

Gesellschaft im Umbruch. Frauen zwischen Backlash und Innovation

5. FrauenGesundheitsDialog Dokumentation



Wien, 13. Juni 2022

Redaktion

Sylvia Gaiswinkler (GÖG)

Anna Wahl (GÖG)

Duygu Tosun (BMSGPK)

unter Mitarbeit von: Jennifer Delcour, Tonja Ofner, Johann Pfabigan, Michaela Pichler, Elisabeth Rappold, Sophie Sagerschnig (alle GÖG)

Zitativorschlag: GÖG (2022): Gesellschaft im Umbruch. Frauen zwischen Backlash und Innovation. Dokumentation zum 5. FrauenGesundheitsDialog. Gesundheit Österreich, Wien



Diese Dokumentation trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ und (SDG) 5 [5.1, 5.2] „Geschlechtergleichstellung“, bei.

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Inhalt

1	Programm	1
2	Begrüßung	3
3	Umfrage im Publikum	5
4	Vorträge.....	6
4.1	Vortrag 1: Die Erschöpfung der Frauen	6
4.2	Vortrag 2: Ich kann nicht mehr! Aktuelle Zahlen zur psychosozialen Situation von Mädchen und Frauen	7
4.3	Vortrag 3: Kann Digitalisierung eine Brücke zu einem geschlechtergerechten Alltag bilden?	9
5	Zukunftsbilder für Mädchen- und Frauengesundheit: Die Ergebnisse der Workshops	11
5.1	Workshop 1: Wege in die Zukunft für Mädchen und junge Frauen	11
5.2	Workshop 2: Wege in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter	13
5.3	Workshop 3: Wege in die Zukunft für ältere und alte Frauen	16
6	Paneldiskussion: Frau sein im Krisenmodus – Frau sein in einer digitalisierten Welt – Mädchen und Frauen in der Zukunft	19
7	Ausblick und Verabschiedung.....	20
8	Anhang – Fotos	21

1 Programm

Der **5. FrauenGesundheitsDialog** unter dem Titel „**Gesellschaft im Umbruch. Frauen zwischen Backlash und Innovation**“ fand am **13. Juni 2022** von **10 bis 17 Uhr** in der Urania in Wien sowie online per Livestream statt. Er wurde von Bundesminister Johannes Rauch (Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) und Bundesministerin Susanne Raab (Bundesministerin für Frauen, Familie, Integration und Medien) eröffnet. Im Rahmen der erstmalig in hybrider Form durchgeführten Veranstaltung wurden aktuelle Daten und Problemlagen sowie Zukunftsbilder für die Mädchen- und Frauengesundheit im Kontext kollektiver Krisen und gesamtgesellschaftlicher Innovationen in den Mittelpunkt gestellt. Die circa 140 Teilnehmenden konnten an Vorträgen von nationalen und internationalen Expertinnen aus den Bereichen Geschlechterforschung, Digitalisierungs- und Technikforschung sowie Gendermedizin teilnehmen. Im Zentrum standen die gesellschaftliche Erwartung an Frauen, in den unterschiedlichen Lebensbereichen ständig verfügbar zu sein, und deren Auswirkungen auf die Gesundheit, die Datenlage zu Belastungen von Mädchen und Frauen in der Inanspruchnahme von Krisenhotlines sowie die geschlechtergerechte Gestaltung gesellschaftlicher Transformationsprozesse wie der Digitalisierung.

10.00 Uhr **Begrüßung**

Johannes Rauch, Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Susanne Raab, Bundesministerin für Frauen, Familie, Integration und Medien

10.30 Uhr **Die Erschöpfung der Frauen**

Franziska Schutzbach, Geschlechterforscherin, Universität Basel
Der Vortrag findet online statt.

11.00 Uhr **Ich kann nicht mehr! Aktuelle Zahlen zur psychosozialen Situation von Mädchen und Frauen**

Sophie Sagerschnig und Michaela Pichler, Gesundheit Österreich GmbH

11.30 Uhr **Kann Digitalisierung eine Brücke zu einem geschlechtergerechten Alltag bilden?**

Mahshid Sotoudeh, Wissenschafts- und Technikforscherin, Institut für Technikfolgenabschätzung der ÖAW

13.00 Uhr **Zukunftsbilder für Mädchen- und Frauengesundheit**

Frauengesundheit stellt ein vielfältiges als auch beinahe unendliches Themenfeld dar, von dem das gesamte Leben aller Frauen und Mädchen betroffen ist. Mit den Workshops wollen wir gesundheitsbezogene Erfahrungen von Mädchen und Frauen anerkennen und explizit machen. Wir wollen uns auf die Suche nach Lösungswegen für die

Praxis machen und entdecken, welche Auswege den historischen und neuen Belastungen entgegengesetzt werden können. In Anlehnung an den bundesweiten Aktionsplan Frauengesundheit sind die drei Workshops nach den Lebensphasen der Frauen und Mädchen eingeteilt.

Workshop 1: Wege in die Zukunft für Mädchen und junge Frauen

Mädchen und junge Frauen sind in ihrer Gesundheit und ihren Belastungen anders betroffen als Frauen in anderen Lebensphasen. Im Workshop werden altersspezifische Herausforderungen und Bedürfnisse benannt und diskutiert. Die Bearbeitung von individuellen und strukturellen Aspekten erfolgt anhand des Projekts „selbstwert“ als aktuelles, bundeslandübergreifendes Best-Practice-Modell in Österreich.

Workshopleitung: FEM Süd

Workshop 2: Wege in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter

Frauen im Erwerbsalter sind besonders von Mehrfachbelastungen betroffen. Im Workshop werden Details der Belastungen (z. B. Mental Load) explizit gemacht und in Richtung möglicher Lösungen diskutiert. Ein besonderer Fokus wird dabei auf Unterschiede im Sinne der Intersektionalität gerichtet.

Workshopleitung: Gesundheit Österreich GmbH

Workshop 3: Wege in die Zukunft für ältere und alte Frauen

Auf ältere und alte Frauen wird häufig wenig Aufmerksamkeit gerichtet. Mit dem Workshop wird ein Schwerpunkt auf spätere Lebensphasen gesetzt, indem spezielle Belastungen, aber auch Lösungswege (z. B. Digitalisierung als ein Weg aus der Isolation) diskutiert werden.

Workshopleitung: Gesundheit Österreich GmbH

15.30 Uhr **Paneldiskussion**

Frau sein im Krisenmodus – Frau sein in einer digitalisierten Welt – Mädchen und Frauen in der Zukunft

Auswirkungen auf die Gesundheit. Ergebnisse für die Praxis.

16.40 Uhr **Ausblick und Verabschiedung**

Ines Stilling, Generalsekretärin im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Moderation: Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH

2 Begrüßung

Bundesminister Johannes Rauch eröffnete den 5. FrauenGesundheitsDialog und bedankte sich, nachdem er die Teilnehmenden begrüßt hatte, für die Organisation der Veranstaltung. Dabei betonte er das zukunftsfähige hybride Format.

Der Titel des 5. FrauenGesundheitsDialogs habe ihn bewegt, insbesondere in Anbetracht der mancherorts auf internationaler Ebene feststellbaren Entwicklungen „in Richtung Backlash“. Dies spiegle das Spannungsfeld wider, in welchem wir uns aktuell bewegen. Dabei betonte Bundesminister Rauch, dass er bewusst aus der Perspektive eines Mannes spreche. Es sei ein ernstzunehmender Auftrag an die Politik, Rückschritte hierorts zu verhindern.

Frauen unterscheiden sich in ihren Gesundheitsrisiken, in ihrem Gesundheitsverhalten und ihren Krankheitsverläufen von Männern. Letztere neigten dazu, Symptome auch zu ignorieren und keine Hilfe anzunehmen.

Die COVID-19-Pandemie habe uns verstärkt vor Augen geführt, dass Frauen aufgrund von Rollenzuschreibungen und Arbeitsteilung nach Geschlecht den gesellschaftsbedingten Belastungen in besonderer Art und Weise ausgesetzt sind. „Es reicht nicht aus, das sozusagen achselzuckend als gesellschaftliche Gegebenheit einfach hinzunehmen und dann zur Tagesordnung überzugehen. Ich glaube, die letzten beiden Jahre haben wie ein Brennglas fokussiert, was an Defiziten da ist und was es zu tun gilt. Deshalb erhalten bei mir die Frauengesundheitsagenden eine besondere Aufmerksamkeit“, so Bundesminister Rauch.

