburt etwas schwerer als die Mädchen, doch weibliche Neugeborene haben im Schnitt einen Reifungsvorsprung von zirka vier Wochen. Demzufolge durchleben Mädchen die Entwicklung, wie beispielsweise Krabbeln, Laufen, Sauberkeit und Sprechen, etwas früher als die Jungen. Auch die Pubertät durchlaufen die Mädchen um etwa zwei Jahre früher als die Jungen.<sup>59</sup>

### **b) Psychosoziales Modell**

Aus psychosozialer Sicht erklären sich die Unterschiede zwischen dem weiblichen und männlichen Organismus in Gesundheit und Krankheit hauptsächlich durch psychische, verhaltensbezogene und soziale Faktoren (Abbildung 3). Wie das Biomedizinische Modell geht auch das Psychosoziale Modell von einer Zweigeschlechtlichkeit des Menschen aus. Es nimmt an, dass sich die psychosozialen Variablen bei Frauen und Männern gesundheitlich unterschiedlich auswirken. Forscher/innen konnten anhand zahlreicher Untersuchungen Zusammenhänge zwischen geschlechtsspezifischen Variablen und

---

<sup>58</sup> (Franke, 2006, S. 187)

<sup>59</sup> (Franke, 2006, S. 187f)

Kriterien für Gesundheit bzw. Krankheit nachweisen, dennoch ist gänzlich unklar, wie diese Zusammenhänge zustande gekommen sind. Die Auswahl an möglichen Variablen ist allerdings vielfältig, dementsprechend fällt sie in den Forschungsprojekten eher willkürlich aus.<sup>60</sup>

Franke definierte 2006 eine Reihe an relevanten psychosozialen Variablen, die einen entscheidenden Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen:

- Lebens-/Arbeitsbereich sowie berufliche Situation/Stellung, Arbeitsbedingungen/Status;
- Subjektive Gesundheitstheorien
- Gesundheitsrelevantes- sowie Risikoverhalten, Umgang mit dem eigenen Körper, Umgang mit Erkrankung sowie Krankheitsverhalten, Schmerzempfinden, Medikamentenkonsum
- Umgang mit Emotionen, Coping (Bewältigungsstrategien) und Ressourcenmanagement (effiziente Einsetzung der Ressourcen)
- Geschlechtsspezifische Aspekte im Verhalten gegenüber Gesundheitsprofessionen und geschlechtsspezifische Erwartungen an das Gesundheitssystem.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> (Franke, 2006, S. 188f)

<sup>61</sup> (Franke, 2006, S. 189)

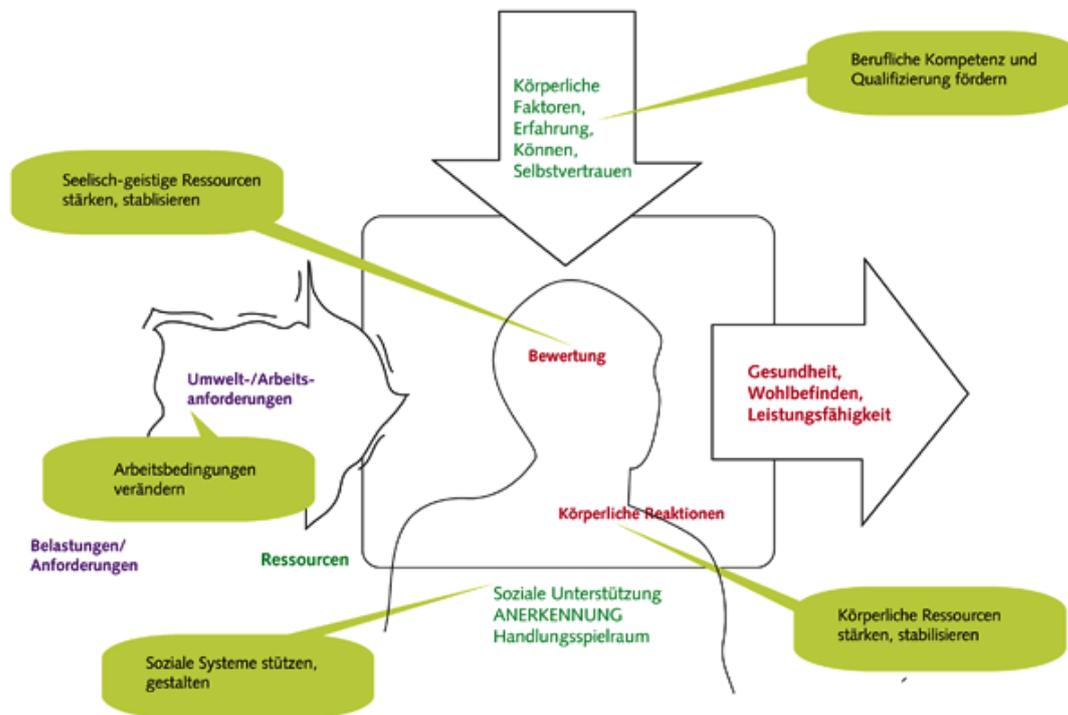


Abbildung 3: Das Bio-Psycho-Soziale Modell<sup>62</sup>

Franke ist der Auffassung, dass eine Trennung der biologischen Faktoren und der psychosozialen Faktoren forschungsmethodisch nicht fein säuberlich möglich ist, denn die beiden Faktoren interagieren ständig miteinander. *„Männer und Frauen leben in den meisten Gesellschaften in unterschiedlichen Welten, ihnen werden von Kindheit an andere Rollen zugewiesen, und es wird unterschiedliches Verhalten von ihnen erwartet.“*<sup>63</sup>

### c) Gender Theorien

Gender Theorien gehen davon aus, dass die Geschlechtsunterschiede sehr wohl Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen, aber sie bestreiten, dass die empirisch erfassten Geschlechtsunterschiede im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen biologisch determiniert sind. Das heißt, alle Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind durch kulturelle und soziale Variablen konstruiert. Als Variablen dieses sozialen Konstruktionsprozesses werden eine ungleiche Macht- und Stressverteilung sowie ungleiche Anpassungsleistungen an die Geschlechterrolle benannt.<sup>64</sup>

<sup>62</sup> (Medizinische Universität Graz, o. J.)

<sup>63</sup> (Franke, 2006, S. 190)

<sup>64</sup> (Franke, 2006, S. 191)

- Ungleiche Macht- und Statusverteilung wird von der Forschung unterschiedlich diskutiert. Aus der Sicht der Frauenperspektive wird die geringere Machtposition, die in fast allen gesellschaftlichen Bereichen vorherrscht, als Gesundheitsrisiko für Frauen gesehen. Aus der Sicht der Männerperspektive wird diese Machtposition als Risikofaktor für Männer gesehen.<sup>65</sup>

Die Soziologie geht davon aus, dass sich die Geschlechterrollen in der heutigen Gesellschaft immer mehr angleichen. Die Integration von Frauen in traditionell männlichen Bereichen bringt den Frauen auch gesundheitliche Nachteile. So ist laut Franke etwa die Zahl der als typisch männlich geltenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahren bei Frauen angestiegen, begleitet von einem Anstieg von vor allem jüngeren weiblichen Raucherinnen.<sup>66</sup>

## 2.7.2 Gender Medizin

*„Gender-specific is the science of how normal human biology differs between men and women and how the manifestations, mechanisms and treatment of disease vary as a function of gender.“<sup>67</sup>*

Gender Medizin berücksichtigt eine geschlechtersensible Sichtweise der Gesundheit. Gender Medizin verfolgt das Ziel, sowohl für Frauen auch als für Männer die gleichen Voraussetzungen in den Bereichen Gesundheitswesen und medizinische Versorgung sowie einen barrierefreien Zugang zu Gesundheitsangeboten zu schaffen. Eine zentrale Frage der Gender Medizin ist, wie gerecht, solidarisch und sensibel der Gesundheitsbereich in Bezug auf die grundlegenden Bedürfnisse von Frauen und Männern unter Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Herkunft ist.<sup>68</sup>

Sowohl die Gender-Forschung als auch die Gender-Praxis sehen nicht nur das Geschlecht, sondern gehen noch einen Schritt weiter, denn sie untersuchen und betrachten die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern, um daraus Handlungsbedarf zu erkennen und um neue Strategien entwickeln zu können. Von Bedeutung ist, dass die Genderperspektive in der Medizin weiter vorangetrieben wird. Diese neuen Erkenntnisse lassen sich aus den epidemiologischen Analysen, aus

---

<sup>65</sup> (Franke, 2006, S. 195f)

<sup>66</sup> (Franke, 2006, S. 195f)

<sup>67</sup> (Legato, The Foundation for Gender-Specific Medicine, o. J.)

<sup>68</sup> (Hager, o. J., S. 17)

Erfahrungen in der Praxis und aus diversen geschlechtersensiblen Gesundheitsberichten gewinnen. Daraus können Problembereiche genau identifiziert werden und es lassen sich genderspezifische Aufgabenstellungen ableiten, die für zukünftige Medizin von zentraler Bedeutung sind, um die Lebensqualität und den Gesundheitszustand von Frauen und Männern gleichermaßen optimieren zu können.<sup>69</sup>

Diese relativ neue Teildisziplin wird als geschlechterspezifische, geschlechtersensible oder geschlechtergerechte Medizin bezeichnet.<sup>70</sup>

Gender Medizin umfasst demnach alle medizinischen Fachbereiche, nicht nur die Gynäkologie, Urologie und Reproduktionsmedizin, und berücksichtigt Frauen und Männer hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Ein weiterer wichtiger Ansatz der Gender Medizin ist, dass sie die sozialen und psychologischen Faktoren wie etwa Einkommen, Status, Bildung und persönliche Lebensformen berücksichtigt, da sie wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit von Frauen und Männer nehmen. Aufgrund dieses Wissens kann eine optimale medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleistet werden.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> (Lohff & Rieder, 2008, S. 3)

<sup>70</sup> (Dieplinger, 2011, S. 511)

<sup>71</sup> (Dieplinger, 2011, S. 510f)

### 3 „Gesundheit als Menschenrecht“ – Völkerrechtliche, gemeinschaftsrechtliche und nationale Normen

*„Gesundheit sollen wir uns nicht wünschen, sondern als Recht erkämpfen.“*

Kofi Annan

Das Recht auf Gesundheit ist ein Menschenrecht. Es ist unveräußerlich und daher für Frauen, Männer und Kinder gleichermaßen geltend. Dieses Recht zählt zu den bedeutsamsten und verpflichtet den Staat, für jeden Menschen das höchste Maß an physischer und psychischer Gesundheit zu erreichen. Es besagt auch, dass das Recht auf Gesundheit ohne Diskriminierung gewährleistet werden muss.<sup>72</sup>

Das Menschenrecht auf Gesundheit präsentiert sich komplex, da Gesundheit und menschliches Wohlbefinden untrennbar mit allen Bereichen des täglichen Lebens in Verbindung stehen. Ersichtlich wird die Vernetzung erstens in körperlicher Hinsicht, wie das Verlangen nach Luft, Wasser, Nahrung, Wohnung, Arbeit Bildung, Partizipation und Sex, und zweitens in sozialer Hinsicht, wie das Verlangen nach Liebe, Zärtlichkeit und das Bedürfnis nach sozialen Netzwerken zu Familie, Freunden und Gemeinschaft.<sup>73</sup>

Als Antwort auf die schwerwiegenden Verletzungen der Menschenwürde während des Zweiten Weltkriegs hielt die Charta der Vereinten Nationen fest, dass die Staaten eine Verpflichtung in Bezug auf die Wahrung der Menschenrechte zu leisten haben. 1948 wurde Gesundheit als Menschenrecht in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) im Artikel (Art.) 25 festgehalten: *„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen.“*<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2014)

<sup>73</sup> (Benedek, 2009, S. 152)

<sup>74</sup> (Benedek, 2009, S. 152)

Die WHO-Satzung von 1978 ging noch einen Schritt weiter und bekräftigt, dass Gesundheit „[...] die der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen ist, ein grundlegendes Menschenrecht darstellt und dass das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert.“<sup>75</sup>

Diese breite Sichtweise von Gesundheit zeigt, dass Gesundheit nicht nur eine Angelegenheit des Gesundheitsressorts ist, sondern auch andere Bereiche Einfluss auf die sozialen Determinanten von Gesundheit nehmen.<sup>76</sup>

Die WHO legt heute den Fokus vermehrt auf die Operationalisierung des Rechts auf Gesundheit. Sie möchte das Recht auf Gesundheit in drei Bereichen entscheidend verbessern. Erstens möchte sie Regierungen unterstützen, die bestrebt sind, ein auf Menschenrechten basierendes Gesundheitssystem aufzubauen. Zweitens ist die WHO bemüht, die Stärkung ihrer Tätigkeit auf Basis von Menschenrechten zu verfolgen, und drittens möchte sie das Recht auf Gesundheit als ein internationales Menschenrecht weiter forcieren. Zu diesem Zweck hat die WHO ein Positionspapier über Menschenrechte und Gesundheit erstellt und möchte damit gewährleisten, dass Menschenrechte als elementarer Bestandteil in nationalen Gesundheitssystemen fest verankert sind.<sup>77</sup>

Gesundheit als Menschenrecht beinhaltet die Nicht-Diskriminierung der Menschen, unabhängig von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Herkunft, Religion, körperlicher oder geistiger Behinderung, Staatsangehörigkeit, politischer Einstellung und bürgerlichem Status. Auf der völkerrechtlichen Ebene bestehen drei wichtige Menschenrechtsinstrumente, die sich mit dem Zugang aller Menschen zur Gesundheitsversorgung und medizinischen Versorgungseinrichtungen ohne Diskriminierung befassen. Dazu zählt erstens die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahr 1948, zweitens die Internationale Konvention zur Beseitigung aller Formen rassistischer Diskriminierung (ICERD) aus dem Jahr 1966 und

---

<sup>75</sup> (WHO, 1978, S. 1)

<sup>76</sup> (Benedek, 2009, S. 152)

<sup>77</sup> (Benedek, 2009, S. 152f)

drittens die Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frauen aus dem Jahr 1979 (CEDAW).<sup>78</sup>

### 3.1 Menschenrechtsinstrumente der Vereinten Nationen

Zu den wichtigsten Aufgaben der Vereinten Nationen, zählen Friedenssicherung, Einhaltung des Völkerrechts sowie Einhaltung der Menschenrechte. Um letzteres Ziel zu erreichen, hat die UNO mehrere wichtige Rechtsdokumente erlassen, zwei sind für die hier dargestellte Thematik von Bedeutung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AMER) und die Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen (CEDAW).

#### 3.1.1 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR)

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Resolution 217 III), ist ein Rechtsdokument der Vereinten Nationen zu den allgemeinen Grundsätzen der Menschenrechte. Dieses Bekenntnis wurde am 3. Dezember 1948 von den damals 48 Staatenmitgliedern der Vereinten Nationen in Palais de Chaillot/Paris unterzeichnet und verkündet.<sup>79</sup>

Die AEMR beinhaltet 30 Artikel, die sich in vier Gruppen von Rechten aufteilen: Persönlichkeitsrechte, Verfahrensrechte, Freiheitsrechte und ökonomischen, sozialen und kulturellen Rechte, darunter fällt auch das Recht auf Gesundheit. Dieses spiegelt sich in zwei Artikeln wider.<sup>80</sup>

Art. 1 *„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“*<sup>81</sup>

Art. 25, Abs. 1 *„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließt Nahrung, Kleidung, Wohnung*

---

<sup>78</sup> (Benedek, 2009, S. 155)

<sup>79</sup> (Benedek, 2009, S. 30)

<sup>80</sup> (Informationsplattform humanrights.ch, 2014)

<sup>81</sup> (Simm & Fastenrath, 2010, S. 6)

*ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet.*<sup>82</sup>

Art. 25, Abs. 2 *„Mutter und Kind haben Anspruch auf besondere Hilfe und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche und uneheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.“*<sup>83</sup>

In diesem Zusammenhang sind die beiden Menschenrechte Gleichheit und Brüderlichkeit für die Darstellung der Thematik von Bedeutung: Das Recht auf Gleichheit beinhaltet unter anderem, dass Frauen und Männer gleichermaßen gegen jede Form der Diskriminierung geschützt werden müssen. Hier ist auch die volle Gleichberechtigung beider Geschlechter ausdrücklich betont. Das Recht auf Brüderlichkeit schützt wirtschaftlich und soziale Rechte beispielsweise das Recht auf gerechte Entlohnung, das Recht auf einem angemessenen Lebensstandard, sowie das Recht auf Gesundheit und Bildung.<sup>84</sup>

Ziel der Gründerstaaten der AEMR war es, die internationale Zusammenarbeit herbeizuführen, um internationale Probleme wirtschaftlicher, sozialer, kultureller und humanitären Art zu lösen. Im Zentrum stehen das Leben und die Würde des Menschen. Für die Umsetzung wurden zahlreiche existenzielle Menschenrechte definiert, unter anderem zählen dazu das Gleichheitsrecht sowie soziale und kulturelle Rechte. In den Gleichheitsrechten wird explizit auf Schutz vor Diskriminierung aufgrund des Geschlechts hingewiesen und in den sozialen und kulturellen Rechten wird das Recht auf Gesundheit angeführt. Sie beeinflusst nationale Gesetze und internationale Abkommen.<sup>85</sup>

Menschenrechte entwickeln sich zu einem ethnischen, politischen rechtlichen System und tragen nicht nur zur Emanzipation von Individuen bei, die benachteiligt und diskriminiert wurden, sondern auch die Reduzierung der Armut wird als wichtiges Ziel der Entwicklungszusammenarbeit angesehen sowie die Wahrung des Weltfriedens.<sup>86</sup>

---

<sup>82</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 9)

<sup>83</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 9)

<sup>84</sup> (Benedek, 2009, S. 30)

<sup>85</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 6ff)

<sup>86</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 9)

Zwar hat die Internationale Charta die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte keine juristische Konsequenz, dennoch hat sie ein hohes Maß an politischer und moralischer Wertigkeit.<sup>87</sup>

### **3.1.2 Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen (CEDAW)**

Die Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen wurde am 18. Dezember 1979 von der UN-Generalversammlung angenommen. Die CEDAW ist bis dato das wichtigste internationale Menschenrechtsdokument für Frauen.<sup>88</sup>

Sie dient dem Schutz und der Förderung der Rechte der Frauen. Die UN-Frauenkonvention verpflichtet alle Vertragsstaaten alle zur Verfügung stehenden politischen Mittel zu ergreifen, um zur Beseitigung der Diskriminierung von Frauen beizutragen. In diesem Rechtsdokument wurden Frauen erstmalig als vollwertige Individuen anerkannt.<sup>89</sup>

Die Konvention umfasst insgesamt 30 Artikel. Dieses international anerkannte Rechtsdokument versucht mit gezielten Maßnahmen die Gleichstellung und das „Empowerment“ der Frauen zu verbessern. Es soll auf allen Ebenen, national und international, im privaten und auch im öffentlichen Leben wirken. Auch die bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturelle Rechte der Frauen werden hier detailliert formuliert.<sup>90</sup> Die Konvention enthält zwei wesentliche Vorschriften: Erstens das Diskriminierungsverbot von Frauen aufgrund des Geschlechts und zweitens das Gebot für Gleichberechtigung und Gleichstellung mit Männern.<sup>91</sup>

#### **Entwicklung bis zur CEDAW**

Alle bisherigen Bemühungen, die Diskriminierung der Frauen zu beseitigen, scheiterten. Weder die Charta der Vereinten Nationen (1945) zur Gleichstellung von Frau und Mann noch die Deklarationen der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) und

---

<sup>87</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 11)

<sup>88</sup> (WHO, 2007, S. 4f)

<sup>89</sup> (Benedek, 2009, S. 178)

<sup>90</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 386ff)

<sup>91</sup> (Schöpp-Schilling, 2009, S. 8)

zahlreiche andere Konventionen wie der Pakt über bürgerliche, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR 1966) konnten das Ziel der Gleichstellung der Geschlechter erreichen.<sup>92</sup> In diesen angeführten Verträgen liest man zwar über die Nichtdiskriminierung der Frau, doch nirgends wurde der Begriff „Diskriminierung“ klar definiert. Man spricht auch über die Gewährleistung der Frauenrechte, doch in keinem dieser Rechtsdokumente wurden konkrete Rechte der Frauen formuliert bzw. aufgelistet.<sup>93</sup>

Deshalb musste ein völkerrechtlich verbindliches Rechtsdokument erarbeitet werden. Nach der Verabschiedung im Dezember 1979 trat die UN-Konvention am 3. September 1981 in Kraft. Bis heute haben 187 Staaten<sup>94</sup> die CEDAW unterschrieben. Diese Länder sind verpflichtet, die in der Konvention formulierten Ziele und Maßnahmen auf nationaler Ebene umzusetzen. Bis dato haben die USA die Konvention nicht ratifiziert.<sup>95</sup>

Alle Länder, die die CEDAW ratifizierten, sind dunkelblau hinterlegt (Abbildung 4), jene Länder die hellblau markiert sind wie beispielsweise die USA, haben die Konvention anerkannt aber nicht ratifiziert, und alle Länder die weiß unterlegt sind, haben die Konvention bis dato nicht anerkannt.

