In Wien wurde im Jahr 1991 Frauengesundheit erstmals auf die gesundheitspolitische Agenda gesetzt, und zwar im Rahmen der Konferenz „Women's Health and Urban Policies" – das liegt mehr als 15 Jahre zurück. Wie hat sich seither der Bereich der Frauengesundheit in Wien entwickelt? Der vorliegende Bericht gibt einen Einblick in Entwicklungstendenzen im vergangenen Jahrzehnt in Wien mit Seitenblicken auf österreichische und internationale Trends.

In Vienna women's health was placed on the political agenda for the first time in 1991 when the conference "Women's Health and Urban Policies" was held – more than 15 years ago. How has women's health developed in Vienna since then? This report gives an insight into the developments in Vienna over the last decade and also highlights some Austrian and international trends.

1.1 Pionierrolle Wiens im Bereich Frauengesundheit

1.1.1 WHO-Politik als Ursprung der Frauengesundheit

Frauengesundheit ist seit ihren Anfängen eng mit der Politik der Gleichstellung von Frauen und Männern verbunden. Das Streben nach Gleichberechtigung und Gender Mainstreaming war und ist eine der stärksten Triebfedern der Frauengesundheit. Starke Impulse gingen dabei von der Frauenpolitik der Vereinten Nationen in den 1970er Jahren und der Gesundheitspolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Europa aus. Vor dem Hintergrund eines wachsenden Bewusstseins für Gesundheitsförderung und Public Health und der Neudefinition eines umfassenden, nicht nur medizinisch orientierten Gesundheitsbegriffs, entwickelten sich Anfang der 1990er Jahre die Frauengesundheitsbewegung und die Frauengesundheitsforschung in Synergie mit nachhaltigen Initiativen der WHO wie zum Beispiel den Aktivitäten rund um die „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung"[2] (1986) oder der ebenfalls 1986 ins Leben gerufenen „Gesunde Städte"-Initiative,[3] der Wien im Jahr 1989 beigetreten ist. Fortan ist Gesundheit – und besonders die Gesundheit von Frauen – nicht mehr nur Sache des Gesundheitssystems, sondern es wurde deutlich, dass „Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben".[4]

Im Rahmen des „WHO-Gesunde-Städte-Netzwerkes" haben Anfang der 1990er Jahre Glasgow[5] und Wien als erste europäische Städte begonnen, Frauengesundheit auf die gesundheitspolitische Agenda zu setzen. Die Weltgesundheitsversammlung erklärte im Jahr 1992: „Der Gesundheit von Frauen muss ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden." In weiterer Folge initiierte das WHO-Regionalbüro für Europa in Kopenhagen die Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen". Der Grundstein für diese Initiative wurde in Wien im Jahr 1991 anlässlich der WHO-Konferenz „Women's Health and Urban Policies" für Frauen aus mittel- und osteuropäischen Ländern gelegt. Im ersten Arbeitsjahr wurden eine vergleichende Analyse mit dem Titel „Highlights on Women's Health" sowie detaillierte Länderprofile erstellt. Letztere wurden – wiederum in Wien – erstmals anlässlich der Konferenz „Women's Health Counts" präsentiert. Diese Konferenz über die Gesundheit der Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern fand im Februar 1994 in Wien statt und führte zu einer Konsensuserklärung der 270 TeilnehmerInnen aus 40 Ländern, der „Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern".[6]

2 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
3 http://www.wien.gv.at/who/projekt.htm
4 WHO (1989), Ottawa-Charta.
5 http://www.glasgowcitycouncil.co.uk/healthycities/ghcp/pdf/women.pdf
6 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_3?language=German

Tabelle 1.1: Meilensteine der Frauengesundheit und Frauenpolitik in Wien und international

1975	Internationales Jahr der Frau (UN)
1975	Erste UN-Weltfrauenkonferenz in Mexiko
1976	Jahrzehnt der Frau (1976–85, UN)
1979	UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)
1980	Zweite UN-Weltfrauenkonferenz in Kopenhagen
1985	Dritte UN-Weltfrauenkonferenz in Nairobi
1986	Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO)
1986	WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk
1989	Wien tritt dem WHO-Gesunde-Städte-Netzwerk bei
1991	WHO-Konferenz „Women's Health & Urban Policies" in Wien
1992	WHO-Initiative „Investition in die Gesundheit von Frauen"
1992	WHO-Modellprojekt Frauengesundheitszentrum FEM an der Semmelweis-Frauenklinik in Wien
1994	WHO-Konferenz „Women's Health Counts" in Wien
1994	WHO-Deklaration „Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern"
1994	Weltbevölkerungskonferenz Kairo (ICPD; UNFPA)
1995	Vierte UN-Weltfrauenkonferenz in Peking
1995	WHO-Guidelines für Frauengesundheits-Indikatoren/Women's Health Profiles
1995	Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
1996	Erster Wiener Frauengesundheitsbericht, Stadt Wien
1998	Wiener Frauengesundheitsprogramm, Stadt Wien
2002	Internationale Konferenz „Gender & Health", Stadt Wien
2002	WHO-Deklaration „Madrid Statement: Mainstreaming Gender Equity into Health"
2005	Zweiter Österreichischer Frauengesundheitsbericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Legende: UN = United Nations/Vereinte Nationen; CEDAW = Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; UNFPA = United Nations Population Fund/Weltbevölkerungsfonds; WHO = World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation; ICPD = International Conference on Population and Development/Weltbevölkerungskonferenz.

Die **„Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern"** enthält **sechs Handlungsprioritäten**, die – obwohl vor mehr als zehn Jahren erstellt – kaum an Aktualität und Gültigkeit verloren haben:[7]

- **Erhöhung der Sicherheit von Schwangeren und Müttern** – verbesserte Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind; kostenwirksame pränatale Interventionen; frauenfreundliche Geburtspraktiken; Förderung des Stillens; Verbesserung des Wissens und Könnens von Hebammen; Schutz vor nicht bedarfsgerechten medizinischen Technologien; weniger Schwangerschaftsabbrüche unter die Gesundheit gefährdenden Bedingungen und qualitativ hochwertige Betreuung bei Schwangerschaftsabbrüchen.
- Förderung der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** – mehr sexuelle Aufklärung für Mädchen und Jungen; leichterer Zugang zu Verhütungsmitteln; Wahlmöglichkeiten bei Verhütungsmitteln; integrierte und gemeindenahe Dienste zur Familienplanung; vertrauliche Durchführung von Tests und vertrauliche Beratung bei sexuell übertragbaren Krankheiten; Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten; vertrauliche Beratung bei HIV-Infektionen und AIDS und Beratung für Prostituierte.
- Einführung **frauenfreundlicher Kostenstrategien** – Unterstützung bei der Kostenrückerstattung für Verhütungsmitteln; weitestgehende Förderung umfassender und gemeindenaher Gesundheitsdienste; vorrangige Schaffung von Vorsorge- und Gesundheitsförderungsprogrammen, insbesondere in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen für Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
- Unterstützung von Programmen zur **Förderung gesunder Lebensweisen** – Förderung einer gesunden Ernährung, der psychischen und geistigen Gesundheit, einer tabakfreien Lebensweise und eines Alterns in Gesundheit; Ausweitung von Angeboten der Suchtbehandlung.
- Bekämpfung von **Gewalt gegen Frauen** – Anerkennen von häuslicher Gewalt und Vergewaltigung

[7] WHO (1994).

als Probleme der öffentlichen Gesundheit; Gesetzgebung gegen Misshandlung und Vergewaltigung; Bekämpfung von Zwangsprostitution und Frauenhandel; Beratung und Schutz für Frauen in Not.

- Verbesserungen für **Frauen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten –** Verbesserung der Bezahlung und der Arbeitsbedingungen von Frauen; Anhebung des sozialen Status von Frauen in Gesundheitsberufen; Berufung einer größeren Zahl von Frauen in führende Positionen und Schaffung verbesserter Fortbildungsmöglichkeiten.

Als Strategien zu **Umsetzung dieser Handlungsprioritäten** empfahl die WHO 1994 die Etablierung geschlechtsspezifischer **Monitoring- und Berichtssysteme** und die Erstellung von **Frauengesundheitsberichten** unter Berücksichtigung sozioökonomischer Aspekte, die den Parlamenten, den Medien und der Öffentlichkeit vorgelegt werden sollen. Weitere Empfehlungen betrafen die Forcierung der Frauengesundheitspolitik durch Einrichtung eines **Frauengesundheitsbüros** und eines **nationalen Frauengesundheitsforums** sowie die Entwicklung von multidisziplinär ausgerichteten **Forschungsstrategien** für den Bereich Gesundheit von Frauen, in denen Prioritätsbereiche und sich daraus ergebende Maßnahmen erarbeitet werden.

