Entschließungsantrag

XXII. GP.-NR
851 /A(E)
29. Juni 2006

der Abgeordneten Gabriele Heinisch-Hosek
und GenossInnen
betreffend **„Gender Medicine"**

Schon Anfang der neunziger Jahre erschien im New England Journal of Medicine ein Artikel von Bernadine Healy, damalige Direktorin des National Institute of Health in den USA, in dem sie meinte, dass Frauen erst beweisen müssen, so krank zu sein wie ein Mann, um dieselbe Behandlung zu erhalten. Dieses Phänomen bezeichnete sie als „Yentl-Syndrom". Die medizinisch-pharmazeutische Forschung orientiert sich nach wie vor überwiegend am Modell Mann, obwohl bekannt ist, dass Frauen andere Symptome als Männer aufweisen und auch die Wirksamkeit von Medikamenten unterschiedlich ist. Gender – bezogen auf Gesundheit – bedeutet die Berücksichtigung von Gesundheitsstatus und Determinanten von Frauen und Männern, von genderspezifischen Hürden im Zugang zu Leistungen aus dem Gesundheitssystem, von Auswirkungen von gesundheitspolitischen Maßnahmen, der Verteilung und Entlohnung von Gesundheitsarbeit sowie der Partizipation an Gesundheitspolitik und Entscheidungsfindung. Frauen und Männer haben eine unterschiedliche Auffassung von Gesundheit.

Während Männer Gesundheit mit „Leistungsfähigkeit" gleichsetzen, ist für Frauen Gesundheit mit dem eigenen Körpererleben unter Einbeziehung sozialen Wohlbefindens verbunden. Diese unterschiedlichen Auffassungen haben zur Folge, dass Männer häufiger mit somatischen Diagnosen, Frauen dagegen häufiger mit psychosomatischen Diagnosen konfrontiert sind.

Das Krankheitsspektrum von Männern und Frauen unterscheidet sich auch über den Lebenszyklus gesehen. Während Buben vom ersten bis zum zwölften Lebensjahr häufiger krank sind als Mädchen, sind aber ab der Pubertät Mädchen häufiger krank und schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. Mädchen zeigen internalisierende Symptome (depressive Stimmungen, Ängste, Einsamkeitsgefühle, Essstörungen, etc.), Buben dagegen eher externalisierende Symptome (Aggressivität, riskante Verhaltensweisen, etc.).

Im mittleren Erwachsenenalter leiden Frauen häufiger an chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich, Männer leiden häufiger an Krankheiten, die zum Tod führen können (z.B. Herz- Kreislauferkrankungen).

Im Alter überwiegen Frauen bei chronischen Erkrankungen mit funktionellen Beeinträchtigungen. Die Rangreihe der zehn häufigsten Krankheiten und Todesursachen ist ident, aber Frauen versterben an allen Krankheiten später.

Die Lebenserwartung in Österreich liegt bei Frauen bei 81,2 Jahren, die der Männer bei 75,5 Jahren. Die Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr liegt bei Frauen bei 13 Prozent, bei Männern bei 30 Prozent. In den Industrieländern holen aber die Männer mehr als die Frauen bezüglich Lebenserwartung auf.

Männer unter 50 Jahren erleiden dreimal so häufig einen Herzinfarkt, wie gleichaltrige Frauen. 44 Prozent der Männer, aber nur 36 Prozent der Frauen überleben einen Herzinfarkt. Die Leitsymptome bei Herzinfarkt unterscheiden sich bei Männern und Frauen.

Frauen und Männer erhalten oft dieselben Medikamente in gleicher oder ähnlicher Dosierung, obwohl deutliche Unterschiede im Stoffwechsel, in der Zell- und in der Hormonstruktur zwischen den Geschlechtern bestehen. Medikamente werden in der Regel an Männern getestet – die Ergebnisse sind nur eingeschränkt übertragbar, da der weibliche Körper anders reagiert.