Bundesminister Rauch führte weiter aus: Nach über zehn Jahren wird wieder ein Frauengesundheitsbericht erstellt, welcher im nächsten Jahr veröffentlicht wird. Besondere Freude bereitet das bundesweite Projekt „selbstQ*wertplus“ zur Abfederung von psychosozialen Belastungen von Mädchen und jungen Frauen infolge der COVID-19-Pandemie, welches im Mai gestartet ist und mit einer Förderung von 800.000 Euro vom BMSGPK unterstützt wird. Weiterhin laufen heuer österreichweit mehrere Förderprojekte zur Stärkung der Körper- und Selbstbilder von Mädchen. Mit der Implementierung eines Geschlechtergerechtigkeitsplans (Gender Equity Plan) in der aktuellen „Agenda Gesundheitsförderung“ werden in Zukunft in Gesundheitsförderungsprogrammen und -projekten des BMSGPK gendersensible Vorgehensweisen und vor allem gezielt Frauen und Mädchen berücksichtigt. Um mehr Gesundheitsdaten zu Frauen und Menschen diverser Geschlechtsidentitäten zu erhalten, wird erstmals in Österreich ein LGBTIQ-Gesundheitsbericht erstellt. Dieser wird unterschiedliche Lebensrealitäten von Frauen miteinbeziehen und im nächsten Jahr publiziert.

Neben diesen Aktivitäten wird kontinuierlich an der Umsetzung des Aktionsplans Frauengesundheit gearbeitet. Dieser formuliert 17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen zur Erreichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Hierbei betonte Bundesminister Rauch die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern, die die Länder ermuntern und animieren

soll, sich den Themenfeldern anzunähern und in diesen aktiv zu werden. Aktuell seien unterschiedliche Ansätze zwischen den Bundesländern festzustellen, wobei insgesamt das Bestreben bestehe, Akteurinnen und Akteure zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen zu ermuntern und zu ermächtigen.

Mit dem heurigen Programm werde ein Blick in eine dynamische Zukunft gerichtet, die viele Herausforderungen mit sich bringt, insbesondere hinsichtlich der Energieversorgung, der Pandemie sowie der Teuerung. Hierzu habe sich eine sehr weitreichende Einigung in der Bundesregierung ergeben, wobei ein besonderes Augenmerk auf den Teil der Bevölkerung gelegt werde, welcher nicht über genügend Ressourcen verfüge. Darunter fallen z. B. Menschen mit geringem Einkommen, alleinerziehende Frauen und Kinder in Armut.

Abschließend lud Bundesminister Rauch alle Teilnehmenden herzlich ein, sich mit Engagement und Expertise beim 5. FrauenGesundheitsDialog einzubringen. „Ich bedanke mich sehr herzlich bei Ihnen allen für Ihr Engagement und auch Ihr Kämpferinnenherz, das Sie haben. Dankeschön.“

Als Nächstes begrüßte **Bundesministerin Susanne Raab** die Teilnehmer:innen des 5. FrauenGesundheitsDialogs und bedankte sich bei den Organisatorinnen und Organisatoren der Veranstaltung. In ihrem Statement ging es um aktuelle Herausforderungen für Frauen und um spezifische Gesundheitsthemen.

Bundesministerin Raab betonte zu Beginn die hohe Relevanz ressortübergreifender Zusammenarbeit in allen Bereichen der Frauenpolitik, sei es im Gesundheitsbereich, im Bereich der Bildung oder des Gewaltschutzes: „Frauenthemen sind Querschnittsthemen.“

Hierbei erwähnte sie die Pflegereform, welche besonders Frauen zugutekomme. Sowohl bei den pflegenden Angehörigen als auch beim Pflegepersonal handle es sich überwiegend um Frauen, die die Arbeit oft unentgeltlich leisten. Dem solle die Pflegereform entgegenwirken. Besonders herausfordernd seien die letzten zwei Jahre der Pandemie für Frauen, Mütter und alleinerziehende Mütter gewesen – vor allem im Alltag mit Homeschooling, Homeoffice und der Haushaltsarbeit.

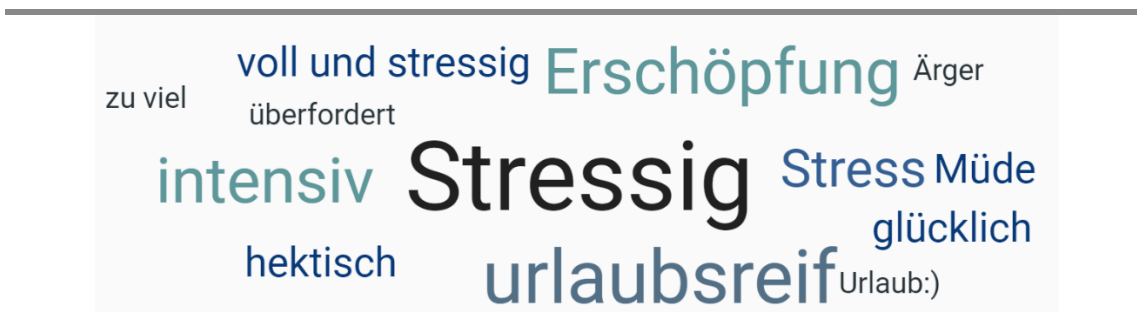
Raab hob den gesundheitlichen Schwerpunkt der Frauensektion im Bereich Brustkrebs und Brustkrebsvorsorge hervor: Bei Brustkrebs kommt es zu ca. 5.000 Neuerkrankungen pro Jahr. In Zusammenarbeit mit der Universität Wien hat das Bundeskanzleramt ein neues Brustkrebsforum zur Prävention und Begleitung bei Erkrankung der Frau etabliert, wodurch kostenlose Unterstützung von Fachexpertinnen und Fachexperten bereitgestellt wird. Im Herbst soll das Programm thematisch erweitert werden. Besonders wichtig ist der Ministerin auch der Bereich der Gendermedizin. „Wir sehen, dass Männer eine höhere Antwort auf Antikörper haben, aber Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Long COVID zu erkranken“, so Bundesministerin Raab. Gendermedizin sei daher unerlässlich, um sich gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu nähern. Hierzu können auch Innovation und Technologien beitragen, insbesondere mit der Einbindung der Frauen in die Technologieentwicklung, um diese adäquater und fairer für Frauen zu gestalten. Vor allem seien Frauen in vielen vorhandenen Datensätzen nach wie vor unterrepräsentiert.

Bundesministerin Raab bedankte sich bei den 171 Frauen- und Mädchenberatungsstellen, die in ganz Österreich Beratungen zu Themen wie beispielsweise psychische Gesundheit anbieten. Raabs Dank galt auch der Gesundheit Österreich GmbH, die den Frauengesundheitsbericht erarbeitet und damit auch eine wichtige Grundlage für faktenbasierte Politik liefert. Abschließend bedankte sie sich nochmals bei Bundesminister Rauch für die Zusammenarbeit in den Frauenagenden.

