



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR Europa

REGIONALKOMITEE FÜR EUROPA
66. TAGUNG

Kopenhagen (Dänemark), 12.–15. September 2016

Strategie zur Förderung der Gesundheit von Frauen in der Europäischen Region der WHO



© Kuzma/Thinkstock



Arbeitsdokument



Weltgesundheitsorganisation

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

Regionalkomitee für Europa

66. Tagung

Kopenhagen, 12.–15. September 2016

Punkt 5 h) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC66/14

+ EUR/RC66/Conf.Doc./10

1. August 2016

160519

ORIGINAL: ENGLISCH

Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO

Der Entwurf der Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO basiert auf einer Überprüfung der vorhandenen Evidenz, auf der Stellungnahme des Dreiundzwanzigsten Ständigen Ausschusses des WHO-Regionalkomitees für Europa, auf der Rückmeldung von einschlägigen Sachverständigen, auf Online-Konsultationen und Zusammentreffen mit den Mitgliedstaaten sowie auf Rückmeldungen aus den WHO-Netzwerken „Regionen für Gesundheit“ und „Gesunde Städte“.

Inhalt

	Seite
Einführung	3
Evidenz	4
Zukunftsvision	7
Auftrag	8
Leitgrundsätze	8
Prioritäten und zentrale Handlungsfelder	10
Stärkung der Politiksteuerung zugunsten der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen – mit Frauen im Mittelpunkt	10
Beseitigung diskriminierender Wertvorstellungen, Normen und Praktiken, die sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mädchen und Frauen auswirken	12
Bekämpfung der negativen Auswirkungen geschlechtsbedingter, sozialer, ökonomischer, kultureller und umweltbedingter Determinanten auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen	13
Verbesserung der Maßnahmen von Gesundheitssystemen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen	15
Zeitraumen, Umsetzung und Unterstützung durch das Regionalbüro	17
Beobachtung und Rechenschaftslegung	18
Quellenangaben	18

Einführung

1. Auch wenn Frauen in der Europäischen Region der WHO insgesamt über ein höheres Maß an Gesundheit und Wohlbefinden verfügen als Frauen in anderen Teilen der Welt, so trifft dies doch nicht unbedingt auf alle Frauen zu. Die gesundheitlichen Ungleichgewichte unter Frauen innerhalb von wie auch zwischen Ländern der Region sind immer noch unannehmbar groß. Dies geht aus dem Bericht mit dem Titel *Beyond the mortality advantage (1)* [dt. etwa: Jenseits des Mortalitätsvorteils] hervor, der im September 2015 auf der 65. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im Rahmen einer Fachinformationssitzung zur Gesundheit von Frauen erörtert wurde.

2. Die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO orientiert sich an den Wertvorstellungen von „Gesundheit 2020“ (2), dem Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden, in dem anerkannt wird, dass das soziale Geschlecht eine Determinante von Gesundheit ist, die mit anderen sozialen und umweltbedingten Determinanten zusammenwirkt, und in dem die allgemeine Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten als ein Mechanismus zur Verwirklichung von Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern propagiert wird. Unter „sozialem Geschlecht“ wird die Gesamtheit der sozial konstruierten Rollen, Verhaltensweisen und Attribute verstanden, die die Gesellschaft als für Frauen und Männer angemessen ansieht. Ein Gleichstellungsansatz bringt die Notwendigkeit mit sich, die Determinanten der Gesundheit von Männern ebenso gründlich zu untersuchen wie für die Gesundheit von Frauen, um Maßnahmen und Strategien stärker am Bedarf von Männern wie Frauen im gesamten Lebensverlauf auszurichten. Deshalb soll künftig eine Analyse der Determinanten der Gesundheit von Männern vorangetrieben werden. Die vorliegende Strategie konzentriert sich auf die Determinanten der Gesundheit von Frauen, ohne dabei automatisch Vergleiche zwischen Frauen und Männern vorzunehmen.

3. Die Strategie beinhaltet vorrangige Handlungsfelder nach Maßgabe von „Gesundheit 2020“ und bietet Orientierungshilfe für die Optimierung von Investitionen in die Gesundheit von Mädchen und Frauen, u. a. durch Verfeinerung bestehender nationaler Politikkonzepte und Strategien mit dem Ziel, sie mit der vorliegenden Evidenz in Einklang zu bringen und sie besser an den Bedarf von Frauen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden im gesamten Lebensverlauf anzupassen. Dies macht ein Handeln der Gesundheitsministerien erforderlich – sowohl eigenständig als auch in Zusammenarbeit mit anderen Ressorts wie Frauen-, Sozial-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. Es erfordert auch einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz, der den außerordentlichen Beitrag von Frauen zum gesellschaftlichen, familiären und beruflichen Leben anerkennt und der Frauen zu selbstbestimmtem Handeln befähigt, indem er ihre Mitwirkung an für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden maßgeblichen Entscheidungen im gesamten Lebensverlauf stärkt.

4. Die globalen Anstrengungen zur Förderung der Gesundheit von Frauen wurden von den Mitgliedstaaten durch die Annahme der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und der dazugehörigen Nachhaltigkeitsziele (SDG) unterstützt. Besonders hervorzuheben sind die SDG 3, 5 und 10, die Gesundheit und Wohlbefinden, die Verwirklichung der Geschlechtergleichstellung bzw. die Verringerung der Ungleichheit betreffen. Diese werden durch die Globale Strategie der WHO für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen (2016–2030) (3) und den Plan zu deren Umsetzung (4) weiter gestärkt,

denen die Mitgliedstaaten auf der 69. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 zugestimmt haben.

5. Mit der neuen Strategie sollen diese Anstrengungen in der Europäischen Region und in den Ländern forciert und zentrale Handlungsfelder aufgezeigt werden, die auf die Verringerung der gesundheitlichen Benachteiligung von Frauen im gesamten Lebensverlauf abzielen. Mit Blick auf wichtige Prioritäten für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen – einschließlich der Bereiche Familienplanung, Sexualerziehung, sexuelle und reproduktive Rechte und Prävention von Gebärmutterhalskrebs – wird in dieser Strategie auf den Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in der Europäischen Region – Niemanden zurücklassen (EUR/RC66/13) verwiesen.

Evidenz

6. Frauen und Männer haben das gleiche Recht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und psychischer Gesundheit. Doch trotz großer Fortschritte auf diesem Gebiet gibt es immer noch kein Land in der Europäischen Region der WHO, in dem Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern beim Zugang zu Ressourcen herrscht (5). Geschlechtsspezifische Ungleichheiten sowie Ungleichheiten hinsichtlich der sozialen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit bilden den Kern des Problems der gesundheitlichen Benachteiligung von Mädchen und Frauen in der Europäischen Region und müssen entschlossen bekämpft werden, wenn das strategische Ziel von „Gesundheit 2020“, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, erreicht werden soll.