---

<sup>92</sup> (Schöpp-Schilling, 2009, S. 7)

<sup>93</sup> (Cook, 1994, S. 234f)

<sup>94</sup> (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2014)

<sup>95</sup> (Schöpp-Schilling, 2009, S. 8)

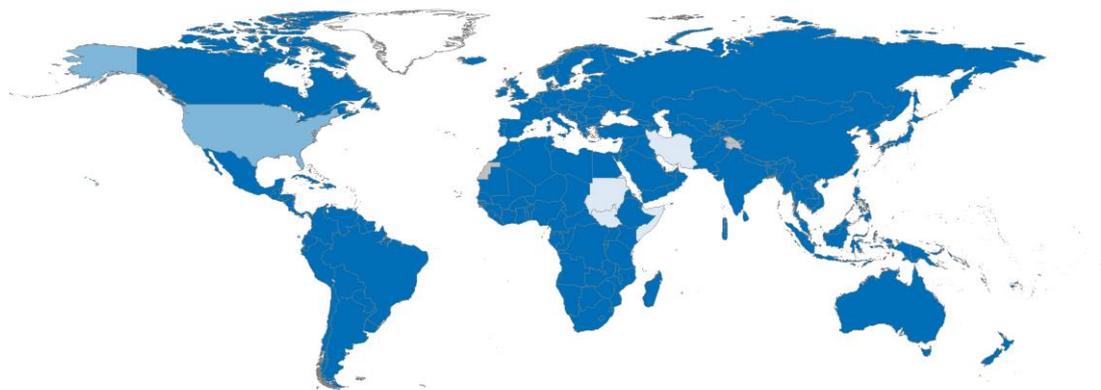


Abbildung 4: Ratification of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women<sup>96</sup>

### Die CEDAW

In Art. 2 wird jede Form von Diskriminierung an der Frau verurteilt. Die Vertragsstaaten kommen überein, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden politischen Mitteln zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau beizutragen.<sup>97</sup>

In Art. 12, Abs. 1 wird explizit auf das Recht auf Gesundheit eingegangen. Dieser lautet:

*„Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich Gesundheitswesen, um der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zu den Gesundheitsdiensten, einschließlich derjenigen im Zusammenhang mit der Familienplanung, zu gewährleisten.“<sup>98</sup>*

Aus dem österreichischen NGO-Schattenbericht 2012 Bezug nehmend auf Art. 12 an den CEDAW Ausschuss geht hervor, dass die Gesundheitsangebote im österreichischen Gesundheitswesen zwischen Frauen und Männern nicht gerecht verteilt sind.<sup>99</sup>

Das Geschlecht stellte eine Determinante für Gesundheit dar und hat zudem einen Einfluss darauf, welche medizinische Unterstützung, angefangen von der Früherkennung über Therapie bis hin zur Kuration, Frauen und Männer erhalten. Nach wie vor sind die Gesundheitsangebote an der männlichen Norm ausgerichtet. Die Lebenswelten der

---

<sup>96</sup> (United Nations, 2013)

<sup>97</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 384f)

<sup>98</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 388)

<sup>99</sup> (Groth & Hirtl, 2012, S. 43)

Frauen und ihre Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheiten finden hier kaum Berücksichtigung.<sup>100</sup>

Österreich ist gefordert, eine systematische Einbeziehung von Frauen in Studienpopulationen vorzunehmen und eine Auswertung der Gesundheitsdaten nach Geschlecht zu forcieren.<sup>101</sup>

### **3.1.3 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR)**

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 spiegelt das sozialistische Menschenrechtskonzept wider. Dieser wurde bisher von 161 Staaten ratifiziert. Österreich trat diesen am 10. September 1978 bei. Er beinhaltet insgesamt 31 Artikel.<sup>102</sup>

Artikel 12 nimmt im Abs. 1 gezielt zum Recht auf Gesundheit Stellung:

*„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“<sup>103</sup>*

## **3.2 Europäische Menschenrechtsinstrumente**

Neben den Vereinten Nationen haben auch verschiedene europäische Organisationen Konventionen zum Schutz der Menschenrechte ausgearbeitet. Dabei nimmt der Europarat (Council of Europe), gegründet 1949, eine Vorreiterrolle ein, da schon 1950 das westlich-bürgerliche Menschenrechtskonzept in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in der Europäischen Sozialcharta (ESC) 1961 verankert worden sind.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> (Groth & Hirtl, 2012, S. 43)

<sup>101</sup> (Groth & Hirtl, 2012, S. 44)

<sup>102</sup> (United Nations, 2014)

<sup>103</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 105)

<sup>104</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 13)

### 3.2.1 Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK)

Erste Ansätze für eine Europäische Menschenrechtskonvention gab es auf dem Europakongress im Jahr 1948. Am 24. November 1950 unterzeichneten die Mitglieder des Europarats in der 6. Sitzung des Ministerkomitees in Rom die EMRK. Sie trat am 3. September 1953 (in Österreich am 3. September 1958) in Kraft.<sup>105</sup>

Die EMRK umfasst vor allem politische und bürgerliche Rechte. Zentrales Ziel der Europäischen Menschenrechtskonvention, die aus 50 Artikeln und 14 Zusatzprotokollen besteht, ist es, die Menschenrechte und Grundfreiheiten zu wahren und zu fördern.<sup>106</sup>

Im Zusammenhang mit dem Recht auf Gesundheit ist der Artikel 8 „*Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens*“ anzuführen. Hier wird Gesundheit in Zusammenhang mit dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens gestellt, die Behörde darf nur in zwingenden Fällen, unter anderem etwa zum Schutz der Gesundheit anderer, eingreifen.<sup>107</sup>

Im Gegensatz zur AEMR, die einen reinen Empfehlungscharakter hat, verpflichten sich Regierungen, die die EMRK ratifizierten, für die Umsetzung der Rechte und Freiheiten.<sup>108</sup>

### 3.2.2 Europäische Sozialcharta (ESC)

Die Europäische Sozialcharta wurde am 18. Oktober 1961 in Turin/Italien unterzeichnet und trat am 26. Februar 1969 in Kraft. In Österreich wurde sie am 10. September 1969 ratifiziert. Die Europäische Sozialcharta beinhaltet wirtschaftliche und soziale Grundrechte. Sie ist die Ergänzung zur Europäischen Menschenrechtskonvention, die zivile und politische Grundrechte beinhaltet.<sup>109</sup> Die ESC besteht aus insgesamt 38 Artikeln.

---

<sup>105</sup> (BGBl. Nr. 210/1958-RIS, 1958)

<sup>106</sup> (Simm & Fastenrath, 2010, S. 483)

<sup>107</sup> (Simm & Fastenrath, 2010, S. 486)

<sup>108</sup> (BGBl. Nr. 210/1958-RIS, 1958)

<sup>109</sup> (Benedek, 2009, S. 50f)

Art. 11 nimmt Bezug auf das Recht auf Gesundheit. Dieser Artikel *„Das Recht auf Schutz der Gesundheit“* lautet:<sup>110</sup>

*„Um die wirksame Ausübung des Rechts auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragspartner, entweder unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen.“*<sup>111</sup>

Angestrebtes Ziel des Artikels 11 der ESC ist es, einen wirksamen Gesundheitsschutz für alle Individuen zu gewährleisten. Dieser sieht vor, Ursachen, die zu Gesundheitsschäden führen, so gut als möglich zu eliminieren sowie eine individuelle Gesundheitsberatung und Gesundheitsschulung und die Fort- und Weiterentwicklung der Präventionsmaßnahmen gegen verschiedenste Krankheiten zu fördern.<sup>112</sup>

Die Vertragsstaaten des Europarats sind verpflichtet, auf nationaler Ebene alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, den Lebensstandard ihrer Bevölkerung zu verbessern und somit die Gesundheit und das Wohlbefinden aller zu fördern.<sup>113</sup>

### **3.3 Europäische Union (EU) – Grundrechtecharta**

Seit der Gründung der Europäischen Union 1992 durch den Vertrag von Maastricht nehmen Menschenrechte eine zentrale Rolle ein. Sie wurden in der Europäischen Grundrechtecharta kodifiziert und mit dem Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon 2009 rechtlich verbindlich.<sup>114</sup>

#### **Grundrechtecharta**

Im Jahr 2000 wurde die Grundrechtecharta der Europäischen Union in Nizza/Frankreich verabschiedet. Bis dato ist diese Charta das aktuellste Menschenrechtsabkommen in Europa. Die Grundrechtecharta enthält bürgerliche, politische, wirtschaftliche, soziale und

---

<sup>110</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 561)

<sup>111</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 561)

<sup>112</sup> (Binder, 2002, S. 37f)

<sup>113</sup> (Benedek, 2009, S. 50f)

<sup>114</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 13)

kulturelle Rechte. Sie stellt für die Vertragsstaaten ein verbindliches Rechtsdokument dar.<sup>115</sup>

In der Grundrechtecharta bezieht sich keiner der 54 Artikel explizit auf das Recht auf Gesundheit, doch wird in diversen Artikeln, beispielsweise in Art. 35, ausdrücklich auf die Sicherstellung eines „hohen Gesundheitsschutzniveaus“ eingegangen.<sup>116</sup>

Art. 35 *„Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.“*<sup>117</sup>

### 3.4 Das Recht auf Gesundheit im nationalen Recht

Bis heute enthält das österreichische Verfassungsrecht kein explizit rechtlich geltendes Grundrecht auf Gesundheit.<sup>118</sup>

Es existiert auch keine individuelle, verfassungsrechtliche Norm auf Zugang zu gesundheitserhaltenden und gesundheits(wieder)herstellenden Angeboten. Ebenso wenig findet sich im österreichischen Verfassungsrecht ein Recht, dass das Individuum vor den Folgen von umweltschädigendem Verhalten anderer schützt. Dieses Recht wird nicht nur in der Europäischen Sozialcharta, sondern auch im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte thematisiert, aber nicht als Individualgrundrecht gefordert. Wäre das Recht auf Gesundheit als ein Grundrecht im Verfassungsrecht verankert, würde ein solches Grundrecht die staatliche Schutzpflicht zu einer Verfassungsaufgabe machen und damit den Bundesgesetzgeber binden.<sup>119</sup> Der Großteil der internationalen Abkommen ist jedoch mit Erfüllungsvorbehalt abgeschlossen, d. h., der Vertrag wird innerstaatlich nicht unmittelbar, sondern erst durch die Erlassung wirksam und anwendbar. Zudem steht oftmals nur ein Teil im Verfassungsrang.<sup>120</sup> Verfassungsrang hat für die hier dargestellte Thematik die CEDAW Bundesgesetzblatt (BGBl. 1982/443), die Europäische Sozialcharta (BGBl. 1969/460) und die

---

<sup>115</sup> (Benedek, 2009, S. 54)

<sup>116</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 626)

<sup>117</sup> (Simma & Fastenrath, 2010, S. 626)

<sup>118</sup> (Verfassungsgerichtshof Österreich, o. J.)

<sup>119</sup> (Weber, 2002, S. 203)

<sup>120</sup> (Hengstschläger & Leeb, 2013, S. 15)

Menschenrechtspakte wie etwa der ICESCR (BGBl. 1978/590) stehen nicht im Verfassungsrang.<sup>121</sup>

Die österreichische Politik engagiert sich für die Förderung der Menschenrechte auf völkerrechtlicher, gemeinschaftlicher und nationaler Ebene und hat internationale Abkommen mit grundrechtlichem Inhalt ratifiziert.<sup>122</sup>

An dieser Stelle erfolgt ein kurzer Überblick über die wichtigsten Abkommen, die Österreich ratifiziert hat:

<b>Völker- und gemeinschaftsrechtliche Verträge</b>	<b>Abkürzung</b>	<b>Jahr der Ratifizierung</b>
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte	AEMR	1948
Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten	EMRK	1958
Europäische Sozialcharta	ESC	1969
Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte	ICESCR	1978
Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen	CEDAW	1981
Grundrechtecharta		2000

Tabelle 1: Völker- und gemeinschaftsrechtliche Verträge, die Österreich ratifizierte<sup>123</sup>

Durch die Ratifizierung der Verträge hat sich Österreich verpflichtet, in regelmäßig vorgesehenen Abständen Staatenberichte an die jeweiligen Kontrollinstitutionen der Vereinten Nationen, des Europarats und der Europäischen Union vorzulegen.<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup> (Hengstschläger & Leeb, 2013, S. 15)

<sup>122</sup> (Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, o. J.)

<sup>123</sup> (Selbsterstellung, 2014)

<sup>124</sup> (Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, 2010, S. 15f)

### **3.4.1 Nationale Rahmengesundheitsziele schaffen die Basis zukünftiger Gender-Gesundheitsberichte**

Der gesetzliche Status von Gesundheitszielen mit einer systematischen Gesundheitsberichterstattung ist deshalb so wichtig, weil Gesetze den Staat verpflichten, diese einzuhalten und umzusetzen, zumal die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen Jahre braucht, um erste Erfolge in der Bevölkerung messbar zu machen. Gesetze überdauern mehrere Regierungsperioden, aus diesem Grund sind gesetzliche Beschlüsse von Bedeutung.<sup>125</sup>

Durch die neuen gesetzliche Rahmenbedingungen (Vereinbarung 200 gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) Zielsteuerung-Gesundheit) erhält die österreichische Gesundheitsdebatte neue Aufmerksamkeit, denn in dieser Vereinbarung wird im 2. Abschnitt Gesundheitspolitische Grundsätze Artikel 4 festgehalten, dass sich alle gesundheitspolitischen Maßnahmen an Public Health-Grundsätzen zu orientieren haben. Zudem werden Gesundheitsziele und eine systematische Gesundheitsberichterstattung gefordert.<sup>126</sup>

### **3.4.2 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich**

Auf Basis der WHO-Strategie „Gesundheit für Alle“ hat Österreich 2012 erstmalig zehn Rahmen-Gesundheitsziele (Abbildung 5) formuliert. Diese wurden Juli 2012 im Nationalrat beschlossen.<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup> (Wismar, 2003, S. 108)

<sup>126</sup> (BGBl. Nr. 200/2013-RIS, 2013)

<sup>127</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 5)

## 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

**ZIEL 1:** Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

**ZIEL 2:** Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

**ZIEL 3:** Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

**ZIEL 4:** Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

**ZIEL 5:** Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

**ZIEL 6:** Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

**ZIEL 7:** Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

**ZIEL 8:** Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

**ZIEL 9:** Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

**ZIEL 10:** Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen



1

Abbildung 5: 10 Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich<sup>128</sup>

Mit der Formulierung von Gesundheitszielen wurde ein erster Schritt in Richtung Verbesserung der Gesundheit der gesamten in Österreich lebenden Menschen gesetzt.<sup>129</sup>

Durch die Determinantenorientierung (Abbildung 6) richtet sich die Ausrichtung nach den Einflussfaktoren, welche die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen. Das Geschlecht stellt ein zentrales jedoch unveränderbares Gesundheitsmerkmal dar. Die individuelle Lebensweise, beispielsweise Ess- und Trinkverhalten, Gesundheitsverhalten, soziale Einflüsse, gute soziale Kontakte, ist veränderbar und kann die Gesundheit entscheidend beeinflussen. Der Schlüssel liegt daher vielfach weniger im Bereich der Versorgung mit medizinischen Leistungen, als im Bereich der Wirtschafts-, Sozial- und Bildungspolitik. Oftmals sind es die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die Menschen überhaupt erst krank machen.<sup>130</sup>

<sup>128</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. o. S.)