3 Umfrage im Publikum

Im Anschluss erfolgte eine Umfrage im Publikum mithilfe der Umfragesoftware Slido. Die Fragen und Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt. Dabei gilt: Je größer ein Wort, desto häufiger wurde es genannt. Bei der ersten Frage – „In welchem Bundesland / in welchen Bundesländern leben Sie?“ – zeigte sich, dass 48 Prozent in Wien leben, 16 Prozent im Burgenland, 13 Prozent in Niederösterreich, jeweils 7 Prozent in Salzburg bzw. Tirol, jeweils 3 Prozent in Vorarlberg bzw. in der Steiermark und 1 Prozent in Oberösterreich (n=67). Bei der zweiten Frage – „Wenn Sie an Ihren Alltag in der letzten Woche zurückdenken: Welche Worte beschreiben Ihre emotionale Situation am besten?“ – zeigte sich folgendes Bild:

Umfrageergebnisse: Worte zur emotionalen Situation der Teilnehmer:innen (n=78)



Quelle: GÖG eigene Darstellung

Bei der dritten Frage – „Was assoziieren Sie mit Digitalisierung im Kontext von Frauen- und Mädchengesundheit?“ – zeigte sich folgendes Bild:



Quelle: GÖG eigene Darstellung

4 Vorträge

4.1 Vortrag 1: Die Erschöpfung der Frauen

Die Geschlechterforscherin der Universität Basel, **Franziska Schutzbach**, hielt den ersten Vortrag des 5. FrauenGesundheitsDialogs mit dem Titel **Die Erschöpfung der Frauen** nach ihrem gleichnamigen Buch, in welchem sie auf die gesellschaftlich bedingten kollektiven Erschöpfungszustände der Frauen eingeht. Diese beruhen auf dem Frauenbild, gekennzeichnet durch traditionelle sowie emanzipatorische Erwartungen. Zu Beginn ihres Vortrags thematisierte Schutzbach die unsichtbare Grundlage des Marktes, nämlich die unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit, die aufgrund der traditionellen Arbeitsteilung nach Geschlecht überwiegend von Frauen getätigt wird. Hierbei benannte sie die internationale Kampagne „Lohn für Hausarbeit“, die im Rahmen der Frauenbewegung der 1970er-Jahre stattfand. So wurde damals schon die ungerechte Annahme der Frau als selbstverständliche und unendlich nutzbare Ressource für Hausarbeit stark kritisiert. Die Betreuungs- und Hausarbeit sei heute noch weiblich konnotiert und werde als natürliche Aufgabe der Frau angesehen. Geschätzt seien es weltweit ca. 16,4 Milliarden Stunden an unentgeltlicher Haus- und Betreuungsarbeit, die täglich überwiegend von Frauen erledigt werden, dies gehe aus den für ihr Buch recherchierten Quellen hervor. Frau Schutzbach führte weiter aus: Diese Arbeit hält das kapitalistische System aufrecht und ermöglicht erst dessen Produktivität. Beispielsweise wird der

monetäre Wert der unbezahlten Haus- und Betreuungsarbeit in Schweizer Haushalten jährlich auf 248 Milliarden Euro geschätzt. In den Statistiken bleibt unbezahlte Betreuungs- und Hausarbeit jedoch unsichtbar, da Haushalte als Konsumeinheit und nicht als dienstleistende bzw. produzierende Einheit angesehen werden. So bleibt die wirtschaftliche Bedeutung der Care-Arbeit außerhalb des Erwerbstätigkeitsbereichs entwertet und unsichtbar, ebenso wie die benachteiligenden, erschöpfenden Verhältnisse, in denen Frauen diese Arbeit zusätzlich leisten. Denn mit der Einbindung der Frauen in die Erwerbstätigkeit ergab sich die Situation der Doppelbelastung, in der nach der Arbeit im öffentlichen Raum die Arbeit im privaten Raum anschließt. Dennoch besteht ein Gender-Pay-Gap, da Frauen zum einen unbezahlte Arbeit tätigen und zum anderen in ihrer Erwerbsarbeit selbst schlechter bezahlt werden als Männer. Schutzbach merkte an, dass der Haushaltssektor fast so groß wie die gesamte private Wirtschaft geschätzt wird, und verdeutlichte so das Ausmaß an ungerechter Arbeitsteilung sowie fehlender Wertschätzung für Sorgearbeit in der Gesellschaft.

Aus dem komplexen Frauenbild, gebildet aus traditionellen sowie emanzipatorischen Erwartungen, leitet sich eine permanente Allzuständigkeit ab, gekoppelt „mit dem Druck, es allen recht machen zu müssen, und dem Gefühl, anderen etwas schuldig zu sein.“ (Franziska Schutzbach)

Sorgearbeit sei noch immer eine weiblich konnotierte Ressource, wodurch Frauen als gebende Menschen agieren und ständig für die Sorgen anderer, sei es im Berufs-, im Familien- oder Freizeitkontext, verfügbar sein sollen. Es gelte umzudenken hinsichtlich dessen, dass das Gefühl der Erschöpfung durch permanente Beanspruchung bzw. Mental Load als kollektives Leiden und nicht als individuelle Erfahrung angesehen wird. Insbesondere in Zeiten der Pandemie sei die geschlechtsspezifische Belastung der Frauen und die Bedeutung von Care-Arbeit in den Vordergrund gerückt. Schutzbach schätzt die Aufwertung der Care-Arbeit als schwierig ein, da eine Aufwertung von Arbeit nach kapitalistischem Denken mit Beschleunigung, Wachstum und Profit einhergehe. Doch können Kinder nicht schneller großgezogen werden noch könne eine gehbehinderte Person dazu gebracht werden, schneller zu gehen. Es brauche eine Care-Ökonomie bzw. Care-Revolution, so Schutzbach, die das allgemeine Individuum in der Gesellschaft nicht als ein lediglich autonomes, stets gesundes, allzeit leistungsstarkes, sondern auch vornehmlich als ein vulnerables, sorgebefürftiges Subjekt in den Vordergrund rückt. Darüber hinaus plädierte Schutzbach für eine generelle Arbeitszeitreduktion im Sinne eines gesünderen Erwerbslebens. So würde Zeit für die soziale Welt verfügbarer, wodurch Liebe und Sorge eine Aufwertung erlangen können.

4.2 Vortrag 2: Ich kann nicht mehr! Aktuelle Zahlen zur psychosozialen Situation von Mädchen und Frauen

Nach Schutzbachs gesellschaftlicher Diagnose eines kollektiven Erschöpfungszustandes der Frauen setzten die beiden Psychologinnen **Sophie Sagerschnig** und **Michaela Pichler** von der Gesundheit Österreich GmbH den 5. FrauenGesundheitsDialog mit ihrem Vortrag **Ich kann nicht mehr! Aktuelle Zahlen zur psychosozialen Situation von Mädchen und Frauen** fort und legten Indikatoren für die Zunahme von psychosozialen Problemlagen infolge der COVID-19-Pandemie

gender- und altersspezifisch dar. Hierzu präsentierten sie die Ergebnisse des COVID-19-Monitorings zu psychosozialer Gesundheit, welches vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in Auftrag gegeben wurde.

Im Rahmen dieses Auftrags wurden unter Einbindung von Expertinnen und Experten, der Literatur sowie bereits laufender Initiativen in den Bundesländern potenzielle Datengrundlagen/Indikatoren identifiziert und in einem nächsten Schritt mit den „datenbesitzenden“ Institutionen deren Verfügbarkeit, Eignung für ein zeitnahe Monitoring sowie mögliche Bereitstellung abgeklärt. Besonders wichtig war hierbei, Datensätze aus bzw. ab dem Jahr 2019 zu erhalten, um einen Vergleich vor und während der Zeit der Pandemie machen zu können sowie eine regelmäßige Verfügbarkeit der Daten sicherzustellen. Ebenso relevant war die Analyse nach Subgruppen (Geschlecht und Alter). Die Beschaffung von Datensätzen wurde im Allgemeinen als schwierig beschrieben, da die Datenerhebung für die jeweiligen Institutionen eine aufwendige Aufgabe darstellt. Die miteinbezogenen Datensätze werden laufend aufbereitet, validiert und interpretiert. Die präsentierten Daten umfassten Daten von psychosozialen Hotlines, Daten zu Betretungs- und Annäherungsverboten sowie Daten aus der stationären Psychiatrie.

Sagerschnig und Pichler setzten sich zunächst mit den Daten hinsichtlich psychosozialer Belastungen in der allgemeinen Bevölkerung auseinander. Generell sei festzustellen, dass mehr Frauen als Männer die Hotline-Beratung in Anspruch nehmen und seit Pandemiebeginn die Zahlen bei den Frauen stark zugenommen haben. Aus dem Datensatz der Telefonseelsorge Oberösterreichs sei zu entnehmen, dass vor allem das Thema Einsamkeit auch über die Lockdownphase hinaus bei Frauen häufiger aufgekommen sei. Anhand des Datensatzes der Hotline Rat auf Draht sei eine enorme Themenverschiebung zu beobachten weg von klassischen Jugendthemen wie Liebeskummer, Freundschaften oder Beziehungsproblemen hin zu teils gravierenden persönlichen Problemen und (vor allem psychischen) Gesundheitsthemen, wie z. B. Essstörungen, Suizidgedanken oder Schlafstörungen.