7. Seit der Verabschiedung des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung sowie der Aktionsplattform von Beijing Mitte der 1990er Jahre bemühen sich die Regierungen um Maßnahmen zur Erfüllung der darin eingegangenen Verpflichtungen (6). Doch trotz der bereits erzielten Fortschritte herrscht noch ein erheblicher Handlungsbedarf. Dies wurde von der Kommission der Vereinten Nationen für die Rechtsstellung der Frau am Jahrestag der Konferenz von Beijing 2015 hervorgehoben (7). Der Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit trägt diesem Umstand Rechnung und untersucht den Gesamtbedarf von Frauen und Männern in Bezug auf Sexual- und Reproduktionsgesundheit unter dem Blickwinkel der Menschenrechte.

8. Die Lebenserwartung von Frauen stieg zwischen 2000 und 2012 in allen Ländern der Europäischen Region mit einer Ausnahme an und ist in sämtlichen 53 Mitgliedstaaten nach wie vor höher als für Männer. Diesem so genannten „Sterblichkeitsvorteil“ von Frauen steht jedoch möglicherweise eine geringere Zahl von Lebensjahren ohne Behinderung oder Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten gegenüber. Frauen bewerten im Vergleich zu Männern die eigene Gesundheit niedriger, geben mehr Erkrankungen an und verzichten häufiger aus finanziellen Gründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Eine Gleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für Bewohnerinnen ländlicher Gebiete, Angehörige von Minderheiten sowie den weiblichen Anteil unter Flüchtlingen, Migrantinnen, Asylbewerberinnen und Häftlingen nicht gegeben (6).

9. In der Europäischen Region wurden für Frauen aller Altersstufen Daten in Bezug auf Sterblichkeit, Krankheitslast und Wohlbefinden untersucht (1). In den frühen Lebensphasen herrschen rein körperliche Gesundheitsprobleme vor; bei jungen Frauen entwickeln sich depressive Störungen und Angststörungen am Übergang zum Erwachsenenleben; und ältere Frauen sind häufiger von Kreuzschmerzen, ischämischer Herzkrankheit und Krebserkrankungen betroffen (1). Die Ergebnisse der Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter 2013/2014 (8) zeigen einen deutlichen Rückgang des subjektiven Wohlbefindens von Mädchen während der Pubertät.

10. Die Daten wurden mit dem Ziel untersucht, die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Ungleichheiten und der wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit (z. B. Einkommen, Zugang zu Finanzmitteln, Bildungschancen, Beschäftigung, Arbeitsbedingungen, soziale Absicherung und Umwelt) in entscheidenden Lebensphasen zu ermitteln, um die Priorisierung von Interventionen zu ermöglichen, die die Gesundheit von Mädchen und Frauen während ihres gesamten Lebens verbessern.

11. Trotz beträchtlicher Fortschritte, etwa in Bezug auf Bildung und Teilhabe, wirken sich die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Beschäftigung, Arbeitsbedingungen und beruflicher Segregation weiter negativ aus. Die Analyse ist jedoch mit Schwierigkeiten verbunden, denn obwohl die Bemühungen zur Verbesserung von nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselten Daten intensiviert wurden, gibt es weiterhin Defizite bei der Zusammenstellung und Analyse solcher Daten in Verbindung mit anderen Variablen wie Einkommen, Wohnort und Bildung (1).

12. Negative Geschlechterstereotypen¹ haben gesundheitliche Auswirkungen auf Frauen in Bezug auf Selbstvertrauen und Wohlbefinden. Vor allem die Sorge um die äußere Erscheinung verursacht bei vielen Mädchen und jungen Frauen Essstörungen und andere psychische Gesundheitsprobleme wie Depressionen und Angstzustände. Darüber hinaus ebnen Vorurteile und Sexismus den Weg für bestimmte Formen der Unterdrückung wie sexuelle Belästigung und geschlechtsspezifische Gewalt (10). Geschlechterstereotypen haben auch Auswirkungen auf die Reaktion der Gesundheitssysteme, z. B. bei der Unter- bzw. Überdiagnose bestimmter Erkrankungen (11).

13. Der Umstand, dass in allen Ländern und in allen Bevölkerungsgruppen nach wie vor Gewalt gegen Frauen angewendet wird, verdeutlicht, dass Gewalt weiterhin als eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit bekämpft werden muss. Nach Schätzungen der WHO erlebt in den Ländern der Europäischen Region jede vierte Frau im Laufe ihres Lebens Gewalt durch einen Intimpartner. Mädchen und Frauen brauchen Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt. Darunter fallen auch Gewaltanwendung durch Intimpartner, sexuelle Gewalt, die Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen, Frühehen, Ausbeutung, Missbrauch und ungewollte Sterilisierung. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die sozialen Medien aufgrund von Aktivitäten wie Cybermobbing mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für junge Frauen in Verbindung gebracht wurden (1). Anbieter von Gesundheitsleistungen sind oft nicht

¹ Unter Geschlechterstereotypen wird die Praxis der Zuschreibung bestimmter Attribute, Eigenschaften oder Rollen an einzelne Personen einzig und allein aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur gesellschaftlichen Gruppe der Frauen oder der Männer verstanden (9)

ausreichend dafür gerüstet, die Ursachen und Erscheinungsformen von Praktiken wie vorgeburtlicher Geschlechtswahl und Genitalverstümmelung zu verstehen und dagegen anzugehen. Deshalb gilt es, ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihre Qualifikationen dafür zu verbessern, solche Praktiken zu erkennen und zu verhindern, ohne Frauen weiter zu stigmatisieren oder zu diskriminieren.

14. Die Exposition von Frauen gegenüber Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten erhöht ihr Risiko, zu einem früheren Zeitpunkt im Leben von Krankheit und Behinderung betroffen zu sein. Mehr als 50% der Frauen in der Europäischen Region sind übergewichtig, und Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau weisen eine höhere Prävalenz der Adipositas auf als Männer mit vergleichbarem Bildungsstand. Darüber hinaus bewegen sich heranwachsende Mädchen weniger und holen in vielen Ländern in Bezug auf den Tabak- und Alkoholkonsum die männlichen Jugendlichen ein, was durch speziell auf junge Menschen abzielende Werbekampagnen der Tabak- und Alkoholindustrie begünstigt wird (1).

15. Die von nichtübertragbaren Krankheiten ausgehenden Risiken für Frauen können durch geschlechtsbedingte Verzerrungen in den Gesundheitssystemen erhöht werden. Denn obwohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen die führende Todesursache bei Frauen in der Europäischen Region sind, werden sie immer noch primär als ein Gesundheitsproblem von Männern wahrgenommen. Aufgrund der Wahrnehmung, dass Frauen physiologisch vor diesen Krankheiten geschützt sind, wird ihr Erkrankungsrisiko oft unterschätzt. Zwar sind Frauen im gebärfähigen Alter weniger gefährdet, doch lässt dieser Schutz nach der Menopause nach, sodass ihre Gefährdung steigt. Bei der Bewertung und der Steuerung des kardiovaskulären Risikos von Frauen werden häufig besonders wichtige Faktoren wie Diabetes, Adipositas, Bewegungsmangel und Rauchen vernachlässigt.

