11 RESÜMEE, AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN

Viele der im Jahr 1996 im ersten Wiener Frauengesundheitsbericht gestellten Forderungen sind inzwischen im Rahmen des **Wiener Programms für Frauengesundheit** umgesetzt worden, das seit dem Jahr 1998 besteht. Umfassende Projekte wurden beispielsweise in den Bereichen Essstörungen, postpartale Depressionen, Brustkrebsfrüherkennung, Gewalt gegen Frauen und Kinder durchgeführt, zur Gesundheitsförderung von Migrantinnen wurde das Frauengesundheitszentrum FEM Süd implementiert – um nur einige der wichtigsten Aktivitäten zu nennen. Auch zukünftige Maßnahmen sind im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit zu entwickeln und in weiterer Folge umzusetzen, wobei ein multidisziplinärer Fachbeirat – bestehend aus Gesundheitsexpertinnen aus Politik und Versorgung – eingebunden ist. Hier kann die Empfehlung nur lauten, das Programm weiterzuführen, langfristig strukturell zu verankern und der Querschnittsthematik entsprechend mit den für die Frauengesundheit relevanten städtischen Einrichtungen nachhaltig zu vernetzen. Das nachfolgende Resümee beschränkt sich daher auf eine Skizzierung aktueller Handlungsfelder, Defizite und möglicher Handlungsempfehlungen.

Um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen in Wien zu geben, beschreibt der vorliegende Wiener Frauengesundheitsbericht 2006 ausgewählte Indikatoren der **sozialen Rahmenbedingungen,** des **Gesundheitszustands** und des **gesundheitsbezogenen Lebensstils** von Frauen im Vergleich zu Männern. Des Weiteren finden unterschiedliche **Lebensphasen,** besonders die gesundheitliche Lage älterer Frauen und die Situation von Frauen mit **speziellen gesundheitlichen Problemen** (Behinderung, Drogensucht, …) Berücksichtigung. Da **soziale Ungleichheiten** Frauen meist stärker betreffen als Männer (allein erziehende Frauen, Migrantinnen, …), wird der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit von Frauen verdeutlicht. Im Bereich der **frauenspezifischen psychosozialen** und **medizinischen Versorgung** werden Praxisbeispiele beschrieben und Aspekte der Qualitätssicherung diskutiert. Entwicklung und Umsetzung des **Wiener Programms für Frauengesundheit** werden dargestellt.

Die **Entwicklungstendenzen** der „harten" Gesundheitsindikatoren Lebenserwartung, Sterblichkeit, Todesursachen, Krebs-Inzidenz waren für das **vergangene Jahrzehnt** überwiegend positiv: Die Lebenserwartung ist bei Frauen und Männern gestiegen, wenn auch bei Frauen in etwas geringerem Ausmaß als bei Männern. Die Sterblichkeit ist für beide Geschlechter zunehmend geringer geworden. Häufigste Todesursachen sind für Frauen wie für Männer **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und **Krebs**. Die nach wie vor leicht steigende Inzidenz von **Brustkrebs** und der kontinuierliche Anstieg von Neuerkrankungen an **Lungenkrebs** bei Frauen weisen auf vermehrten Handlungsbedarf hin, dem im Fall von Brustkrebs bereits durch die Planung eines Screening-Programms begegnet wurde. Hervorzuheben ist auch die besondere Berücksichtigung der Gesundheit **älterer Frauen**, weil aufgrund der höheren Lebenserwartung mehr Frauen als Männer in den älteren Altersgruppen anzutreffen sind, aber auch weil Frauen von gewissen altersspezifischen Erkrankungen stärker betroffen sind als Männer. Im Bereich der **psychosozialen** und **medizinischen Versorgung** sind im letzten Jahrzehnt zwar zahlreiche **frauenspezifische Ansätze** zu finden, hier ist jedoch zukünftig noch weitere Entwicklungsarbeit in Richtung eines **geschlechtersensiblen Gesundheitssystems** zu leisten.

Will man die **Handlungsfelder der Frauengesundheit** definieren – die ja als Querschnittsmaterie verstanden wird –, müsste man eigentlich das gesamte Gesundheitssystem daraufhin überprüfen, ob es frauengerecht ist. Daher ist es vorzuziehen, prioritäre und aktuelle Aspekte und Themen herauszugreifen. Gerade im Bereich der Frauengesundheit geschieht dies aus **unterschiedlichen Perspektiven**, diese reichen von der biologisch orientierten Sichtweise der Gender-Medizin, über eine die Fehl-, Unter- und Überversorgung analysierende Public Health-Perspektive und das humanistische Paradigma der Gesundheitsförderung im Sinne von Selbstbestimmtheit und Empowerment, bis zur feministisch orientierten medizinkritischen Frauengesundheit, die zunehmend in den Bestrebungen zur Gleichstellung der Geschlechter durch das Gender Mainstreaming übergeht.