<sup>129</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 1)

<sup>130</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. Vf)

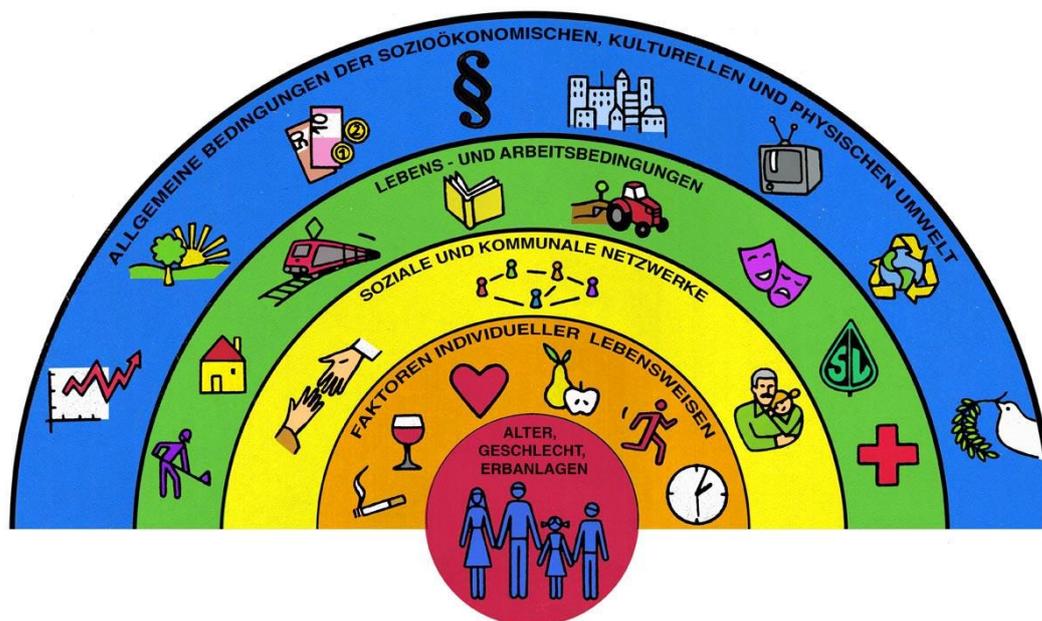


Abbildung 6: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead, Quelle<sup>131</sup>

Bildung hat neben dem sozioökonomischen Status und dem Einkommen einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Die österreichische Regierung ist bemüht, die sozial und gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen in allen Bereichen des Lebens besonders zu berücksichtigen.<sup>132</sup>

Die Rahmen-Gesundheitsziele berücksichtigen jeweils die relevanten Einflussfaktoren und Politikfelder. Sie beziehen sich auf gesellschaftliche Verhältnisse ebenso wie auf individuelles Verhalten und identifizieren den Beitrag in Bezug auf das Grundrecht auf Gesundheit.<sup>133</sup>

In einem ersten Schritt wurden die zehn Rahmen-Gesundheitsziele formuliert, im zweiten Schritt erarbeitet eine politikübergreifende interdisziplinäre und wenn möglich sektorenübergreifende Arbeitsgruppe ein konkretes Strategie- und Maßnahmenkonzept mit Indikatoren, in das sie auch die Erfahrungen aus jenen EU-Ländern einfließen lassen, welche bereits Maßnahmenkonzepte entwickelt haben. Schritt drei bedeutet schließlich

<sup>131</sup> (FGÖ, o. J.)

<sup>132</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. VII)

<sup>133</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 7ff)

die Umsetzung der definierten Maßnahmen mit einem determinantenorientierten Monitoring und soll von einer regelmäßigen Berichterstattung an die WHO begleitet werden (Abbildung 7). Für die Umsetzung und das Monitoring wurde ein Zeithorizont von 20 Jahren ab 2012 definiert.<sup>134</sup>

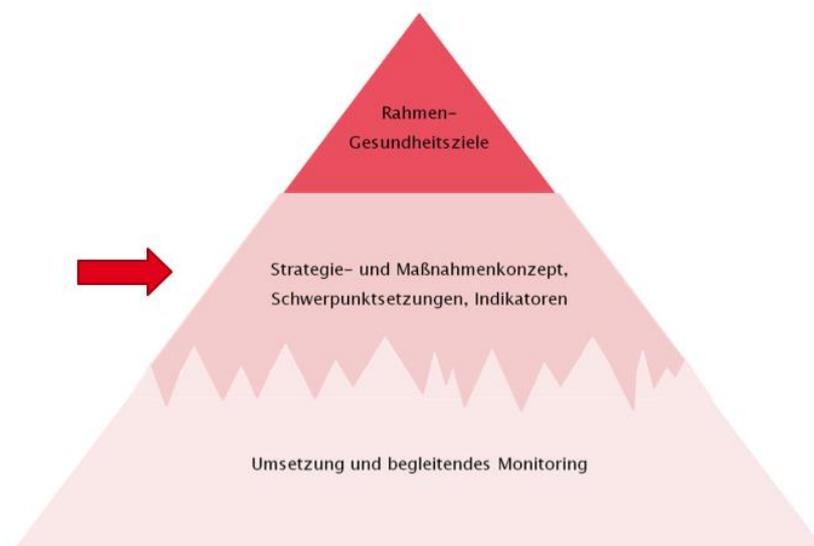


Abbildung 7: Prozessschritte nach Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele<sup>135</sup>

Österreich setzte durch die Formulierung von Gesundheitszielen einen ersten Schritt in Richtung rationaler und transparenter Gesundheitspolitik.<sup>136</sup> Doch die bloße Formulierung von Zielen mit Strategie-, Prozess- und Maßnahmenkonzepten reicht nicht aus. Es muss eine fortlaufende Evaluierung dieser Ziele gewährleistet werden, um eine Ergebnisqualität d. h. Bewertung der Wirksamkeit der Ziele zu erhalten. Die Verbesserung des Gesundheitszustands einer Population ist schwer zu messen<sup>137</sup>, da sich erstens die gesundheitsfördernde Wirkung erst nach einigen Jahren langfristig messen lässt und man sich zweitens die Frage stellen muss, ob die Zuschreibung auf das an den eingesetzten Indikatoren gemessene Outcome repräsentativ ist.<sup>138</sup>

---

<sup>134</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 64)f

<sup>135</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 65)

<sup>136</sup> (Offermanns, 2011, S. 131)

<sup>137</sup> (Offermanns, 2011, S. 70)

<sup>138</sup> (Wismar, 2003, S. 108)

Im Zuge der 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens hat das Rechtsgut „Gesundheit“ immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dennoch steht die Förderung der Gesundheit weiterhin im Schatten der „klassischen“ krankheitsbezogenen Medizin. Um diese Herausforderungen nachhaltig umsetzen zu können, müssen wichtige Bereiche wie Prävention und Gesundheitsförderung noch stärker von der Bundesregierung forciert werden.<sup>139</sup>

Auf Basis der zehn Rahmen-Gesundheitsziele können zukünftige nationale Gender-Gesundheitsberichte entwickelt werden. Die gewonnenen Daten aus Gender-Gesundheitsberichten spiegeln den aktuellen Gesundheitszustand einer Bevölkerung wider. Zudem liefern sie auch Informationen darüber, ob die für Männer und Frauen explizit festgelegten Gesundheitsziele erreicht worden sind, daraus können Experten/innen neue Strategien erarbeiten, etwa zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern sowie auch innerhalb der Geschlechter. Im Rahmen des Bundesreformgesetzes 2013 hat die österreichische Regierung im Gesundheitsreformgesetz festgehalten, dass die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden müssen. In Abschnitt 4 (Konkretisierung der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit) § 11 wird festgeschrieben, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen an wirkungsorientierten Gesundheitszielen angeknüpft sein müssen und diese sehen eine Evaluation verpflichtend vor. In § 19 wird explizit darauf hingewiesen, dass die umgesetzten Maßnahmen zukünftig in regelmäßigen Abständen in Form einer Gesundheitsberichterstattung dargestellt werden müssen.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup> (BGBl. Nr. 150/2008-RIS, 2008)

<sup>140</sup> (BGBl. Nr. 81/2013-RIS, 2013)

## 4 Gesundheit und Gesundheitsförderung

*„Stabiles Selbstwertgefühl, positives Verständnis zum eigenen Körper, Freundschaft und soziale Beziehungen, eine intakte Umwelt, sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft sind die Grundbedingungen für die Gesundheit.“*

WHO

Die zugrundeliegende Definition von Gesundheitsförderung orientiert sich an jener der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986. In dieser wird Gesundheitsförderung als ein Prozess beschrieben, der ein höchstes Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu erreichen versucht.<sup>141</sup> Im Konzept der Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die Vermeidung von Krankheit und deren Ursachen, sondern Gesundheitsförderung geht noch einen Schritt weiter, indem sie auf die Stärkung und Verbesserung der Lebenswelten der Menschen abzielt. Man versucht, die gesundheitsfördernden Einflüsse, Ressourcen und Kompetenzen zu stärken. Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, das Gesundheitsbewusstsein zu erhöhen, Verantwortung und Kontrolle über ihren Körper zu übernehmen und dadurch die Gesundheit bis ins hohe Lebensalter zu erhalten. Als Grundstein für dieses Konzept dient das salutogenetische Modell des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky.<sup>142</sup> Er ist der Auffassung, dass sich jeder Mensch in einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt und dass jeder Mensch selbst seine Gesundheit durch eigene Ressourcen stärken kann. Man kann Gesundheit als Reservoir sehen, das geschützt, gefördert und gestärkt werden muss.<sup>143</sup>

---

<sup>141</sup> (WHO, 1986, S. 1)

<sup>142</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 485)

<sup>143</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 485)

## **4.1 Gesundheitsförderung – Ein neues Verständnis von Gesundheit**

Gesundheitsförderung versucht, die Lebensqualität einer gesamten Bevölkerung, von Gruppen oder die jedes Einzelnen zu verbessern. Gesundheit muss als ein eigenständiger Prozess gesehen werden, zudem muss bekannt sein, wo Gesundheit entsteht. Es gibt zahlreiche Faktoren, etwa soziale und wirtschaftliche, ökologische und psychologische, sowie Lebensstil und Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und Leistungen auf unterschiedlichen Ebenen, die die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.<sup>144</sup> Gesundheitsförderung legt ihr Augenmerk auf die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen, in denen sich Menschen gut entwickeln und ihre persönlichen Kompetenzen stärken können.<sup>145</sup>

Ein wichtiges Prinzip der WHO ist die Chancengleichheit, die besagt, dass allen Menschen unabhängig von Geschlecht, Alter und Herkunft der gleiche Zugang zu Gesundheits- und Bildungseinrichtungen gewährleistet sein muss.<sup>146</sup>

Die Vereinten Nationen vertreten die Ansicht, dass das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsstandards der Bevölkerung eines der grundlegendsten Rechte aller Menschen ohne Diskriminierung ist. Ziel der Weltgesundheitsförderungskonferenzen ist es, nachhaltige Strategien zu entwickeln, um das fundamentale Recht auf Gesundheit global umsetzen zu können.<sup>147</sup>

## **4.2 Die WHO-Perspektive in Bezug auf „Recht auf Gesundheit“: Von der Ottawa Charta bis hin zur Nairobi Charta**

Die WHO mit Sitz in Genf/Schweiz ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Sie wurde am 7. April 1948 gegründet und verzeichnet 194 Mitglieder. Das visionäre Ziel

---

<sup>144</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 485)

<sup>145</sup> (Kolip & Abel, Gesundheitsförderung, 2012, S. 128)

<sup>146</sup> (Kodelitsch, 2011, S. 485)

<sup>147</sup> (WHO, 2005, S. 1f)

der Organisation ist, für jeden Menschen auf der Welt für ein „Höchstmaß an Gesundheit“ zu sorgen.<sup>148</sup>

Die Ottawa-Charta steht für die Geburtsstunde der Gesundheitsförderung, da erstmalig auf internationaler Ebene Strategien zur Gesundheitsförderung diskutiert wurden. Diese erste internationale Konferenz fand am 21. November 1986 in Ottawa/Kanada statt. Hier wurde über die sozialen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf die Gesundheit diskutiert. Diese gesundheitsfördernde Handlungsstrategie zielt darauf ab, vorhandene soziale Unterschiede zu minimieren und für alle Menschen gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, um in Gesundheit altern zu können.<sup>149</sup> Frauen und Männer werden als gleichwertige Partner gesehen.<sup>150</sup>

Die zweite internationale Konferenz für Gesundheit fand 1988 in Adelaide/Australien statt. Auch hier lag das Augenmerk auf gesundheitlichen Ungleichheiten und einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Im Fokus stand die soziale Benachteiligung. Sie gilt als wesentliche Einflussgröße für gesundheitliche Ungleichheiten. Als Ziel formulierte man, die Gesundheitskluft zwischen sozial benachteiligten und bildungsfernen Menschen auf der einen und privilegierten Menschen auf der anderen Seite zu schließen. Auf dieser Konferenz wurde ausdrücklich über Frauengesundheit diskutiert. Erstmals wurde anerkannt, dass Frauen die primären Förderer der Gesundheit auf der ganzen Welt sind. Obwohl bereits viele gesundheitsbezogene Frauennetzwerke und Frauenorganisationen bestehen, müssten diese noch mehr Aufmerksamkeit und Unterstützung erhalten. Sollte diese Forderung nicht umgesetzt werden, führe dies dazu, dass die gesundheitliche Ungleichheit zuungunsten der Frauen noch verstärkt wird. Die Konferenzteilnehmer/innen waren sich auch einig, dass neue frauengerechte Strategien in den Bereichen gerechtere Pflegeaufteilung, Geburtshilfe und Unterstützung für Mütter mit Kindern entwickelt und umgesetzt werden müssen.<sup>151</sup>

Die dritte Gesundheitsförderungskonferenz in Sundsvall/Schweden fand im Jahr 1991 statt. Hier wurde erstmals der Fokus auf die Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern gelegt. Zudem wurden noch weitere Empfehlungen formuliert, unter anderem die Notwendigkeit, die Fähigkeiten der Frauen in allen Bereichen inklusive Politik und Wirtschaft zu nutzen, um die „Wertigkeit“ der Frauen der der Männer gleichzustellen.

---

<sup>148</sup> (WHO, 2014)

<sup>149</sup> (WHO, 1986, S. 2)

<sup>150</sup> (WHO, 1986, S. 5)

<sup>151</sup> (WHO, 1988, S. 2f)

Dazu soll unter anderem die Arbeitsbelastung der Frauen reduziert werden, indem Hausarbeit gerecht zwischen den Geschlechtern aufgeteilt wird, Frauenorganisationen sollen zudem eine stärkere Stimme in der Entwicklung der Gesundheitsförderungspolitik erhalten.<sup>152</sup>

Die vierte internationale Konferenz fand 1997 erstmalig in einem Entwicklungsland, in Jakarta/Indonesien, statt. Die Konferenzteilnehmer/innen waren sich in den Punkten einig, dass erstens Gesundheitsförderungsmaßnahmen positiven Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Dazu müssen vorhandene Ressourcen genutzt und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gesetzt werden. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Grundvoraussetzung „[...] die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit“<sup>153</sup> gesichert ist. Und dass zweitens Armut zum größten Einflussfaktor zählt, der die Gesundheit bedroht. Erklärtes Ziel dieser Konferenz war die Armutsbekämpfung. Unter anderem sind Frauen aufgrund von Teilzeitarbeit häufiger von Armut betroffen als Männer.<sup>154</sup>

Die fünfte Gesundheitsförderungskonferenz in Mexiko-City im Jahr 2000 hatte die Entwicklung von Gesundheitsförderungsstrategien zum Ziel, die die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen, die in widrigen Umständen leben, verbessern.<sup>155</sup> In diesem Bericht wurde von den Konferenzteilnehmer/innen festgehalten, dass Frauen die Hauptinitiatoren unter anderem für „health development“ sind und dass dieser Tatsache nach wie vor zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.<sup>156</sup>

Im Report der sechsten Konferenz in Bangkok/Thailand im Jahr 2005 wurde herausgearbeitet, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Gesundheitsdeterminanten auf lokaler, nationaler und globaler Ebene mittels Gesundheitsförderung zu verbessern.<sup>157</sup>

Die siebente Gesundheitsförderungskonferenz fand im Jahr 2009 in Nairobi/Kenia statt. Diese Charta „The Call of Action“ reflektiert die Vision, der Alma Ata/ Ukrainische Sozialistische Sowjetrepublik (USSR) Declaration aus dem Jahr 1978 zur primären Gesundheitsversorgung der WHO wider.<sup>158</sup> In dieser wurde unter anderem festgehalten,

---

<sup>152</sup> (WHO, 1991, S. 2ff)

<sup>153</sup> (WHO, 1997, S. 2)

<sup>154</sup> (WHO, 1997, S. 2ff)

<sup>155</sup> (WHO, 2000, S. 4)

<sup>156</sup> (WHO, 2000, S. 10)

<sup>157</sup> (WHO, 2005, S. 2f)

<sup>158</sup> (WHO, 2009, S. 1)

dass Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht sowie das Erreichen eines bestmöglichen Gesundheitszustands ein globales Ziel darstellten und dass die weitgehende Verwirklichung von Gesundheit für Alle anzustreben ist.<sup>159</sup>

Die Mitglieder der siebenten Konferenz waren sich einig, dass Gesundheitsförderung die kosteneffektivste Strategie zur Verbesserung der Gesundheit ist und zur Erhöhung der Lebensqualität beiträgt. Gesundheitsziele helfen, dieses Ziel nachhaltig zu erreichen. Im Report wurde ausdrücklich festgehalten, dass die Implementierung von Gesundheitsförderung die Gesellschaft fairer macht und die Menschen befähigt ihr Leben selbständig zu führen, dass sie Verantwortung über ihre Gesundheit übernehmen können und in der Lage sind, Ressourcen zu mobilisieren, die zur Steigerung des Wohlbefindens führen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gesundheitsförderung zur Entwicklung der Gleichheit und zur Realisierung der Menschenrechte beiträgt.<sup>160</sup>

Zentrales Ziel der WHO ist es, die Grundrechte jedes Menschen zu fördern. In Bezug auf das Recht auf Gesundheit beinhaltet es die Verbesserung der Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen, jeder Mensch soll sich bestmöglicher Gesundheit erfreuen. Zudem ist die WHO bemüht, die Armut zu verringern, den sozialen Zusammenhalt zu fördern und zur Beseitigung von Diskriminierung beitragen. Die Mitgliedsstaaten betonen auch, Strategien entwickeln zu wollen, um die ethnischen Konzepte der Chancengleichheit, Solidarität, sozialen Gerechtigkeit und die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern zu verbessern.<sup>161</sup>

Gesundheit rückt immer mehr ins Zentrum des politischen Interesses, so entwickelte die WHO bereits 1998 21 Gesundheitsziele. Für die hier dargestellte Thematik sind die beiden Gesundheitsziele, die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit und die Verringerung geschlechtsspezifischer Benachteiligung, zu nennen.<sup>162</sup>

Dieses gesundheitspolitische Konzept der WHO dient lediglich als Grundlage, für die Politik, in den Industrieländern gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln wie etwa nationale Gesundheitsziele, die auf die Förderung der Gesundheit und somit auf das Recht auf Gesundheit abzielen.<sup>163</sup>

---

<sup>159</sup> (WHO, 1978, S. 1)

<sup>160</sup> (WHO, 2009, S. 2ff)

<sup>161</sup> (WHO, 1998, S. o. S.)

<sup>162</sup> (WHO, 1998, S. o. S.)

<sup>163</sup> (WHO, 1998, S. o. S.)