16. Schwere depressive Störungen sind regionsweit die wichtigste Krankheitsursache bei heranwachsenden Mädchen und bei Frauen, und Demenzerkrankungen und Alzheimer-Krankheit gehören bei älteren Frauen in Westeuropa zu den wichtigsten Ursachen für Krankheit (1). Die Folgen sozioökonomischer Ungleichheiten wirken sich in hohem Maße auf die psychische Gesundheit von Frauen aus; dies betrifft sowohl Patientinnen als auch informelle Pflegepersonen. Die Behandlungslücken bei jungen Frauen, die nach Erreichen der körperlichen Reife an Depressionen und Angstzuständen leiden, erfordern angesichts der großen Häufigkeit solcher Erkrankungen ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit.

17. Eine geschlechtsbedingt unterschiedliche Empfindlichkeit gegenüber giftigen Stoffen kann in Verbindung mit geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung die Exposition wie auch die Anfälligkeit von Mädchen und Frauen gegenüber Chemikalien und Schadstoffen erhöhen. Aufgrund der nach wie vor herrschenden Arbeitsteilung und der häufig fehlenden Wasserversorgung innerhalb von Haushalten verbringen Frauen und Mädchen in manchen Teilen der Europäischen Region, insbesondere in ländlichen Gebieten, oft einen beträchtlichen Teil ihrer Zeit damit, Trinkwasser zu holen. Dies kann zur Folge haben, dass Mädchen Lernchancen verpassen. Wenn es in Gesundheitseinrichtungen keine ausreichende Wasserversorgung und keine entsprechenden sanitären Anlagen und hygienischen Bedingungen gibt, so kann dies die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Frauen verhindern oder verzögern (12).

18. In Gebieten, in denen für das Heizen und Kochen im Haushalt Festbrennstoffe (Holz, Holzkohle, Kohle, Dung und Ernteabfälle) an offenen Feuerstellen oder traditionellen Herden verbrannt werden, sind Frauen und kleine Kinder, die einen beträchtlichen Teil ihrer Zeit zu Hause in geschlossenen Räumen verbringen, unverhältnismäßig stark einer hohen Raumluftverschmutzung ausgesetzt, die in Form gesundheitsschädlicher Schadstoffe wie Feinstaub und Kohlenmonoxid auftritt (13). Nach Schätzungen sind in der Europäischen Region 117 200 Todesfälle pro Jahr auf Raumluftverschmutzung im Haushalt zurückzuführen.

19. Zwar werden Frauen inzwischen stärker in klinische Versuche einbezogen, doch ist ihre Beteiligung an Studien zur Untersuchung der Sicherheit, des sicheren Dosierungsbereichs und der Nebenwirkungen besonders niedrig. Deshalb sind sich Gesundheitsfachkräfte nicht genügend der Bedeutung geschlechtsspezifischer Unterschiede in Bezug auf Krankheitssymptome und Krankheitsbekämpfung im gesamten Lebensverlauf bewusst, was zu Problemen bei Diagnose und Behandlung führen kann. So kann es bei Frauen in frühen Stadien der koronaren Herzkrankheit aufgrund scheinbar atypischer Symptome zu einer verzögerten Diagnosestellung kommen. Ebenso treten bei Frauen im Vergleich zu Männern 1,5-mal häufiger unerwünschte Wirkungen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf (1).

20. Frauen sind nicht nur als Erbringerinnen von Pflege- und Betreuungsleistungen im formellen und informellen Sektor überrepräsentiert, sondern auch als Empfängerinnen solcher Leistungen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen; dies gilt sowohl für Pflegeeinrichtungen als auch für den häuslichen Bereich. Die Internationalisierung der Langzeitpflege hat eine verstärkte Arbeitskräftemigration zur Folge, von der überwiegend Frauen betroffen sind. In vielen Ländern gibt es kaum formale Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten. Diese können zudem unzugänglich, unerschwinglich bzw. von geringer Qualität sein. Frauen jeglichen Alters stehen daher unter einem hohen Erwartungsdruck in Bezug auf die Gewährung generationsübergreifender Unterstützung (1).

21. Die Zusammenhänge zwischen Migration, Haushalten mit weiblichem Familienoberhaupt, der Feminisierung der Armut in ländlichen Gebieten und dem Zugang zu Gesundheitsleistungen müssen eingehender erforscht werden. Die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse der Migrantinnen und der von Migranten zurückgelassenen Frauen sollten in Verbindung mit der Strategie und dem Aktionsplan für die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO (EUR/RC66/8) thematisiert werden, die im September 2016 der 66. Tagung des Regionalkomitees vorgelegt werden.

Zukunftsvision

22. Die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen basiert auf einer Zukunftsvision für die Europäische Region der WHO, nach der alle Mädchen und Frauen darin unterstützt und in die Lage versetzt werden, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen und unter Achtung, Schutz und Verwirklichung ihrer Menschenrechte ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden zu erreichen, und nach der die Länder einzeln wie auch gemeinsam daran arbeiten,

geschlechtsbedingte und sozioökonomische Ungleichgewichte im Gesundheitsbereich inner- wie außerhalb der Europäischen Region abzubauen.

Auftrag

23. Mit der Strategie sollen die Regierungen und die maßgeblichen Akteure dazu angeregt werden, darauf hinzuarbeiten, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und Mädchen über die Gesundheit von Müttern und Kindern hinaus zu verbessern und dabei sicherzustellen, dass politische Handlungskonzepte und die Gesundheitssysteme Gleichstellungsaspekte gebührend berücksichtigen und auf einem Lebensverlaufansatz beruhen.

Leitgrundsätze

24. Die Leitgrundsätze der Strategie orientieren sich an den vereinbarten Grundsätzen, die „Gesundheit 2020“, der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung und der Globalen Strategie der WHO für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen (2016–2030) zugrunde liegen.

25. Die Verfolgung eines **auf Menschenrechte gestützten Ansatzes** bringt es mit sich, dass die Rechte von Frauen und das Recht auf Gesundheit zum integralen Bestandteil aller Prioritäten und Maßnahmen werden. Dies macht es erforderlich, alle Formen der Diskriminierung von Frauen und Mädchen zu beenden, indem sichergestellt wird, dass Frauen nicht nur gleichberechtigten Zugang zum politischen und öffentlichen Leben sowie zu Bildung, Gesundheitswesen und wirtschaftlichen Ressourcen, sondern in diesen Bereichen auch tatsächlich gleiche Chancen haben. Die Länder können auf der Grundlage bestehender Maßnahmen und Verpflichtungen die systematische Anwendung von Menschenrechtsnormen wie dem Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes fördern. Durch Verwendung der von allen Mitgliedstaaten unterzeichneten Menschenrechtsverträge und der damit verbundenen Verpflichtungen als Grundlage für die Strategie können Handlungskonzepte der Länder dem Ziel einer allmählichen Verwirklichung des Rechts aller Mädchen und Frauen in der Europäischen Region auf Gesundheit dienen. Dies wird dazu beitragen, die konkreten Zielvorgaben zum SDG 5 (Geschlechtergleichstellung) zu erreichen, nämlich alle Formen der Diskriminierung und alle Formen von Gewalt zu beenden und alle schädlichen Praktiken zu beseitigen.

