



**Weltgesundheitsorganisation**

REGIONALBÜRO FÜR **Europa**

**Regionalkomitee für Europa**

EUR/RC70/8(J)

70. Tagung

**Virtuelle Tagung, 14.–15. September 2020**

11. August 2020

200589

Punkt 6 der vorläufigen Tagesordnung

ORIGINAL: ENGLISCH

**Resolutionsübergreifender Fortschrittsbericht  
über die Umsetzung der Strategie zur Förderung der  
Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen  
in der Europäischen Region der WHO und der Strategie zur  
Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von  
Männern in der Europäischen Region der WHO**

Dieser Bericht enthält einen Überblick über die Fortschritte bei der Umsetzung der Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO und der Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region der WHO.

Er wird dem WHO-Regionalkomitee für Europa auf dessen 70. Tagung im September 2020 im Einklang mit den Resolutionen EUR/RC66/R8 und EUR/RC68/R4 vorgelegt.

Hier ist der Hinweis wichtig, dass die Ausarbeitung dieses Berichts durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Ausbruchs der Coronavirus-Krankheit (COVID-19) beeinflusst wurde. So wurde eine in den Mitgliedstaaten durchgeführte Umfrage zur Sammlung von Informationen über die Umsetzung der beiden Strategien verschoben, um die Anforderungen an die Mitgliedstaaten zu reduzieren und es ihnen zu ermöglichen, sich auf die aktuelle Krise zu konzentrieren, wie in der Erklärung des Ständigen Ausschusses vom 12. März 2020 zur COVID-19-Pandemie in der Europäischen Region empfohlen. Der nächste Bericht soll dem Regionalkomitee auf seiner 73. Tagung im Jahr 2023 zur Prüfung vorgelegt werden.

## Hintergrund

1. Das WHO-Regionalkomitee für Europa nahm die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen in der Europäischen Region der WHO auf seiner 66. Tagung im September 2016 (Resolution EUR/RC66/R8) und die Strategie zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Männern in der Europäischen Region der WHO auf seiner 68. Tagung im September 2018 (Resolution EUR/RC68/R4) an.
2. In Resolution EUR/RC68/R4 bat das Regionalkomitee die damalige WHO-Regionaldirektorin für Europa, über die erzielten Fortschritte zu wachen und dem Regionalkomitee übergreifend über die Umsetzung der Empfehlungen der beiden Strategien Bericht zu erstatten.
3. Zusammen bilden die beiden Strategien einen umfassenden Handlungsrahmen für Gleichstellung und Gesundheit in der Europäischen Region. Damit entsteht eine solide Grundlage für die Stärkung der Führungskompetenz der WHO in Bezug auf Gleichstellung, Chancengleichheit und Menschenrechte, wie sie im Dreizehnten Allgemeinen Arbeitsprogramm 2019–2023 (GPW 13) und dem Europäischen Arbeitsprogramm 2020–2025 – „Gemeinsam für mehr Gesundheit in Europa“ vorgesehen ist.
4. Die gemeinsame Zukunftsvision dieser beiden Strategien besteht darin, die Gesundheit von Frauen und Männern durch evidenzgeleitete, geschlechtersensible, auf Rechte gestützte und auf Chancengleichheit ausgerichtete Lösungsansätze zu verbessern. Die Strategien orientieren sich an anderen maßgeblichen Rahmenkonzepten wie der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und den Zielen für nachhaltige Entwicklung (SDG).

## Gewinnung von Evidenz

5. Wie in Resolution EUR/RC68/R4 gefordert, basiert dieser Fortschrittsbericht auf Informationen, die bereits aus den vorhandenen Systemen für Erfolgskontrolle und Rechenschaftslegung vorliegen. Die zur Überwachung der Fortschritte genutzten Daten bauen auf WHO-Daten und der Prüfung freiwilliger nationaler Untersuchungen im Rahmen der SDG, dem Kontrollrahmen für „Gesundheit 2020“, der Bestandsaufnahme zur Aktionsplattform von Peking (Peking +25), den Indikatoren und Berichten des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen und den abschließenden Beobachtungen der Menschenrechtsvertragsorgane der Vereinten Nationen auf.
6. Eine für Februar 2020 geplante Umfrage unter den Mitgliedstaaten, die der Bestimmung politischer Veränderungen und Defizite sowie innovativer Lösungsansätze für die systematische Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten dienen sollte, wurde aufgrund der Maßnahmen zur Bekämpfung des Ausbruchs der Coronavirus-Krankheit (COVID-19) verschoben. Sie wird zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt, und der Bericht mit ihren Ergebnissen dann an die Mitgliedstaaten übermittelt. Im Folgenden wird auf einige hervorzuhebende Aspekte zur Gesundheit von Frauen und Männern in der Europäischen Region eingegangen.
7. Obwohl in der Europäischen Region der WHO weiterhin ein Anstieg bei der Lebenserwartung zu verzeichnen ist, bestehen nach wie vor Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Im Jahr 2016 lag die Lebenserwartung zwischen 74,8 Jahren bei Männern und 81,3 Jahren bei Frauen. Betrachtet man die gesunde Lebenserwartung, die bei Männern 66,4 Jahre und bei Frauen 70,8 Jahre beträgt, verringert sich der Unterschied von 6,5 Jahren