Es kommt zwar immer noch häufig vor, dass unter Frauengesundheit vor allem die sexuelle und reproduktive Gesundheit verstanden wird, dennoch haben sich Forschung und Praxis in den vergangenen Jahren ver-

stärkt auf **zentrale Arbeitsfelder der Frauengesundheit** konzentriert, d. h. es wurden Defizite geortet bzw. wurde in bestimmten Bereichen eine stärkere oder zunehmende Betroffenheit von Frauen im Vergleich zu Männern festgestellt. Zugleich kann aber auch gesagt werden, dass gerade die Stadt Wien und das Wiener Programm für Frauengesundheit Bewusstsein geschaffen und Maßnahmen gesetzt haben. Nachfolgend eine Auswahl der wichtigsten Handlungsfelder der Frauengesundheit:

- Frauen sind zunehmend von Erkrankungen betroffen, die bislang als typische Erkrankungen für Männer galten, wie z. B. von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**. Besonderer Handlungsbedarf besteht hinsichtlich des Fehl- und Unterdiagnostizierens von Herzinfarkten bei Frauen.
- **Lungenkrebs** ist bei Frauen aufgrund vermehrten Rauchens in den vergangenen Jahrzehnten häufiger geworden, bei Männern sind Neuerkrankungs- und Sterberaten jedoch rückläufig.
- Die zentrale Rolle des **gesundheitsbezogenen Lebensstils** (Rauchen, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung) für **Gesundheitsförderung** und **Prävention** wurde für Frauen, aber auch für Männer zunehmend erkannt. Zugleich fehlen aber nach wie vor umfassende geschlechtsspezifische Ansätze.
- Nutzen und Risiken vieler **Früherkennungsmaßnahmen,** v. a. aber jener **für Brustkrebs,** sind noch nicht zur Gänze geklärt, es liegen zum Teil widersprüchliche Informationen seitens der ExpertInnen vor. Hier gilt es aus Sicht der Frauen, **objektive Gesundheitsinformationen** bereit zu stellen. Ähnliches trifft auch auf zahlreiche andere Bereiche in Früherkennung, Diagnostik und Therapie zu, wie z. B. die Hormonersatztherapie oder die Pränataldiagnostik.
- **Mangelnde Vernetzung** der verschiedenen Fachdisziplinen und Versorgungsstrukturen wirken sich besonders in der Versorgung der von **Brustkrebs** betroffenen Frauen aus. Erste Ansätze z. B. für Brustkrebszentren oder Disease Management Programme sind vorhanden, die es weiter umzusetzen gilt. Eine rasche Ausweitung vergleichbarer Maßnahmen der **Qualitätssicherung** der gesundheitlichen Versorgung auch auf andere Erkrankungen und Problemfelder ist erforderlich.
- Eine zentrale Botschaft des vorliegenden Berichts ist das Sichtbarmachen der **Abhängigkeit von Gesundheit und des Zugangs zum Gesundheitssystem** von **sozialen Ungleichheiten** – nicht nur was das Geschlecht betrifft, sondern auch hinsichtlich des Alters (z. B. spezielle gesundheitliche Probleme und Bedürfnisse von Mädchen, jungen Frauen, Frauen in der reproduktiven Phase, Frauen in den Wechseljahren, pflegebedürftigen älteren Frauen), der Familien- und Lebensform (Alleinerzieherinnen, mehrfach belasteten Frauen, ...), der ethnischen Zugehörigkeit (v. a. Migrantinnen, Asylantinnen), der Bildung und der sozialen Schicht. Hier gilt es zukünftig, den im Gesundheitssystem Arbeitenden im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung **Sensibilität** für die **Diversität** ihrer KlientInnen und PatientInnen vermehrt nahe zu bringen.
- Für Frauen mit **besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen**, v. a. chronisch kranke Frauen (z. B. mit Diabetes, Rheuma, HIV/AIDS, ...), Frauen mit Behinderung, Frauen mit Drogensucht und psychisch kranke Frauen sind frauenspezifische Pflege- und Betreuungsangebote zu entwickeln.
- Eine **Fehl-, Unter-** oder **Übermedikalisierung** von Frauen ist in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen festzustellen. Beispiele sind die häufigere Verschreibung von Psychopharmaka an Frauen, wobei hier besonders **ältere Frauen** betroffen sind oder der Bereich der **sexuellen und reproduktiven Gesundheit** von Frauen (z. B. zunehmender Einsatz der Pränataldiagnostik, Technisierung der Geburt, Hormonersatztherapie für Frauen in der Menopause, ...). Hier ist zum einen die Verschreibungspraxis der ÄrztInnen zu hinterfragen, zum anderen aber auch den Frauen umfassende Information im Sinne eines „**shared decision making**“, also einer selbst bestimmten Entscheidung, anzubieten.
- Die Unterrepräsentanz von Frauen in **Arzneimittelstudien** wurde in den letzten Jahren zwar zunehmend erkannt, jedoch noch immer nicht gänzlich behoben. Die mangelnde Repräsentanz betrifft auch Kinder und ältere Menschen. Konkrete Maßnahmen, wie z. B. eine entsprechende Änderung des Arzneimittelgesetzes, wurden noch nicht gesetzt.
- Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung zu rechnen. Die höhere Lebenserwartung von Frauen wird vor allem im hohen Alter den Frauenanteil noch weiter steigern. Der Aspekt, dass „**das Altern weiblich ist**“ wurde bislang noch zu wenig in Versorgung und Pflege von Älteren be-