26. Durch die Ausrichtung der Strategie auf **Chancengleichheit** wird anerkannt, dass Frauen keine homogene Gruppe bilden. Vielmehr variieren ihre Gesundheitschancen und -risiken entsprechend sozialen, wirtschaftlichen, umweltbedingten und kulturellen Einflüssen, denen sie während ihres gesamten Lebens ausgesetzt sind. Es muss geprüft werden, inwieweit sich geschlechtsspezifische Aspekte mit anderen Achsen sozialer Ungleichheiten überschneiden, etwa mit ethnischer Zugehörigkeit und Wohnort oder der ungleichen Verteilung der sozialen Determinanten von Gesundheit, wie Einkommen, Bildung und Beschäftigung. Ferner ist auch zu untersuchen, inwiefern sich spezifische Prozesse wie soziale Ausgrenzung und Diskriminierung, Klimawandel, Konfliktsituationen, humanitäre Krisen, Wirtschaftskrisen und Gegenmaßnahmen,

Migration und Menschenhandel auf die Anfälligkeit von Frauen gegenüber Gesundheitsproblemen auswirken können.

27. Ein **geschlechtergerechter** Ansatz spiegelt die Notwendigkeit von gesamtstaatlichen Maßnahmen für mehr Gleichstellung sowie von Gesundheitskonzepten wider, die geschlechtsbezogene Normen, Wertvorstellungen und Ungleichheiten berücksichtigen und Maßnahmen zur konkreten Verringerung ihrer schädlichen Folgen vorsehen. Die Länder können auf bestehenden Maßnahmen im Rahmen der SDG sowie der Erklärung und der Aktionsplattform von Beijing und des Aktionsprogramms der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung aufbauen. Dazu zählen im Einzelnen: Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs für Frauen zu Bildung, Beschäftigung und Macht; angemessene, bezahlbare und hochwertige Gesundheitsangebote, Gesundheitsinformationen und verwandte Dienstleistungen; Stärkung von Präventionsprogrammen, die die Gesundheit von Frauen fördern; geschlechtersensible Initiativen in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten, HIV/Aids sowie Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit; Förderung von Forschung und Verbreitung von Informationen über die Gesundheit von Frauen; und Erhöhung der Ressourcen für die Gesundheit von Frauen und Verstärkung der Überwachung des Folgeprozesses.

28. Die Förderung eines **Lebensverlaufansatzes** für die Gesundheit von Frauen geht von der Tatsache aus, dass das biologische und das soziale Geschlecht mit sozialen und umweltbedingten Gesundheitsdeterminanten zusammenwirken und darauf Einfluss haben, wie sich Gesundheitsrisiken und gesundheitlicher Nutzen im Laufe des Lebens summieren. Bei einem Lebensverlaufansatz für die Gesundheit von Frauen wird nicht nur anerkannt, dass die Gesundheit von Frauen wichtig ist, um Kindern einen besseren Start ins Leben zu ermöglichen und für die Familien zu sorgen, sondern es wird auch darauf abgezielt, mehr Gesundheit für Mädchen und Frauen als Selbstzweck zu erreichen, also unabhängig von ihrem Status als Mütter oder zukünftige Mütter oder Betreuungspersonen. Die Strategie verfolgt einen Lebensverlaufansatz im Einklang mit der Erklärung von Minsk (14), die auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020 angenommen wurde; darin heißt es: „Eine Einführung des Lebensverlaufansatzes in allen Bereichen staatlichen Handelns würde Gesundheit und Wohlbefinden verbessern, soziale Gerechtigkeit stärken und in allen unseren Ländern zu einer nachhaltigen Entwicklung sowie zu inklusivem Wachstum und Wohlstand beitragen.“

29. Ein zentraler Bestandteil der Strategie ist die **bereichsübergreifende Zusammenarbeit**. Die Strategie stärkt nicht nur die Rolle des Gesundheitswesens bei der Verbesserung der Gesundheit von Frauen, sondern benennt auch wesentliche Bereiche für die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen wie Bildung, Beschäftigung, soziale Sicherung, Umwelt und Zivilgesellschaft. Insbesondere den Ressorts Bildung, Beschäftigung, Landwirtschaft und Soziales kommt eine Schlüsselrolle bei der Beseitigung von geschlechtsbezogenen Vorurteilen und bei der Verbesserung des sozioökonomischen Status von Frauen durch eine geschlechtergerechte Sozialpolitik zu. Ein bereichsübergreifender Ansatz ist notwendig, um einen gleichen Zugang zu wirtschaftlichen Ressourcen sicherzustellen und unbezahlte Arbeit durch die Bereitstellung von staatlichen Leistungen, Infrastrukturen und Maßnahmen zur sozialen Sicherung zu honorieren – Grundsätze, die klar in der Zielvorgabe 4 des SDG 5 verankert sind. Gesamtstaatliches und

gesamtgesellschaftliches Handeln ist auch zur Erfüllung der Zielvorgaben von „Gesundheit 2020“ erforderlich.

30. Die Gewährleistung einer **wirksamen Beteiligung von Frauen** ist entscheidend. Frauen sind leistungsfähige Trägerinnen des Wandels, und die Strategie unterstützt ihre Führungsrolle und ihre Mitwirkung in Entscheidungsprozessen. Es hat sich gezeigt, dass die Beteiligung von Mädchen, Frauen und Gemeinschaften eine entscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche Ausarbeitung und Umsetzung von Strategien, Konzepten und Angeboten sowie eine anschließende Rechenschaftslegung ist. In Übereinstimmung mit dem Leitprinzip eines auf Menschenrechte gestützten Ansatzes muss die Beteiligung echt, transparent und repräsentativ und auf Mechanismen gestützt sein, die die Einbeziehung aller Mädchen und Frauen sicherstellen, einschließlich derjenigen, die sozial benachteiligt oder ausgegrenzt sind oder Minderheiten angehören.

Prioritäten und zentrale Handlungsfelder

31. Die nachstehend erläuterten Prioritäten wurden durch die Überprüfung der vorliegenden Evidenz, einen Konsultationsprozess mit Sachverständigen und eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und der Zivilgesellschaft ermittelt. Für die Prioritätensetzung wurde eine angepasste Fassung des vom Women and Gender Equity Knowledge Network der globalen Kommission der WHO für soziale Determinanten von Gesundheit entwickelten konzeptionellen Rahmens (15) herangezogen. Dieser bietet vielfältige und komplexe Erklärungsansätze dafür, welchen Einfluss das Geschlecht darauf hat, wie sich sozioökonomische Determinanten in unausgewogenen gesundheitlichen Resultaten niederschlagen. Dazu zählen vor allem diskriminierende Wertvorstellungen, Normen, Praktiken und Verhaltensweisen, eine unterschiedliche Exposition und Anfälligkeit gegenüber Krankheit, Behinderung und Verletzung, Verzerrungen in den Gesundheitssystemen sowie Verzerrungen in der Gesundheitsforschung. Dies wird durch die Anerkennung der weiterhin bestehenden Notwendigkeit ergänzt, dass zugunsten der Gesundheit und gesundheitlichen Chancengleichheit von Frauen die Politiksteuerung gestärkt werden muss.