1.1.2 Die Implementierung des Wiener Programms für Frauengesundheit

Siehe auch: Eine Darstellung der konkreten Umsetzung des Wiener Programms für Frauengesundheit findet sich in Kapitel 10.

„Gesundheit hat ein Geschlecht." Unter diesem Motto hat die Stadt Wien im Jahr 1998 ein spezielles Frauengesundheitsprogramm etabliert, das einstimmig vom Gemeinderat beschlossen wurde. Vorderstes Ziel dieses Programms ist es, Maßnahmen und Strategien für Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen sowie insbesondere für Zielgruppen mit belastenden Lebensbedingungen, wie zum Beispiel allein erziehende Mütter, Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen, zu entwickeln. Dies zeigt, dass Aktivitäten und Anliegen von engagierten Frauengesundheitsinitiativen – sowohl auf der Ebene der nicht-staatlichen Organisationen als auch der Universitäten – Früchte tragen und in politische Programme einfließen.

Das Programm umfasst zwölf Leitlinien und zwölf Handlungsschwerpunkte. Mit der Verabschiedung des Programms wurden Pilotprojekte beschlossen, die ab 1999 umgesetzt wurden. Schwerpunkte im Frauengesundheitsprogramm sind Krebsfrüherkennung, -betreuung und -nachsorge, insbesondere bei Brustkrebs; psychosoziale Schwangerenbetreuung und Hilfe bei nachgeburtlicher Depression; psychische Gesundheit; psychosoziale Versorgung von Frauen und Betreuungsstandards im Gesundheitswesen; Suchtprävention; Gesundheitsförderung für ältere Frauen (z. B. Osteoporose und Harninkontinenz); Gewalt gegen Frauen; Karriereförderung für Frauen in Gesundheitsberufen; rechtliche Aspekte von Frauen im Gesundheitswesen; Gesundheit von Frauen in der Arbeitswelt; Integration von Migrantinnen im Gesundheitswesen; gesundheitliche Belastung von Müttern.

Das Wiener Frauengesundheitsbüro

Zur Institutionalisierung des Frauengesundheitsprogramms wurden ein Frauengesundheitsbüro sowie die Funktion einer Frauengesundheitsbeauftragten der Stadt Wien geschaffen. Zu ihren Aufgaben zählen vor allem die Entwicklung von Strategien, die Realisierung und Dokumentation von Projekten und das Erarbeiten von Informationsmaterialien und Broschüren.

Aktuelle frauenspezifische Projekte des Wiener Programms für Frauengesundheit:[8]

- Das **Brustkrebs-Früherkennungsprogramm** „Die Klügere sieht nach" wurde in Anlehnung an die EU-Richtlinien für Qualitätssicherung in der Mammografie geplant und allen in Wien lebenden 50- bis 69-jährigen Frauen angeboten.
- Ziele der **Wiener Informationskampagne gegen Essstörungen (W.I.K.E.)** sind Enttabuisierung und Information sowie die Qualitätsverbesserung der Behandlung. Angeboten werden laufende Fortbildungen für MultiplikatorInnen (LehrerInnen, SchulärztInnen, PädiaterInnen, JugendarbeiterInnen, etc.) und eine kostenlose anonyme Hotline für Betroffene und Angehörige.
- Ein eigens entwickeltes **Gewalt-Curriculum** für medizinisches Personal und Pflegepersonen aller Disziplinen soll in allen öffentlichen Wiener Krankenanstalten etabliert werden. Ziel ist eine Verbesserung der Kommunikation sowie der Früherken-

[8] Siehe auch Kapitel 10.

nung von durch Gewalt verursachten psychischen und körperlichen Erkrankungen.

- „**Nach Herzenslust**“ ist ein **Gesundheitsförderungsprojekt für Migrantinnen** und sozial belastete Frauen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- „Mama Mia“ ist ein **Gesundheitsförderungsprojekt für Mütter von Kindergartenkindern**, um belastete Mütter in Form von Informationsabenden und Workshops zu unterstützen.
- Ziel des Präventionsprojekts „**Postpartale Depressionen (PPD)“** ist es, Frauen bei psychosozialen Vorbelastungen, finanziellen Problemen, Partnerschaftskonflikten oder seelischen Krisen, die zu Depressionen nach der Geburt führen können, zu helfen und unterstützen. Dieses Projekt wurde an drei Wiener Spitälern umgesetzt.
- „Alles unter Kontrolle“ ist ein Projekt zur Enttabuisierung und Information über **Harninkontinenz**, das u. a. niederschwellige Angebote für Beckenbodengymnastik beinhaltet.
- Die **Öffentlichkeitsarbeit** umfasst die jährlich stattfindenden Frauengesundheitstage, regelmäßige Publikums-Informationsveranstaltungen zu für Frauen relevanten Themen und Problemen sowie die Produktion von Informationsbroschüren**.**
- Auf- und Ausbau **interdisziplinärer Gesprächsforen und Netzwerke** verfolgen die Zielsetzung, Lobbying für Frauenanliegen und Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich zu betreiben und langfristig eine bessere Betreuung zu gewährleisten.

1.1.3 Weitere österreichische und internationale Frauengesundheitsprogramme

Die ersten Frauengesundheitsprogramme wurden Anfang der 1990er Jahre in den USA und Kanada etabliert, erstes europäisches Frauengesundheitsprogramm war jenes in Glasgow, gefolgt vom Wiener Frauengesundheitsprogramm im Jahr 1998 *(siehe Abschnitt 1.1.2)*. In Österreich entwickelten Graz und Innsbruck in weiterer Folge eigene Frauengesundheitsprogramme. Seit Anfang 2005 ist ein Frauengesundheitsprogramm in Kärnten in Vorbereitung. Auch in mehreren deutschen Städten (z. B. Hamburg, Bremen, Berlin) wurden in den vergangenen Jahren programmatische Ansätze zur Frauengesundheit erarbeitet, das umfangreichste davon in Nordrhein-Westfalen.

FrauenGesundheitsProgramm Graz

Das „FrauenGesundheitsProgramm Graz“ sieht sich in der Tradition der Gesundheitsförderung der WHO, die in ihren Programmen den Setting-Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Frauen verfolgt. Die Umsetzung des FrauenGesundheitsProgramms Graz besteht in strukturellen Maßnahmen in Anlehnung an das Modell von Glasgow, Schottland, das ebenfalls den Setting-Ansatz systematisch realisiert. Im Rahmen eines Gender Health-Audits wurden im Jahr 2001 die sozialen und gesundheitlichen Bedingungen für Frauen am Arbeitsplatz und als Kundinnen mittels Fragebogen in sechs Betrieben in Graz und Umgebung im Sinne einer ersten Bestandsaufnahme ermittelt. Im Gender Health Audit wurde der Fokus auf zwei Gruppen von Frauen gelegt: auf Frauen mit Behinderung und auf Migrantinnen.[9]

Tiroler Frauengesundheitsbüro

Ausgehend von einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Kunst (bm:bwk) zu Geschlechtsunterschieden in der kardiologischen Versorgung in Österreich[10] wurde im Oktober 1998 das Ludwig Boltzmann Institut für kardiologische Geschlechterforschung eingerichtet. Die Themenschwerpunkte der Forschungsarbeit lagen in der Erhebung von Geschlechterdifferenzen in der Kardiologie, der Situation von ÄrztInnen in der Medizin, der Implementierung genderspezifischer Präventionsangebote sowie Fragen zur Gesundheit von Migrantinnen.[11] Im Jahr 1999 wurde die Frauengesundheitsbeauftragte des Landes Tirol ernannt und das Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol eingerichtet. Zur Implementierung des Frauengesundheitsgedankens in Tirol wurden Informationsfolder zu den Themengebieten Herzrisiko, Herzprävention, Rauchstopp, etc. in einschlägigen Einrichtungen verteilt. Durch Zeitungsartikel, Auftritte in regionalen Radio- und Fernsehprogrammen wurde mediale Präsenz gezeigt, weiters wurden im Rahmen

9 GROTH, RASKY (2003).
10 HOCHLEITNER (1997).
11 http://lbi-frauen.uibk.ac.at

unterschiedlicher Veranstaltungen zahlreiche Vorträge zum Thema Frauengesundheit gehalten.