jedoch auf 4,4 Jahre. Die Kluft zwischen den Geschlechtern fällt innerhalb der Europäischen Union (EU) sogar noch geringer aus: Hier leben Frauen im Durchschnitt 5,4 Jahre länger als Männer, doch entfallen davon nur 0,4 Jahre auf gesunde Lebensjahre.

8. Darüber hinaus gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im westlichen und östlichen Teil der Region. Bei Frauen gibt es im Hinblick auf die Lebenserwartung einen Unterschied von 9 Jahren zwischen Frauen in Spanien (86,1 Jahre) und Frauen in Kasachstan (77,1 Jahre). Unter den Männern fällt dieser Unterschied größer aus: So liegen zwischen der Lebenserwartung von Männern in Island (81,2 Jahre) und Männern in der Republik Moldau (69,5 Jahre) ganze 11,7 Jahre. Diese Kluft vergrößert sich noch, wenn man sich die gesunde Lebenserwartung anschaut. 2016 war die gesunde Lebenserwartung von Männern in der Schweiz (72,4 Jahre) um 13,7 Jahre höher als in Turkmenistan (58,7 Jahre). Die gesunde Lebenserwartung von Frauen wiederum war in Spanien (75,4 Jahre) um 11,3 Jahre höher als in Turkmenistan (64,1 Jahre).

9. Auch wenn die Europäische Region der WHO im Hinblick auf die Verwirklichung des SDG-Ziels zur vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten bis 2030 auf gutem Weg ist, gibt es weiterhin erhebliche Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen sowie zwischen bestimmten Gruppen von Männern und Frauen in Bezug auf die Mortalität und Morbidität aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten und entsprechende Risikofaktoren. 2016 lag die Wahrscheinlichkeit, im Alter zwischen 30 und 69 Jahren vorzeitig aufgrund der vier häufigsten Arten von nichtübertragbaren Krankheiten zu sterben, für Frauen bei 11,3% und für Männer mit 21,3% fast doppelt so hoch. Seit 2010 sinkt die Zahl der vorzeitigen Todesfälle unter Männern jedoch rascher und die Kluft zwischen Männern und Frauen hat sich von 11,3 auf 10,1 Prozentpunkte verringert. In Bezug auf Risikofaktoren geht der Tabakkonsum unter Frauen nicht schnell genug zurück, um die globale Zielvorgabe einer Reduzierung um 30% bis 2025 zu erreichen (seit 2010 war bei Frauen lediglich eine Reduzierung um 1,4 Prozentpunkte zu verzeichnen, bei Männern lag sie bei 3,7 Prozentpunkten). Der Alkoholkonsum hat sich seit 2010 sowohl bei Männern als auch bei Frauen aufgrund einer Reduzierung in ausgewählten Ländern des östlichen Teils der Region um mehr als 10% verringert (11,9% bei Männern und 13,3% bei Frauen). In vielen Ländern des westlichen Teils konnten hingegen keine Fortschritte erzielt werden. Die Europäische Region weist nach wie vor von allen Regionen der WHO den höchsten Alkoholkonsum auf, wobei der Konsum bei Männern (16,0 Liter reinen Alkohols pro Kopf) nahezu viermal so hoch ist wie unter Frauen (4,2 Liter). Die Kluft zwischen den Geschlechtern ist größer in Ländern, in denen es aufgrund geschlechtsspezifischer Normen hohe Abstinenzraten unter Frauen gibt. Keines der Länder ist auf gutem Wege, dem Anstieg der Adipositas Einhalt zu gebieten. Auch wenn die Adipositasraten 2016 unter Männern geringer ausfielen als unter Frauen (21,8% der Männer und 24,5% der Frauen waren adipös), ist der Anstieg seit 2010 unter Männern fast 50% höher (3 bzw. 2 Prozentpunkte).