32. Auf der Grundlage dieses Rahmens wurden Prioritäten im Lebensverlauf in Bezug auf vernachlässigte Themen sowie neu entstehende Prioritäten ermittelt. Sie erfordern Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitssystemen und zur Ausweitung der Zusammenarbeit mit anderen Ressorts. Diese Prioritäten orientieren sich auch an den Empfehlungen aus dem Abschlussbericht der Studie zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und dem Gesundheitsgefälle in der Europäischen Region der WHO (16).

Stärkung der Politiksteuerung zugunsten der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen – mit Frauen im Mittelpunkt

33. Die Verbesserung der Gesundheit von Frauen erfordert Veränderungen an der Politiksteuerung zugunsten von Gesundheit, die die lebenslangen Bedürfnisse von Frauen in die Gesundheitspolitik, in Konzepte für Gesundheit in allen Politikbereichen und in ressortübergreifende Maßnahmen integrieren. Eine Einbeziehung von Frauen, die sie in den Mittelpunkt dieser Veränderungen stellt, ist eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg. Die Anwendung eines auf Rechte gestützten Ansatzes erfordert dringendes

politisches Engagement und Investitionen in bewährte Interventionen und Programme sowie die Beseitigung struktureller, politischer und sozialer Hindernisse, die verhindern, dass Frauen ihr Potenzial in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden voll ausschöpfen können.

34. Die Mitgliedstaaten und die Partnerorganisationen können dafür Sorge tragen, dass politische Entscheidungsträger die politischen Rahmenbedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen verbessern, indem sie folgende Anreize und befähigende Mechanismen einführen:

- a) Erhebung und Verwendung aufgeschlüsselter Daten bei der Gestaltung von Handlungskonzepten und Programmen – Die Aufschlüsselung nach Alter und Geschlecht muss durch eine zusätzliche Aufschlüsselung in Bezug auf Behinderung, ethnische Zugehörigkeit, Bildungsniveau, Wohnort, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität ergänzt werden, damit politische Maßnahmen sowohl geschlechtsbedingte Benachteiligungen als auch mangelnde Chancengleichheit unter Frauen ins Visier nehmen können;
- b) Verbesserung von Transparenz und Rechenschaftslegung in Bezug auf die Frage, wie Prioritäten festgelegt, Daten erhoben und Forschungsmittel vergeben werden;
- c) Verbesserung der Finanzierung, um den gesundheitlichen Prioritäten von Frauen gerecht zu werden, und Einführung einer gleichstellungsorientierten Haushaltsplanung in allen gesundheitspolitischen Konzepten und Programmen;
- d) Bewertung der Auswirkungen der Gesundheit von Frauen auf nationale Strategien und Aktionspläne innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, um entscheidende Maßnahmen zu ermitteln;
- e) Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten bei Initiativen in Bezug auf die sozialen, ökonomischen, umweltbedingten und kulturellen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit;
- f) Schaffung neuer Möglichkeiten und Aufbau von Kapazitäten für die Teilhabe von Frauen als Bürgerinnen, Betreuungspersonen, Nutzerinnen und Patientinnen an der Führung und Verwaltung von Maßnahmen und Aktivitäten in der Gesundheitspolitik und den Gesundheitssystemen;
- g) Stärkung der ressortübergreifenden Mechanismen zwischen Gesundheits- und Bildungswesen, um geschlechtsbezogene Vorurteile in der Grund-, Sekundar- und Hochschulbildung zu beseitigen und Gleichstellungsaspekte in die Ausbildung des Gesundheitspersonals zu integrieren;
- h) Stärkung von Kooperationen und Partnerschaften zwischen dem Gesundheitswesen und der Zivilgesellschaft, insbesondere mit Organisationen, die sich für die Rechte und die Gesundheit von Frauen einsetzen;
- i) Aufbauen auf bestehenden Politikrahmen und Verpflichtungen wie jenen, die die Mitgliedstaaten im Rahmen des Prozesses Umwelt und Gesundheit in Europa eingegangen sind;
- j) Anpassung des globalen Aktionsplans zur Stärkung der Rolle des Gesundheitssystems bei der Bekämpfung von Gewalt, insbesondere gegen Frauen und Mädchen und generell gegen Kinder, im Rahmen bereichsübergreifender

Gegenmaßnahmen auf nationaler Ebene (17), der von der 69. Weltgesundheitsversammlung in Resolution WHA69.5 angenommen wurde; und

- k) Stärkung von Beobachtungsrahmen für die Gesundheit von Frauen auf der nationalen, subnationalen und kommunalen Ebene, die mit den Zielvorgaben und Indikatoren von regionsweiten und globalen Mechanismen in Einklang stehen.

Beseitigung diskriminierender Wertvorstellungen, Normen und Praktiken, die sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden von Mädchen und Frauen auswirken

35. Geschlechtsbezogene Wertvorstellungen sowie soziale und kulturelle Normen und Stereotypen, die diskriminierend wirken bzw. schädlich sind, führen zu Praktiken, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von Mädchen und Frauen beeinträchtigen (1). Dazu zählen: eine höhere Wertschätzung für Jungen als für Mädchen; die Auffassung, dass Männer das Recht haben, Frauen und Mädchen zu kontrollieren; schädliche traditionelle Praktiken²; Beschränkungen der bildungsmäßigen und beruflichen Wahlmöglichkeiten und Chancen von Frauen; geschlechtsbezogene Vorurteile; und institutionell bedingte geschlechtsbezogene Verzerrungen³, die das Fortbestehen diskriminierender Wertvorstellungen, Normen und Praktiken bewirken können.

36. Bei der Umsetzung der Strategie wird den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen geraten, im Hinblick auf ihre nationalen Strategien und Aktionspläne mit Relevanz für die Gesundheit von Frauen die nachstehend genannten Prioritäten in Erwägung zu ziehen:

- a) Entwicklung und Umsetzung von Gleichstellungsmaßnahmen und von ressortübergreifenden Konzepten, in denen Mädchen Wertschätzung erfahren und die Abschaffung schädlicher Praktiken angestrebt wird, etwa durch Stärkung von Maßnahmen wie der Datenerhebung über die Prävalenz von Frühehen oder Brautentführungen und der Erforschung der Antriebskräfte für solche Phänomene, und Bereitstellung des für sachgerechte Entscheidungen erforderlichen Wissens für Mädchen und ihre Familien und Propagierung des Werts von Mädchen in den betreffenden Gemeinschaften;
- b) Verbesserung der Kompetenz von Anbietern von Gesundheitsleistungen zur Abschaffung von Praktiken, die die Gesundheit von Mädchen und Frauen beeinträchtigen und ihre Menschenrechte verletzen, unter Berücksichtigung des Beziehungsgeflechts zwischen Alter und geschlechtsbedingten Ungleichheiten

² Zu den schädlichen traditionellen Praktiken zählen: weibliche Genitalverstümmelung; Zwangsernährung von Frauen; Frühehen; die verschiedenen Tabus oder Praktiken, die Frauen von der Kontrolle ihrer eigenen Fruchtbarkeit abhalten; ernährungsbedingte Tabus und traditionelle Geburtspraktiken; die Präferenz für Söhne und ihre Folgen für den Status von Mädchen; Tötung weiblicher Säuglinge; Frühschwangerschaften; und die Praxis der Mitgift (18).