Nordrhein-Westfalen: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung

Ein umfassendes Frauengesundheitsprogramm wurde im Mai 2001 im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen ins Leben gerufen. Unter Beteiligung aller politischen Parteien wurde im Landtag von Nordrhein-Westfalen die „Enquêtekommission zur Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“[12] gebildet. Diese Kommission hat in Form einer detaillierten Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung vorhandener Defizite konkrete politische Strategien und Maßnahmen zur Förderung einer frauengerechten gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen. Themenbereiche waren unter anderem Gesundheitsgefährdungen, Erkrankungen und Ressourcen von pflegenden Angehörigen; die psychische Gesundheit und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen; Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Frauen und Medikamente; Belastungen und Ressourcen von Müttern; gesundheitliche Folgen von Gewalt; Frauengesundheit und Erwerbsarbeit sowie Brustkrebs. Ein umfassender Bericht wurde Ende 2004 veröffentlicht.[13]

Das Frauengesundheitsprogramm von Glasgow

In Glasgow wurde Frauengesundheit erstmals 1991 im Rahmen der WHO-Healthy Cities Partnership thematisiert. Das aktuelle Programm, das 2002 überarbeitet wurde, hat vier Schwerpunkte:[14] Bewusstseinsbildung für Frauen- und Mädchengesundheit; politisches Lobbying; strukturelle Verankerung der Frauengesundheit und die Behandlung der von den Frauen selbst identifizierten Gesundheitsthemen. Vorrangig sind für die Glasgower Frauengesundheits-Initiative die Verbesserung der emotionalen und psychischen Gesundheit; die Einbeziehung der betroffenen Frauen in die Entwicklung von Maßnahmen zur Armutsbekämpfung; die Verbesserung der Gesundheit und Sicherheit von Frauen zu Hause, auf dem Arbeitsplatz und in der Gesellschaft; die Entwicklung von geschlechtersensiblen Strategien, die auf die Reduktion der Häufigkeit von Neuerkrankungen zielen; die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit; die Unterstützung für Frauen, die formell und informell in der Pflege arbeiten und Bekämpfung der Erwartung, dass Frauen die primären Pflegepersonen sind.

Frauengesundheitsprogramme in den USA und in Kanada

Ein wesentlicher Beitrag zur Etablierung der Frauengesundheit als eigenständige Größe im Gesundheitssystem wurde in den USA geleistet. Ursprünglicher Hauptkritikpunkt an einer männerdominierten Medizin war die Tatsache, dass bis Anfang der 1990er Jahre Frauen systematisch aus klinischen medizinischen Studien ausgeschlossen wurden; Gründe dafür waren die Problematik einer möglichen Schwangerschaft während der Studiendauer und eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch den hormonellen Zyklus der Frau. Damit wurden wichtige geschlechtsspezifische Einflussfaktoren, wie z. B. die Rolle der Östrogene, aus den Untersuchungsfragestellungen ausgeklammert und langfristig eine adäquate medizinische Versorgung für Frauen verhindert. Als eine Konsequenz der Kritik an diesen massiven frauenspezifischen Forschungsdefiziten wurde Mitte der 1990er Jahre in den USA von den National Institutes of Health (NIH) ein offizielles Büro für Frauengesundheitsforschung, das **„Office of Research on Women's Health“**,[15] eingerichtet. Dabei wurden Themen wie frauenspezifische Prävention, Gesundheitsversorgung, Forschung, Ausbildung in den Gesundheitsberufen und Karriereförderung von Frauen in den Gesundheitsberufen und in der Forschung angesprochen. Ein Großprojekt, die „Women's Health Initiative (WHI)“,[16] mit einer Laufzeit von 15 Jahren und einem Fördervolumen von 628 Millionen US-Dollar, wurde initiiert.

Der Entwicklung in den USA vergleichbar wurde in Kanada im Jahr 1993 eine politische Strategie der Frauengesundheit etabliert (**Women's Health Strate-**

12 http://www.frauengesundheit-nrw.de/ bzw. http://www.landtag.nrw.de/ (Menüpunkt: Parlament > Enquetekommissionen)
13 LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN (2004).
14 http://www.glasgowcitycouncil.co.uk/healthycities/ghcp/pdf/women.pdf
15 http://www4.od.nih.gov/orwh
16 http://www.nhlbi.nih.gov/whi/

gy)[17] und durch ein Frauengesundheitsbüro in die Praxis umgesetzt und koordiniert (Women's Health Bureau). Im Jahr 1996 wurden – als eine der zentralen Aktivitäten des Kanadischen Frauengesundheitsbüros – fünf Kompetenzzentren der Frauengesundheit (Centres of Excellence for Women's Health)[18] eingerichtet. Die Kompetenzzentren sind multidisziplinär ausgerichtet und arbeiten in Form von Partnerschaften zwischen GesundheitsexpertInnen, gemeindenahen Gesundheitseinrichtungen und PolitikerInnen. Bislang wurden mehr als 250 Forschungsprojekte im Bereich der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und -versorgung durchgeführt, z. B. im Bereich der Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Frauen mit Behinderung, Krankenpflege bzw. Hauskrankenpflege, Zugang von MigrantInnen zum Gesundheitssystem, Politik des Tabakkonsums, etc. Gemeinsames Ziel aller Projekte der Kompetenzzentren ist, die in praxisnahen Forschungsprojekten gewonnenen Ergebnisse möglichst effektiv umzusetzen. Das Kanadische Netzwerk für Frauengesundheit ist zum einen für die Verbreitung von Forschungsergebnissen, aber auch anderer für die Frauengesundheit relevanter Informationen zuständig.

1.2 Begriffsklärung: Frauengesundheit – Gender Mainstreaming – Gender-Medizin

1.2.1 Politische Wurzeln der Frauengesundheit

Eines der ersten umfassenden Programme zur Gesundheit von Frauen wurde bei der vierten und bislang letzten Weltfrauenkonferenz in Beijing 1995 formuliert. Zentrale Aussage ist, dass aufgrund der noch nicht erreichten Gleichstellung von Frauen und Männern die Geschlechtszugehörigkeit eine Barriere darstellt, angemessene Gesundheitsversorgung zu erlangen.

Vierte Weltfrauenkonferenz in Beijing (1995):
Strategische Ziele und Maßnahmen im Bereich Frauen und Gesundheit – Einleitung

„Die Frau hat das Recht, das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen. Der Genuss dieses Rechts ist für ihr Leben und Wohlbefinden sowie für ihre Fähigkeit, an allen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens teilzuhaben, von entscheidender Bedeutung. Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Die Gesundheit der Frau umfasst ihr emotionales, soziales und körperliches Wohlbefinden und wird durch ihr soziales, politisches und wirtschaftliches Lebensumfeld sowie von biologischen Faktoren bestimmt. Den meisten Frauen bleibt der Genuss von Gesundheit und Wohlbefinden indessen vorenthalten. Das größte Hindernis bei der Erlangung des besten erreichbaren Gesundheitszustands durch die Frau ist die mangelnde Gleichstellung zwischen Männern und Frauen wie auch zwischen Frauen der verschiedenen geographischen Regionen, sozialen Klassen und autochthonen und ethnischen Gruppen. In nationalen und internationalen Foren haben die Frauen mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass Gleichberechtigung, einschließlich der gemeinsamen Wahrnehmung der Familienaufgaben, Entwicklung und Frieden notwendige Voraussetzungen für die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands während des gesamten Lebens sind."

Quelle: Bericht der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen, Beijing (1995); Aktionsplattform, Kapitel IV. Strategische Ziele und Maßnamen, Abschnitt C. Frauen und Gesundheit, Absatz 89.; zitiert nach http://www.un.org/depts/german/conf/beijing/anh_2_3.html#iv-c

Die Beijing-Aktionsplattform hat insgesamt zwölf strategische Ziele und Maßnahmen zur Frauenförderung formuliert (Armut, Bildung, Gesundheit, Gewalt, bewaffnete Konflikte, Wirtschaft, Macht- und Entscheidungspositionen, institutionelle Mechanismen der Frauenförderung, Menschenrechte, Medien, Umwelt,

[17] http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/womenstrat.htm
[18] http://www.cewh-cesf.ca

Mädchen). Die **fünf strategischen Einzelziele der Beijing-Aktionsplattform im Bereich „C. Frauen und Gesundheit“** lauten (im Original in 75 Einzelzielen ausformuliert):

C.1. Verbesserung des **lebenslangen Zugangs von Frauen zu einer angemessenen, erschwinglichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung** und Gesundheitsinformationen (Auswahl aus 25 Einzelzielen):