Im Bereich der stationär behandelten psychischen Erkrankungen sei im Jahr 2021 ein Anstieg bei den Frauen zu verzeichnen, wobei angemerkt wurde, dass es zu Pandemiebeginn zunächst zu einem Rückgang der Aufenthalte aufgrund verschiedener Faktoren (wie z. B. Stationsschließungen) gekommen ist. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei die Zunahme an stationären Aufenthalten sehr deutlich zu erkennen und fast gänzlich auf vermehrte Aufenthalte von Mädchen zurückzuführen. Bei stationären Aufenthalten in Fondskrankenanstalten von unter 20-jährigen Mädchen sei außerdem ein deutlicher Anstieg an Entlassungsdiagnosen aus den Bereichen Affektive Störungen und Essstörungen zu verzeichnen. Als Nebendiagnose stieg die Anzahl der Suizidversuche und absichtlichen Verletzungen bei Mädchen ebenfalls an. Dies stellt einen nicht ganz sauberen Indikator für Suizidversuche dar, da auch selbstverletzendes Verhalten ohne Suizidabsicht beinhaltet ist. Allerdings sehe man auch in den Daten der Leitstellenprotokolle der Einsatzorganisationen in den Bundesländern, dass 2021 suizidassoziierte Einsätze teilweise zugenommen haben. Die Suizidraten hingegen seien bisher nicht gestiegen.

Hinsichtlich des Themas Gewalt sei ein Anstieg der Anzahl von Personen, die durch ein polizeiliches Annäherungs- und Betretungsverbot geschützt werden, seit dem Jahr 2020 bis zum Jahr 2022 festzustellen, wobei vor allem mehr Frauen geschützt werden.

Die Vortragenden wiesen am Ende auf die Limitationen bei der Analyse und Interpretation der Daten hin. Dies betrifft einerseits die eingeschränkte Datenverfügbarkeit und andererseits die Art der miteinbezogenen Daten. Inanspruchnahme-Daten, wie die Daten der psychosozialen Hotlines oder der stationären Psychiatrie, unterliegen gewissen Einschränkungen. Beispielsweise kann bei bereits erreichten Kapazitätsgrenzen ein gesteigerter Bedarf kaum oder gar nicht abgebildet werden. Das Monitoring sei keinesfalls ein vollständiges Abbild der Realität, sondern eine Annäherung an die tatsächliche Situation. Die gemeinsame Betrachtung verschiedener Indikatoren ermögliche es dennoch gut, Entwicklungen in der psychosozialen Gesundheit zeitnah abzubilden.

Weiters wurde angemerkt, dass vergangene Krisen gezeigt haben, dass der Peak der psychosozialen Probleme bzw. der Belastungsreaktionen sich erst nach Abklingen der physischen Bedrohung zeigt. Somit sei ein regelmäßiges Monitoring der psychosozialen Gesundheit wichtig, um Entwicklungen zeitnah abzubilden und anhand der Daten rechtzeitig Schlüsse ziehen zu können.

In der Diskussionsrunde wurden nochmals die begrenzten Kapazitäten im Bereich der stationären Behandlung hervorgehoben. Des Weiteren wurde auf die Geschlechtsunterschiede eingegangen und es wurde gefolgert, dass bei Frauen und Mädchen die Belastung sichtbarer ist als bei Männern und Burschen. Zudem ergibt sich geschlechterbedingt eine unterschiedliche Umgangsweise mit psychischen Erkrankungen, wobei Männer/Burschen externalisieren und Frauen/Mädchen internalisieren (sich selbst gefährden).

4.3 Vortrag 3: Kann Digitalisierung eine Brücke zu einem geschlechtergerechten Alltag bilden?

Die Wissenschafts- und Technikforscherin des Instituts für Technikfolgenabschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften **Mahshid Sotoudeh** gewährte mit ihrem Vortrag **Kann Digitalisierung eine Brücke zu einem geschlechtergerechten Alltag bilden?** einen Einblick in die Chancen der Digitalisierung hinsichtlich genderspezifischer Chancengerechtigkeit. Digitalisierung als mächtige Infrastruktur wurde besonders im Zuge der Pandemie stärker in den Alltag integriert. Die im Alltäglichen angewandten Technologien bezwecken, Vorteile für die Nutzer:innen zu schaffen. Jedoch konnten digitale Medien die Gefühle der Isolation, Einsamkeit, Überforderung und Erschöpfung nicht beheben, die sich in der Allgemeinheit pandemiebedingt vermehrt haben. Es sollte auch Klarheit darüber geben, dass digitale Welten nicht getrennt von der analogen Welt existieren. Wenn in der analogen Welt keine Geschlechtergerechtigkeit herbeigeführt werde, werde diese auch in digitalen Welten nicht zustande kommen.

Sotoudeh arbeitet an vorausschauenden Technologien mit der Fragestellung, wie die Nutzung von Technologien besser gestaltet und Risiken negativer Effekte reduziert werden können. In ihrem Vortrag legte sie den Fokus auf digitale Gesundheitsanwendungen. Eine Schlüsselrolle spielt hierbei die Methode der Zertifizierung, mit deren Hilfe Fehlplanungen und Risiken verhindert werden sollen, die bei der Anwendung von Gesundheitsapplikationen im alltäglichen Leben vorkommen könnten. Zertifizierungen helfen, Fehler rechtzeitig zu erkennen. Weiters können sie auch als Ent-

scheidungshilfe für Fachpersonal und für Nutzer:innen dienen. Sotoudeh berichtete über verschiedene Praxisbeispiele, in denen Technologien im Gesundheitsbereich verwendet werden. Beispielsweise können seit 2019 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland digitale Gesundheitsanwendungen über die Krankenkassen verschreiben. Im Bereich Brustkrebs gibt es Applikationen, die zur Begleitung bei Erkrankung genutzt werden und eine strukturelle Dokumentation der Beschwerden unterstützen. Bei digitalen Gesundheitsanwendungen werden sensible Daten bereitgestellt. Es komme vor, dass manche Gesundheits-Apps im Rahmen eines öffentlich finanzierten Programms geführt, jedoch im Laufe der Zeit kommerzialisiert werden und dass sich so der Umgang mit den sensiblen medizinischen Daten ändere, was ein Risiko darstellt.

Am Beispiel des Aktionsplans Frauengesundheit¹ ging Sotoudeh auf die Bedeutung von Technologien in Hinblick auf spezifische Wirkungsziele und Maßnahmen ein. Es brauche demnach Narrative aus dem Alltag für die verschiedenen Lebensphasen der Mädchen und Frauen, die im Aktionsplan formuliert sind. So könnten z. B. hinsichtlich des Themas Mobbing, welches den Schwerpunkt Selbstbilder von Mädchen und jungen Frauen (Wirkungsziel 7 im Aktionsplan Frauengesundheit) betrifft, Tools entwickelt werden, die die Jugendlichen spielerisch dafür sensibilisieren, welche Wortwahl auf eine schädliche Kommunikation bzw. Mobbing hinweist. Wichtig sei jedenfalls, eine vertrauenswürdige Struktur aufzubauen, um in der digitalen sowie analogen Welt eine offene Kommunikation und somit auch Prävention zu ermöglichen.