³ Unter institutionell bedingter Verzerrung (institutional bias) wird die Tendenz bestimmter Institutionen verstanden, durch ihre Verfahren und Praxis bestimmte soziale Gruppen zu bevorzugen und aufzuwerten, andere hingegen zu benachteiligen und abzuwerten. Dies ist nicht zwangsläufig das Ergebnis eines bewussten Vorurteils oder bewusster Diskriminierung, sondern oft eher eine Folge der Einhaltung bestehender Regeln oder Normen durch die Mehrheit. Die häufigsten Erscheinungsformen dieses Phänomens sind institutioneller Rassismus und institutioneller Sexismus (19).

sowie anderen Determinanten sozialer Ungleichheiten, wie Armut, Migration und ethnische Zugehörigkeit, die die soziale Benachteiligung und die Stigmatisierung von Mädchen und Frauen erhöhen und ihren Zugang zu Leistungsangeboten sowie deren Reaktion beeinträchtigen;

- c) Sicherstellung der Durchführung von Interventionen der Gesundheitsförderung, die allen Mädchen und Frauen – unabhängig von Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, ethnischer Zugehörigkeit, Kultur und Religion – ein positives und starkes Selbstbild vermitteln. Deshalb gilt es, Geschlechterstereotypen aus allen Ebenen des Bildungswesens, aus den Lehrplänen für die Gesundheitsberufe und aus den Medien zu verbannen und namentlich Geschlechterstereotypen zu erkennen und in Frage zu stellen, die schon in frühen Lebensphasen wirken und sich im Laufe des Lebens verstärken und die bei Frauen gesundheitsschädliche Verhaltensweisen bzw. Folgen wie Essstörungen, Depressionen, Bewegungsmangel oder Suizid bewirken und sie zu bildungsmäßigen und beruflichen Entscheidungen veranlassen, die ihre Lebensqualität, ihre finanzielle Sicherheit und ihre Unabhängigkeit beeinträchtigen;
- d) Entwicklung innovativer Programme und Stärkung einer umfassenden Sexualerziehung mit dem Ziel, geschlechtsbezogene Normen und Wertvorstellungen grundlegend zu verändern, die Jungen und Männer zu riskanten Verhaltensweisen und zur Ausübung von Gewalt veranlassen und die das Fortbestehen von Diskriminierung und schädlichen Praktiken gegenüber Mädchen und Frauen bewirken; und
- e) Erkennung und Bekämpfung institutionell bedingter Verzerrungen, die ein Fortbestehen beabsichtigter oder unbeabsichtigter geschlechtsbedingter Diskriminierung in Bereichen wie Bildung, Beschäftigung, sozialer Sicherung, den Rentensystemen und der Krankenversicherung zur Folge haben können.

Bekämpfung der negativen Auswirkungen geschlechtsbedingter, sozialer, ökonomischer, kultureller und umweltbedingter Determinanten auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen

37. Das Armutsrisiko und das Risiko sozialer Ausgrenzung von Frauen sind sowohl zwischen als auch innerhalb von Ländern der Europäischen Region uneinheitlich verteilt. Doch generell gilt: Frauen tragen ein höheres Risiko in Bezug auf Krankheit und mangelndes Wohlbefinden, wenn sie weniger Jahre formelle Bildung genossen haben, über keinen Zugang zu Programmen für lebenslanges Lernen verfügen oder sich nicht an ihnen beteiligen, arbeitslos oder in schlecht dotierter Teilzeitarbeit tätig sind, früh geheiratet haben, die alleinigen Ernährerinnen sind, Migrantinnen sind, der Gruppe der LGBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender und Intersexuelle) zuzurechnen sind, einer Minderheit wie den Roma angehören, mit einer Behinderung leben, in fortgeschrittenem Alter sind, in ländlichen Gebieten wohnen bzw. sich in einer Katastrophensituation befinden oder von einer humanitären Krise betroffen sind.

38. Geschlechtsbedingte Lohn- und Rentengefälle existieren in allen Ländern der Europäischen Region und haben einen unmittelbaren negativen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen sowie auf ihre Chancen auf Inanspruchnahme von Leistungen. Dies gilt für alle Altersgruppen, aber in besonderem Maße für ältere Frauen. Trotz der Bemühungen mancher Länder zur Förderung politischer Innovationen, um die

wirtschaftliche Situation von Frauen zu verbessern, haben Teilzeitarbeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und unbezahlte Pflegearbeit insgesamt zugenommen.

39. Um den Unterschieden hinsichtlich der Exposition bzw. Anfälligkeit gegenüber Krankheit und mangelndem Wohlbefinden entgegenzuwirken, die durch das Zusammenwirken zwischen Geschlechternormen und anderen sozialen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit verursacht werden, sollten vorrangig folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- a) Auf der politischen Tagesordnung sollte ein besonderes Augenmerk auf Frauen gerichtet werden, die von vielfältigen Anfälligkeiten und schwerwiegender Ausgrenzung betroffen sind, etwa Migrantinnen, Frauen mit einem Bildungsabschluss unter der Sekundarstufe, Frauen, die in ländlichen und entlegenen Gebieten leben, Angehörige von Minoritäten, aber auch Frauen, die Opfer von Menschenhandel sind, Sexarbeiterinnen, ältere Frauen, Frauen, die wegen ihrer sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität diskriminiert werden, sowie Frauen, die in humanitären Krisen oder unter prekären Umständen leben.
- b) Die Rahmenbedingungen, die Umfeld und die konkreten Umgebungen, die Einfluss auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen haben, sollten verbessert werden, und zwar unter besonderer Berücksichtigung von Wohnsituation, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen und Arbeitsplatz sowie namentlich von Aspekten wie dem Zugang zu sauberem Trinkwasser und angemessenen sanitären Einrichtungen, der Raumluftverschmutzung und der Exposition gegenüber chemischen und physikalischen Gefahren. Dies dient dem Schutz der Gesundheit von Frauen und der weitestgehenden Vermeidung intrauteriner und frühkindlicher Exposition gegenüber Umweltgefahren, wie in der Erklärung von Minsk unterstrichen (14).
- c) Die Schnittstellen zwischen Biologie, dem sozialem Geschlecht und den sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Mädchen und Frauen müssen von der Kindheit bis in späte Lebensphasen systematisch analysiert und thematisiert werden.
- d) Es sollte sichergestellt werden, dass nationale Pläne gegen nichtübertragbare Krankheiten einen Gleichstellungsansatz umfassen, der darauf abzielt, der Zunahme von Risikofaktoren (z. B. Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) bei heranwachsenden Mädchen und erwachsenen Frauen in der Europäischen Region entgegenzuwirken, und dass zusammen mit anderen Ressorts und Akteuren die Zusammenhänge zwischen solchen riskanten Verhaltensweisen und ihren sozialen und ökonomischen Determinanten in Angriff genommen werden.
- e) Die ressortübergreifenden Mechanismen zwischen den Politikbereichen Gesundheit, Soziales und Beschäftigung sollten gestärkt werden, um die negativen Folgen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden vieler Frauen in der Europäischen Region zu reduzieren.
- f) Es sollte sichergestellt werden, dass Frauenarbeit nicht nur honoriert, sondern auch gleich mit der Arbeit von Männern eingestuft wird und dass die bezahlten und unbezahlten Beiträge von Frauen als Erbringerinnen von Pflege- und Betreuungsarbeit anerkannt und auch durch entsprechende Gegenleistungen honoriert werden. Dies könnte konkret etwa durch volle Anrechnung der aufgrund