- Umsetzen frauenspezifischer Gesundheitsprogramme für Frauen aller Altersgruppen in unterschiedlichen regionalen, sozioökonomischen und kulturellen Kontexten;
- Förderung geschlechtersensibler Kommunikation und ethischer Grundhaltung bei Gesundheitspersonal;
- Verhinderung von nicht indizierten medizinischen Eingriffen und von Fehlmedikation bei Frauen;
- Erleichterung des Zugangs zur Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit;
- Verhinderung unerwünschter Schwangerschaft und Bereitstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsdienste im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs;
- Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, einschließlich körperlicher Betätigung;
- Gewährleistung des Zugangs von Mädchen zu Informationen über Gesundheit und Ernährung, um einen gesunden Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu erleichtern;
- Schaffung von Informationen, Programmen und Diensten, die Frauen helfen, die mit dem Älterwerden zusammenhängenden Veränderungen zu verstehen und sich ihnen anzupassen;
- Gewährleistung von Unterstützung für behinderte Mädchen und Frauen aller Altersstufen;
- Milderung und Beseitigung umwelt- und berufsbedingter Gesundheitsgefahren, die mit der Arbeit im Haus oder am Arbeitsplatz verbunden sind;
- Eingliederung psychiatrischer Versorgungsdienste in die Systeme der primären Gesundheitsversorgung;
- Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Diagnose und Betreuung von Mädchen und Frauen aller Altersstufen, die Opfer von Gewalt in der Familie oder von sexuellem Missbrauch geworden sind;
- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Vorteile des Stillens;
- Unterstützung von Organisationen, die sich mit Programmen oder Netzwerkbildung zur Förderung der Gesundheit von Frauen befassen;
- Erleichterung des Zugangs von suchtmittelabhängigen Frauen und ihren Familien zu geeigneten Behandlungs- und Rehabilitationsdiensten;
- Förderung und Gewährleistung der Ernährungssicherheit und Durchführung von Programmen zur Verbesserung des Ernährungsstands aller Mädchen und Frauen;
- Gewährleistung des uneingeschränkten und gleichberechtigten Zugangs von Migrantinnen und Frauen jeglicher ethnischer Zugehörigkeit zur Gesundheitsversorgung.

C.2. Stärkung der **frauenspezifischen Gesundheitsförderung** (Auswahl aus 17 Einzelzielen):

- Förderung von Bildungsprogrammen, welche Frauen unterstützen und befähigen, Selbstbewusstsein zu entwickeln, sich Wissen anzueignen, Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen;
- Beseitigung der Armut von Frauen;
- Ermutigung der Männer, sich zu gleichen Teilen an der Betreuung der Kinder und an der Hausarbeit zu beteiligen und ihren Anteil zur finanziellen Unterstützung ihrer Familie zu leisten, auch wenn sie nicht bei ihrer Familie leben;
- Stärkung von Gesetzen, Reform von Institutionen und Förderung von Normen und Praktiken, welche die Diskriminierung der Frau beseitigen;
- Anerkennung der besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen und Durchführung jugendspezifischer Programme;
- Unterstützung für mehrfach belastete Frauen und für Frauen im Gesundheitssystem;
- Programme zu Ernährungsfragen, Suchtmittelgebrauch, Osteoporose, Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Umweltrisiken, Tabakkonsum, sexuellem Missbrauch.

C.3. Initiativen im Bereich der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit**, sexuell übertragbarer Krankheiten und HIV/AIDS unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Situation der Geschlechter (Auswahl aus 16 Einzelzielen):

- Einbeziehung betroffener Frauen in alle Entscheidungsprozesse der Erarbeitung, Durchführung, Überwachung und Bewertung von Politiken und

Programmen zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten;
- Erarbeitung einfühlsamer, unterstützender und nicht diskriminierender Politiken und Maßnahmen betreffend HIV/AIDS, durch welche die Rechte von infizierten Personen geschützt werden;
- Bereitstellung von Informationen und Aufklärungsmaßnahmen für alle Frauen und für Frauen im Gesundheitssektor Beschäftigten über sexuell übertragbare Krankheiten, HIV/AIDS und Schwangerschaft und die Auswirkungen auf das Kind, auch hinsichtlich des Stillens;
- Konzipierung gezielter Programme für Männer und Jungen aller Altersstufen, die umfassende Informationen über ein risikofreies, verantwortungsbewusstes Sexual- und Reproduktionsverhalten liefern;
- Gewährleistung des allgemeinen Zugangs von Paaren und Einzelpersonen zu geeigneten und erschwinglichen Vorbeugungsdiensten bei sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV/AIDS im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung sowie Ausbau der Beratungs- und freiwilligen und vertraulichen Diagnose- und Behandlungsdienste für Frauen.

C.4. Förderung der **Forschung und Informationsverbreitung im Bereich der Gesundheit von Frauen** (Auswahl aus 12 Einzelzielen):
- Ausbildung von ForscherInnen und Einführung von Systemen, die das Heranziehen von nach Geschlecht, anderen etablierten demographischen Kriterien und sozioökonomischen Variablen aufgeschlüsselten Daten bei der Politikgestaltung und bei der Planung, Überwachung und Evaluierung ermöglichen;
- verstärkte Besetzung von Führungspositionen im Gesundheitswesen mit Frauen, namentlich auch unter den ForscherInnen und WissenschafterInnen, um so bald wie möglich eine Gleichstellung zu erzielen;
- Aufklärung von Frauen über die Faktoren, die das Risiko einer Krebserkrankung und Infektion der Fortpflanzungsorgane erhöhen, damit die Frauen in Kenntnis der Sachlage ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen treffen können;
- Unterstützung von Forschungsarbeiten über Gesundheitsversorgungssysteme mit dem Ziel, den Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der erbrachten Leistungen zu verbessern und weiters Frauen, die selbst Gesundheitsdienste erbringen, die entsprechende Unterstützung zu gewähren;
- Überwachung der menschlichen Genomforschung und damit zusammenhängender genetischer Forschungsarbeiten unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit der Frau sowie Verbreitung von Informationen und Untersuchungsergebnissen im Einklang mit akzeptierten ethischen Normen.

C.5. Bereitstellung von mehr Mitteln für die **Gesundheitsversorgung** von Frauen und **Evaluation** der entsprechenden Maßnahmen (Auswahl aus fünf Einzelzielen):
- Erhöhung des Budgets für die Gesundheitsversorgung von Frauen in allen Gesundheitssektoren, besonders für reproduktive und sexuelle Gesundheit und mit Vorrang für Gesundheitsprogramme in ländlichen und armen städtischen Gebieten;
- Festlegung von Zielen und Fristen für die Verbesserung der Gesundheit von Frauen und für die Planung, Durchführung, Überwachung und Bewertung von Programmen auf der Grundlage von Geschlechtszugehörigkeit, Alter, anderen etablierten demographischen Kriterien und sozioökonomischen Variablen aufgeschlüsselten qualitativer und quantitativer Daten;
- Schaffung von Mechanismen zur Überwachung der Umsetzung von Reformen auf dem Gebiet der frauenspezifischen Gesundheitspolitiken und -programme sowie Einrichtung hochrangiger Koordinierungsstellen in den Planungsbehörden mit dem Auftrag, darüber zu wachen, dass die Gesundheitsbelange der Frau von allen zuständigen Regierungsbehörden und -programmen konsequent berücksichtigt werden.

1.2.2 Die Rolle der Frauengesundheit bei Frauenförderung und Gender Mainstreaming

Definition und Entwicklung des Gender Mainstreaming

Im Jahr 2005 wurde die auf der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking verabschiedete Aktionsplattform zehn Jahre alt, in welcher Gender Mainstreaming erstmals als Strategie zur Realisierung der Chancengleichheit von Frauen und Männern verankert wurde und damit

internationale Bedeutung erlangte. Auch Ziel Drei der im Jahr 2000 entwickelten UN Millenniums Development Goals[19] verweist auf die Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter und auf die Stärkung der Selbstbestimmung von Frauen (Promote gender equality and empower women).

Definition von Gender Mainstreaming durch den Europarat in Straßburg (1998)

Gender Mainstreaming besteht in der (Re-) Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen.

Die EU-Gemeinschaftsinitiative des Gender Mainstreaming wurde durch dessen Festschreibung im Amsterdamer Vertrag im Jahr 1999 initiiert, wo festgelegt wurde, dass die Gleichstellung von Frauen und Männern ein grundlegendes Gemeinschaftsrecht und als eines der Ziele der Gemeinschaft europaweit umzusetzen sei. In Österreich wurde mit Ministerratbeschluss vom 11. Juli 2000 eine interministerielle Arbeitsgruppe für Gender Mainstreaming eingerichtet.[20] Die Stadt Wien hat im Rahmen des Frauenbüros zahlreiche Aktivitäten zum Gender Mainstreaming gesetzt.[21]

Wichtig ist zu betonen, dass Gender Mainstreaming die frauenspezifische Gleichstellungspolitik nicht ersetzen, sondern ergänzen und darüber hinausgehend Maßnahmen in Richtung einer gerechten Verteilung der gesellschaftlichen Rollen zwischen Männern und Frauen setzen will. Dennoch sind gezielte Fördermaßnahmen von Frauen zusätzlich notwendig, bis die Gleichstellung der Geschlechter erreicht ist.