## 5 Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichte dienten in der Vergangenheit der Gesundheitspolitik als Planungsinstrument, um die Finanzierbarkeit des „Krankensystems“ zu gewährleisten. Es wurde geprüft, ob genügend medizinische Ressourcen für die „kranke“ Bevölkerung vorhanden sind, denn bis vor einigen Jahren gab es vorrangig statistische Daten über die „kranke“ Bevölkerung. Erfasst wurden nur jene Personen, die medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, oder es wurden nur Daten über „Krankheitsdiagnosen“ gesammelt. Ursprünglich dienten Gesundheitsberichte der Erkenntnis und Darstellung von Krankheiten. Es handelte sich um reine Leistungsberichte des Krankenhausbereichs, „gesunden“ Personen wurde in der Vergangenheit wenig Beachtung geschenkt. Demzufolge wurde der Gesundheitsbegriff im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung am ehesten mit „Gesundheit ist Abwesenheit von Krankheit“ definiert. Heute dienen Gesundheitsberichte zur Darstellung der Gesundheit.<sup>164</sup>

### 5.1 Allgemeine Gesundheitsberichte versus Gender-Gesundheitsberichte

In den 1990er-Jahren lagen im deutschsprachigen Raum kaum Gesundheitsberichte mit geschlechtsspezifischem Inhalt vor. In diesen allgemeinen Gesundheitsberichten wurden die Daten nach Geschlecht getrennt aufbereitet und publiziert.<sup>165</sup>

In Gender-Gesundheitsberichten werden geschlechtsspezifische Daten nicht nur vergleichend präsentiert, sondern die Ergebnisse werden auch hinsichtlich der Ursachen, ihrer Unterschiede und Gemeinsamkeiten diskutiert. „Allgemeine“ Gesundheitsberichte unterscheiden sich von Gender-Gesundheitsberichten dadurch, dass Gesundheitsberichte geschlechtervergleichend und Gender-Gesundheitsberichte geschlechtersensibel sind. Bei letzteren wird der Fokus auf die Einflussgröße des Geschlechts hinsichtlich Lebensphase, Krankheitsverlauf und gesundheitlichen Problembereichen gelegt. Bei der Darstellung und dem Vergleich der Daten werden sowohl biologische als auch soziale Ursachen mitefassen. Zumeist sind die sozialen Faktoren die entscheidenden für

---

<sup>164</sup> (Kurth, Lange, Kamtsiuris, & Hölling, 2009, S. 557)

<sup>165</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26)

Unterschiede sowohl zwischen den Geschlechtern als auch innerhalb der Geschlechter.<sup>166</sup>

Experten/innen sehen die Nachteile in den „allgemeinen“ Gesundheitsberichten darin, dass erstens die Unterschiede zwischen den Geschlechtern meist nicht weiter analysiert werden und zweitens, dass aus diesen generierten Daten kaum Maßnahmen für die gesundheitliche Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden können. Gender-Gesundheitsberichte gehen einen Schritt weiter, denn ihr Ziel ist es, geschlechtsspezifische Gesundheitsprofile herauszuarbeiten, um einen spezifischen Präventions- und Interventionsbedarf abzuleiten und die Notwendigkeit politischen Handelns aufzuzeigen. Da zunächst eine Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Daten erfolgen muss, können erst dann entsprechende Schlussfolgerungen gezogen werden.<sup>167</sup>

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gender-Gesundheitsberichte eine zentrale Planungsgrundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen darstellen, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung beitragen.<sup>168</sup> Zudem liefern Gender-Gesundheitsberichte auch Informationen darüber, in welchen Bereichen die Gesundheitschancen ungleich verteilt sind, um deren Ungleichgewicht gegebenenfalls durch gezielte Maßnahmen ausgleichen zu können.<sup>169</sup>

## **5.2 Von den Frauen- über die Männergesundheitsberichte zu den Gender-Gesundheitsberichten**

Im deutschsprachigen Raum entstanden in den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts die ersten Frauengesundheitsberichte. Diese läuteten eine neue Ära ein, denn bis dahin wurde der Kategorie Geschlecht in der Gesundheitsberichterstattung keine Beachtung geschenkt. Einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung dieser Frauengesundheitsberichte leisteten die traditionelle Frauenbewegung und die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung. Ziel der Frauengesundheitsberichte ist es, die

---

<sup>166</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26f)

<sup>167</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26f)

<sup>168</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 7)

<sup>169</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26)

gesundheitliche Benachteiligung der Frauen gegenüber den Männern zu verringern. Durch diese Berichte sollen gesundheitliche Probleme identifiziert werden und die daraus entstandenen neuen Erkenntnisse wiederum zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen beitragen. Frauengesundheitsberichte gehen von einem bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnis aus, die Gesundheit der Frau wird in ihrem Lebenskontext gesehen. Dies soll verdeutlichen, dass Frauengesundheit nicht nur auf reproduktive Gesundheit zu reduzieren ist, auch Themen wie Gewalt oder Genitalverstümmelung rücken in den Fokus.<sup>170</sup>

Als Beispiel ist hier der dritte Österreichische Frauengesundheitsbericht 2010/11 zu nennen. Dieser besteht aus insgesamt neun Kapiteln und stellt mit knapp 600 Seiten ein umfassendes Nachschlagewerk dar. Frauengesundheit orientiert sich heute unter anderem daran, Gesundheit auch aus der Geschlechterperspektive zu betrachten. Die Selbstbestimmung der Frau im Sinne des Mitspracherechts und der Entscheidungsfreiheit bei medizinischen Belangen steht im Mittelpunkt der Ausrichtung. In diesem Bericht wurden die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und Gesundheitskonzepte von Frauen und Männern beleuchtet. Der österreichische Frauengesundheitsbericht beschäftigt sich u. a. auch mit der Frage, warum etwa die Mortalität und Morbidität von Frauen höher ist als bei Männern, sowie mit jenen Bereichen, die ausschließlich Frauen betreffen bzw. sich bei Frauen und Männern unterschiedlich manifestieren. Der Erfassung von Geschlechtsunterschieden in der Prävention, der Therapie und der Nachsorge wird besondere Beachtung geschenkt. Die psychosomatischen Beschwerdebilder der Frauen durch Doppelbelastung von Familie und Beruf werden im Frauengesundheitsbericht dargestellt. Frauengesundheitsberichte bereiten die Grundlage für zukünftige Strategien in der Frauengesundheitspolitik vor.<sup>171</sup>

Der zweite Österreichische Männerbericht erschien 2011 in Wien. Der aus insgesamt vier Kapiteln und knapp 500 Seiten bestehende Bericht, dient dazu, die verschiedenen Lebenswelten der Österreicher aus einem männlichen Blickwinkel zu betrachten. In diesem umfassenden Bericht rückt die Situation der Männer und Burschen in den Fokus. Zudem werden hier soziale Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern dargestellt.<sup>172</sup>

Experten/innen sind sich einig, dass nur die Berücksichtigung beider Perspektiven fundiertes Verständnis über geschlechtsspezifische Phänomene liefert. Von einer

---

<sup>170</sup> (Kolip, Gender Mainstreaming, 2006, S. 30f)

<sup>171</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)

<sup>172</sup> (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011, S. 5)

geschlechtersensiblen Sichtweise profitieren Frauen und Männer, denn sie sind im Alltag jeden Tag miteinander konfrontiert und untrennbar miteinander verbunden.<sup>173</sup>

Gender-Gesundheitsberichte gehen einen Schritt weiter, denn sie dienen als zentrales Instrument für die Planung von Maßnahmen, die zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Dies inkludiert sowohl Frauen und Mädchen als auch Männer und Burschen. Zudem dienen sie als Planungsgrundlage für politische Entscheidungsträger in der Frage, in welchen Bereichen es noch Handlungsbedarf gibt, und sie liefern gezielte Informationen, in welchen Gebieten des Versorgungssystems die Gesundheitschancen ungleich verteilt sind. Aus diesem Wissen heraus lassen sich gezielt Maßnahmen ableiten, die zur Verbesserung von Gesundheitsangeboten in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Pflege führen, um die Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung zu verringern. Da es in den letzten Jahren eine Kostenexplosion im Gesundheitssektor gegeben hat, wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen immer bedeutsamer. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, die vorhandenen Ressourcen bestmöglich und zielgruppenspezifisch einzusetzen. Auf Basis dieser fundierten Daten und Analysen des Gender-Gesundheitsberichts lassen sich zielgruppenspezifische Probleme identifizieren. Daraus können bedarfsgerechte Strategien entwickelt werden, um somit die Angebote noch besser an die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern anpassen zu können.<sup>174</sup>

### **5.3 Schweizer Gender-Gesundheitsbericht**

Der Schweizer Gender-Gesundheitsbericht beinhaltet die Kriterien, die gemäß den Empfehlungen der WHO-Richtlinien zur Beschreibung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung dienen. Dieser Bericht besteht aus insgesamt vier Kapiteln und stellt mit seinen knapp 220 Seiten ein umfassendes Nachschlagewerk für Politiker/innen und Akteure/innen des Gesundheitswesens dar.<sup>175</sup>

Die gesundheitspolitische Begründung des Gender-Gesundheitsberichts für die Schweiz wurde aus zweierlei Gründen eingefordert: Erstens ging die Schweiz internationale Kooperationen ein, deren Vertrag die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Prinzips

---

<sup>173</sup> (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2011, S. 5)

<sup>174</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26)

<sup>175</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006)

einforderte. Und zweitens soll der Bericht einen wesentlichen Beitrag zur Gleichstellung von Frauen und Männern leisten.<sup>176</sup>

Die Darstellung des Schweizer Gender-Gesundheitsberichts erfolgt in Anlehnung an die Gesundheitsziele der Schweiz: *„Gesundheitliche Chancengleichheit, reproduktive Gesundheit und ein gesunder Lebensanfang, Gesundheit junger Menschen, Altern in Gesundheit, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Verringerung von übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten, Verringerung von Verletzungen durch Gewalteinwirkung und Unfällen, Gesunde und sichere natürliche Umwelt, Gesünder leben und Verringerung riskanter Verhaltensweisen.“*<sup>177</sup>

Der Schweizer Gender-Gesundheitsbericht dient als Situationsbeschreibung, um den aktuellen Gesundheitszustand der in der Schweiz lebenden Bevölkerung abbilden zu können. Diese Ist-Stand-Analyse soll die Basis für zukünftige gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen liefern, um eine erfolgreiche Realisierung der angestrebten Gesundheitsziele sowohl für Frauen als auch für Männer herbeiführen zu können.<sup>178</sup>

Der Public Health Action Cycle (Abbildung 8) wird im Bereich der Gesundheitsförderung eingesetzt und dient vor allem der Politik. Er kann als eine sich ständig drehende „Lernspirale“ gesehen werden, deren Erkenntnisse Politikern/innen dabei helfen, Gesundheitsprobleme zu analysieren und Strategien und Maßnahmen zu planen, um den Interventionsbedarf zu decken. Diese können anschließend evaluiert und gegebenenfalls neu adaptiert werden.<sup>179</sup>

---

<sup>176</sup> (Hanselmann, 2006, S. 28)

<sup>177</sup> (Lademann & Kolip, 2006, S. 192ff)

<sup>178</sup> (Lademann & Kolip, 2006, S. 192)

<sup>179</sup> (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2013)

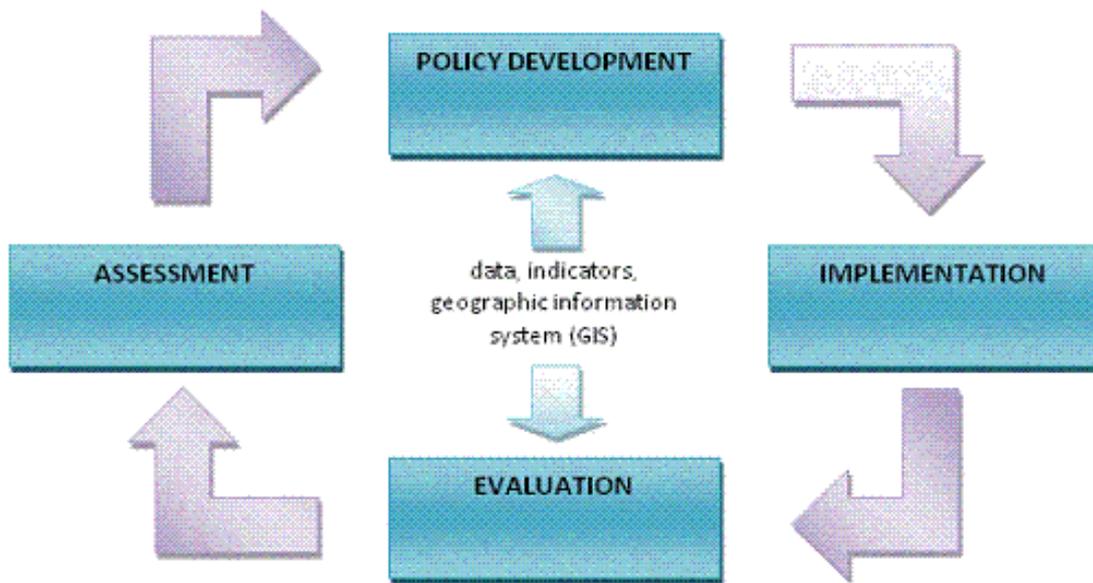


Abbildung 8: Public Health Action Cycle, Quelle<sup>180</sup>

Der (Gender-) Gesundheitsbericht kann sowohl als Instrument zur Problemdefinition als auch zur Evaluation herangezogen werden. Aus den Gesundheitsdaten lassen sich Ziele formulieren und daraus können neue Strategien mit einzelnen Maßnahmen oder ein Paket an Maßnahmen entwickelt und im nächsten Schritt bewertet werden.<sup>181</sup>

Wesentliche Ziele des Schweizer Gender-Gesundheitsberichts sind:

- Überblick über die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern
- Sensibilisierung für die Bedeutung der Kategorie Geschlecht
- Aufzeigen gesundheitspolitischen Handlungs- und Forschungsbedarfs
- Entscheidungsgrundlage für zukünftige Versorgungsplanung der Politik<sup>182</sup>
- Grundlage schaffen, um die gesundheitlichen Chancenungleichheiten zwischen den Geschlechtern zu minimieren
- Spezifische Datenanalysen von Frauen und Männern, daraus lässt sich geschlechtsspezifischer Präventions- und Interventionsbedarf ableiten<sup>183</sup>

<sup>180</sup> (Gesundheit Österreich, o. J.)

<sup>181</sup> (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2013)

<sup>182</sup> (Koch, 2008, S. 11)

<sup>183</sup> (Lavanchy, 2008, S. 77)

Einige wesentliche Ergebnisse des Schweizer Gender-Gesundheitsberichts aus dem Jahr 2006 sind, dass die Gesundheitschancen und eine erstklassige medizinische Versorgung zwischen Frauen und Männern ungleich verteilt sind. Zudem wurde festgestellt, dass die häufigste Todesursache bei Frauen Herz-Kreislauferkrankungen sind und dass sie in jeder Phase der Versorgung von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Rehabilitation unterversorgt sind. Auch viele Medikamente sind nicht an weiblichen Probanden getestet worden, d. h. zahlreiche Arzneimittel und diverse Therapieformen werden ohne wissenschaftlich fundierte Studien am weiblichen Körper angewendet, denn für diese Studienzwecke wurde immer der Idealtypus Mann im mittleren Lebensalter herangezogen.<sup>184</sup>

Nicht nur die Frauen sind die Profiteure eines Gender-Gesundheitsberichts, sondern auch die Männer, denn psychische Erkrankungen werden oftmals als „reine“ Frauenkrankheit abgetan und deshalb wird das männliche Geschlecht häufig nicht von Beginn an richtig therapiert. Aus heutiger wissenschaftlicher Sicht weiß man, dass beispielsweise Frauen und Männer gleich häufig an psychischen Störungen leiden.<sup>185</sup>

## **5.4 Erster Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht**

Auf Bundesländerebene wurde der erste Oberösterreichische Gender-Gesundheitsbericht vom Institut für Gesundheitsplanung in Auftrag gegeben. 2011 wurde dieser in Linz veröffentlicht. An diesem Bericht arbeiteten verschiedene Organisationen wie die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK), das Frauengesundheitszentrum Linz und die oberösterreichische Männerberatung mit.<sup>186</sup>

### **5.4.1 Aufbau und Struktur**

Der Erste Oberösterreichische Gender-Gesundheitsbericht besteht aus insgesamt sieben Kapiteln und stellt mit seinen knapp 200 Seiten einen umfassenden Bericht dar.<sup>187</sup>

---

<sup>184</sup> (Koch, 2008, S. 9)

<sup>185</sup> (Koch, 2008, S. 9)

<sup>186</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011)

<sup>187</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011)

Diese sind folgend aufgliedert:

1. Stand der Forschung – Geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung in Österreich
2. Analyse von geschlechtsspezifischen Unterschieden in Bezug auf strukturelle Gesundheitsdeterminanten
3. Darstellung von Unterschieden von oberösterreichischen Frauen und Männern bezüglich Lebenserwartung, Todesursachen und Krankheitsgeschehen
4. Geschlechtsspezifische Analysen bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, sozialer und individueller Ressourcen und des subjektiven Gesundheitszustandes
5. Betrachtung von Gesundheitsaspekten aus der Genderperspektive unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Lebenslagen
6. Schlussfolgerungen und Anregungen für weitere gesundheitspolitische Strategien
7. Literaturverzeichnis<sup>188</sup>

Dieser vorliegende Bericht ist inhaltlich in drei Teilen aufgliedert. Im ersten Teil des Gender-Gesundheitsberichts befindet sich eine kurze Darstellung der rechtshistorischen Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit. Anschließend wird näher auf die Ausgangslage für eine geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung in Österreich auf Bundes- und Bundesländerebene eingegangen mit chronologischer Auflistung aller bisher dazu erschienenen Berichte. Beendet wird der erste Teil damit, dass näher auf die inhaltlichen Charakteristika der einzelnen Frauen- und Männergesundheitsberichte eingegangen wird. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf den Bericht „Gesundheit Linzer Frauen“ gelegt, da der erste österreichische Frauengesundheitsbericht die Basis und weitere Anknüpfungspunkte für den ersten Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsbericht liefert.<sup>189</sup>

Im zweiten Teil der Arbeit (Kapitel 2 und Kapitel 3) wird auf die genderrelevanten Ergebnisse in Bezug auf soziale Lage und auf die strukturellen Gesundheitsdeterminanten anhand von Sekundärdaten eingegangen. Als strukturelle Gesundheitsdeterminanten wurden soziale und wirtschaftliche Faktoren definiert, die die Gesundheit einzelner Menschen oder gesamter Gruppen messen können. Auch die

---

<sup>188</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011)

<sup>189</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 21)

Lebensumstände wie die unterschiedlichen Haushalts- und Familienformen, Betreuungsaufteilung sowie Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommenssituation fließen in die Analyse mit ein. Auch den gesundheitsrelevanten Ergebnissen zu Gesundheit und Krankheit oberösterreichischer Frauen und Männer widmet sich ein Teil des Berichts. Dazu wurden Daten wie unterschiedliche Lebenserwartung, Mortalität, Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnung und Krankheitsgeschehen sowie Daten zu diversen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf, Krebsleiden, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats und zu Diabetes mellitus aus dem Jahrbuch der Gesundheitsstatistik von Statistik Austria verwendet und unter Berücksichtigung der Genderperspektive aufbereitet.<sup>190</sup>

Im dritten und letzten Teil des Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts (Kapitel 4 und Kapitel 5) führte das Institut für Gesundheitsplanung eine schriftliche Befragung im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, sozialen und individuellen Ressourcen sowie dem subjektiven Gesundheitszustand mittels Fragebogen durch. In Kapitel 4 wurde dazu eine geschlechtervergleichende Analyse durchgeführt, um einen Einblick in unterschiedlich risikoreiches oder gesundheitsförderndes Verhalten von oberösterreichischen Frauen und Männern zu erhalten. Unter dem Terminus „gesundheitsrelevantes Verhalten“ wird jenes Verhalten bezeichnet, das positiven und negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden nimmt. Zu den gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zählen regelmäßige Bewegung und gesunde, ausgewogene Ernährung sowie das Verhalten im Krankheitsfall und auch die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Unter die gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen fallen Nikotinabusus, Alkoholkonsum, Fehlernährung und Risikobereitschaft. Der Begriff „soziale Ressourcen“ umfasst die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Freunde, Familie und auch Vertrauenspersonen. Unter dem Begriff „individuelle Ressourcen“ versteht man Kontrollüberzeugungen, das heißt, wie ein Mensch die Ursache für sein Verhalten und den damit verknüpften Ereignissen erkennt. Zur Evaluierung des subjektiven Gesundheitszustandes oberösterreichischer Frauen und Männer wählten die Forscher/innen Indikatoren, die das physische, psychische und soziale Wohlbefinden mit einschlossen.<sup>191</sup>

Kapitel 5 des Berichts widmet sich den Gesundheitsaspekten unter der „Genderbrille“. Hier wurden geschlechtsspezifische Lebenslagen und Lebenssituationen anhand

---

<sup>190</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 17)

<sup>191</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 17f)

sozialdemographischer (Alter, Geschlecht, Wohnort), sozioökonomischer (Einkommen, Lebensunterhalt, Beschäftigungsausmaß, Wohnungsindex), soziokultureller (Bildungsgrad, Muttersprache) sowie familiärer/lebensbezogener (Partnerschaft, Personen inklusive Kinder im Haushalt, Betreuungspflichten für Erwachsene) Charakteristika analysiert.<sup>192</sup>

#### **5.4.2 Geschlechtsspezifische Ergebnisse und Resonanz des Ersten Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts**

Der Erste Oberösterreichische Gender-Gesundheitsbericht wurde im Rahmen einer Pressekonferenz im Februar 2012 gemeinsam mit dem oberösterreichischen Landeshauptmann Pühringer und dem Obmann der OÖGKK, Mahringer, der Öffentlichkeit vorgestellt.