Neben den zertifizierten Anwendungen zur Vermeidung gesundheitsschädlicher Folgen spielen insbesondere die Daten selbst, auf denen die Technologien basieren und mit welchen die Algorithmen arbeiten, eine entscheidende Rolle. Diese widerspiegeln die Realität, basierend auf einer diskriminierenden Welt. Sotoudeh hob hervor, dass es an spezifischen Narrativen über und von Frauen, die z. B. Herausforderungen erfolgreich managen, mangle. Es gelte, Datenbanken mit Narrativen zu füllen, die positive sowie auch erwünschte (antidiskriminierende) Zukunftsbilder wiedergeben. Diese gestalteten sich im Zusammenspiel zwischen Fachexpertinnen und Fachexperten (u. a. Konsumentenschutz, medizinische Gesundheitstechnik, Wirtschaft, Technologieentwicklung), den politischen Rahmenbedingungen, Zertifizierungsprozessen, sozialen Medien sowie NGOs und der Zivilbevölkerung. Künstliche Intelligenz könne genutzt werden, um Falschinformationen im Web zu identifizieren (z. B. ungesundes Schönheitsideal). Wesentlich sei zudem die Einbindung von Frauen, die die Applikationen v. a. für Frauen (mit-)entwickeln. Ziel sei es, die Datenbanken mit geschlechtergerechten Zukunftsbildern zu füllen. Sotoudeh schlug als Lösung eine neue Berufsspezifizierung vor, nämlich die „Digitalogie“, welche das Zusammenspiel und die Anwendungen im Gesundheitsbereich überprüfe und manage.

In der anschließenden Diskussionsrunde wurde festgestellt, dass Gendergerechtigkeit in der Digitalisierung nach heutigem Stand nicht möglich ist. Das Problem hierbei sei, dass meist Männer

1

sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit/Aktionsplan-Frauengesundheit.html

marktorientiert Technologien entwickeln. Des Weiteren sei es essenziell, das Thema der Gender-sensibilität flächendeckend in den Bildungsbereich aufzunehmen.

5 Zukunftsbilder für Mädchen- und Frauengesundheit: Die Ergebnisse der Workshops

Im Anschluss an die Vorträge fanden nach der Mittagspause die Workshops statt. Jeder Workshop wurde sowohl in Präsenz als auch online abgehalten. Das Intro gestaltete sich in allen Workshops sehr ähnlich. Die Diskussionslinien und Ergebnisse werden für das Online- und das Vor-Ort-Format gesondert dargestellt.

5.1 Workshop 1: Wege in die Zukunft für Mädchen und junge Frauen

Der Workshop zur Diskussion über Zukunftsbilder für Mädchen und junge Frauen wurde vor Ort von Eva Trettler und online von Maria Bernhart, beide vom Frauengesundheitszentrum FEM in Wien, geleitet. Besprochen wurden zunächst in Anlehnung an die einführende Präsentation zum Praxisprojekt „Selbst*wert“² die psychische Gesundheit, die aufgrund der COVID-19-Pandemie besonders belastet ist, die unbezahlte bzw. nur marginal anerkannte Sorgearbeit, welche überwiegend von Frauen übernommen wird, sowie Themen der Mädchengesundheit. Es wurden zwei Arbeitsgruppen gebildet, die folgenden Fragestellungen nachgingen: *Wie ist die aktuelle Lage der Mädchengesundheit? Was muss verändert werden bzw. wird gebraucht? Und wie gestaltet sich der Weg dahin?*

Diskussionslinien und Ergebnisse Workshop 1 vor Ort

Die Teilnehmenden vor Ort machten sich Gedanken darüber, welche positiven Erfahrungen aus der Pandemiezeit mitzunehmen wären. Es wurde festgestellt, dass Mädchen und ihre Gesundheit in der Öffentlichkeit zu wenig präsent sind. Aus der Praxis wurde berichtet, dass im Zuge der Pandemie die Anzahl der Mädchen, die eine berufliche Beratung in Anspruch nehmen, gesunken sei. Laut einer kurzen Umfrage über das Tool Padlet scheinen sich mehr Mädchen nicht zu trauen, den Weg in die Beratungsstellen zu gehen, obwohl sie diese gern in Anspruch nehmen würden. Zudem wurde vermerkt, dass mentale Erkrankungen mehr Anerkennung benötigen. Des Weiteren fordern Mädchen selbst Maßnahmen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit beispielsweise in

2

femsued.at/arbeitsbereiche/selbstwert/

Form von Verhütungsberatung, wie von Fachexpertinnen berichtet wurde. Als Lösungsansatz wurde festgehalten, dass mehr Mädchenräume geschaffen werden müssten. Es sollten in jedem Bundesland niederschwellige Mädchenberatungsstellen verfügbar sein. In jedem Bundesland sollte es auch ein Frauengesundheitszentrum geben. Es brauche mehr kostenlose psychosoziale Beratung für Mädchen. Schließlich sollten alle Mädchen erreicht werden, insbesondere sozioökonomisch benachteiligte. Betont wurde die Wichtigkeit der Arbeit auf Augenhöhe. So sollte Kritik der jungen Generation ernst genommen werden. Im Bereich der Bildung sollte Gendersensibilität in der Ausbildung des Lehrpersonals thematisiert werden. Es brauche generell mehr Schulsozialarbeiter:innen oder/und Schulpsychologinnen bzw. -psychologen und auch Jugendcoaches als Peers.

Diskussionslinien und Ergebnisse Workshop 1 online

Die Teilnehmenden berichteten, dass es nach wie vor tabuisierte Themen (Verhütung, Körpergefühl) bei Mädchen und jungen Frauen gebe. Wissen und Austausch fehle häufig noch, gerade wenn es den Frauenkörper betreffe. Zudem seien die Mädchen während der Pandemie zunehmend unsichtbarer geworden. Daher brauche es in Zukunft mehr aufsuchende Angebote und die Schaffung von öffentlichen Räumen für Mädchen und ihre Bedürfnisse. Psychische Beschwerden, berufliche und schulische Schwierigkeiten müssten zunehmend im privaten Raum ausgetragen werden. Es fehlten „Schutzräume“. In Zukunft brauche es daher mehr Partizipation der Mädchen, um ihnen eine Stimme zu geben und Angebote nach ihren Bedürfnissen gestalten zu können. Zudem brauche es niederschwellige analoge und digitale Formate für die Beratung zu verschiedensten Themen. Schnittstellen im digitalen und analogen Raum sollten genutzt werden. Dazu sollte auch mit Influencerinnen bzw. Influencern zusammengearbeitet werden. Zudem brauche es mehr und längerfristige Finanzierung für Projekte/Programme für Mädchengesundheit.

Exkurs: Blitzlichter von Mädchen zu ihrer gesundheitlichen Situation

Mädchen und junge Frauen – eine exakte Altersangabe liegt nicht vor – wurden in einer Padlet-Umfrage im Vorfeld des FrauenGesundheitsDialogs nach Gesundheitsressourcen und Herausforderungen während der coronabedingten Lockdown-Phasen gefragt. Sie waren eingeladen, anonym auf einer digitalen Pinnwand Gedanken zu notieren.

Ressourcen sind die Natur, der Freundeskreis, Sport und auch die Familie (insb. Mutter und Großmutter). Gleichzeitig waren Treffen mit Freundinnen und Freunden und soziale Isolation jedoch eine Belastung während Corona, mit der es Mädchen während der Lockdown-Phasen schlecht ging. Während dieser Phasen waren soziale Medien ein Raum, in dem sie Kontakt suchten. Als Folge der Isolation sei es nach wie vor schwer, sich in größeren Menschengruppen aufzuhalten. Teilweise wurde die Ruhe durch Reduzierung der Kontakte sowie Distance Learning als positiv empfunden, ebenso wie die zusätzliche Zeit für sich selbst.

Als belastend wurde und wird der Leistungsdruck im Schulsystem wahrgenommen. Damit es Mädchen / jungen Frauen in Zukunft besser gehe, brauche es mehr finanzielle Ressourcen für psychosoziale Gesundheitsförderung, aber auch für Menstruationsartikel und Verhütungsmittel. Des

Weiteren wurde als wichtig angesehen, die Arbeit im Bereich Mädchengesundheit auch in Verbindung mit dem Gesundheitsbereich der Burschen zu sehen (und vice versa). Zentral seien nach wie vor die Enttabuisierung von Menstruation und psychischen Problemen, eine Auflösung von Rollenbildern sowie die Schaffung positiver Role Models. Positive Aspekte der Pandemie seien die Digitalisierung, das in diesem Rahmen erweiterte Online-Beratungsangebot, die Selbstorganisation und die Möglichkeit, sich zurückziehen zu können (z. B. beim Homeschooling).