Tabelle 1.2: Gegenüberstellung der Ziele von Frauenpolitik und Gender Mainstreaming

Frauenpolitik	Gender Mainstreaming
• zielt direkt auf den Abbau von Benachteiligungen ab; • reagiert auf bestehende Ungleichbehandlung im politischen, wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben; • betrifft die Zielgruppen der Frauen bzw. einen oder mehrere definierte Teile der weiblichen Bevölkerung; • sucht schnelle Lösungen, die eine unmittelbare Verbesserung der Lebenssituation von Frauen nach sich ziehen; • wird von eigenen, für Frauenpolitik zuständigen Organisationseinheiten, die darüber hinaus in andere Politikbereiche Vorschläge zur Umsetzung einbringen, umgesetzt.	• zielt auf Rahmenbedingungen und Strukturen; • analysiert den Ist-Zustand anhand von Daten und will den Aspekt der Chancengleichheit von Frauen und Männern in alle Politikbereiche und politischen Maßnahmen auf allen Ebenen einbringen; • betrifft Frauen und Männer bzw. definierte Teile der weiblichen und männlichen Bevölkerung; • sucht auch einen kurzfristigen Ausgleich, legt jedoch die Hauptperspektive auf die langfristige Beseitigung von Ungleichheitsstrukturen; • betrifft alle AkteurInnen, die an der Gestaltung, Umsetzung und Evaluierung politischer Konzepte beteiligt sind.

Quelle: http://www.imag-gendermainsteraming.net

[19] http://www.un.org/millenniumgoals/ Die acht Milleniums-Entwicklungs-Ziele: 1. Ausrottung des extremen Hungers und der Armut; 2. Erlangen von Grundbildung weltweit; 3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und des Empowerment von Frauen; 4. Senkung der Kindersterblichkeit; 5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern; 6. Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Erkrankungen; 7. Gewährleistung von Nachhaltigkeit für die Umwelt; 8. Entwicklung einer globalen Partnerschaft für Entwicklung.

[20] http://www.imag-gendermainstreaming.net

[21] http://www.wien.gv.at/ma57/gendermainstreaming/

Gender Mainstreaming und Frauengesundheit

Das europäische Regionalbüro der WHO hat die Realisierung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen in der „Madrider Erklärung“[22] (Mainstreaming gender in health: the need to move forward) im Jahr 2001 proklamiert. Damit wurde verdeutlicht, dass Gender Mainstreaming ebenso wie in allen anderen gesellschaftlichen Sektoren auch im Gesundheitssystem umzusetzen ist.[23] Auf internationaler Ebene wurde von der WHO im Jahr 2003 eine eigene Abteilung, das „Department of Gender, Women and Health“ (WHO-GWH),[24] eingerichtet. Die Abteilung WHO-GWH hat im Mai 2005 eine Zwischenbilanz ihrer bisherigen Aktivitäten in der Umsetzung des Gender Mainstreaming vorgelegt[25] und die nachfolgend angeführten **Herausforderungen für den Gesundheitssektor** festgeschrieben. Um diesen Erkenntnissen konkrete Maßnahmen folgen zu lassen, stellt die WHO-GWH in Aussicht, eine globale Strategie mit einem Aktionsplan vorzubereiten, der konkrete Handlungsanleitungen der Umsetzung und Evaluation für die WHO-Regionen enthalten soll.

Von der WHO im Jahr 2005 definierte **Herausforderungen bei der Umsetzung des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen:**

- Den unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnissen von Frauen und Männern muss in **Prävention, Behandlung und Betreuung** begegnet werden.
- Medizinische Betreuung und Angebote reagieren oft nicht adäquat auf die spezifischen Bedürfnisse und Anliegen von Frauen und Männern. Frauenspezifische Gesundheitseinrichtungen neigen dazu, **nur die reproduktiven Funktionen** von Frauen zu berücksichtigen und andere Bedürfnisse zu vernachlässigen, einschließlich jener von **Frauen vor und nach dem reproduktiven Alter**. Im Gegensatz dazu werden die reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse von Männern im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik oft zu wenig berücksichtigt.
- Die Methoden von ExpertInnen der öffentlichen Gesundheit, um Gender-Aspekte in ihrer Arbeit erkennen und berücksichtigen zu können, sind limitiert. Es sind spezielle **Instrumentarien, Richtlinien, Aus- und Weiterbildungen** erforderlich, um diesen ExpertInnen ein tieferes Verständnis und eine Umsetzung von Gender-Aspekten in die eigene Arbeit zu ermöglichen. Um den Beweis erbringen zu können, dass die Berücksichtigung der Gender-Perspektive die Gesundheit von Frauen und Männern verbessern kann, sollen **Informationen über gute Praxisbeispiele** möglichst vielen ExpertInnen zugänglich gemacht werden.
- Der Ausgleich von **Benachteiligung aufgrund des Geschlechts in den Gesundheitsberufen** ist für ein effektives öffentliches Gesundheitssystem zentral. Obwohl Frauen international mehr als die Hälfte der Arbeitskräfte in der Gesundheitsversorgung ausmachen, sind sie unterbezahlt und in Entscheidungspositionen unterrepräsentiert. Vielmehr tragen Frauen einen überproportionalen Anteil der informellen **Pflege zu Hause** und in der Gemeinde, was sich häufig auf ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden negativ auswirkt.
- Mehr **Forschung zur Gender-Dimension in der öffentlichen Gesundheit** ist erforderlich, um die Evidenzbasis für effektive Aktionen des Gesundheitssystems bereitstellen zu können. Nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten müssen gesammelt, analysiert und in Gesundheitsinformationssystemen berichtet werden.
- Der Stand der **Forschung** darüber, wie Unterschiede zwischen Frauen und Männern die Manifestation, Diagnostik, Behandlung und Behandlungsergebnisse von Krankheiten beeinflussen, ist unzureichend. Häufig sind Studien, welche die Gesundheit von Frauen und Männern betreffen, nur auf männliche Teilnehmer beschränkt, wodurch Männergesundheit zum Normwert wird. Die daraus resultierenden Forschungslücken, welche zu mangelhafter Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und in weiterer Folge zu Fehldiagnosen führen können, wie zum Beispiel bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, müssen geschlossen werden.

22 http://www.euro.who.int/document/a75328.pdf
23 http://www.euro.who.int/GEM/mainstreaming/20021126_1
24 http://www.who.int/gender/en/
25 http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB116/B116_13-en.pdf

1.2.3 Frauengesundheitsforschung und Public Health

Eine der vielen Facetten der Frauengesundheit ist ihre Nähe zur Public Health und den Gesundheitswissenschaften: Die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung ist im europäischen Raum – und auch in Österreich – das Fundament der Frauengesundheit.[26] Public Health, als die „Wissenschaft der öffentlichen Gesundheit", sieht Gesundheit nicht ausschließlich auf die medizinischen Disziplinen beschränkt, sondern bezieht auch die soziale Dimension mit ein und weist daher eine größere Nähe zu den Sozialwissenschaften auf als andere medizinische Wissenschaften. Frauengesundheit, die sich in der Tradition der Public Health bewegt, sieht Geschlecht als eine Determinante der Gesundheit und entwickelt Strategien, die der spezifischen Gesundheitsförderung und Versorgung von Frauen dienen, wobei die unterschiedlichen Morbiditätsmuster von Frauen und Männern und das geschlechterspezifische Spektrum an Gesundheitsdeterminanten Berücksichtigung finden.

Die Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen wurde von der Frauenbewegung der 1970er Jahre stark forciert. Gesundheits- und Körperthemen waren in der feministischen Frauenforschung zentral. Die Medizin wurde von der Frauengesundheitsforschung zunächst vorwiegend kritisch hinterfragt und das biomedizinische Paradigma, dessen Frauenbild und Umgang mit dem Frauenkörper abgelehnt. Frauengesundheit bedeutete in den 1970er Jahren die Ablehnung eines mechanistischen, rein organ- und funktionsbezogenen Verständnisses von Gesundheit, einer bevormundenden Behandlung von Frauen durch männliche Ärzte und einer zunehmend technologischen Beherrschung des Körpers in der medizinischen Behandlung. Selbstbestimmung der Frau – auch und vor allem, wenn es um ihre Gesundheit geht –, war ein Motto der Frauengesundheitsbewegung, deren Gesundheitsbegriff die soziale Dimension, eine subjektive Komponente und Kriterien wie Wohlbefinden, Selbstwert und Handlungsfähigkeit propagiert hat.