Einige geschlechtsspezifische Ergebnisse des Ersten Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts wurden der Öffentlichkeit vorgestellt. So zeigte der Bericht, dass nicht erwerbstätige Frauen höheren Belastungen in Form von Angehörigenbetreuung und Hausarbeit aber auch vermehrten Konflikten im sozialen Umfeld wie Familie ausgesetzt sind.<sup>193</sup> Es zeigte sich ein Zusammenhang, dass mit Zunahme der Belastung das psychische Wohlbefinden sinkt.<sup>194</sup>

Aus dem Bericht geht hervor, dass Frauen in den letzten zwölf Monaten häufiger an psychischen Erkrankungen wie etwa Angstzuständen oder Depression litten als die Männer. Sie nehmen häufiger Antidepressiva und sind aufgrund dieser Erkrankung öfters im Spital als die Männer.<sup>195</sup>

Experten/innen weisen darauf hin, dass Medikamente bei Frauen und Männern unterschiedlich wirken. Sie fordern, dass Frauen nicht mehr aus Studien ausgeschlossen werden, in denen Medikamente zu gleichen Teilen an beiden Geschlechtern erprobt werden. Sie sehen in diesem Bereich noch hohen Nachholbedarf.<sup>196</sup>

---

<sup>192</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 18)

<sup>193</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 130)

<sup>194</sup> (Amt der oberösterreichischen Landesregierung, 2012, S. 5)

<sup>195</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 65)

<sup>196</sup> (Amt der oberösterreichischen Landesregierung, 2012, S. 5f)

Zudem geht hervor, dass sich Frauen zwar gesünder ernähren, jedoch weisen sie häufiger ein gestörtes Verhältnis zu Nahrungsmitteln auf. Frauen führen gegenüber den Männern öfters Diäten durch, leiden häufiger an diversen Essstörungen, geben sich gerne Schönheitsidealen hin und unterziehen sich öfters Schönheitsoperationen, etc.<sup>197</sup> Auch im Trinkverhalten zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen bevorzugen kalorien- und kohlenstoffarme sowie alkoholfreie Getränke.<sup>198</sup>

Der GGB bestätigte, dass das Gesundheitsbewusstsein<sup>199</sup> und das Bildungsniveau bei Frauen steigen (Tabelle 2). Frauen schaffen häufiger einen universitären Abschluss als Männer.<sup>200</sup>

---

<sup>197</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 91ff)

<sup>198</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 86)

<sup>199</sup> (Birgmann, Reif, & Doblhammer, 2011, S. 107)

<sup>200</sup> (Amt der oberösterreichischen Landesregierung, 2012, S. 8)

<b>Studienart, Hauptstudienrichtung</b>	<b>Insgesamt</b>	<b>Bachelorstudium</b>	<b>Lehramtsstudium</b>	<b>Diplomstudium (ohne Lehramt)</b>	<b>Masterstudium</b>	<b>Doktoratsstudium</b>
<b>Insgesamt</b>						
Zusammen	<b>34.460</b>	13.756	831	12.703	4.826	2.344
Männer	<b>14.920</b>	5.948	228	4.930	2.447	1.367
Frauen	<b>19.540</b>	7.808	603	7.773	2.379	97
<b>Inländische Studierende</b>						
Zusammen	<b>27.316</b>	10.785	755	10.416	3.714	1.646
Männer	<b>11.874</b>	4.765	208	4.033	1.940	928
Frauen	<b>15.442</b>	6.020	547	6.383	1.774	718
<b>Ausländische Studierende</b>						
Zusammen	<b>7.144</b>	2.971	76	2.287	1.112	698
Männer	<b>3.046</b>	1.183	20	897	507	439
Frauen	<b>4.098</b>	1.788	56	1.390	605	259

Tabelle 2: Studienabschlüsse ordentlicher Studierender an öffentlichen Universitäten  
2011/2012<sup>201</sup>

Frau Doblhammer und die Co-Autoren des Instituts für Gesundheitsplanung bestätigten, dass die öffentlich-mediale Resonanz des Ersten Oberösterreichischen GGB sehr groß war. Zudem sind sie auch der Auffassung, dass der Bericht inhaltlich in unterschiedlichen Ebenen weiter wirkt. Das Thema und die Ergebnisse des Berichts wurden verschiedenen Sparten von Gesundheitsberufen, beispielsweise den Ergotherapeuten/innen, vorgestellt und zum Teil in den Lehrplan aufgenommen. Auf „universitärer Ebene“ werden Teilbereiche des Gender-Gesundheitsberichts wahrgenommen, indem Studierende, die sich mit der Gender-Materie auseinandersetzen, einzelne Themenbereiche des GGB für ihre eigenen Arbeiten weiterentwickeln.

<sup>201</sup> (Statistik Austria, 2013)

Frau Doblhammer ist der Auffassung, dass in absehbarer Zeit kein GGB in Auftrag gegeben werden wird. Dennoch ist sie überzeugt, dass die Thematik zukünftig in allen Gesundheitsberichten des Instituts für Gesundheitsplanung Berücksichtigung finden wird.

## 5.5 Recht auf Gesundheit: „Musterland“ Schweiz?

Das Ergebnis des zweiten Berichts der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der WHO über das Schweizer Gesundheitssystem (2012) zeigte, dass der Gesundheitszustand in der Schweiz im internationalen Vergleich hoch ist. Aus der WHO-Statistik 2012 geht hervor, dass die bei der Geburt zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen in der Schweiz (Abbildung 9) mit 81/85 Jahren (m/f) im internationalen Vergleich hoch sind. Im Vergleich dazu liegt die Lebenserwartung bei der Geburt eines Neugeborenen in Österreich (Abbildung 10) mit 78/83 Jahren deutlich darunter.



Total population (2012)	7,997,000
Gross national income per capita (PPP international \$, 2012)	55,090
<b>Life expectancy at birth m/f (years, 2012)</b>	<b>81/85</b>
Probability of dying under five (per 1 000 live births, 2012)	4
Probability of dying between 15 and 60 years m/f (per 1 000 population, 2012)	67/40
Total expenditure on health per capita (Intl \$, 2012)	6,062
Total expenditure on health as % of GDP (2012)	11.3

Abbildung 9: Zu erwartenden Lebensjahre bei der Geburt in der Schweiz<sup>202</sup>

<sup>202</sup> (WHO, 2014)



Total population (2012) 8,464,000  
 Gross national income per capita (PPP international \$, 2012) 43,390  
**Life expectancy at birth m/f (years, 2012) 78/83**  
 Probability of dying under five (per 1 000 live births, 2012) 4  
 Probability of dying between 15 and 60 years m/f (per 1 000 population, 2012) 91/47  
 Total expenditure on health per capita (Intl \$, 2012) 5,065  
 Total expenditure on health as % of GDP (2012) 11.5

Abbildung 10: Zu erwartenden Lebensjahre bei der Geburt in Österreich<sup>203</sup>

Das Recht auf Gesundheit ist in der Schweiz in zahlreichen völkerrechtlichen, internationalen und europäischen Abkommen sowie in der Bundesverfassung fester Bestandteil:

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Art. 25
- UNO Menschenrechtsabkommen (Pakt I Art. 12. und CEDAW). Die Schweiz ratifizierte den Pakt I 1992. Dieser gibt der Schweizer Regierung lediglich einen Auftrag, es sind keine einklagbaren Rechte.
- Europäische Menschenrechtsabkommen (Europäische Sozialcharta Art. 11)
- Schweizerische Bundesverfassung<sup>204</sup>

### Schweizerische Bundesverfassung

Die Schweizerische Bundesverfassung hat keine verbindlichen justiziablen Sozialrechte, eher handelt es sich um ein Recht auf optimale Voraussetzungen für die Gesundheit der in der Schweiz lebenden Menschen, sowie auf den chancengleichen Zugang zur

<sup>203</sup> (WHO, 2014)

<sup>204</sup> (Informationsplattform humanrights.ch, 2014)

Gesundheitsversorgung. Die Bundesverfassung nimmt in Art. 41 zum Recht auf Gesundheit Stellung:<sup>205</sup>

Art. 41, Abs. 1 *„Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass: [...] (b) jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält; [...]“*

Art. 41, Abs. 2 *„Bund und Kantone setzen sich dafür ein, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung und Verwitwung gesichert ist.“*

Art. 41, Abs. 3 *„Sie streben die Sozialziele im Rahmen ihrer verfassungsmässigen Zuständigkeiten und ihrer verfügbaren Mittel an.“*

Art. 41, Abs. 4 *„Aus den Sozialzielen können keine unmittelbaren Ansprüche auf staatliche Leistungen abgeleitet werden.“<sup>206</sup>*

Das Bundesamt für Gesundheit gründete 2003 in der Schweiz das nationale Forschungsnetzwerk Gender Health. Dieses Forschungsnetzwerk dient zum Austausch zwischen Forscher/innen und Lehrenden zu Themen der Frauen- und Männergesundheit, geschlechtervergleichenden Gesundheitsforschung und Gender Mainstreaming. Hier rückt nicht nur die Frau in den Fokus des Interesses, sondern auch die Gender-Sensitivität, um das Wissen über die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Gesundheit zu erweitern. Das Geschlecht stellt eine wesentliche Determinante für die Gesundheit dar.<sup>207</sup>

Das geplante Schweizer Präventionsgesetz wurde als Chance gesehen, Gesundheitsförderung und Prävention gesetzlich zu verankern. In diesem Bundesgesetzesentwurf wurde in Art. 19 explizit auf die Wichtigkeit einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung Bezug genommenen.<sup>208</sup>

---

<sup>205</sup> (Medicus Mundi Schweiz, 2012)

<sup>206</sup> (Informationsplattform humanrights.ch, 2014)

<sup>207</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 31)

<sup>208</sup> (Mattig, 2013, S. 5)

Art. 19, Abs. 1 *„Der Bund sorgt unter Mitwirkung der Kantone für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung und veröffentlicht regelmäßig einen zusammenfassenden Bericht (nationalen Gesundheitsbericht).“*

Art. 19, Abs. 2 *„Die Kantone stellen dem Bund die dafür notwendigen Daten zur Verfügung.“*<sup>209</sup>

---

<sup>209</sup> (Bundesgesetz 7189, 2009)

## **6 Empirische Erhebung zum Prozess eines gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts auf gesetzlicher Basis**

Dieser Abschnitt der Arbeit beschreibt die Fragestellung, die in der empirischen Untersuchung beantwortet werden soll. Dazu wird im Vorfeld die qualitative Methode, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Rekrutierung der Gesprächsteilnehmer/innen und die Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews näher erläutert. Anschließend erfolgt eine Datenauswertung und die Ergebnisse der Interviewauswertungen werden dargestellt. Die zu Beginn gestellte Forschungsfrage wird in der Diskussion beantwortet.

### **6.1 Darstellung und Methodik**

Um die eingangs formulierte Forschungsfrage zu untersuchen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz, das teilstandardisierte Interview, gewählt. Um den bisher wenig behandelten Themenbereich, welche Vor- und Nachteile ein auf einem Gesetz basierender Gender-Gesundheitsbericht mit sich bringt, zu beleuchten und die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde die Expertise von österreichischen Frauen-, Gender- und Public Health-Experten/innen und amtierenden Politikern/innen eingeholt. Diese Interviews tragen einerseits zum Informationsgewinn bei, andererseits um einen Einblick in die Arbeitswelt und die damit verbundenen Herausforderung der in diesem Bereich arbeitenden Wissenschaftler/innen und Politiker/innen zu erhalten.

Im Gegensatz zu quantitativen Ansätzen erheben diese nicht den Anspruch, repräsentativ im Sinne von statistischer Generalisierbarkeit zu sein. Das bedeutet nicht, dass qualitative Forschung konzeptlos ist, sondern dass die Methoden immer kontextabhängig gewählt werden.<sup>210</sup> Für die vorliegende Analyse werden leitfadengestützte Experten/inneninterviews geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

---

<sup>210</sup> (Mayer, 2013, S. 24f)

Durch die Befragungen werden konkrete Aussagen Betroffener zu Herausforderungen und Notwendigkeit eines auf einer gesetzlichen Grundlage basierenden gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsberichts in Österreich getroffen oder ob Gesundheitsberichte zukünftig weiterhin ein „Nice to have“ bleiben. Zudem wurde die Wichtigkeit des Wortes „Gender“ und welchen Aspekt „Gender“ im Titel von (Gender-)Gesundheitsberichten einnimmt, miteinbezogen, um somit eine weitere wissenschaftliche Methode in die Beantwortung der Forschungsfrage zu integrieren.

Die rekrutierten Experten/innen werden als Repräsentanten/innen zu dieser Thematik gesehen und aus diesem Grund in die Untersuchung miteinbezogen.

### **6.1.1 Leitfadeninterview mit Experten/innen**

Das leitfadengestützte Interview wird von der Verfasserin zur Beantwortung der Forschungsfrage als geeignetste qualitative empirische Methode unter verschiedenen möglichen empirischen Methoden gesehen.<sup>211</sup> Denn durch die gewisse Standardisierung der Fragestellung, welche sich durch die leitfadengestützten Fragen ergibt, besteht nun die Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Antworten<sup>212</sup>, so lassen sich Gemeinsamkeiten und Gegensätze der Antworten darlegen.

Die Leitfragen und die dazugehörigen Unterfragen wurden im Vorfeld auf die Themenbereiche der unterschiedlichen Professionen der Experten/innen adaptiert.

Um das angestrebte Ziel zu erreichen, wurde die teilstrukturierte Form der Befragung gewählt. Die Reihenfolge der vorbereiteten Fragen war flexibel und den jeweiligen Gesprächsverläufen und -situationen angepasst.<sup>213</sup> Aber auch zusätzliche Fragen wurden während des Interviews gestellt, wenn sie zur Erweiterung des Fachwissens und somit zur Beantwortung der Forschungsfrage dienlich schienen.

Die teilstrukturierten Fragen dieser Analyse ergeben sich aus dem theoretischen Teil der Arbeit und wurden im Vorfeld mittels Pretest auf ihre Anwendbarkeit und Verständlichkeit an beiden Geschlechtern mit dem notwendigen Fachwissen geprüft. Die Leitfragen mit den Unterfragen konnten auch nach dem Pretest beibehalten werden.

---

<sup>211</sup> (Atteslander, 2010, S. 132)

<sup>212</sup> (Atteslander, 2010, S. 144)

<sup>213</sup> (Atteslander, 2010, S. 135)

### **6.1.2 Rekrutierung der Gesprächsteilnehmer/innen**

Mit der Rekrutierung war die Herausforderung verbunden, Gesprächspartner/innen mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern und Perspektiven zu gewinnen. Die Auswahl der Interviewpartner/innen sollte einen 360 Grad-Blick über die möglichen Vor- und Nachteile eines auf einem Gesetz basierenden gesamtösterreichischen GGB bieten. Deshalb wurde das Sampling aus österreichischen Experten/innen mit Public Health-Perspektive und/oder Experten/innen, die aus dem Genderbereich stammen, eingebunden. Die Verfasserin versuchte, Rechtsexperten/innen, die nicht nur mit dem Medizinrecht, sondern im Besonderen mit der Gender-Materie vertraut sind, in das Sampling aufzunehmen. Auf die sechs Anfragen per E-Mail wurde in keiner Form reagiert.

Zudem sollten auch österreichische Politiker/innen auf Bundes- und Länderebene in das Sampling der Befragten aufgenommen werden. Es wurden auch steirische Politikerinnen angeschrieben, sie stimmten einem Interview nicht zu. So konnten nur die Aussagen männlicher Politiker herangezogen werden.

Die Arbeiterkammer (AK) wurde in das Sampling aufgenommen, da sie sich als Interessensvertretung für die arbeitende österreichische Bevölkerung zu verschiedensten Lebensbereiche wie Bildung, Gesundheit, Wirtschaft, Umwelt und Verkehr einsetzt. Die AK kämpft unter anderem für Frauen und ihre Rechte beispielsweise dem Gleichheitsrecht und dem Diskriminierungsverbot aufgrund des Geschlechts. Sie versucht dadurch, die Lebenswelten der Frauen zu verbessern. Die Experten/innen der AK erarbeiten zum einen Gesetzesvorschläge und zum anderen nehmen sie Stellung zu Gesetzen und Verordnungen, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse von Frauen und Männern genügend Beachtung in der österreichischen Gesetzgebung finden.<sup>214</sup>

Zudem wurde darauf geachtet, dass in jeder Experten/innengruppe zu gleichen Teilen Frauen und Männer vertreten sind, um einen Bias und somit eine einseitige Betrachtungsweise aufgrund des Geschlechts ausschließen zu können.

Es wurden sieben Experten/innen in das Sampling aufgenommen. Diese Gesprächsteilnehmer/innen wurden in erster Linie wegen ihrer Professionalität und nicht als Personen befragt. Die Auswahl der Experten/innen erfolgte aus zweierlei Gründen, erstens aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung und dem damit verbundenen Praxisbezug

---

<sup>214</sup> (Arbeiterkammer, o. J.)

und zweitens aufgrund ihrer unterschiedlichen Profession.<sup>215</sup> Die Interviewteilnehmer/innen stammen aus unterschiedlichen Organisationen und Hierarchieebenen<sup>216</sup>, sie vertreten oftmals unterschiedliche Standpunkte. Die ausgewählten Experten/innen verfügen über ein klares und abrufbares Wissen<sup>217</sup> zu Gender, Frauengesundheit, Gesundheitsberichterstattung und Public Health in Österreich und können eine durchschnittliche Berufserfahrung von 14 Jahren vorweisen. Die Experten/innengruppe weist ein Durchschnittsalter von rund 49 Jahren auf.