10. Auch bei der psychischen Gesundheit bestehen zwischen den Geschlechtern weiterhin Unterschiede: Schätzungen der WHO aus dem Jahr 2018 zufolge gibt es unter Frauen aller Altersgruppen in allen Regionen der WHO eine höhere Prävalenz von Depressionen. Sie zeigen zudem eine höhere Suizidrate unter Männern und verdeutlichen, dass Männer in der Europäischen Region weltweit die höchsten Suizidraten aufweisen: 21,8 pro 100.000 EW, während der globale Durchschnitt bei 13,7 pro 100.000 EW liegt.

11. Im Hinblick auf COVID-19 zeigen frühe Analysen der vorhandenen Daten ebenfalls Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Stand Juli 2020 waren zwar 54% der COVID-19-Fälle unter Frauen zu verzeichnen, doch mussten Männer häufiger ins Krankenhaus eingewiesen und auf Intensivstationen versorgt werden. Ebenfalls Stand Juli 2020 entfielen 57% der durch COVID-19 bedingten Todesfälle in der Europäischen Region auf Männer. Die

jüngsten Erklärungen für die höheren Infektionsraten unter Frauen und die höheren Sterblichkeitsraten unter Männern sehen die Ursache in einer Mischung aus biologischen Unterschieden und geschlechtsbedingten Verhaltensweisen und Berufen.

12. Es ist nach wie vor schwierig, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten zu beurteilen, doch Eurostat-Daten zu nach eigenen Angaben unerfüllten Bedürfnissen im Bereich der Gesundheitsversorgung in Mitgliedstaaten der EU verweisen darauf, dass Frauen durchweg häufiger von unerfüllten Bedürfnissen berichten als Männer, doch dass diese Bedürfnisse bei beiden Geschlechtern zunehmend erfüllt werden. 2016 hatten 3,2% der Frauen in der EU einen ungedeckten medizinischen Versorgungsbedarf, während es bei den Männern 2,3% waren. 2018 berichteten weniger Frauen und Männer (2,1% bzw. 1,5%) über entsprechende unerfüllte Bedürfnisse. Zwischen den EU-Ländern gibt es große Unterschiede beim ungedeckten medizinischen Versorgungsbedarf: dieser rangierte im Jahr 2018 zwischen 0,1% und 17,8% bei Frauen sowie 0,1% und 14,5% bei Männern.

13. Der Inhalt der nächsten Abschnitte orientiert sich an den Beratungen mit Experten im Februar 2019, die sich mit Empfehlungen zur Erfolgskontrolle hinsichtlich des Abbaus gesundheitlicher Ungleichgewichte zwischen Männern und Frauen und den Auswirkungen entsprechender Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern befassten. Sie enthalten Beispiele von Maßnahmen der WHO und büroweiten Initiativen, die eine Umsetzung der Empfehlungen in den Ländern unterstützen sollen.

## **Fortschritte und Herausforderungen in den einzelnen vorrangigen Handlungsfeldern**

14. Die bisherigen Fortschritte in den Mitgliedstaaten und beim WHO-Regionalbüro für Europa in den einzelnen zentralen Handlungsfeldern der beiden Strategien werden im Folgenden geschildert.

### ***Stärkung der Politiksteuerung zugunsten der Gesundheit und des Wohlbefindens von Frauen und Männern***

15. Gesundheitspolitische Konzepte und Strategien müssen sich mit der Bedeutung von Gleichstellungsaspekten im Gesundheitsbereich aus der Perspektive der Effizienz und der Menschenrechte befassen. Eine gleichstellungsorientierte Analyse von nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten, die sich mit anderen demografischen Variablen verknüpfen lassen, ist Voraussetzung für ein tieferes Verständnis dieser beiden Perspektiven.

16. Berichterstattungsmechanismen und Rechenschaftsrahmen wie die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und die Bestandsaufnahme Peking +25 verdeutlichen, dass bei der Erfassung, Analyse und Verbreitung von nach Geschlecht aufgeschlüsselten Daten und von Statistiken über Gleichstellung erhebliche Fortschritte in der Europäischen Region erzielt worden sind. Dennoch sind die Fortschritte zwischen den Ländern nach wie vor ungleich verteilt.

17. Obwohl mittlerweile mehrere Länder der Europäischen Region über größere statistische Untersuchungen verfügen, die eine Aufschlüsselung nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau und geografischem Standort beinhalten, gibt es hier doch noch einige Herausforderungen. Denn obwohl

die meisten Indikatoren der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ nach Geschlecht aufgeschlüsselt sind, ist dies im Wirkungsrahmen des GPW 13 immer noch nicht der Fall.