Frauengesundheitszentren und Frauenhäuser, die in den 1980er Jahren entstanden sind, machten es zu ihrem Programm, die Frauenperspektive einzunehmen – zunächst vorwiegend im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Verhütungsfragen, Schwangerschaftsabbruch, Selbstuntersuchungen, Gewalterfahrungen). Bald jedoch wurde die Forderung nach einer geschlechtersensiblen Gesundheitsversorgung, welche den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen gerecht wird, auf weitere Bereiche ausgedehnt, vor allem Psychiatrie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Brustkrebs. Nicht mehr allein die feministischen Postulate einer frauenspezifischen Betreuung wurden eingefordert, sondern evidenzbasiertes medizinisches Wissen zur adäquaten und geschlechtergerechten Versorgung von Frauen und Männern.

Das naturwissenschaftliche Paradigma der medizinischen Forschung nahm bislang auf Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, sexuelle Orientierung, etc. wenig Rücksicht. Aber diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit auf vielfältige Weise und haben Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Viele an Männern entwickelte Diagnoseverfahren, Krankheitsdefinitionen und Therapien sind bis heute nicht daraufhin überprüft, ob sie auch für Frauen Gültigkeit haben. Pathologisierung und Medikalisierung des weiblichen Körpers, besonders in den kritischen Übergangsphasen des Lebenszyklus – Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre – und die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen wurden von der Frauengesundheitsforschung aufgezeigt. Konsequenz dieser Erkenntnis einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung von Frauen ist die Forderung nach einem frauengerechten Gesundheitssystem. Erreicht werden könne das zum einen durch die Stärkung der Kompetenzen und der Selbstbestimmung von Frauen (empowerment), zum anderen sind im Sinne des Gender Mainstreaming alle Instanzen des Gesundheitssystems – von der Gesundheitspolitik bis zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe – aufgefordert, frauengerechte und geschlechtersensible Gesundheitsversorgung in ihrem jeweiligen Bereich zu gewährleisten und umzusetzen, aber auch die mangelnde Geschlechtergerechtigkeit hinsichtlich der Vertretung von Frauen in Leitungsfunktionen im Gesundheitswesen und in der Wissenschaft auszugleichen.

[26] Z. B. ARBEITSKREIS FRAUEN UND GESUNDHEIT (1998); HELFFERICH (1996); KICKBUSCH (1981); KOLIP (1997); MASCHEWSKI-SCHNEIDER (1981, 1996, 1997, 2002); WIMMER-PUCHINGER (1983, 1994); WIMMER-PUCHINGER, HELFFERICH (1996); ZEMP (2003).

1.2.4 Frauengesundheit, Männergesundheit und Gender-Medizin

Seit rund einem Jahrzehnt versuchen sich neue Richtungen im Bereich der Analyse von Geschlechtsunterschieden in der Gesundheit zu etablieren, die sich nicht auf Frauenförderung oder Gender Mainstreaming beziehen. Das ist zum einen das Bestreben, in Analogie zur Frauengesundheit auch Männergesundheit zu propagieren; zum anderen entwickelt sich eine neue medizinische Disziplin, die Gender-Medizin, welche sich vor allem mit biologischen Unterschieden zwischen Frauen und Männern beschäftigt. Frauengesundheit und Gender-Medizin sind völlig unterschiedliche Ansätze mit grundsätzlich anderen Perspektiven auf Fragen der Gesundheit. Verkürzt gesagt, beschäftigt sich die Frauengesundheit mit der gesamten medizinischen Versorgung und dem Gesundheitssystem aus dem Blickwinkel der Frauen, während die Gender-Medizin umgekehrt den geschlechterspezifischen Blick der Medizinerin/des Mediziners auf einzelne Krankheitsbilder oder medizinische Interventionen, wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder die pharmazeutische Forschung, bezeichnet. Während Frauengesundheit eine Querschnittsmaterie über alle Sektoren des Gesundheitssystems ist, bleibt Gender-Medizin innerhalb der Medizin und der Querschnitt umfasst lediglich die einzelnen Fachgebiete der Medizin.

Vorreiterrolle Wiens bei Frauen- und Männergesundheit

Wien hat nicht nur eine Pionierrolle im Bereich der Frauengesundheit: Mitte der 1990er Jahre, also zwei Jahrzehnte nach Etablierung der Frauengesundheitsbewegung, hat in Wien auch die Männergesundheitsinitiative wesentliche Impulse erfahren. Folgende Entwicklungstendenzen sind zu erkennen:

- Im psychosozialen Bereich wurde in Wien bereits Ende der 1980er Jahre erstmals Männerberatung angeboten. Diese Initiative war eine der Grundlagen der aktuellen psychosozialen Männergesundheitsbewegung in Österreich, wie z. B. dem im Jahr 2002 gegründeten Wiener Männergesundheitszentrum MEN.[27]
- Was die Gesundheitsberichterstattung betrifft, wurde der erste Männergesundheitsbericht[28] im europäischen Raum in Wien erstellt. Der erste österreichische Männergesundheitsbericht wurde im Jahr 2004 im Auftrag der 2001 eingerichteten männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) verfasst.[29]
- Auch die 2001 gegründete International Society for Men's Health and Gender (ISMH) [30] ist in Wien ansässig und führt in Zweijahresabständen internationale Weltkongresse für Männergesundheit durch.

Kritische Stimmen sehen einen der zentralen Unterschiede zwischen Frauen- und Männergesundheitsbewegung darin, dass die Frauengesundheitsbewegung sich seit jeher als emanzipatorisch verstanden hat, hingegen sei eine politische Verankerung der Männergesundheitsbewegung nicht zu erkennen, sondern vielmehr zeichne sich eine Kommerzialisierung ab, die auf Themen wie männliche Potenz, Sexualität und körperliche Fitness beschränkt bleibe.[31]

Gender-Medizin: Beispiele für Ansatzpunkte in Österreich

Der Begriff Gender-Medizin steht für eine Richtung in der Medizin, welche vermehrt geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. Neben sozialen und psychologischen Geschlechtsunterschieden geht die Gender-Medizin vor allem von den biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen aus. Marianne LEGATO, die 1997 die „Partnership for Gender Medicine" an der Columbia University, New York, ins Leben gerufen hat, definiert Gender-Medizin als „die Wissenschaft über die Unterschiede der normalen menschlichen Biologie zwischen Männern und Frauen und darüber, wie Symptome, Mechanismen und die Behandlung in Abhängigkeit von Gender-Aspekten variieren."[32] Trotz der

27 http://www.men-center.at/
28 STADT WIEN (1999).
29 BMSG (2004).
30 http://www.ismh.org/ismh/index.htm.
31 KOLIP (2004), S. 219.
32 http://www.cumc.columbia.edu/dept/partnership/index.html

wenigen bislang vorliegenden wissenschaftlichen Beweise, wie Gender-Aspekte die menschliche Biologie beeinflussen, kann man, laut LEGATO, davon ausgehen, dass sich beinahe jedes physiologische System des Körpers von Männern und Frauen unterscheidet. Auch die subjektive Wahrnehmung von Krankheiten ist von Gender-Aspekten beeinflusst, wie z. B. die bei Frauen und Männern unterschiedlichen Symptome des Herzinfarkts. Spezifische Geschlechtsunterschiede sind im Bereich des Knochensystems, des Gehirns, des Schmerzempfindens (v. a. des Kopfschmerzes), der kardiovaskulären Erkrankungen, der Medikamentenwirkung, der Immunologie, der Darmfunktion, der Infektionen, etc. dokumentiert. Eine der ersten deutschsprachigen Übersichten über die Gender-Medizin[33] behandelt Geschlechtsunterschiede im Bereich verschiedener medizinischer Disziplinen (Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Kardiologie, Herzchirurgie, Angiologie, Psychiatrie, Onkologie, Neurologie, Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation) sowie Gender-Aspekte im Kindesalter (Wachstum, Entwicklung und Krankheit), bei (neuro-)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie, bei angeborenen Stoffwechselstörungen, in der Ernährungsberatung, bei Gewichtsreduktion und Essstörungen, bei der alternden Bevölkerung (Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention), im Zusammenhang mit Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse und im Bereich der Public Health.

Repräsentanz von Frauen in der Prüfung von Medikamenten

Viele Medikamente wurden bislang hinsichtlich ihrer Wirkung bei Frauen nur unzureichend untersucht. Vor allem die möglichen teratogenen (fötale Fehlbildungen erzeugende) Wirkungen bei schwangeren Frauen haben zu einem Ausschluss von Frauen aus frühen Phasen der Medikamentenentwicklung geführt. Nach wie vor sind in vielen Medikamentenstudien Frauen in den verschiedenen Altersgruppen nicht ausreichend vertreten oder es wird das Datenmaterial der Studien nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet und interpretiert. Diese mangelnde Repräsentanz von Frauen birgt das erhöhte Risiko, dass bei vielen Medikamenten unterschiedliche Wirkungen bzw. Nebenwirkungen bei Frauen nicht ausreichend bekannt sind. Das ist besonders fatal, wenn man bedenkt, dass Frauen mehr Medikamente verordnet bekommen und konsumieren als Männer: Zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Psychopharmaka und Schmerzmittel werden Frauen verordnet.