5.2 Workshop 2: Wege in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter

Der Workshop über Zukunftsbilder für Frauen im Erwerbsalter wurde vor Ort von Michaela Pichler und Anna Wahl in Co-Moderation sowie online von Sylvia Gaiswinkler (Moderation) und Daniela Antony (Dokumentation) gestaltet. Das Ziel war, über eine Problem- und Ursachenanalyse mögliche Lösungswege zu erarbeiten, die in Richtung gesünderes Leben für Frauen im Erwerbsalter gehen. Der Fokus lag dabei auf der Altersspanne des Erwerbsalters (Frauen zwischen Erwerbseintritt und -austritt); Frauen in diesem Alter, die aus unterschiedlichen Gründen nicht erwerbstätig sind, wurden explizit mitgedacht.

Workshop 2: Wege in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter (vor Ort)

In einem ersten Schritt wurden zentrale Belastungen/Probleme, die sich negativ auf die Gesundheit von Frauen im Erwerbsalter aus Sicht der Workshopteilnehmer:innen auswirken, identifiziert und aus dem Blickwinkel der Intersektionalität beleuchtet. Als zentrale Belastungen/Probleme wurden dabei **Armut**, **Mental Load** (insb. Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie, Pflege und Kinderbetreuung), **bestehende Rollenbilder** (insb. Erwartungshaltungen der Gesellschaft an Frauen, Rechtfertigungsdruck über Familienplanung), **psychische Erkrankungen** (u. a. Depression), **Folgen von COVID-19** (insb. psychosoziale Folgen wie Ängste vor der Zukunft, Erschöpfung, Isolation, Einsamkeit) sowie **bestimmte Aspekte der körperlichen Gesundheit** (z. B. Wechselspiel Körper und Psyche durch Überbelastungen; erschwelter Zugang zu gesunder und leistbarer Ernährung) identifiziert.

Die Ursachen für die identifizierten Belastungen/Probleme seien vielfältig, multifaktoriell und insbesondere auf systemischer Ebene angesiedelt. Zentrale **Ursachen für Armut** seien die fehlende flächendeckende Kinderbetreuung sowie Lücken in der Pensionsreform, die Frauen noch immer benachteiligt und in die Altersarmut treibt. Besonders betroffen seien alleinerziehende Frauen, die aufgrund der fehlenden Kinderbetreuung häufig keine andere Wahl haben, als einen Teilzeitjob auszuüben, und/oder Frauen, die aus verschiedenen Gründen in keinem Arbeitsverhältnis stehen. Es brauche daher

- » flächendeckende Kinderbetreuung,
- » einen Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung und
- » ein geschlechtergerechtes Pensionssystem.

Zentrale **Ursachen für Mental (Over-)Load** seien patriarchale und heteronormative Strukturen in allen Gesellschaftsbereichen, bestehende Rollenbilder (z. B. androzentrische Indikatoren für Leistung in der Gesellschaft, fehlende gleichberechtigte Elternschaft) sowie die fehlende Entlohnung für Care-Arbeit. Es brauche daher

- » ein gleichberechtigtes Berufs- und Betreuungsmodell, das die geteilte Elternschaft sicherstellt,
- » ein verpflichtendes Pensionssplitting,
- » bezahlte Care-Arbeit,
- » öffentlichkeitswirksame Kommunikation realistischer Frauenbilder (insb. in Social-Media-Kanälen),
- » präventive Angebote für die psychische Gesundheit (insb. einen niederschweligen Zugang zu Psychotherapie) und
- » flächendeckende geschlechtersensible Pädagogik.

Dieselben Ursachen wurden neben dem Fehlen von Vorbildern für die Problematik der noch immer vorherrschenden **Rollenbilder von Frauen** identifiziert. Frauenbilder werden in sozialen Medien rekonstruiert und Stereotype kommuniziert, das wirke sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit aus. Es brauche daher

- » eine Sensibilisierung der Bevölkerung in Hinblick auf bestehende Stereotype und geschlechtergerechte Sprache (z. B. über Kampagnen),
- » die Auflösung der Zero-Sum³-Perspektive,
- » Vorbilder („authentische Botschaften in Hinblick auf Gleichstellung“),
- » gendergerechte Bildung, die in der Elementarpädagogik beginnt, sowie
- » gesetzliche Rahmenbedingungen für echte Geschlechtergleichstellung.

Eine zentrale Ursache für psychische und physische Erkrankungen seien chronische Überlastungen. Die Ursachen für psychische Erkrankungen seien insbesondere existenzielle Ängste, die im Zusammenhang mit Krisen (individuell und gesellschaftlich) stehen. Hier brauche es

- » ein geschlechter- und gendersensibles Gesundheitssystem, das u. a. eine geschlechts- und gendersensible Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) umfasst, sowie
- » den flächendeckenden Ausbau der Angebote der Frauengesundheitszentren.

3

Die Zero-Sum-Perspektive benennt einen kognitiven Bias und beschreibt das Phänomen, dass, wenn einer Gruppe (z. B. Frauen) etwas zugesprochen wird, die andere Gruppe das als ihren Verlust versteht und wahrnimmt (z. B. Männer) (vgl. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-020-01199-x#:~:text=Abstract,gender%20status%20exhibit%20later%20discrimination>).

Workshop 2: Wege in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter (online)

Am Online-Workshop zu Wegen in die Zukunft für Frauen im Erwerbsalter nahmen zum überwiegenden Teil Frauen aus den Bundesländern statt. Dadurch konnten Herausforderungen und Lösungsansätze bearbeitet werden, die vor allem den ländlichen Raum betreffen. Die interaktiven Formate des Workshops wurden in Breakout Sessions, gestützt durch Padlet-Einträge, abgehalten.

Als wesentliche Herausforderungen wurden von den Teilnehmerinnen genannt: die ungleiche Verteilung der Care-Arbeit, Mehrfachbelastungen und daraus resultierende psychische Probleme, keine eigenständige Existenzsicherung, finanzielle Abhängigkeit, fehlende Kinderbetreuungsplätze oder nicht finanzierbare Kinderbetreuungsmöglichkeiten, zu gering ausgebaute Mobilität im ländlichen Raum, Scham aufgrund nicht erfüllter gesellschaftlicher Erwartungshaltungen sowie ein erschwerter Ausstieg aus Gewaltbeziehungen aufgrund einer Abhängigkeit in der Partnerschaft/Ehe.

Mögliche Ursachen für die Problemlagen wurden von den Teilnehmerinnen darin gesehen, dass die Gesellschaft, Politiker:innen und Entscheidungsträger:innen nach wie vor klassische Rollenvorstellungen haben, Denkmuster der traditionellen Arbeitsteilung vorherrschen, der Mut fehlt, neue Schritte zu gehen, um Veränderungen herbeizuführen, Bedürfnisse von Frauen zu oft nicht eingefordert werden und dass speziell im ländlichen Raum Weiterbildungsangebote oft fehlen oder es dafür einen langen Anfahrtsweg gibt.

Die Teilnehmerinnen präsentierten zu den aufgeworfenen Herausforderungen mehrere Lösungsmöglichkeiten, die vor allem die Bereiche der ökonomischen Situation und Arbeitsteilung, der Kinderbetreuung, psychischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Rollenbilder betreffen. Für die Teilnehmerinnen repräsentierten alle angeführten Bereiche Faktoren, die letztlich auf die Gesundheit von Frauen einen Einfluss haben – vor allem aufgrund der daraus entstehenden Mehrfachbelastungen.

Ökonomische Situation und Arbeitsteilung

- » Änderung des Images von Teilzeit als vorwiegendes Arbeitszeitmodell von Frauen; Teilzeitarbeit wird vermutlich in Zukunft die normale Arbeitsform für die Mehrzahl der Menschen werden.
- » 4-Tage-Woche als Vollerwerbstätigkeit für Mütter und Väter, Umverteilung von Stunden, 4-Tage- bzw. 30h-Woche als Vollzeitanstellung bei Frauen
- » Mindestlöhne, die ein ausreichend gutes Leben ermöglichen
- » Pensionssplitting
- » bezahlte Care-Arbeit

Kinderbetreuung

- » Ganztagestags- und Ganzjahres-Kinderbetreuung (Schule und Kindergarten) für die gesamte Woche
- » mehr Betriebskindergärten
- » mehr flexible Kinderbetreuungsangebote

- » Papamonat und Karenzen müssen besser bezahlt werden. Es muss leistbar werden, dass Väter zu Hause bleiben können.