von Pflege- und Betreuungsaufgaben entgangenen Arbeitszeiten bei der Berechnung der Renten oder durch grundlegende Veränderungen hin zu einer Beteiligung der Männer an den Pflege- und Betreuungsaufgaben geschehen.

Verbesserung der Maßnahmen von Gesundheitssystemen in Bezug auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen

40. Geschlechtersensible Gesundheitssysteme stellen sicher, dass in allen ihren Funktionen die Verknüpfungen zwischen Biologie, dem sozialen Geschlecht und den sozialen Determinanten gebührend berücksichtigt werden. Auch wenn sie sowohl Frauen als auch Männern zugutekommen, so können bestehende Verzerrungen negative doch Auswirkungen auf die Gesamtbevölkerung oder auf eine Gruppe haben. So werden Mädchen und Frauen im Gesundheitswesen häufig primär innerhalb ihrer Fortpflanzungsrolle gesehen, sodass weiterreichende gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern unberücksichtigt bleiben. Um sicherzustellen, dass Gesundheitssysteme auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen eingehen, müssen Steuerungsmechanismen, Politikkonzepte, die Sammlung und Verwendung von Daten, die Gestaltung von Leistungen, die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals, die Modalitäten der Finanzierung, die Grenzen der Kostenübernahme bzw. -erstattung, die Grundversorgungspakete, der Einsatz von Arzneimitteln und Technologien sowie Forschungsprioritäten und -kriterien allesamt gebührend berücksichtigt werden.

41. Auch aus der Sicht von Frauen als Patientinnen und als Erbringerinnen von Pflege- oder Betreuungsarbeit können Gesundheitssysteme dabei versagen, Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern zu verwirklichen. So wird häufig davon ausgegangen, dass Frauen Gesundheitsprobleme wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes in gleicher Weise wie Männer erleben. Diese Annahme kann sich in Fehldiagnosen sowie in unwirksamer und ungleicher Behandlung niederschlagen, wie Erkenntnisse aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen gezeigt haben (20).

42. Das Gesundheits- und Pflegewesen ist darauf angewiesen, dass Frauen als unbezahlte bzw. informelle Kräfte Schulungs-, Pflege- und Betreuungsarbeit leisten, insbesondere für Kinder, kranke Familienangehörige und ältere Menschen. Frauen sind im Gesundheits- und Sozialwesen überrepräsentiert, haben aber selten Führungs- oder Managementpositionen inne. Stattdessen besetzen sie zumeist schlechter bezahlte Stellen, auf denen sie größeren berufsbedingten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Das Gesundheitswesen kann mit gutem Beispiel vorangehen und die Chancen von Frauen auf bezahlte Beschäftigung sowie Arbeitsplatzsicherheit und finanzielle Sicherheit verbessern, indem es die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beim Gesundheitspersonal wie auch in der informellen Betreuungsarbeit in Angriff nimmt. Dazu gehört es auch, Personal- und Beschäftigungskonzepte im Gesundheitswesen in Bezug auf die Frage zu untersuchen, inwiefern sie eine Ungleichheit zwischen den Geschlechtern begünstigen bzw. sie für Frauen verschärfen. Zu den zentralen Bereichen mit Handlungsbedarf zählen die ausgewogene Vertretung von Frauen und Männern auf den Führungsebenen der medizinischen Forschungseinrichtungen, der öffentlichen Gesundheitsdienste und des Pflegewesens sowie angemessene Erziehungsurlaubsregelungen für Frauen und Männer und eine geregelte Kinderbetreuung.

43. Geschlechtsbezogene Verzerrungen im Gesundheitssystem spiegeln sich tendenziell in der Gesundheitsforschung wider, wenngleich sich dies aufgrund des verbesserten Wissensstandes über die sozialen Determinanten der Gesundheit sowie neuer Ansätze zur Bewertung der Auswirkungen der Sozial- und Familienpolitik auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen allmählich ändert. Andere Verzerrungen bestehen dagegen fort; so werden Arzneimittel und Behandlungen weiterhin eher auf die Physiologie von Männern als auf die von erwachsenen Frauen ausgerichtet. Eine Einschränkung der Beteiligung von Frauen an der Forschung beeinträchtigt den potenziellen Wert von Forschungsergebnissen und kann sich negativ auf die Gesundheit von Frauen auswirken.

44. Die Gesundheitssysteme sollten dafür sorgen, dass die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen in allen nationalen Gesundheitskonzepten und -strategien konsequent Berücksichtigung finden. Dies könnte durch folgende Maßnahmen geschehen:

- a) Gewährleistung der Erhebung, Analyse und Verwendung von nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Daten und Bildung von Querschnitten mit anderen Variablen wie Einkommen, Bildung und Wohnsitz im städtischen/ländlichen Raum;
- b) Förderung patientenorientierter Gesundheitsangebote, die dem Bedarf aller Frauen an Präventions- und Versorgungsangeboten während des gesamten Lebens gerecht werden, und nicht nur, wenn sie Mütter werden. Patientenorientierte Gesundheitsdienste stehen im Mittelpunkt von „Gesundheit 2020“, dem vom Regionalkomitee mit der Resolution EUR/RC62/R4 angenommenen Rahmenkonzept;
- c) Unterstützung gleichstellungsorientierter Konzepte⁴, die die Versorgung von Pflege- und Betreuungspersonen garantieren und nachhaltige Pflege- und Betreuungsmodelle gewährleisten, die den Druck auf Frauen nicht erhöhen und sie nicht dem Risiko sozialer Ausgrenzung aussetzen; Beispiele hierfür sind Konzepte, die durch Vaterschaftsurlaub und andere Maßnahmen die Beteiligung von Männern an der Betreuung der Familie erhöhen;
- d) Einführung gleichstellungsorientierter Konzepte in Bezug auf die Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachkräften, die die führende Rolle der Gesundheitssysteme bei der Förderung der Gleichstellung der Geschlechter am Arbeitsplatz demonstrieren;
- e) Stärkung des Wissens, der Qualifikationen und der Kompetenz des Gesundheitspersonals bei der Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Biologie, sozialem Geschlecht und anderen sozialen Gesundheitsdeterminanten sowie ihrer Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen und bei der Bekämpfung von Geschlechterstereotypen, die eine direkte oder indirekte

⁴ Auf der Skala der WHO zur Bewertung des Gleichstellungswertes setzen gleichstellungsorientierte Maßnahmen und Konzepte an den Ursachen geschlechtsbedingter gesundheitlicher Benachteiligungen an, indem sie Möglichkeiten zur Veränderung schädlicher Geschlechternormen, -rollen und -beziehungen aufzeigen. Das Ziel solcher Programme besteht oft darin, Gleichstellung zwischen den Geschlechtern zu fördern und allmähliche Veränderungen an den Machtverhältnissen zwischen Frauen und Männern herbeizuführen (21).