rücksichtigt. Frauen sind, wenn sie pflegebedürftig werden, häufiger als Männer auf Einrichtungen der Altenhilfe angewiesen. Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen sollte daher verstärkt frauenspezifische Aspekte einbeziehen, beispielsweise im Bereich der Medikamentenversorgung, bei der Therapie psychischer Erkrankungen, aber auch bei der Vernetzung mit anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.

- Die **Darstellung des weiblichen Körpers in Medien und Werbung** in Form eines nur schwer erreichbaren ewig jungen Schlankheits- und Schönheits-Ideals kann negative Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit von Frauen haben, z. B. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und beeinträchtigtes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, was zum Einsatz medikamentöser Mittel (z. B. Hormonersatztherapien) oder gar von Schönheitsoperationen und im Extremfall zur Magersucht führen kann. Hier wurde zwar ein Bewusstseinsbildungsprozess in Gang gesetzt, dieser bedarf jedoch noch weiterer Verbreitung.
- Die **Gesundheit von Frauen am Arbeitsplatz** ist ein noch nicht ausreichend berücksichtigtes Thema, obwohl deutliche Geschlechtsunterschiede in der Arbeitswelt bestehen. Aber auch die Gesundheit von **Frauen, die überwiegend zu Hause tätig sind**, sei es als Hausfrau oder berufstätige **Mutter** oder als **Pflegende für Angehörige**, bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Als Ansatzpunkt für zukünftige Maßnahmen sind konkrete Belastungen und Ressourcen zu erkennen und entsprechende Unterstützungsangebote – wie z. B. flexibel reagierende mobile Pflege, Urlaubsbetreuung, Tages- und Nachtbetreuung zur Unterstützung pflegender Angehöriger – vermehrt bereit zu stellen und Verbesserungen hinsichtlich der finanziellen Absicherung der Pflegenden (z. B. betreffend den Pensionsanspruch) zu forcieren.
- Im vergangenen Jahrzehnt hat in Wien ein intensiver Prozess des Erkennens der Rolle des Gesundheitssystems in der Bekämpfung von **Gewalt gegen Frauen und Kinder stattgefunden.** Im Zuge des Inkrafttretens des Gewaltschutzgesetztes im Jahr 1997 wurden zahlreiche Maßnahmen der Prävention, Früherkennung und Dokumentation von Gewalt gesetzt und Einrichtungen zur Betreuung der Opfer geschaffen. Dennoch ist hier weitere Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung wie in Fachkreisen erforderlich.
- Frauen sind im **Gesundheitssystem** in **Entscheidungspositionen** noch immer unterrepräsentiert, obwohl sie insgesamt die Mehrheit der MitarbeiterInnen stellen. Die mangelnde Repräsentanz gilt auch für Frauen in Führungspositionen in **Gesundheitspolitik** und **Forschung**.
- Obwohl sich im vergangenen Jahrzehnt in Wien und Österreich **Gesundheitsstatistik** und **Gesundheitsberichterstattung** sehr positiv entwickelt haben, fehlt – nicht nur im Bereich der Frauengesundheit – eine umfassende **gesundheitswissenschaftliche Forschung** (Epidemiologie, Versorgungsforschung, Evaluation, ...). Forschung ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Umsetzung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung, da sie wesentlich dazu beitragen kann, dass anstehende Probleme erkannt und bewältigt werden.

XII.
ANHANG

ANNEX

INHALT

12 ANHANG **485**
12.1 LITERATUR 485
12.2 AUSGEWÄHLTE LINKS 511
12.3 ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME 514
12.4 GLOSSAR 515
12.5 WHO-RICHTLINIEN ZUR ERSTELLUNG VON FRAUENGESUNDHEITSBERICHTEN 519