Psychische Gesundheit

- » Suchtproblematik: Beratungsstellen, Unterstützungsmöglichkeiten, um mit Belastungen anders umzugehen
- » Psychoedukation – Aufklärung

Rollenbilder

- » Vermittlung von Rollenbildern schon im Kindergarten – Aufbrechen von Rollenbildern
- » Ansetzen bei der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen

5.3 Workshop 3: Wege in die Zukunft für ältere und alte Frauen

Der Workshop 3 wurde vor Ort von Elisabeth Rappold (GÖG) moderiert sowie online von Johanna Pfabigan (Moderation) und Jennifer Delcour (Dokumentation) gestaltet.

Workshop 3: Wege in die Zukunft für ältere und alte Frauen (vor Ort)

Als **wesentliche Herausforderungen** für Frauen in höherem Lebensalter wurde Altersarmut als zentrales Element festgehalten. Die Ursachen von Altersarmut liegen jedoch in den Jahren davor und sind auf prekäre Arbeitsverhältnisse zurückzuführen, egal ob Sorgearbeit, Teilzeitarbeit oder unbezahlte Arbeit in Tagesstätten im Bereich der Chancengleichheit.

Weiters wurden als herausfordernd Abhängigkeitsbeziehungen und Gewalt definiert. Das Fehlen einer ausgewogenen Gendermedizin habe ebenfalls Konsequenzen auf die Situationen von Frauen in höherem Lebensalter. Insbesondere die psychosoziale Gesundheit habe sich durch die COVID-19-Pandemie noch verschlechtert. Es folgten gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch die Abnahme der Leistungsfähigkeit und damit verbunden Diskriminierungen und Stigmatisierungen. Als problematisch wurden lange Wartezeiten für Behandlungen/Untersuchungen formuliert, ebenso wie die fehlende Kundenorientierung in diversen Gesundheitseinrichtungen.

Unabhängig vom Lebensalter gelte es, Teilhabe, Selbstbestimmung zu stärken und zu fördern, Frauen in der Eigenermächtigung zu unterstützen, vor allem dann, wenn sie einen Bedeutungsverlust erlebten. Das hänge auch mit dem Übergang vom Erwerbs- ins Pensionsalter zusammen: Daher sei es relevant, Interessen/Hobbies außerhalb der Arbeit aufzubauen, um vorzusorgen. Allerdings seien diese häufig mit Kosten verbunden, die sich Frauen nicht immer leisten können.

Als wesentliche Herausforderung wurde auch Einsamkeit und damit vergesellschaftet „die unsichtbare Frau“ beschrieben. Dies zeige sich auch in Angeboten der Gesundheitsförderung, die kaum

auf diese Zielgruppe abstellen. Als speziell betroffene Gruppe wurden noch obdachlose Frauen genannt.

Trotz aller Offenheit im Umgang mit Sex werde weibliche Lust und Sexualität im Alter nach wie vor tabuisiert, dies wirke sich auch auf die Körper(-un-)zufriedenheit aus.

Als herausfordernd wird auch die Digitalisierung erlebt, nicht nur wegen der damit verbundenen Kosten, sondern auch aufgrund der Komplexität und der Geschwindigkeit der Technologieentwicklung.

Folgende Lösungsansätze wurden identifiziert:

- » Raus aus finanzieller Abhängigkeit
 - » Sorgearbeit bezahlen und individuell passende Angebote finden, dass das Zusammenspiel mit informeller/freiwilliger Pflegearbeit möglich ist.
 - » Bezahlungen auch der Arbeiten in den Behindertenwerkstätten: LOHN statt Taschengeld und einzahlen in das Pensionssystem
- » Obdachlose Frauen
 - » Wohnräume schaffen und Frauen mit Informationen versorgen, insbesondere in den Bundesländern (dort gibt es kaum Angebote und die Frauen müssen für Betreuungsangebote nach Wien fahren)
- » Digitalisierung
 - » Erarbeiten niederschwelliger aufsuchender Angebote, um Frauen in höherem Alter den Zugang zur digitalen Welt zu ermöglichen
 - » Bereitstellen entsprechender Technologien
 - » Peer-to-Peer-Beratung
 - » Fördern des intergenerationellen Zusammenhalts durch gemeinsame Aktivitäten
 - » Nutzen von Übersetzungstools wie LANGOGO
- » E-Beratungsangebote
 - » Schaffen/Bereitstellen von österreichweit einheitlichen E-Beratungsangeboten, die sämtlichen rechtlichen Bestimmungen (insb. der DSGVO) entsprechen, ein Standardtool für alle Beratungsstellen, damit diese nicht individuell suchen müssen; das Tool selbst muss für Zielgruppen adaptierbar sein und nach Möglichkeit ohne Lizenzkosten.
- » Prävention/Gesundheitsförderung
 - » Es gibt (spärliche) Angebote, aber das Wissen darüber fehlt – die Projekte gehören ausgerollt, in die Regelfinanzierung übernommen und durch die Kassen gefördert.
- » Gesundheitslotsinnen und -lotsen / Systemlotsinnen und -lotsen
 - » eine Stelle, die durch das Gesundheitssystem begleitet, Termine organisiert und abstimmt (auch Beförderungen, derzeit ist alles zerrissen und nimmt viel Zeit in Anspruch)
- » mehr tagesklinische Eingriffe auch in PVE
- » Bedeutungsverlust und Körperbild
 - » Frauen müssen auch selbst aktiv werden und sich an Aufklärung, Aktivismus und Beratungen beteiligen. Die Angebote müssen eine spezielle Frauenperspektive einnehmen

(z. B. Diabetes und Frauen). Dies soll bereits in der Schule beginnen – dazu braucht es Stellen, die finanziert werden.

- » Sensibilisierung von Gesundheitsberufen
 - » Im Hinblick auf Körperbildung gilt es auch, Gesundheitsberufe zu sensibilisieren – als Beispiel wurde Intimpflege genannt: Es wird gewaschen, aber nicht gefragt, ob es angenehm ist, schmerzt oder lästig ist. Hier ein Verständnis zu wecken und zu sensibilisieren, hat auch mit Würde zu tun.
- » Gendermedizin
 - » Frauenthemen wie Endometriose gehören in die Curricula aufgenommen, ebenso wie ein Schwangerschaftsabbruch fachlich und sachlich korrekt durchzuführen ist. Dies sind zwar nicht Themen für ältere Frauen, aber durch eine frühzeitige Auseinandersetzung mit frauenspezifischen Anliegen wird auch Sensibilität erzeugt.

Workshop 3: Wege in die Zukunft für ältere und alte Frauen (online)

In der Online-Arbeitsgruppe „Ältere Frauen“ waren drei Frauen, davon war keine im Alter der Zielgruppe (in Pension).

Herausforderungen

Als eine wesentliche Herausforderung wurde die allgemeine Unsichtbarkeit von Frauen im öffentlichen Bewusstsein genannt, die sich im Alter verstärke. Dabei spielten Sprache und die gesellschaftliche (Nicht-)Wertschätzung unbezahlter Care-Arbeit eine bedeutende Rolle. So sei der Arbeits- und Leistungsbegriff in unserer Gesellschaft mit Bezahlung und direkter monetärer Wertschöpfung verknüpft, unsere Sprache männlich dominiert (auch IT) und unbezahlte Arbeit bzw. Teilzeitarbeit werde nicht als „echte Arbeit“ angesehen. Gehe die Frau dann in Pension, steige die Unsichtbarkeit, weil sie komplett aus dieser „Wertschöpfungskette“ aussteige.

Armutsbetroffenheit und die damit verknüpfte **soziale Teilhabe** sowie Lebensqualität wurden ebenfalls als Herausforderung genannt. So sei die soziale Teilhabe stark vom Gesundheitszustand und von den **vorhandenen Ressourcen** bei der Pensionierung abhängig. Dies wiederum hänge stark von den **diversen Lebensmodellen** der Frauen ab (Hausfrau, Teilzeitkraft, Vollzeitkraft), die sich von Generation zu Generation stark unterscheiden können, sowie vom **Wohnort** (Stadt-Land). Der Wohnort bestimme auch, welche Versorgungsinfrastruktur vorhanden sei.