In der folgenden Tabelle 3 sind die Interviewteilnehmer/innen, deren Funktion und Organisation angeführt.

---

<sup>215</sup> (Gläser & Laudel, 2010, S. 12)

<sup>216</sup> (Mayer, 2013, S. 42)

<sup>217</sup> (Mayer, 2013, S. 41)

Namen/Titel	Institution	Funktion
Peter Rezar, Dr.	Amt der Burgenländischen Landesregierung	Landesrat für Gesundheit
Magdalena Arrouas, Dr. <sup>in</sup>	Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit	Sektion III – öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, Stellvertretung
Verena Chiara Kuckenberger, Bakk.phil, Mag. <sup>a</sup>	Medizinische Universität Graz	Leitung: Gender Unit
Sylvia Groth, Mag. <sup>a</sup>	Frauengesundheitszentrum Graz	Geschäftsführung
Marion Habersack, Mag. <sup>a</sup> DDr. <sup>in</sup> , MPH	Medizinische Universität Graz	Büro des Vizerektors für Studium und Lehre
Josef Pessler	Arbeiterkammer, Steiermärkische Gebietskrankenkasse (STGKK)	AK-Präsident, (ehemaliger STGKK-Obmann)
Jürgen Soffried, Dr., MPH	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH	Leiter Bereich Public Health

Tabelle 3: Expertenteilnehmer/innen an dem leitfadengestützten Interview<sup>218</sup>

### 6.1.3 Durchführung der Interviews

Die Kontaktaufnahme mit den Interviewteilernehmer/innen erfolgte per E-Mail. Anschließend wurden Telefonate für die Terminvereinbarung der Interviews geführt. Die Befragungen fanden im Zeitraum vom 4.4.2014 bis 28.4.2014 im Einzelsetting statt. Die Interviews wurden im Arbeitsumfeld des/der Experten/in durchgeführt. Die Aufnahmezeit pro Befragung betrug zwischen 15 und 45 Minuten.

<sup>218</sup> (Selbsterstellung, 2014)

#### 6.1.4 Datenanalyse

Alle Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen, um eine mehrstufige qualitative Auswertung nach Lamnek durchführen zu können. Nach Ende der Transkribierung wurden alle Tonbandaufzeichnungen gelöscht. Dabei wurden die Aussagen der Interviewpartner wörtlich übernommen. Füllwörter wie „hm“ und „ähm“ wurden nicht transkribiert.

Anschließend wurden alle teiltranskribierten Befragungstexte durchgelesen, um einen Überblick über die Informationen zu erhalten und um sich mit den Inhalten vertraut zu machen.

Im darauffolgendem Schritt kam es zur Bildung eines Kategorienschemas, welches sich auf Aussagen der Experten/innen zum Thema Gender-Gesundheitsberichterstattung und Gender bezieht, welches aber auch die im Vorfeld gewonnenen Erkenntnisse und die Literaturrecherche miteinbezieht und wie folgt festgelegt wurde:

Die erste Hauptkategorie „Gender-Gesundheitsberichte“ wurde in folgende Subkategorien gegliedert:

- Vorteile
- Nachteile
- Bundesgesetz
- Landesgesetz
- Gestaltungsmöglichkeit
- Gesundheitsziele

Die zweite Hauptkategorie „Gender“ wurde in folgende Subkategorien gegliedert:

- Vorteile
- Empfehlenswert
- Einflussgrößen

In einem weiteren Schritt kam es zu einer Einzelkategorisierung der Aussagen in den Interviews zu dem im Vorfeld gebildeten Kategorienschema nach den oben erwähnten zwei Hauptkategorien mit den dazugehörigen Subkategorien. Danach wurde nach der Einzelkategorisierung eine Kategorisierung aller Interviews vorgenommen, um somit eine Verdichtung der gewonnenen Daten zu den gebildeten Einzelkategorien zu generieren.

Abschließend wurde aus dem Auswertungstext ein Bericht zur Ergebnisdarstellung in Form einer Diskussion verfasst.

## **6.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

Die Befragung der Experten/innen soll Erkenntnisse liefern, ob das Recht, also eine gesetzliche Verankerung von Gender-Gesundheitsberichten auf Bundes- oder Länderebene, der richtige Zugang ist, um die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern. Es wurde versucht, Gemeinsamkeiten und Widersprüchlichkeiten aus den Aussagen der Experten/innen herauszuarbeiten. Um eine Verallgemeinerung zu verhindern, wurden die Aussagen kollektiv kategorisiert und folgendermaßen interpretiert.

Die Interpretation der Ergebnisse wird in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt. Die zuvor definierten Subkategorien bilden die Überschrift der einzelnen Kapitel. Um die Anonymität der einzelnen Gesprächspartner/innen zu wahren, wurden die Namen der befragten Personen durch römische Zahlen ersetzt und diese entsprechen nicht der namentlichen Reihenfolge der in Tabelle 3 angeführten Experten/innen. Die Zahlen wurden wahllos vergeben.

### **6.2.1 Vorteile eines auf gesetzlicher Basis basierenden Gender-Gesundheitsberichts in Österreich**

Die Mehrheit der Experten/innen sieht zwar Vorteile in der gesetzlichen Verankerung von Gender-Gesundheitsberichten, die Gründe für die gesetzliche Notwendigkeit werden in unterschiedlichen Bereichen gesehen.

Zwei der Experten/innen sehen in der verpflichtenden periodischen Berichterstattung den größten Vorteil. [III, VII]

*„Das ist sicher einfacher, wenn das gesetzlich geregelt ist und eine gesetzliche Grundlage hat. Was auch der Unterschied ist, ich hätte dann, weil das sicher mit einem Zeitraum auch verknüpft ist, das heißt, man sagt dann einmal im Jahr, alle zwei Jahre [...] müssen diese Berichte verfasst werden. Das heißt, es hat einmal eine gewisse Normung.“ [VII]*

Ein Teil der Experten/innen sieht nur dann einen Vorteil, wenn in der gesetzlichen Verankerung Qualitätsversicherungsverfahren festgeschrieben sind. [V, IV, VI]

*„[...] es müssten verbindliche Qualitätsstandards (Auswertung, Datenanalyse, Determinantenorientierung) festgeschrieben werden.“* [V]

Doch ein Teil der Experten/innen ist der Überzeugung, dass die gesetzliche Regelung keinen Beitrag in Richtung Qualitätssteigerung des österreichischen Gesundheitssystems liefert, da die Voraussetzungen nicht gegeben sind.

Zwei Experten/innen sehen in der gesetzlichen Verankerung von Gender-Gesundheitsberichten nicht unbedingt einen Vorteil. [I, II]

*„[...] ob eine gesetzliche Verankerung wirklich hier die beste Möglichkeit ist, die Gesundheitsberichterstattung und im speziellen eine Gendergesundheitsberichterstattung durchzusetzen.“* [II]

*„Theoretisch ja! Aber, [...] also ein Gesetz auf dieser Ebene ist höchstwahrscheinlich nicht das Papier wert, worauf es steht.“* [I].

## **6.2.2 Nachteile bzw. Gefahren eines auf gesetzlicher Basis basierenden Gender-Gesundheitsberichts in Österreich**

Alle Experten/innen sind sich zwar einig, dass eine rein gesetzliche Regelung von Gender-Gesundheitsberichten alleine nicht ausreichend ist, um damit eine Qualitätssteigerung des österreichischen Gesundheitssystems herbeiführen zu können. Die Gefahren werden in unterschiedlichen Bereichen gesehen.

Eine/r der sieben Experten/innen sieht die Gefahr darin, dass ein Gesetz auch einen Qualitätsrückschritt für das österreichische Gesundheitssystem bedeuten könnte. [V]

*„[...] weiß ich aus meiner Erfahrung, dass Gesetze oft der kleinste gemeinsame Nenner sind, was auch einen qualitativen Rückschlag bedeuten könnte.“* [V]

Die große Mehrheit der Experten/innen sieht eine Gefahr darin, dass eine gesetzliche Verankerung, also ein Gesetz, keine Bestimmungen zu Kriterien zu Qualitätssicherungsverfahren macht und darunter leidet die Vergleichbarkeit der Daten. [II, III, IV, VI, VII]

*„Grundsätzlich gibt es gute Gesundheitsberichte. Es gibt lediglich Standards, wie Gesundheitsberichte gestaltet werden sollen. Wichtig wäre, dass alle Gesundheitsberichte mit den gleichen Gesundheitsindikatoren gemessen werden, damit sie vergleichbar zwischen den Bundesländern sind.“ [III]*

Ein/e Experte/in sieht zudem das Problem in den fehlenden Umsetzungsbestimmungen in den österreichischen Gesetzen. [VI]

*„Wir haben Vollzugsdefizite in ganz vielen Bereichen und das sehe ich so als Skepsis, aber das heißt nicht für mich, dass ich Gesetze abschaffen würde, sondern eher, dass ich gescheiter drauf schauen muss, dass wir es umsetzen.“ [VI]*

Experte/in [VII] sieht auch die Herausforderung in der Ressourcenverteilung in den jeweiligen Bereichen.

*„[...], dass das eben irgendwelchen Bereichen oder Institutionen auferlegt wird, [...] aber keine Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. [...] oder man macht das jetzt vernünftig und stellt Ressourcen zur Verfügung. Das ist glaube ich bei neuen Gesetzen/Verordnungen immer ein bisschen die Herausforderung.“ [VII]*

Zwei Experten/innen sehen ein Hemmnis in der mangelnden geschlechtsspezifischen Datenerhebung in Österreich und dass daher keine Grundlage vorhanden ist, um überhaupt Gender-Gesundheitsberichte verfassen zu können. Sie fordern eine geschlechtsspezifische Erhebung von Gesundheits- und Krankheitsdaten in allen Lebensbereichen. [VI, I]

*„Da muss man einen Schritt vorher anfangen [...] nicht gesetzlich den Gender-Gesundheitsbericht zu fordern, sondern gesetzlich fordern, dass in der Versorgungsforschung von der Gesundheit bis zur Krankheit bis zum Totenbett, jede Daten innerhalb des Gesundheitswesens geschlechtsspezifisch überhaupt erhoben werden müssen.“ [VI]*

Von zwei Experten/innen wird in einer gesetzlichen Verankerung der Gender-Gesundheitsberichte die Möglichkeit gesehen, die Politik bzw. die Politiker/innen zu messen.

Durch die Erstellung von Gesundheitsberichten kann überprüft werden, ob bestimmte gesundheitsfördernde Maßnahmen greifen oder ob sie adaptiert werden müssen. Weiters

kann nachgeprüft werden, ob empfohlene Maßnahmen umgesetzt wurden. Diese Transparenz, die Gesundheitsberichte liefern, und die damit verbundene Messbarkeit der Politik entspricht oftmals nicht den Wünschen der Politiker/innen. [I, III]

*„Aber ich vermute, die Politiker haben kein großes Interesse an Gesundheitsberichten, da sie ja daran gemessen werden können.“ [III]*

### **6.2.3 Gender-Gesundheitsberichte auf Bundes- oder Landesgesetzebene**

Alle sieben Experten/innen sind sich in diesem Punkt einig, dass die Kompetenz zur Regelung von GGB auf gesetzlicher Basis in die Zuständigkeit des Bundesministeriums fällt und somit ein Bundesgesetz darstellt. [I,II, III, IV, V, VI, VII]

*„Also das fällt in die Kompetenz des Bundesministeriums [...] und es wäre ein Bundesgesetz, was dann über die 15a-Vereinbarung vom Landesgesetz übernommen werden müsste, um überall übernommen zu werden.“ [VI]*

Ein/e Experte/in geht noch einen Schritt weiter und ist der Auffassung, dass GGB nicht nur auf Bundesgesetzebene geregelt, sondern als Grundgesetz im österreichischen Grundgesetzbuch verankert werden müssten.

*„[...] wenn wir von einem gesamtösterreichischen Gesundheitsbericht sprechen, wenn wir von einer Nation sprechen, deren Gesundheitsstatus wir abwägen wollen würden, dann sollte man auf die Bundesgesetzebene und ich würde sogar sagen auf die Grundsatzebene, also Grundgesetz ja.“ [I]*

Alle sieben Experten/innen sind der Auffassung, dass ein Landesgesetz der falsche Weg wäre, GGB gesetzlich zu verankern. [I, II, III, IV, V, VI, VII]

*„Bundesgesetz, nicht ein Landesgesetz. Die Landesregierung müsste abgeschafft werden und es sollte nur ein Gesetz auf Bundesebene geben.“ [III]*

## 6.2.4 Gestaltungsmöglichkeiten und Erfolgsfaktoren für einen gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsbericht

Aus der Sicht der Experten/innen sind es unterschiedliche Kriterien, die in einem GGB vorhanden sein müssen, damit dieser von der Politik genutzt und in der Praxis mit Erfolg angewendet werden kann.

Das Hauptkriterium eines GGB sieht ein Großteil der Befragten in der Ableitung von zielgruppenspezifischen Maßnahmen. [II, IV, IV, VII]

*„Es müsste klar formuliert sein, welche Auswirkungen bei einer bestimmten für eine bestimmte Zielgruppe, getrennt nach Geschlecht, zu erwarten sind. [...] Das Gießkannenprinzip z. B. eine Versorgungsmaßnahme gleichermaßen über alle Menschen zu schütten ist nicht sinnvoll.“* [V]

Wobei den politischen Entscheidungsträgern/innen wiederum die Kostenfolgenabschätzung der zu treffenden Maßnahmen von Bedeutung ist. [VII, IV]

*„Zudem müsste es auch eine gesundheitsökonomische Folgekostenabschätzung geben.“* [V]

Zwei Experten/innen aus dem Genderbereich sehen in den mangelnden bzw. nicht vorhandenen geschlechtsspezifischen Daten in Österreich das Problem, um überhaupt GGB verfassen zu können. [II, VI]

*„Ich sehe eines der Probleme in einem ganz anderen Bereich, [...]. Wir wissen, welcher Birnenbaum und welcher Apfelbaum in der oberen Steiermark wächst, das wird alles gezählt. Ich stelle fest, dass von der Datenerhebung an vielen Punkten die Daten in Österreich nicht geschlechtsspezifisch erhoben werden, und insofern könnte ich auch gar keinen Bericht schreiben, weil mir die Daten fehlen.“* [VI]

Fünf von sieben Experten/innen sehen in Gesundheitszielen generell die Möglichkeit, diese anhand eines GGB zu evaluieren. Doch die zehn Rahmen-Gesundheitsziele des österreichischen Bundesministeriums sind, so wie sie formuliert wurden, strategische Ziele und in der Form nicht messbar. [I, II, III, IV, V]

*„Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele sind nicht SMART und daher nicht messbar.“* [III]

Eine Möglichkeit der Evaluierbarkeit der Rahmen-Gesundheitsziele wird von den Experten/innen in der Erarbeitung von operativen Zielen mit Festlegung der Gesundheitsindikatoren gesehen. [I, II, III, VI]

*„[...] dass man einzelne Gesundheitsziele oder Rahmen-Gesundheitsziele priorisiert, dann eigene Arbeitsgruppen installiert hat und hier tatsächlich so zu sagen operative Ziele erarbeitet, [...]. Parallel zur Entwicklung der Rahmen-Gesundheitsziele müssen gewisse Indikatoren verwendet werden, um die Umsetzung oder die Auswirkungen dieser Rahmen-Gesundheitsziele letztlich messen zu können.“ [II]*

### **6.2.5 Das Wort „Gender“ als Vorteil im Titel eines Gesundheitsberichts**

Die Mehrheit der Experten/innen sieht im Wort „Gender“ eher einen kosmetischen Begriff, der nicht zur Qualitätssteigerung eines Gesundheitsberichts, sondern eher zur Bewusstseinsstärkung über geschlechtsspezifische Unterschiede beiträgt. [I, III, IV, VI, VII]

*„Da geht es nicht so sehr darum, dass das jetzt der Qualität wegen benannt wird, es geht einfach darum, Bewusstsein zu schaffen, verstärkt Bewusstsein zu schaffen, [...] dass es in der Frage der Gesundheit eben geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.“ [IV]*

Drei Experten/innen gehen noch einen Schritt weiter und sind der Auffassung, dass die Medizin zwar das Wort „Gender“ für sich erkannt hat, aber der eigentliche Bedeutung des Genderbegriffs, nämlich das soziokulturelle Geschlecht, nach wie vor in einem falschen Kontext gesetzt wird. [I, VI, VII]

*„Ich halte es für einen kosmetischen Begriff, es geht nicht um Gender. Die Medizin hat jetzt Gender erkannt und meint Sex. Das heißt, wenn ich einen Bericht mache, wo Männer- und Frauengesundheit und -krankheit beschrieben werden soll, muss ich es eben Sex- und Genderbericht nennen.“ [VI]*

Zudem sehen zwei der Experten/innen im Wort Gender die Möglichkeit, in (Gender-)Gesundheitsberichten nicht nur die Aufmerksamkeit auf die binäre Geschlechtszuschreibung zu lenken, sondern auch jenen Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen, oder Transgenderpersonen in den Fokus zu nehmen und damit ihre Geschlechtsidentität anzuerkennen. [I, VII]

*„Weil Gender, der Begriff, der im Moment gehandhabt wird, der bildet nicht ab, was er sein könnte, und bildet also ganz gewisse Personen nicht ab. Also Transsexualität, und das gibt es auch.“ [I]*

Zwei Experten/innen sehen die Bezeichnung eines Berichts sekundär, der Fokus muss auf die inhaltliche Aufbereitung eines Berichts gelegt werden. Zudem sind sie der Auffassung, dass Gender ein wesentlicher Aspekt, aber einer aus vielen anderen (sozioökonomischer Status, Bildung usw.) ist. [III, V]

*„Es sollte weniger der Überschrift Beachtung geschenkt werden. Wesentlich ist eher der Inhalt des Berichts. Die europäischen Gesundheitsindikatoren sind da wesentlicher, die Überschrift lediglich sekundär.“ [III]*

## **6.2.6 Ratifizierte Verträge auf völkerrechtlicher gemeinschaftlicher Ebene nehmen Einfluss auf das nationale Gesundheitssystem und somit auf die Genderebene**

Der Großteil der Experten/innen sieht die Ratifizierung von völkerrechtlichen und gemeinschaftlichen Verträgen aus unterschiedlichen Gründen empfehlenswert.

Ein/e Experte/in sieht in der Verpflichtung von internationalen Abkommen eher das österreichische Gesundheitsministerium, die Politik gefordert, die Ziele und Maßnahmen in Form von nationalen Gesetzen umzusetzen. [III]

*„Jedoch könnte bereits die alte 15a-Vereinbarung ein erster Schritt auf die Ratifizierung von diversen völkerrechtlichen oder gemeinschaftlichen Verträgen sein. Ich glaube, dass solche Verträge schon einen Effekt in der Politik haben, aber weniger für Beamte.“ [III]*

Der Großteil der Experten/innen sehen internationale Abkommen und Verpflichtungen als eine Art Benchmarking, um damit vergleichbar und messbar mit anderen Nationen oder Staaten zu werden. [II, V, VI, VII]

*„Internationale Abkommen und Verpflichtungen, egal in welchem Zusammenhang schon eine Art Benchmarking darstellt, da man mit anderen Nationen oder Staaten verglichen wird, dass man belegen muss, wo man steht. Das hat in den meisten Fällen typisch positive Auswirkungen, dass man sich verbessern will.“ [II]*

Ein/e Experte/in ist der Auffassung, dass regelmäßige Staatenberichte als Argumentationsgrundlage für etwaige Umstrukturierungen oder für neue Investitionen dienen.