Diskriminierung von Frauen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zur Folge haben können;

- f) Förderung von Forschungsarbeiten und Innovationen, die durch das biologische oder soziale Geschlecht bedingte Verzerrungen bei der Anwendung von Arzneimitteln, der Leistungserbringung und der Gesundheitsförderung beseitigen und bewährte Praktiken aufzeigen und verbreiten;
- g) Unterstützung einer geschlechtersensiblen Medizin, um die Erkennung, Diagnose und Behandlung der verbreitetsten nichtübertragbaren Krankheiten und ihrer Risikofaktoren zu verbessern, wobei der Schwerpunkt auf frauenspezifischen Krankheiten (z. B. Endometriose), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Gesundheitsproblemen, Krebs und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung liegen sollte;
- h) Erhöhung des Anteils der Frauen an klinischen Versuchen, Durchführung einer Datenanalyse nach geschlechtsbezogenen Kriterien, Schärfung des Bewusstseins von Frauen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Aufbau der erforderlichen Kapazitäten unter Fachkräften;
- i) Sicherstellung von Maßnahmen in Politik und Verwaltung, die darauf abzielen, dass alle Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen nicht länger akzeptiert und toleriert werden, und Stärkung der Rolle des Gesundheitswesens sowie der fachlichen Kompetenz der Gesundheitsberufe für die Entdeckung und Versorgung von Frauen, die Gewalt durch ihre Intimpartner ausgesetzt sind, nach Maßgabe von Leitlinien und Protokollen der WHO; und
- j) Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Frauen, um zu gewährleisten, dass sie fundierte, evidenzbasierte, gesundheitsbewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen treffen können.

Zeitraumen, Umsetzung und Unterstützung durch das Regionalbüro

45. Die Strategie soll als Orientierungshilfe für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO dienen, die mit Unterstützung des Regionalbüros für Europa im Rahmen zweijährlich zu beschließender regionsweiter Aktivitäten sowie der Länder-Kooperationsstrategien durchgeführt werden sollen. Als solche Maßnahmen kommen in Frage:

- a) Überzeugungsarbeit zugunsten der Gesundheit von Frauen auf der subnationalen, nationalen und internationalen Ebene;
- b) Orientierungshilfe in Bezug auf die durchgehende Berücksichtigung geschlechtersensibler Maßnahmen in nationalen und subnationalen Konzepten und Strategien und Aufbau entsprechender Kapazitäten;
- c) Prüfung, Entwicklung und Umsetzung ressortspezifischer Konzepte und Strategien mit einem Schwerpunkt auf der Gesundheit von Frauen;
- d) Unterstützung der Entwicklung ressortübergreifender Kooperationen und Strukturen;
- e) Unterstützung der Führungsrolle von Ländern und Kommunen;

- f) Förderung der Beteiligung von Frauen an Entscheidungsprozessen als Trägerinnen des Wandels;
- g) fachliche Unterstützung bei der Erhebung und Analyse von Daten;
- h) Verbesserung der Systeme für epidemiologische Überwachung, Beobachtung und Evaluation;
- i) Stärkung der Rechenschaftslegung; und
- j) Verpflichtung des Regionalbüros zu einer Vorbildfunktion in Bezug auf diesen Ansatz.

Beobachtung und Rechenschaftslegung

46. Die Beobachtung und die Berichterstattung erfolgen in Verbindung mit dem Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“, der globalen Strategie für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen (2016–2030) und den Zielen für nachhaltige Entwicklung, um Überschneidungen zu vermeiden und die Rechenschaftslegung zu erleichtern. Um die Berichtslast für die Länder möglichst gering halten und aus Untersuchungen einen möglichst hohen Nutzen im Hinblick auf spätere Maßnahmen ziehen zu können, ist die Abstimmung über eine gemeinsame Plattform unverzichtbar.

47. Das Regionalbüro wird die Fortschritte bei der Politikentwicklung und -umsetzung regelmäßig überwachen und der 69. Tagung des Regionalkomitees im Jahr 2019 eine Überarbeitung und eine Halbzeitbilanz der Strategie vorlegen, die auf den neuesten verfügbaren Erkenntnissen beruhen.

Quellenangaben⁵

1. Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
2. Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2012 (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/de/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>).
3. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): survive, thrive, transform. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>).

⁵ Alle Quellenangaben wurden am 5. Juli 2016 eingesehen.

4. Operational plan to take forward the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/16; http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html).
5. The global gender gap report 2014. Geneva: World Economic Forum; 2014 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/>).
6. Beijing + 20 regional review of progress: regional synthesis. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (ECE/AC.28/2014/3; http://www.unece.org:8080/index.php?id=35329#).
7. Commission on the Status of Women. The political declaration adopted on the occasion of the 20th anniversary of the Fourth World Conference on Women. New York: UN Women; 2015 (E/2015/27; <http://www.unwomen.org/en/csw/csw59-2015>).
8. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al, editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
9. Gender stereotypes/stereotyping [website]. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2014 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx>).
10. Forum on the future of gender equality in the European Union: report. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/justice/events/future-of-gender-equality-2015/index_en.htm).
11. Govender K, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):90–103. doi:10.1080/17441690801892208.
12. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low- and middle-income countries and way forward. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/).
13. Burden of disease from household air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1).
14. Die Erklärung von Minsk. Der Lebensverlaufansatz im Kontext von Gesundheit 2020. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2015 (<http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2015/10/WHO->

European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/draft-of-minsk-declaration).

15. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):1–12. doi:10.1080/17441690801900795.
16. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Updated reprint 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
17. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls and against children. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/9, Annex 2; http://apps.who.int/gb/e/e_wha69.html).
18. Fact sheet No. 23. Harmful traditional practices affecting the health of women and children. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 1995 (Fact sheet No. 23; <http://www.refworld.org/docid/479477410.html>).
19. Oxford reference [website]. Oxford: Oxford University Press; 2016 (<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100005347>).
20. Stramba-Badiale M. Red alert for women’s hearts: women and cardiovascular research in Europe. Brussels: European Heart Network, jointly with the European Society of Cardiology; 2009 (https://www.escardio.org/static_file/Escardio/EU-Affairs/WomensHearts-RedAlert.pdf).
21. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/).

= = =