Bei Frauen ist die Pharmakokinetik von Medikamenten (d. h. die Aufnahme, die Verteilung und der Abbau im Körper) aufgrund der zyklusabhängigen Schwankungen der Geschlechtshormone stärkeren Veränderungen ausgesetzt als bei Männern. Auch in der Pharmakodynamik (Wirkung von Medikamenten) gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede, wie für einige Medikamente bereits nachgewiesen wurde. Zudem wurde bei Frauen eine deutlich höhere Empfindlichkeit für unerwünschte Arzneimitteleffekte in Abhängigkeit vom hormonellen Zyklus festgestellt. Schließlich wurde in einigen Studien gezeigt, dass Frauen ein höheres Suchtpotenzial besitzen, d. h. sie werden leichter und nach kürzerem Gebrauch abhängig von Medikamenten und Drogen und zeigen auch stärkere Folgeschäden (wie z. B. eine größere Häufigkeit von kardiovaskulären Erkrankungen [Herzinfarkt] als Folge des Rauchens). Zudem kann es bei Frauen, die orale Kontrazeptiva oder Hormonersatztherapien nehmen, zu Interaktionen mit Medikamenten kommen.[34]

Eine allgemeine rechtliche Verpflichtung zur Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in klinischen Testungen gibt es derzeit in der österreichischen, aber auch in der europäischen Rechtslage nicht. Lediglich in speziellen, auf bestimmte Krankheiten bezogenen Guidelines wird die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Testdaten hervorgehoben. Beispielsweise verlangt die European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA) im Bereich der HIV-Forschung, dass „die Anzahl an Frauen und Personen von ethnischen Minderheiten ausreichend sein sollte, um allgemeine Schlussfolgerungen in Bezug auf Sicherheit und Effizienz zu erlauben“ oder, dass „Studien pharmakokinetische Wechselwirkungen, einschließlich möglicher Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts“ untersuchen (Note for Guidance on development of medicinal products for treatment of HIV, Punkt 3.1 bzw.

[33] RIEDER, LOHFF (2004).

[34] DREWE, GUTMANN (2005), S. 117 ff.; GOTFREDSEN et al. (2003). Auf besondere Probleme des Medikamentenkonsums durch ältere Frauen wird im Kapitel 5.4.9 Abschnitt Medikamentenversorgung eingegangen.

4.2.2).[35] Eine **Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden in den rechtlichen Grundlagen klinischer Tests** wird auch in Österreich zunehmend gefordert.[36] In den USA hat man diese Problematik bereits im Jahr 1993 durch einen Erlass der amerikanischen Arzneimittelbehörde (FDA) behoben, dass „Medikamente an Personen getestet werden, welche die volle Spannweite aller möglichen PatientInnen repräsentieren, die das Präparat voraussichtlich erhalten werden" (Guideline for the Study and Evaluation of Gender Differences in the Clinical Evaluation of Drugs).[37]

1.3 Frauengesundheitsberichterstattung

1.3.1 Entwicklung der Frauengesundheitsberichterstattung

Ursprung der Frauengesundheitsberichterstattung ist die **„Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen",** die 1994 als Abschlussdokument der WHO-Konferenz „Women's Health Counts" veröffentlicht wurde und worin eine der Empfehlungen lautet, regelmäßige Frauengesundheitsberichte zu erstellen. Als Grundlage für diese Berichte wurden von der WHO **Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten** (Guidelines für „Women's Health Profiles"; *siehe Anhang*) vorgegeben. Diese umfassen neunzig Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen. Diese ursprünglich empfohlenen 90 Indikatoren der Frauengesundheit wurden in späteren Berichten ergänzt und erweitert. Die 90 WHO-Indikatoren der Frauengesundheit sind in folgenden sieben Schwerpunkten zusammengefasst:

- **Demografische Situation:** Geburten-, Sterberate, etc.;
- **Sozioökonomische Situation:** Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation, etc.;
- **Politische Entwicklungen:** Ziele, Dokumente, Diskussion der Frauengesundheits-Politik;
- **Gesundheitszustand:** Morbidität und Mortalität, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Gesundheit von Frauen mittleren Alters und älterer Frauen, etc.;
- **Gesunder Lebensstil:** Gesundheitsförderung, Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogenkonsum, Stress, etc.;
- **Umwelt und Arbeit:** umweltbezogene Erkrankungen, Berufskrankheiten, etc.;
- **Gesundheitsversorgung, -einrichtungen:** Zugang zu und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Frauen, Qualität der Gesundheitsversorgung, etc.

Entsprechend der Empfehlung des europäischen Regionalbüros der WHO in Kopenhagen, länderspezifische Frauengesundheitsberichte zu erstellen, wurde in Österreich vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung im Jahr 1995 der erste österreichische Frauengesundheitsbericht (Austrian Women's Health Profile 1995)[38] erstellt, der sich an den WHO-Richtlinien orientierte. In weiterer Folge entstanden Frauengesundheitsberichte in den Bundesländern Wien (1996), Niederösterreich (1998), Oberösterreich (1995), Steiermark (1998 und 2004), Vorarlberg (1998), Salzburg (2000) und Tirol (2006) – nicht jedoch in Burgenland und Kärnten. Die vorliegenden Frauengesundheitsberichte aus den österreichischen Bundesländern unterscheiden sich sowohl methodisch als auch thematisch grundlegend voneinander. Ansätze, die Datenlage zu verbessern, wurden in den letzten Jahren zwar unternommen, sind aber bislang keineswegs ausreichend.

35 http://www.emea.eu.int/htms/human/ewp/ewpfin.htm
36 KÖRNER (2005).
37 http://www.fda.gov/womens/gender/Exec4.htm
38 LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR FRAUENGSUNDHEITSFORSCHUNG (1995).

- Als Ausgangspunkt bei der Auswahl von Indikatoren der Frauengesundheit dienten die von der WHO im Jahr 1995 vorgegebenen Richtlinien,[46] welche zum Teil erweitert bzw. ergänzt wurden. Neben der Darstellung traditioneller Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung werden für Frauen relevante Gesundheitsprobleme und -anliegen thematisiert, auch wenn keine oder nur kaum offizielle Gesundheitsstatistiken vorliegen (zum Beispiel Gewalt gegen Frauen, psychische Gesundheit, unerfüllter Kinderwunsch, Kaiserschnitt auf Wunsch, die Gesundheit von Migrantinnen, …), um zu gewährleisten, dass ein umfassendes Bild der Gesundheit von Frauen in Wien unter Berücksichtigung unterschiedlicher sozialer Gruppen wiedergegeben wird.
- Im Sinne des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen stehen Fragen der Geschlechtersensibilität und Geschlechtergerechtigkeit von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung, der Prävention und der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Ebenso dargestellt wird eine Auswahl von Models of Good Practice der Frauengesundheit in Wien. Auf die Situation von Frauen, die im Gesundheitssystem arbeiten, wird gesondert eingegangen.
- Da die Forderung eines geschlechtersensiblen Gesundheitssystems eng mit dem Bemühen um Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zusammenhängt, wird auf Gesundheitsbereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen von Frauen und Qualitätsstandards hingewiesen.
- Ein Ziel des Frauengesundheitsberichtes ist es, aufgrund der zusammenschauenden Bewertung der im Bericht dargestellten Informationen zur Frauengesundheit in Wien gesundheitspolitischen Konsequenzen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methodische Basis des Frauengesundheitsberichtes

Folgende allgemeine Aspekte fanden bei der Erstellung des Frauengesundheitsberichtes Berücksichtigung:

- Orientierung an in- und ausländischen Ansätzen der Gesundheitsberichterstattung, im Besonderen der Frauengesundheitsberichterstattung (z. B. Deutscher Frauengesundheitsbericht,[47] Robert Koch Institut; Gender Berichterstattung Schweiz);
- Beiziehen eines multidisziplinären Expertinnenbeirats aus für die Frauengesundheit relevanten Bereichen;
- Berücksichtigung einer Vielfalt von Datenquellen und Datentypen;
- Einbeziehung aller gesundheitsrelevanten Handlungsfelder (Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation);
- Hinweis auf die multiplen Determinanten von Gesundheit und Krankheit (z. B. Lebensphasen, Zielgruppen, Settings, Ressourcen);
- Berücksichtigung internationaler Leitlinien der Gesundheit (WHO Ottawa Charta, 21 Ziele zur „Gesundheit für alle“) und des Gender Mainstreaming.