*„Staatenberichte sind immer wichtige Aufzeiger und dienen als Argumentationsgrundlage. Wenn man direkt in diesem Feld arbeitet, ohne Hintergrundstatistik, Daten und Fakten zu haben, dann ist man oft entweder planlos, weil man gar nicht weiß, wo soll man einhaken, oder auch selbst wenn man es weiß, ist man machtlos, wenn man kein Unterfutter in Form von Daten hat.“ [VII]*

Ein/e Experte/in sieht die Ratifizierung von Verträgen auf EU-Ebene und auf völkerrechtlicher Ebene als wichtig an, schränkt aber ein, dass diese keinen unmittelbaren Einfluss auf die Genderperspektive nehmen. Diese Verträge haben seiner/ihrer Ansicht nach heute eher eine ethische Verpflichtung denn eine rechtliche.

*„Nehmen wir mal die Menschenrechte, ja, die hat man auch vor langer Zeit ratifiziert, aber so richtig getan hat sich in der Zwischenzeit nicht viel. [...] Natürlich ist es wichtig, dass wir uns da anschließen, dass wir dazu gehören, aber für die Genderperspektive glaube ich nicht. [...] auf EU-Ebene und völkerrechtlichen ist es eine ethische Angelegenheit und keine rechtliche [...].“ [I]*

## 7 Die Rolle von Public Health

Public Health-Experten/innen und jene Menschen, die auf diesem Gebiet arbeiten, wirken als Koordinatoren/innen und Berater/innen, bei Forschungsfragen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention mit. Sie setzen sich zum Ziel, nicht nur die Mortalität und Morbidität zu senken, sondern sie sind bestrebt, die gesunden Lebensjahre zu verlängern und die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.<sup>219</sup>

Public Health ist eine Kommune aus Fachleuten aus verschiedensten Disziplinen. Das Aufgabengebiet von Public Health weist ein breites Arbeitsspektrum auf. Diese Experten/innen arbeiten gemeinsam an gesundheitsfördernden Maßnahmen, die ethisch und ökonomisch vertretbar sind. Sie sind in der wissenschaftlichen Forschung an Universitäten, an gesundheitswissenschaftlichen Instituten, u. a. am Robert Koch Institut, in der Sozial- und Präventionsmedizin vertreten, arbeiten in der Gesundheits- und Sozialpolitik und können somit Einfluss auf Programme zu gesundheitsfördernden Arbeits- und Lebensbedingungen nehmen.<sup>220</sup>

Ein Kernthema von Public Health sind die Ungleichheiten zwischen den Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit aufgrund der sozialen Schicht, Herkunft, Nationalität sowie Alter und Geschlecht. Diese gesundheitliche Ungleichheit betrifft nicht nur den Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen einzelner, sondern auch den Zugang und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Die Entstehung dieser Ungleichheit beruht nicht auf den unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen, sondern begründet sich auf Privilegien und Status.<sup>221</sup>

Ein zentrales Thema der Politik in den westlichen Ländern ist es, die Chancengleichheit von Frauen und Männern zu fördern. Der Europarat prägte mit dem Begriff „Gender Mainstreaming“ eine gleichstellungsorientierte Politik und setzte ein Zeichen in Richtung Gleichstellung von Frauen und Männern. Die Aufgabe der Public Health-Fachleute und politischen Entscheidungsträger ist es, die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern in allen Bereichen, vor allen im öffentlichen Gesundheitsbereich, zu überprüfen.

---

<sup>219</sup> (Lawrence, 2008, S. 91)

<sup>220</sup> (Egger & Razum, 2012, S. 2)

<sup>221</sup> (Egger & Razum, 2012, S. 9)

Zudem sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Männern ausgerichtet werden.<sup>222</sup>

Egger und Razum sind der Ansicht, dass eine alleinige Überprüfung von Public Health-Maßnahmen und -Programmen bezüglich ihrer Auswirkung auf die Geschlechterungleichheit zu wenig ist. Sie befürworten eine Gesundheitsberichterstattung unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in Verbindung mit anderen Dimensionen, wie Ungleichheit aufgrund von sozioökonomischer Lage, Alter, Bildung oder Migrationshintergrund.

Zusammengefasst soll Public Health sich mit den gesundheitlichen Ungleichheiten von Frauen und Männern auseinandersetzen, die ungleichen Gesundheitschancen aufgrund unterschiedlicher Ressourcen und Belastungen identifizieren und zielgruppenspezifische Programme unter Berücksichtigung des Alters, Geschlechts, sozialen Status und ethnischer Zugehörigkeit entwickeln.

---

<sup>222</sup> (Egger & Razum, 2012, S. 13)

## 8 Diskussion

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass alle Menschen unabhängig ihres Geschlechts, ihrer Religion und ethnischen Herkunft das Menschenrecht auf Gesundheit besitzen. Durch die Ratifizierung von völkerrechtlichen und gemeinschaftsrechtlichen Abkommen sind vor allem die westlichen Industrieländer bemüht, dieses Menschenrecht bestmöglich umzusetzen. Angestrebtes Ziel ist das Erreichen des „höchstmöglichen Gesundheitsniveaus“ der gesamten Bevölkerung. Um diesem visionären Ziel einen Schritt näher zu kommen, sind die einzelnen Länder auf nationaler und kommunaler Ebene gefordert, wirksame Strategien zu entwickeln. Dazu bedarf es unter anderem einer geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern.<sup>223</sup>

Flossmann (2006), Greif & Schobersberger (2007), Karl (2011) und Kautzky-Willer & Tschachler (2012) stimmen überein, dass Frauen schon seit mehr als 100 Jahren gegen jede Form der Diskriminierung ankämpfen. Die Zweite Frauenbewegung in den 1970er-Jahren nahm eine zentrale Rolle in Hinblick auf die Sichtbarmachung der Frauen in der Medizin ein. Feministinnen forderten die Selbstbestimmung über ihren Körper.

In den 1980er-Jahren nahm sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dem Thema der Frauengesundheitsforschung an und erforschte erstmals geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Frauen und Männern, die außerhalb der Geschlechtsorgane lagen. Mitte der 90er-Jahre errichtete die WHO ein eigenes Department for Gender, Women and Health. Es dauerte weitere sechs Jahre, bis die WHO eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung empfahl. Vor allem westliche Industrieländer sollten Strategien entwickeln, um dieser Aufforderung nach zu kommen. Eine Koryphäe und Vorkämpferin auf dem Gebiet der geschlechtsspezifischen Medizin (Gender Medizin) ist die US-amerikanische Kardiologin und Medizinerin Marianne Legato. Sie beschäftigte sich bereits Ende der 80er-, Anfang der 90er-Jahre mit Herzkrankheiten bei Frauen, ihren Fehldiagnosen, und -therapien.<sup>224</sup>

In der gesetzlichen Verankerung von Gesundheitsberichten sieht die Autorin eine Möglichkeit, der Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit einen Schritt näher zu

---

<sup>223</sup> (Meier, 2004, S. 2)

<sup>224</sup> (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012, S. 11f)

kommen, da eine rechtliche Grundlage im österreichischen Gesundheitssystem den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler, regionaler und nationaler Ebene stärkt.

Das Recht auf Gesundheit ist schwer fassbar, da viele Bereiche des Alltags wie beispielsweise das Wohnen, die Schule, Ernährung, Umwelt oder der Verkehr mit dem Erhalt der Gesundheit einhergehen. Bei der Erstellung von Gesundheitsberichten fließt die salutogenetische Sichtweise ein und somit finden die veränderbaren Einflussfaktoren Berücksichtigung. Eine gesetzliche Verankerung würde Gesundheitsberichte in periodischen Abständen fordern, dadurch wäre die Vergleichbarkeit der einzelnen Bundesländer gewährleistet. Nicht zuletzt braucht ein modernes zukunftsorientiertes Gesundheitssystem Transparenz, um die immer knapper werdenden Mittel so gerecht als möglich zu verteilen. Gesundheitsberichte liefern diese Transparenz.

Die Experten/inneninterviews zeigten, dass es keine einheitlich geltende Meinung darüber gibt, warum GGB gesetzlich verankert werden sollten. Die Mehrheit der Gesprächsteilnehmer/innen sieht in der gesetzlichen Verankerung von GGB Vorteile, diese zum Teil jedoch mit Vorbehalten. Einer liegt darin begründet, dass ein Gesetz, das GGB verpflichtend vorschreibt, alleine nicht ausreicht, um die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems zu stärken. Dazu müsste eine gesetzliche Regelung verbindliche Qualitätsstandards z. B. in Form von einheitlichen Gesundheitsindikatoren wie jene der Europäischen Union (ECHI) vorschreiben. Erst dann werden GGB innerhalb der Nation und zwischen den europäischen Ländern vergleichbar.

Ein Vorteil wird darin gesehen, dass GGB eine salutogenetische Sichtweise auf Gesundheit eröffnen. Politischen Entscheidungsträgern muss bewusst gemacht werden, dass Gesundheit nicht an der Anzahl der „gefüllten Spitalsbetten“ gemessen wird, sondern an den veränderbaren Determinanten, die unter anderem auch außerhalb des Gesundheitsressorts liegen und mitverantwortlich für die Gesundheit sind. Um die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung darstellen zu können, bedarf es geschlechtsspezifischer Gesundheitsdaten. Laut Experten/innen hinkt Österreich in der Erhebung von geschlechtersensiblen Gesundheitsdaten im internationalen Vergleich hinterher. Sie sehen darin Nachholbedarf. Die österreichische Regierung ist zukünftig gefordert, Daten von der Gesundheit über die Krankheit bis hin zum Totenbett geschlechtsspezifisch zu erheben, erst dann wird die Möglichkeit gesehen, GGB gesetzlich zu fordern.

Ein/e Experte/in sieht keine gesetzliche Notwendigkeit von GGB, da das Bundesministerium als höchste Behörde wie auch die einzelnen Bundesländer selbst allgemeine fortlaufende Berichte in Auftrag, z. B. dem Fond Gesundes Österreich, geben, obwohl bis dato keine gesetzliche Verpflichtung dazu vorliegt. Sie/Er weist darauf hin, dass die österreichische Regierung auch ohne gesetzliche Verankerung die Richtung periodisch erscheinender GB eingeschlagen hat, um den Gesundheitszustand bestimmter Bevölkerungsgruppen zu beleuchten.

Ein Gesetz, das GGB fordert, würde auch bestimmte Hürden nach sich ziehen. Eine Hürde wird in der finanziellen Ressourcenknappheit und in der Ressourcenverteilung per se gesehen, da ein solcher Gesetzesbeschluss eine gesundheitsökonomische Folgenabschätzung vor der Umsetzung der geplanten Maßnahmen erfordert.

Die Befragung hat ergeben, dass zwischen der Politik und Wissenschaft eine „Kommunikationslücke“ besteht, denn politische Akteure/innen können der Wissenschaft nicht klar formulieren, wie ein GGB aufgebaut sein soll, um den Handlungsbedarf einer Population abzubilden und gegebenenfalls empfohlene Maßnahmen erfolgreich in die Praxis umsetzen zu können.

Einige Experten/innen sehen ein Hindernis darin, dass die Politik durch die Evaluierung von durchgeführten, nicht durchgeführten oder empfohlenen gesundheitsfördernden Maßnahmen messbar wäre. Diese Messbarkeit könnte von der Politik zudem nicht gewünscht werden.

Alle sieben Experten/innen sind sich in dem Punkt einig, dass die Kompetenz zur Regelung von GGB auf gesetzlicher Basis in die Zuständigkeit des österreichischen Bundesministeriums fällt und somit ein Bundesgesetz sein müsste. Das Bundesgesetz müsste über die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG vom Landesgesetz übernommen werden. Das Bundesgesetz stellt den kleinsten gemeinsamen Nenner dar, die Länder hätten allenfalls die Möglichkeit, über das Landesgesetz mehr zu leisten, als das Bundesgesetz vorschreibt.

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass die Schweiz in Form eines Präventionsgesetzes versucht hatte, unter anderem GB mit regelmäßiger Evaluierung und Monitoringberichten auf Bundesgesetzebene zu stellen. Der Gesetzesentwurf sollte zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen und somit einen wesentlichen Beitrag in Richtung Qualitätsverbesserung, Koordinierung und Effizienzsteigerung leisten. Zur Qualitätssicherung der kantonalen Maßnahmen war ein

auf nationaler Ebene koordinierendes Institut geplant, um so die Maßnahmen zwischen Bund und Kantonen zu kommunizieren und zu überprüfen. Trotz des Scheiterns des Schweizer Präventionsgesetzes am 26. September 2012 wird ein erneuter Anlauf zu einem Präventionsgesetz unternommen werden.<sup>225</sup>

Ebenso geht aus der Literaturarbeit hervor, dass sich der Schweizer GGB an den Schweizer Gesundheitszielen orientiert. Er lieferte neue Erkenntnisse zu epidemiologischen Befunden aus einer Gender-Perspektive. Diese Ergebnisse wurden, so Mattig (2013), vor dem Hintergrund der Bedeutung von Sex und Gender beleuchtet und diskutiert. Anschließend wurden konkrete zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen formuliert, um so gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen.

Österreichische Experten/innen sehen auch in den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen generell die Möglichkeit, diese anhand eines Gender-Gesundheitsberichts zu evaluieren. Dazu müssen zuvor die strategischen Ziele priorisiert und daraus in einem weiteren Schritt operative Ziele mit gewissen Gesundheitsindikatoren erarbeitet werden, damit die Gesundheitsziele SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time framed) und somit messbar werden.

Experten/innen sehen einen Vorteil in der Ratifizierung von Verträgen, dass die Mitgliedsländer verpflichtet sind, diesen Forderungen Folge zu leisten. Um die geforderten Ziele in einem bestimmten Zeitraum realisieren zu können, müssen Staaten nationale Gesetze beschließen. Einige Experten/innen sehen die „alte“ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG der österreichischen Bundesregierung als notwendige Maßnahme, um die ratifizierten Verträge fristgerecht einhalten zu können. Andere wiederum sehen den Vorteil im „Konkurrenzdenken“ zwischen den einzelnen Ländern, denn die Mitgliedsstaaten sind verpflichtet, in regelmäßigen Abständen Staatenberichten an Organisationen beispielsweise die UNO oder die WHO abzuliefern. Diese Verpflichtung kann als eine Art Benchmarking zwischen den einzelnen Ländern gesehen werden. Durch die verpflichtende Berichterstattung wird der Ehrgeiz zwischen den Nationen geweckt, da im internationalen Vergleich jeder bestmöglich abschneiden möchte. Sie sehen die Wichtigkeit in der Ratifizierung der Verträge nicht in der rechtlichen, sondern eher in der ethischen Verpflichtung.

---

<sup>225</sup> (Mattig, 2013, S. 12ff)

Die Experten/inneninterviews zeigten, dass es keine einheitliche Meinung über den Begriff „Gender“ im Titel des GGB gibt. Sie sind sich einig, dass der Begriff „Gender“ eher einen kosmetischen Zweck erfüllt und nichts über die Qualität eines Berichts aussagt. Ein Teil der Befragten sieht einen Vorteil darin begründet, dass das Wort „Gender“ zur Bewusstseinsstärkung in der Politik, der Medizin und der Gesellschaft beiträgt. Ein/e Experte/in ist der Auffassung, dass der Begriff „Gender“, wie er bis dato verwendet wird, die binäre Geschlechtszuschreibung abbildet. Transsexualität oder Menschen, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen, sind bis heute nicht im Titel und ebenso nicht in der Gesundheitsberichterstattung abgebildet. Ein/e Experte/in ist der Auffassung, dass GB, die Männer- und Frauengesundheit und Männer- und Frauenkrankheit beschreiben, eher „Sex und Genderberichte“ genannt werden sollten, da die Medizin jetzt „Gender“ aufgreift aber „Sex“ meint. In diesem Punkt waren sich alle Befragten einig, dass die inhaltliche Aufbereitung eines GGB wesentlich ist und der Titel nur sekundär.

## 9 Schlussfolgerung

Wie in der Arbeit bestätigt wurde, zeigt die rechtshistorische Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit, dass Frauen aufgrund des Geschlechts jahrelang diskriminiert wurden. Kautzky-Willer & Tschachler (2012); Karl (2011); Greif & Schobesberger (2007); als auch Flossmann (2006) sprechen sich dafür aus, dass Frauen in den 70er- und 80er-Jahren eine radikale Körperpolitik führen mussten, um gegenüber dem Staat und der Kirche nicht nur Entscheidungsfreiheit über die Kinderplanung, sondern auch das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper zu erkämpfen. Der Zwang zur Mutterschaft etwa stellt eine schwerwiegende Verletzung des elementaren Menschenrechts – das Recht auf Gesundheit – dar.

Das Recht auf Gesundheit existiert auf dem Papier seit mehr als sechzig Jahren, doch am Beispiel der Zweiten Frauenbewegung in den 70er-Jahren zeigt sich, dass die Realität nicht immer das widerspiegelt, was auf dem Papier festgeschrieben worden ist.

Die Geschichte zeigt, dass ein modernes Gesundheitssystem sowohl Menschen, Gruppen oder Organisationen braucht, die notwendige Veränderungen politisch fordern, als auch völkerrechtliche, gemeinschaftsrechtliche und nationale Verträge mit ihren übergeordneten Behörden, die die Umsetzung der geforderten Maßnahmen periodisch in Form von diversen Staatenberichten, GB oder GGB überprüfen.

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit; das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit; die WHO; Egger & Razum (2012); Holleder, Michelsen & Brand (2007); Lademann & Kolip (2009) & Mattig (2013) bekräftigen, dass jeder Mensch ob Frau oder Mann den Wunsch in sich trägt, gesund alt zu werden. Um diesen Wunsch seitens des Staates gerecht zu werden, braucht es unter anderem eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration. Public Health kann hierbei einen wesentlichen Beitrag leisten, indem es geschlechtersensible Gesundheitsdaten sammelt und versucht, diese Daten für die Politik aufzubereiten. Public Health kann eine Schlüsselrolle zwischen Wissenschaft und Politik einnehmen, indem Public Health fester Bestandteil im Bereich einer geschlechtergerechten Gesundheitsförderung wird. Public Health kann hierbei eine entscheidende Rolle in Richtung modernes, geschlechtergerechtes, ressourcenorientiertes Gesundheitssystem einnehmen.

Eine kontinuierliche geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung nimmt eine zentrale Rolle in der Gesundheitspolitik, die mit den immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen zu kämpfen hat, ein.<sup>226</sup> Politik und Gesellschaft müssen lernen, dass ein „gut“ funktionierendes Gesundheitssystem daran gemessen wird, wie man gesund altern kann.