Ein weiteres wesentliches Problem in Zusammenhang mit Frauengesundheit ist Armut. Obwohl der Großteil der messbaren Arbeit weltweit von Frauen geleistet wird, ist Armut weiblich. Die Einkommensunterschiede in Österreich betragen zirka 30 Prozent. Besonders die Geburt eines Kindes und höheres Alter sind maßgebliche Armutsfaktoren. Auch das muss in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.

Da Fortschritte auf dem Gebiet der Frauengesundheit hauptsächlich von Frauen vorangetrieben wurde, ist es notwendig, den Frauenanteil in Positionen mit Entscheidungskompetenz im Gesundheitswesen zu stärken. Während der Anteil der weiblichen Medizin-Studierenden im Jahr 2000 bereits fast 60 Prozent betrug, spiegelt sich dieser Prozentsatz nicht in den Personalstrukturen an den Universitäten wider. Die Medizinische Universität Wien weist beispielsweise (per 1.1.2004) einen überdurchschnittlich hohen Frauenanteil im Bereich der drittmittelfinanzierten Dienstposten auf, in allen anderen Bereichen – Ausbildung, AssistentInnen, Assistenz-ProfessorInnen, DozentInnen, ProfessorInnen – überwiegen bei weitem die Männer. Im Bereich der ProfessorInnen beträgt der Frauenanteil sogar unter 10 Prozent.

Folgende Vorteile für Frauen und Männer könnten durch eine geschlechtersensible Medizin erreicht werden:

- Identifikation spezifischer Präventionsbedürfnisse und Aufdecken spezifischer Präventionspotenziale für Frauen und Männer.
- Darstellung der (unterschiedlichen) Versorgung und Versorgungszugänge für Frauen und Männer.
- Identifizierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Frauen und Männern.
- Identifizierung von Medikalisierungen (beispielsweise Hormonersatztherapie).

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgenden

Entschließungsantrag

„Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen wird aufgefordert, dem Nationalrat eine Regierungsvorlage zu übermitteln, die folgende Zielsetzungen verfolgt bzw. Grundsätze beinhaltet:

- Alle öffentlichen Fördervorhaben im Gesundheitswesen, in der Aus- und Weiterbildung, Präventions- und Behandlungsprogrammen dürfen nur bei Einbeziehung geschlechterbezogene Aspekte vergeben werden.
- Die Geschlechterfrage muss in allen Versorgungsprogrammen implementiert werden.
- Regelmäßig sind Frauengesundheitsberichte auf Länder- und Bundesebene zu erstatten.
- Errichtung eines Forschungszentrums „Frauen- und Geschlechterforschung im Gesundheitswesen.
- Reform des UG 2002: wieder mehr Mitgestaltungsmöglichkeit und Mitspracherechte für Mittelbau und Studierende sowie gesicherte Arbeitsverhältnisse für Wissenschafterinnen sowie Stärkung des Arbeitskreises für Gleichbehandlung an den Unis durch Wiedereinführung der Entscheidungskompetenz, da durch das UG 2002 die männliche Vormachtstellung auch an den Medizin-Unis gestärkt wurde.
- Verbindliche Implementierung genderspezifischer Lehre und Forschung an den Universitäten.
- Bereitstellung ausreichender zusätzlicher finanzieller Mittel für Genderforschung und -lehre.

- Frauengesundheitszentren müssen im Krankenanstaltengesetz verpflichtend vorgesehen werden.
- In jedem Bundesland muss ein Frauengesundheitszentrum errichtet und eine Frauengesundheitsbeauftragte eingesetzt werden.
- In der Arzneimittelforschung muss verpflichtend der Geschlechteraspekt berücksichtigt werden.
- Beipacktexte von Arzneimitteln müssen verpflichtend die Auswirkungen auf Frauen und Männer getrennt ausweisen."

Zuweisungsvorschlag: Gleichbehandlungsausschuss