Zur Erstellung des vorliegenden Berichts wurden demografische und Gesundheitsdaten einschließlich Daten zur Gesundheitsversorgung herangezogen. Unter den offiziellen Gesundheitsstatistiken zu erwähnen sind die Statistik der Todesursachen, die Spitalsentlassungsstatistik, gesundheitsrelevante Daten der Sozialversicherung (Statistik zu Krankenständen, Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) und Statistiken der Ärztekammer (z. B. Standesmeldungen). Berücksichtigung fanden des Weiteren Gesundheitsbefragungen, bereits bestehende Gesundheitsberichte, statistische Jahrbücher, etc., Gesetzestexte zu frauenrelevanten Bereichen (z. B. Gewaltschutzgesetz), sozialwissenschaftliche und medizinische Studien zur Frauengesundheit. Ergänzend zu erwähnen sind Recherchen in elektronischen Datenbanken (z. B. Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich [FGÖ], Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln [BZgA]), Internetrecherchen, graue Literatur wie z. B. Tätigkeitsberichte, Publikumszeitschriften, eigene Analysen und Recherchen zu Models of Good Practice.

46 Siehe Anhang.
47 BMFSFJ (2001).

II.
POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN

POLICIES AND HEALTH POLICIES BY WOMEN AND FOR WOMEN IN VIENNA

INHALT

2 POLITIK UND GESUNDHEITSPOLITIK VON UND FÜR FRAUEN IN WIEN 83
2.1 POLITISCHE REPRÄSENTANZ VON FRAUEN 84
2.1.1 Frauenanteil in politischen Funktionen 84
2.1.2 Frauen in Führungspositionen 85
2.1.3 Gender Mainstreaming in Wissenschaft und Forschung 87
2.2 FRAUEN IM GESUNDHEITSSYSTEM 89
2.2.1 Geschlechterverteilung in den Gesundheitsberufen 89
2.2.2 Frauen in der Medizin 90
2.2.3 Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien 92
2.2.4 Verein Frauen für Frauen – Gesundheit im Brennpunkt 93

Tabelle 1.3: Frauengesundheitsberichterstattung in Österreich 1995 bis 2005

Region	Jahr	Auftraggeber	Erstellt durch
Österreich	1995	Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Fonds Gesundes Österreich	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Margit HÖRNDLER)
Wien	1996	MA 15 Gesundheitswesen, Referat III/1 Gesundheitsberichterstattung	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Martina KLOTZ)
Niederösterreich	1999	Amt der NÖ Landesregierung, GS1 Sanitätsdirektion	LBI für Frauengesundheitsforschung (Beate WIMMER-PUCHINGER, Barbara FUCHS)
Linz	1995	Linzer Frauenbüro	Martina BEHAM, Renate KRÄNZL-NAGL, Margarethe ORTMAIR
Steiermark	1998	Frauen- und Gesundheitsstadträtin Tatjana KALTENBECK, Gesundheitslandesrat Günter DÖRFLINGER	Institut für Sozialmedizin der Uni Graz (Éva RÁSKY)
	2004	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B Gesundheitswesen	FH Joanneum, Gesundheitsmanagement im Tourismus (Gerlinde GRASSER et al.)
Vorarlberg	1998	Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Sanitätsangelegenheiten	Elmar BECHTER, Hans CONCIN
Salzburg	2000	Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg	Solution (Birgit BUCHINGER, Ulrike GSCHWANDTNER)
Österreich	2005	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	LBI für Frauengesundheitsforschung (Erika BALDASZTI, Elfriede URBAS, Beate WIMMER-PUCHINGER)

Quelle: BMGF (2006), Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006.

Auf **europäischer Ebene** wurde im Jahr 1996 der Schweizer Frauengesundheitsbericht,[39] im Jahr 2001 der Deutsche Frauengesundheitsbericht[40] veröffentlicht. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es zudem mehrere Länderberichte zur Frauengesundheit, so z. B. in Nordrhein-Westfalen (2000), Bremen (2001) und Baden-Württemberg (2000). Neben den Aktivitäten der WHO im Bereich der Frauengesundheitsberichterstattung hat auch die Europäische Kommission im Jahr 1997 einen Bericht zum „Status der Frauengesundheit in der Europäischen Union" erstellt.[41]

Im **außereuropäischen Raum** sind im Bereich der Frauengesundheitsberichterstattung vor allem die Bemühungen des amerikanischen Frauengesundheitsbüros (Office on Women's Health: National Women's Health Indicators Database),[42] des amerikanischen Gesundheitsministeriums (US Department of Health and Human Services: Women's Health USA 2004)[43] und des kanadischen Gesundheitsministeriums (Health Canada, Public Health Agency: Women's Health Surveillance Report)[44] zu nennen.

1.3.2 Ziele und Methodik des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006

Zentrale Themen des Wiener Frauengesundheitsberichts 2006 sind die Trends und Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Lage von Frauen in Wien in den vergangenen zehn Jahren seit der Vorlage des ersten Wiener Frauengesundheitsberichts im Jahr 1996 (erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung).[45]

- Besonderes Augenmerk wird auf die individuellen Lebenslagen unterschiedlicher Gruppen von Frauen, verschiedene Lebensphasen und Settings, aber auch auf die Diskussion sozioökonomischer Rahmenbedingungen und frauenpolitischer Ansätze gelegt.

39 SCHWEIZER NATIONALFONDS (1996).
40 BMFSFJ (2001).
41 EUROPÄISCHE KOMMISSION (1997).
42 http://www.healthstatus2010.com/owh/
43 http://mchb.hrsa.gov/whusa04/
44 http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/intro_e.html
45 STADT WIEN (1996).

1 EINLEITUNG: WAS KANN FRAUENGESUNDHEIT, WAS KÖNNEN FRAUENGESUNDHEITSBERICHTE LEISTEN?

Zusammenfassung

Obwohl Frauengesundheit seit mehreren Jahrzehnten ein internationales Thema ist, gibt es keine einheitliche Definition. Frauengesundheit wird von VertreterInnen unterschiedlicher Professionen im Gesundheitswesen – Public-Health-ExpertInnen, SozialwissenschafterInnen, MedizinerInnen unterschiedlicher Fachrichtungen, PolitikerInnen unterschiedlicher Parteien – definiert, gefördert, umgesetzt. Die Wurzeln der Frauengesundheit sind verzweigt: Wesentlich zu ihrer Entwicklung beigetragen haben die **internationale Frauenpolitik der Vereinten Nationen** und die europäische **Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Ein weiterer Faktor war auch die Kritik an der bis in die 1990er Jahre praktizierten **Forschungspolitik** der amerikanischen Gesundheitsbehörden, Frauen aus klinischen Studien auszuschließen, wobei in weiterer Folge die Initiierung des bislang größten Forschungsprogramms im Bereich der Frauengesundheit, der **„Women's Health Initiative" (WHI),** bewirkt wurde.[1] Trotz der Multidisziplinarität und vielfältiger Strömungen wurde besonders im vergangenen Jahrzehnt deutlich, dass Frauengesundheit mehr als ein bloßes Auflisten von Geschlechtsunterschieden bei verschiedenen Gesundheitsindikatoren ist, nämlich Teil einer aktiven Frauenförderung und gesundheitspolitisches Programm – wie das im Jahr 1998 vom Wiener Gemeinderat beschlossene **Wiener Frauengesundheitsprogramm** verdeutlicht. Dementsprechend sind Frauengesundheitsberichte über die traditionelle Gesundheitsberichterstattung hinaus bemüht, Frauengesundheit im psychosozialen und sozioökonomischen Lebenszusammenhang von Frauen und in einem weit gesteckten gesundheits- und sozialpolitischen Rahmen zu sehen.

Summary: Introduction: What can women's health promotion and women's health reporting achieve

Although women's health has been an international topic for several decades, there is no uniform definition of it. Women's health is defined, promoted and implemented by the representatives of different professions in the health system – public health experts, sociologists, physicians of different specialisations, and politicians of various parties. The concept of women's health has emerged from several different areas: important cornerstones in its development have been the ***international women's policies of the United Nations*** *and* ***the World Health Organisation's (WHO)*** *health and health promotion policy for Europe. Another factor was the criticism of the research policy of the American health authorities, which into the 1990s excluded women from clinical studies. This criticism subsequently lead to the launch of the hitherto largest research programme on women's health, the "Women's Health Initiative" (WHI).*[1] *Despite the multidisciplinarity and different approaches it has become apparent especially over the last decade that women's health is more than merely listing gender differences in various health indicators – it is a contribution to the active promotion of women and a health political programme, as is also demonstrated by the* ***Vienna Women's Health Programme*** *passed by the Vienna City Council in 1998. Therefore women's health reports do not limit their view to traditional health reporting but rather try to consider women's health in the context of psychosocial and socio-economic circumstances and a broad health and socio-political framework.*

[1] http://www.nhlbi.nih.gov/whi/