Das österreichische Gesundheitssystem hat seine Stärken und Schwächen. Mit der Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele (2012) und der Zielsteuerung Gesundheit (2014) hat die österreichische Gesundheitspolitik eine Neuorientierung in Richtung Stärkung der Gesundheit vorgenommen. Die zentrale Herausforderung ist es, über die Rahmen-Gesundheitsziele eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen. Besonderer Fokus wird auf benachteiligte Gruppen gelegt. Die Zielsteuerung Gesundheit wird als Instrument gesehen, die Gesundheitsförderung und Primärprävention im Land zu stärken.<sup>227</sup> Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde im Bereich Dokumentation und Evaluation lediglich ein Satz angeführt: *„Die Maßnahmen werden angemessen dokumentiert und evaluiert.“*<sup>228</sup> Dieser Satz wurde allgemein formuliert und lässt ein breites Spektrum an Fragen über Form, Ausmaß und Häufigkeit offen.

Die Autorin sieht die Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems darin begründet, dass kaum geschlechtersensible Gesundheitsdaten vorliegen, die die Grundlage zur Erstellung eines GGB bilden. Es gibt keine einheitlich definierten Gesundheitsindikatoren, um gesundheitsfördernde Maßnahmen anhand von GGB aus den Bundesländern oder anderen Nationen zu vergleichen.

Die Autorin kommt schlussendlich zu der Erkenntnis, dass weiterer Handlungsbedarf in den Bereichen Generierung von geschlechtersensibler Gesundheitsdaten, Definierung einheitlicher Gesundheitsindikatoren und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins vonnöten ist. Erst dann kann ein Top-Down-Prinzip in Form eines gesamtösterreichischen GGB auf gesetzlicher Grundlage Sinn machen.

---

<sup>226</sup> (Bundesamt für Gesundheit, 2006, S. 26f)

<sup>227</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 1)

<sup>228</sup> (Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 15)

# 10 Literaturverzeichnis

## 10.1 Veröffentlichungen

- Altgeld, T. (2004). *Männergesundheit: Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Amt der oberösterreichischen Landesregierung. (2012). *"Frauen-Gesundheitstag des Landes OÖ": Internationaler Frauentag steht ganz im Zeichen der Gesundheit*. Linz: Amt der oberösterreichischen Landesregierung.
- Attelander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung (13. Auflage)*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Austria Development Agency, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte. (2010). *Anleitung zur Umsetzung des Menschenrechtsansatzes in der OEZA*. Wien: Austria Development Agency.
- Barta, H. (2002). Die Sorge um sich. In H. Barta, & G. Kern, *Recht auf Gesundheit (Schriftenreihe Colloquium)* (Bd. 5). Wien: Verlag Österreich.
- Benedek, W. (2009). *Menschenrechte verstehen: Handbuch zur Menschenrechtsbildung*. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Binder, M. (2002). Kernbereich und Randzonen des sozialen Krankheitsbegriffs. In H. Barta, & G. Kern, *Recht auf Gesundheit (Schriftenreihe Colloquium)* (Bd. 5). Wien: Verlag Österreich.
- Birgmann, R., Reif, M., & Doblhammer, S. (2011). *Gesundheit von Männern und Frauen in Oberösterreich: 1. Oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht*. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.
- Bundesamt für Gesundheit. (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Schweiz: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2011). 2. *Österreichischer Männerbericht*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Cook, R. (1994). State Accountability Under the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. In R. Cook, *Human Rights of Women: National and International Perspectives* (S. 228-256). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Dieplinger, A. M. (2011). Gender Friendly Hospital. In *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Egger, M., & Razum, O. (2012). *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Flossmann, U. (2006). *Frauenrechtsgeschichte: Ein Leitfaden für den Rechtsunterricht (2. Auflage)*. Linz: Trauner Verlag.
- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit (1. Auflage)*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (4. Auflage)*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.
- Greif, E., & Schobesberger, E. (2007). *Einführung in die Feministische Rechtswissenschaft: Ziele, Methoden, Theorien (2. Auflage)*. Linz: Trauner Verlag.
- Groth, S., & Hirtl, C. (2012). Artikel 12 CEDAW - Gesundheit. Gesundheitliche Situation von Frauen in Österreich. In *UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW) NGO-Schattenbericht in Ergänzung des 7. und 8. Staatenberichts der österreichischen Regierung an den CEDAW-Ausschuss*. Wien: Frauen:Rechte jetzt! NGO-Forum CEDAW in Österreich.
- Hager, M. (o. J.). Gender Medicine - Gesundheit hat ein Geschlecht. In *Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen: Dokumentation der Veranstaltungsreihe Gender Medicine/Gender Budgeting/Gender & Recht*. Wien: Institut für Humanistisches Management, Entwicklungspartnerschaft Gesundes Gesundheitswesen.
- Hanselmann, V. (2006). Gesundheitspolitische Verankerung. In *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Schweiz: Bundesamt für Gesundheit.
- Hengstschläger, J., & Leeb, D. (2013). *Grundrechte (2. Auflage)*. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Hollederer, A., Michelsen, K., & Brand, H. (2007). Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung. Erste Ergebnisse im EU-Projekt "Policy Impact Assessments of Public Health Reporting" (PIA PHR). In *13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit "Teilhabe stärken - Empowerment fördern - Gesundheitschancen verbessern!"*. Berlin: Gesundheit Berlin.

- Karl, M. (2011). *Die Geschichte der Frauenbewegung*. Stuttgart: Philipp Reclam jun. Verlag GmbH.
- Kautzky-Willer, A., & Tschachler, E. (2012). *Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts: Die weibliche und männliche Seite der Medizin*. Wien: Orac/Verlag Kremayer & Scheriau KG.
- Kern, G. (2002). Recht auf Gesundheit - zivilrechtliche Reflexion. In H. Barta, & G. Kern, *Recht auf Gesundheit (Schriftenreihe Colloquium)* (Bd. 5). Wien: Verlag Österreich.
- Koch, U. (2008). Das Gleiche ist nicht dasselbe - Geschlechterperspektive im Gesundheitsbereich. In *Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin: Gesundheit weiblich - männlich*. Vaduz: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung/Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden/Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St.Gallen et al.
- Kodelitsch, S. (2011). Die Entwicklung der Frauen- und Männergesundheit. In *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Kolip, P. (2006). Gender Mainstreaming. In *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Schweiz: Bundesamt für Gesundheit.
- Kolip, P., & Abel, T. (2012). Gesundheitsförderung. In M. Egger, & O. Razum, *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Kuhlmann, E., & Kolip, P. (2005). *Gender und Public Health: Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Kurth, B.-M., Lange, C., Kamtsiuris, P., & Hölling, H. (2009). *Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut: Sachstand und Perspektiven*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52 (5), 557-570. Springer Medizin Verlag.
- Lademann, J., & Kolip, P. (2006). Diskussion Und Schlussfolgerunge. In B. f. Gesundheit, *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006: Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Schweiz: Bundesamt für Gesundheit.
- Lavanchy, S. M. (2008). Von der Frauen- zur Geschlechterperspektive: Die Notwendigkeit einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In *Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin: Gesundheit weiblich - männlich*. Vaduz: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung/Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden/Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St.Gallen et al.

- Lawrence, K. (2008). Gender Medizin aus der Public Health Perspektive: Mann oder Frau zu sein ist eine Gesundheitsdeterminante. In *Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin: Gesundheit weiblich - männlich*. Vaduz: Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung/Fachstelle Familien und Gleichstellung des Kantons Appenzell Ausserrhoden/Kompetenzzentrum Integration, Gleichstellung und Projekte des Kantons St.Gallen et al.
- Legato, M. (2004). *Evas Rippe: Warum Frauen manche Krankheiten ganz anders erfahren. Warum erst jetzt die weibliche Seite der Medizin entdeckt wird. Warum viele Medikamente für Frauen gefährlich sind*. (1. Auflage). Berlin: Ullstein Verlag.
- Lohff, B., & Rieder, A. (2008). Gender Medizin - eine neue Disziplin. In B. Lohff, & A. Rieder, *Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis* (2. Auflage). Wien: Springer Verlag.
- Mattig, T. (2013). *Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 9: Das gescheiterte Präventionsgesetz: Ein Lehrstück*. Bern/Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Meier, C. (2004). *Gender Health: Policies, Praxis und Perspektiven*. Schweiz: Fachstelle Gesundheit von Frau und Mann, Bundesamt für Gesundheit.
- Norsigian, J. (1971). *Our Bodies, Ourselves*.
- Norsigian, J. (1971). *The Boston Women's Health Book Collective*.
- Offermanns, G. (2011). *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem: Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. (2004). *1. Österreichischer Männergesundheitsbericht*. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Konsumentenschutz, Männerpolitische Grundsatzabteilung Sektion V, Abteilung 6.
- Schöpp-Schilling, H. B. (2009). Was ist CEDAW? Einführung in die UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. In *Was ist CEDAW? Die UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, Menschenrechte von Frauen und was sie bedeuten*. Wien: Bundeskanzleramt - Bundesministerium für Frauen, Medien und öffentlichen Dienst.
- Sichtermann, B. (2009). *Kurze Geschichte der Frauenemanzipation*. Berlin: Verlagshaus Jacoby & Stuart.
- Simma, B., & Fastenrath, U. (2010). *Menschenrechte: Menschenrechtspakte, EU-Grundrechtecharta, Flüchtlinge, Folter/Todesstrafe, Diskriminierung, Internationale Strafgerichte, Verfahrensordnungen* (6. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Stern. (1971). *Wir haben abgetrieben (Heft 24, Juni)*. Hamburg: Stern.
- Weber, K. (2002). Verfassungsrechtliche und -politische Aspekte eines Rechts auf Gesundheit. In H. Barta, & G. Kern, *Recht auf Gesundheit (Schriftenreihe Colloquium)* (Bd. 5). Wien: Verlag Österreich.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata: WHO.
- WHO. (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Ottawa: WHO.
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Adelaide: WHO.
- WHO. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. Sundsvall: WHO.
- WHO. (1997). *Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. Jakarta: WHO.
- WHO. (1998). *Gesundheit 21, Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für Alle" für die Europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO.
- WHO. (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion, Health Promotion: Bridging the Equity Gap*. Mexico City: WHO.
- WHO. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Bangkok: WHO.
- WHO. (2007). *Women's health and human rights: Monitoring the implementation of CEDAW*. Genf: WHO.
- WHO. (2009). *Nairobi Call to Action for Closing the Implementation gap in Health Promotion*. Nairobi: WHO.
- Wimmer-Puchinger, B. (2006). Frauengesundheit in Österreich: Entwicklung, Fakten, Modelle. In *Österreichische Pflegezeitschrift* (59. Ausg.). Wien: Gesundheits- und Krankenpflegeverband.
- Wismar, M. (2003). Gesundheitsziele in internationaler Perspektive. In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (46. Ausg., S. 105-108). Springer Verlag.

## 10.2 Gesetze

- BGBl. Nr. 150/2008-RIS: *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens*. (2008).
- BGBl. Nr. 200/2013-RIS: *Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit*. (2013).

BGBI. Nr. 210/1958-RIS: *Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten samt Zusatzprotokoll.* (1958).

BGBI. Nr. 81/2013-RIS: *Bundesreformgesetz 2013.* (2013).

Bundesgesetz 7189: *Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG), Entwurf.* (2009).

### 10.3 Onlinequellen

Arbeiterkammer. (o. J.). *Aufgaben der AK.* Abgerufen am 30.06.2014 von [http://www.arbeiterkammer.at/ueberuns/leistungen/Aufgaben\\_der\\_AK.html](http://www.arbeiterkammer.at/ueberuns/leistungen/Aufgaben_der_AK.html)

Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres. (o. J.). *Menschenrechte.* Abgerufen am 09.03.2014 von <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/aussenpolitik/menschenrechte.html>

Deutsches Institut für Menschenrechte. (2014). Abgerufen am 04.03.2014 von <http://www.dimr.eu/questions.php?questionid=174>

Deutsches Institut für Menschenrechte. (2014). *Wie viele Staaten haben die Menschenrechtsabkommen ratifiziert?* Abgerufen am 23.03.2014 von <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/entwicklungspolitik/oft-gestellte-fragen/wie-viele-staaten-haben-die-menschenrechtsabkommen-ratifiziert.html>

FGÖ. (o. J.). *Determinanten der Gesundheit.* Abgerufen am 30.06.2014 von <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit>

Gesundheit Österreich. (o. J.). *Health Policy Monitor.* Abgerufen am 30.06.2014 von [http://hpm.org/en/Surveys/GOEG\\_-\\_Austria/16/Let\\_s\\_talk\\_Kids\\_\\_A\\_Dialogue\\_for\\_Children\\_s\\_Health.html](http://hpm.org/en/Surveys/GOEG_-_Austria/16/Let_s_talk_Kids__A_Dialogue_for_Children_s_Health.html)

Informationsplattform humanrights.ch. (2014). *Auslegung der Sozialrechte in der Schweiz.* Abgerufen am 20.05.2014 von <http://www.humanrights.ch/de/Themendossiers/Sozialrechte/Schweiz/index.html>

Informationsplattform humanrights.ch. (2014). *Zur Vorgeschichte und Bedeutung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte AEMR.* Abgerufen am 03.04.2014 von <http://www.humanrights.ch/de/Instrumente/AEMR/Geschichte/index.html>

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. (2013). *Grundlagen: Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell für die Gesundheitsförderung.* Abgerufen am 25.05.2014 von [http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit\\_schuetzen/praevention/qualitaetsinitative/evaluation/leitfaden\\_selbstevaluation/grundlagen\\_public\\_health\\_action\\_cycle/index.html](http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitative/evaluation/leitfaden_selbstevaluation/grundlagen_public_health_action_cycle/index.html)

- Legato, M. (o. J.). Abgerufen am 26.05.2014 von The Foundation for Gender-Specific Medicine: <https://gendermed.org/dr-legato/>
- Medicus Mundi Schweiz. (2012). Abgerufen am 20.05.2014 von <http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/gesundheit-ein-menschenrecht/gesundheit-ein-menschenrecht/recht-auf-gesundheit-musterland-schweiz.html>
- Medizinische Universität Graz. (o. J.). *Bio-Psycho-Soziale Modell*. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://www.meduni-graz.at/10154>
- Sozialdemokratische Partei Österreich (SPÖ) Tirol Landesorganisation. (o. J.). *Für Schwangerschaftsabbrüche an öffentlichen Krankenhäusern*. Abgerufen am 20.06.2014 von <http://www.spo-e-tirol.at/artikel/fuer-schwangerschaftsabbrueche-oeffentlichen-krankenhaeusern>
- Stadt Frankfurt am Main. (o. J.). *Internationaler Weltmännertag*. Abgerufen am 21.05.2014 von [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=11969413&ffmpar\[\\_id\\_inhalt\]=10475543](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=11969413&ffmpar[_id_inhalt]=10475543)
- Stadt Frankfurt am Main. (o. J.). *Weltmännertag*. Abgerufen am 21.05.2014 von [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=11969413&ffmpar%5B\\_id\\_inhalt%5D=1047558](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=11969413&ffmpar%5B_id_inhalt%5D=1047558)
- Statistik Austria. (2013). *Studienabschlüsse ordentlicher Studierender an öffentlichen Universitäten 2011/12*. Abgerufen am 26.06.2014 von [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/formales\\_bildungswesen/bildungsabschluesse/021625.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/bildungsabschluesse/021625.html)
- Statistik Austria. (2014). *Gender-Statistik*. Abgerufen am 26.06.2014 von [http://statistik.gv.at/web\\_de/statistiken/soziales/gender-statistik/index.html](http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/index.html)
- United Nations. (2013). *Ratification of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx>
- United Nations. (2014). *Treaty Collection, 3. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Abgerufen am 04.03.2014 von [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-3&chapter=4&lang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en)
- Universität Siegen. (o. J.). *Recherchestrategie - Boolesche Operatoren*. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://www.ub.uni-siegen.de/cms/index.php?id=943&L=1>
- Verfassungsgerichtshof Österreich. (o. J.). *Katalog verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte*. Abgerufen am 20.06.2014 von <http://www.vfgh.gv.at/cms/vfgh-site/recht/grundrechte.html>
- WHO. (2014). *Austria Statistics*. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://www.who.int/countries/aut/en/>

WHO. (2014). *Switzerland Statistics*. Abgerufen am 26.06.2014 von <http://www.who.int/countries/che/en/>

WHO. (2014). *WHO Regionalbüro für Europa Organisation*. Abgerufen am 22.04.2014 von <http://www.euro.who.int/de/about-us/organization>

# 11 Anhang

## 11.1 Informed Consent

Sehr geehrte(r) Teilnehmerin/Teilnehmer!

Danke, dass Sie sich bereit erklärt haben, am wissenschaftlichen Interview in Bezug auf Gender-Gesundheitsberichte teilzunehmen.

Die Teilnahme am Interview ist anonym sowie absolut freiwillig und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung verantwortlich ist Karin Groller, Hartfelderweg 32, 8053 Graz. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt im Rahmen des Masterstudienganges „Public Health“ an der Medizinischen Universität Graz und dient der Erstellung der Masterthesis zum Thema Gesundheitswissenschaftliche und rechtliche Aspekte für einen gesamtösterreichischen Gender-Gesundheitsbericht.

Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet.

Nach Ende der Transkription werden alle Tonaufzeichnungen gelöscht.

Eine unterschriebene Kopie dieses Informed Consent erhält der/die Befragte.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, den Inhalt dieser Seite gelesen zu haben, und dem Interview sowie der wissenschaftlichen Verarbeitung der gewonnenen Daten zuzustimmen.

Datum/Ort

Unterschrift Befragte(r)

Datum/Ort

Unterschrift Interviewerin

---

## 11.2 Interviewleitfaden

- Persönliche Vorstellung
- Vorstellung des Themas und Ziels der Arbeit
- Einholung der schriftlichen Einverständniserklärung für die Tonbandaufzeichnung
- Verweis auf die Anonymität der Interviews

### Gender-Gesundheitsberichte

- Worin sehen Sie die Vorteile?
- Worin sehen Sie die Nachteile?
- Soll es ein Bundesgesetz sein?
- Soll es ein Landesgesetz sein?
- Wie müsste ein Gender-Gesundheitsbericht gestaltet sein, damit dieser von der Politik genutzt werden kann?
- Sehen Sie Gender-Gesundheitsberichte als Möglichkeit, die zehn nationalen Rahmen-Gesundheitsziele zu evaluieren?
- Inwiefern berücksichtigen die Rahmen-Gesundheitsziele die Genderebene?

### Gender

- a) Welchen Vorteil bringt die Berücksichtigung von Gender als zusätzliche Bezeichnung für den Gesundheitsbericht?
- b) Inwieweit haben geschlechtsspezifische Gesundheitsberichte, z. B. der Frauengesundheitsbericht, und Staatenberichte, z. B. CEDAW-Staatenbericht, Einfluss auf die nationale Gesetzgebung und somit auf die Genderperspektive?

## 11.3 Experten/inneninterviews

Die Experten/inneninterviews sind bei der Autorin archiviert und einsehbar.