Lösungsansätze

Nutzung digitaler Medien, um die Gesellschaft zu Themen betreffend ältere und alte Frauen zu **sensibilisieren** und dadurch ihre **Sichtbarkeit zu erhöhen**, sowie Unterstützung älterer und alter Frauen bei der Nutzung digitaler Medien (Qualifikation)

intergenerationalen und interdisziplinären Austausch fördern; Gesprächskultur und Sprache nutzen, um Probleme aufzuzeigen und gemeinsam Lösungswege zu finden

6 Paneldiskussion: Frau sein im Krisenmodus – Frau sein in einer digitalisierten Welt – Mädchen und Frauen in der Zukunft

Nachdem die Ergebnisse der Workshops von den jeweiligen Workshopleiterinnen präsentiert wurden, lud Moderatorin **Elisabeth Rappold** gewählte Expertinnen aus den Bereichen **Gendermedizin, Psychische Gesundheit** und **Digitalisierung** zur Paneldiskussion zum Thema „**Frauen zwischen Backlash und Innovation**“ auf die Bühne ein: **Margarethe Hochleitner**, Kardiologin und Gendermedizinerin der Medizinischen Universität Innsbruck, **Sophie Sagerschnig** und **Michaela Pichler**, Psychologinnen an der Gesundheit Österreich GmbH, und **Mahshid Sotoudeh**, Wissenschafts- und Technikforscherin am Institut für Technikfolgenabschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Aus verschiedenen Perspektiven wurden Innovationen, Potenziale und Möglichkeiten in der Frauen- und Mädchengesundheit zukunftsorientiert, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensrealitäten von Mädchen und Frauen diskutiert: Was muss getan werden, um gesund zu leben, gesund zu arbeiten und was können Technologien bzw. künstliche Intelligenz dazu beitragen?

Margarethe Hochleitner machte als Professorin für Gendermedizin den Einstieg mit dem Thema **Gleichbehandlung**, für das sie sich im Rahmen ihrer Arbeit als Vorsitzende der Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung an der Medizinischen Universität Innsbruck einsetzt. Als akute Hilfe für die zahlreichen Frauen, die aufgrund der besonderen pandemiebedingten Umstände wie Homeschooling und Homeoffice erschöpft und verzweifelt sind, schlug sie die Einführung des **Rechtsanspruchs auf Kinderbetreuung** vor. Dies sei keinesfalls utopisch, sondern durchaus machbar, wie es beispielsweise in Deutschland bereits der Fall sei. So würde die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert. Für eine nachhaltige gesellschaftliche Veränderung müsse im Bildungssystem bereits früh angesetzt werden und in Kindergärten sowie Volksschulen die Gleichbehandlung mithilfe von Schulungen aller Betroffenen gefördert werden.

Gleichbehandlung beinhaltet ebenso die geschlechtsbezogene **Verteilungsfrage**, in dessen Kontext Michaela Pichler das schwedische Familienmodell bzw. die generelle **Arbeitszeitverkürzung** als Lösungsansätze vorschlug, um Care-Arbeit in Familien gerechter aufteilbar zu machen. Sozialpolitische Maßnahmen kommen im Allgemeinen allen zugute und sollen das Minimum, nämlich die Existenzsicherung für alle, absichern sowie auch die soziale Teilhabe gewährleisten. Zudem plädierten Michaela Pichler und Sophie Sagerschnig dafür, **psychische Gesundheit nachhaltig als relevantes Gesundheitsthema aufrechtzuerhalten** und endgültig zu **entstigmatisieren**. Insbesondere in Krisenphasen sei psychosoziale Unterstützung auf mehreren Ebenen zu fördern. Essenziell sei, die psychotherapeutische sowie psychiatrische Versorgung niederschwellig zugänglich zu machen, ohne lange Wartezeiten, und wohnortnah zu gestalten. Weiters brachten Pichler und Sagerschnig den Vorschlag ein, die **Chatkommunikation zur psychosozialen Unterstützung auszubauen**, da die jüngere Generation diese Kommunikationsform zu präferieren scheine. Nur sei dies zeitlich aufwendiger als ein Telefonat über eine Hotline.

Mahshid Sotoudeh betonte die Relevanz der Vernetzung der verschiedenen gesellschaftlichen Teilsysteme wie Bildung, Arbeit, Wohnsituation usw. sowie auch innerhalb dieser, um Sichtbarkeit insbesondere im digitalen Raum zu schaffen. So haben beispielsweise Schulen im Zuge der Pandemie Plattformen aufgebaut, auf welchen Schüler:innen, Lehrer:innen und Eltern zusammengebracht werden. Generell gelte, **vertrauliche und geschützte digitale Räume** zu bilden. Dies ermögliche es zudem, unterschiedlichste Narrative sichtbar zu machen. Mit Zertifizierungen könne Vertrauen in Technologien und digitale Räumen aufgebaut werden. Zudem merkte sie an, dass die digital verbrachte Zeit intensiver als die in der realen Welt verbrachte Zeit sei. Insbesondere sei dies der Fall, wenn der Umgang mit den jeweiligen Technologien erlernt werde. Dabei spiele es eine Rolle, wie digitale Kompetenz erworben werde, um Vertrauen zu schaffen.

Ein weiteres wichtiges Anliegen im Rahmen der Paneldiskussion war die Schwierigkeit, eine **Regelfinanzierung für Projekte im Bereich Frauen- und Mädchengesundheit** zu erreichen. Meist werden auf ein Jahr befristete Pilotprojekte finanziert. Festgehalten wurde die Erfahrung, dass der politische Trend bzw. „nur das, was politisch gerade passt“ Chancen auf Finanzierungen beeinflusse. Ein optimaler Finanzierungszeitraum umfasse **fünf Jahre inklusive Evaluierung**. „Wir lassen uns da zu viel gefallen“, hieß es. So spiele das Selbstvertrauen auch auf dieser Ebene eine wichtige Rolle. Es müsse stärker politischer Druck aufgebaut werden.

Daran anschließend eröffnete sich das Diskussionsthema **politisches Engagement und politische Partizipation**. Hierbei wurde auf jene der jüngeren Generation fokussiert und eine im System bereits früh angesetzte **politische Bildung** als relevant und notwendig resümiert. **Frauenrechte** müssen stetig verteidigt werden, denn internationale politische Entwicklungen zeigten, wie schnell diese in Gefahr geraten können. Weiters wurde die **Vernetzung frauenpolitischer Themen mit der Nachhaltigkeitsbewegung** vorgeschlagen, um Synergien zu schaffen. Wichtig sei es, im Kollektiv zu denken und zu handeln.

7 Ausblick und Verabschiedung

Der 5. FrauenGesundheitsDialog wurde schließlich von **Generalsekretärin Ines Stilling** beendet, die nochmals die Notwendigkeit, im Bildungssystem zur Förderung von politischem Engagement und Partizipation früh anzusetzen, hervorhob. Sie plädierte für stärkere **Frauensolidarität**, dafür, im Kollektiv zu denken und Vertrauen darauf zu haben, nicht allein dazustehen: „Wir sind nicht allein, wir sind die Mehrheit“. Ines Stilling bedankte sich bei allen Teilnehmenden für ihr Engagement und bekundete ihre Freude auf den 6. FrauenGesundheitsDialog im nächsten Jahr.

8 Anhang – Fotos

Begrüßung



Quelle: GÖG (Fotocredit: BMSGPK/Kirchmayer)

Vorträge im Plenum



Quelle: GÖG (Fotocredit: BMSGPK/Kirchmayer)

Workshops vor Ort



Quelle: GÖG (Fotocredit: BMSGPK/Kirchmayer)

Paneldiskussion



Quelle: GÖG (Fotocredit: BMSGPK/Kirchmayer)

Ausblick Generalsekretärin Ines Stilling



Quelle: GÖG (Fotocredit: BMSGPK/Kirchmayer)

DAS WAR DER 5. FRAUENGESUNDHEITSDIALOG.

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE TEILNAHME!