18. Vertreter von Wissenschaft und Zivilgesellschaft haben deutlich an die Länder appelliert, bei ihrer Reaktion auf COVID-19 nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten zu melden. Eine Kartierung der öffentlich zugänglichen Daten zeigt, dass mit Stand Juli 2020 nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten von 21 Mitgliedstaaten der Europäischen Region (39,6%) sowohl zur Anzahl der Fälle als auch zur Anzahl der Todesfälle und von 20 Ländern (37,7%) zu zumindest einer der beiden Variablen gemeldet wurden, 12 Länder (22,6%) jedoch keinerlei nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten meldeten.

19. Auf der kommunalen Ebene zeigte die vom Regionalbüro in 40 Städten in 21 Mitgliedstaaten durchgeführte Umfrage des Gesunde-Städte-Netzwerks über Gleichstellung und Gesundheit eine insgesamt zufriedenstellende Verfügbarkeit von aufgeschlüsselten Daten, wonach 70% der Städte nach Geschlecht aufgeschlüsselte Gesundheitsdaten und 60% sogar Daten mit einer noch weitergehenden Aufschlüsselung verwenden, etwa nach Alter, Standort und sozioökonomischem Status. Einige Länder haben auch wichtige Daten über geschlechtersensible Gesundheitskonzepte und -programme zur Verfügung gestellt, wie etwa Daten über Kinderbetreuung und Elternurlaub, Arbeitslosigkeit, Sexualerziehung oder Gewalt gegen Frauen. Die ressortübergreifende Verwendung von Daten auf der nationalen Ebene stellt weiterhin eine Herausforderung für geschlechtersensible Gesundheitskonzepte und -programme dar. Konzertierte Anstrengungen zur Verwendung von Daten etwa in den Berichten der Leeds Beckett University zum Gesundheitsstatus von Männern und zum Gesundheitsstatus von Frauen haben die Aufmerksamkeit auf das hohe Suizidrisiko unter Männern gelenkt und mehr Gelder in entsprechende Präventionsmaßnahmen fließen lassen.

20. Eine vom Regionalbüro durchgeführte Sichtung der Daten zum Umfang, in dem nationale Gesundheitskonzepte und Strategiedokumente sich mit den gesundheitlichen Unterschieden zwischen Männern und Frauen befassen und geschlechtersensible Ansätze umfassen, hat eine Vielzahl von Ansätzen offenbart. Nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten werden in den meisten Handlungskonzepten (42) in Zusammenhang mit den häufigsten Krankheiten, der Exposition gegenüber Risikofaktoren bzw. gesundheitlichen Resultaten verwendet, doch nur sieben Konzepte enthalten eine gleichstellungsorientierte Analyse dieser Daten und 14 enthalten eine Art geschlechtersensible Gesundheitsmaßnahmen. Das Wort „Geschlecht“ wird in 36 Handlungskonzepten erwähnt, doch das Konzept einer systematischen Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten taucht nur in sechs Gesundheitskonzepten auf (in Deutschland, Finnland, Nordmazedonien, San Marino, Tschechien und Zypern). Lediglich vier nationale Gesundheitskonzepte (aus Aserbaidshan, Schweden, Tadschikistan und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland) fördern Maßnahmen zur Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Frauen und Männern und befassen sich gleichzeitig mit den Ursachen geschlechtsbedingter gesundheitlicher Ungleichgewichte. Die Türkei hat sich in ihrer nationalen Gesundheitspolitik zur Gleichheit zwischen den Geschlechtern verpflichtet, während in Aserbaidshan Geschlecht als eine Determinante für die Gefährdung durch nichtübertragbare Krankheiten erwähnt wird. In einigen Ländern werden konkrete Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern identifiziert, etwa in Bezug auf geschlechtsspezifische Gewalt in der Republik Moldau, in anderen Ländern liegt der Fokus in erster Linie auf der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Nur in wenigen Fällen wird Geschlecht als eine Determinante der Gesundheit von Männern genannt, etwa beim Zugang von Männern zur Gesundheitsversorgung in Tadschikistan. Irland und Österreich sind die einzigen Länder, die über konkrete Aktionspläne zur Förderung der Gesundheit von Männern und Frauen verfügen, wobei das österreichische Verfahren zur Ausarbeitung einer

Gesundheitsstrategie für Männer auf Grundlage der WHO-Strategie aufgrund anderer Prioritäten während der COVID-19-Pandemie verschoben wurde.

21. Da viele der Gesundheitskonzepte der Europäischen Region 2020 auslaufen, ergibt sich nun eine günstige Gelegenheit, in der nächsten Phase der Politikgestaltung in der Europäischen Region Gleichstellungsaspekte verstärkt zu berücksichtigen und an die jeweiligen Gegebenheiten auf nationaler und subnationaler Ebene anzupassen. Die WHO erarbeitet derzeit politische Orientierungshilfen auf Grundlage der Gleichstellungskomponente im Leitfaden für gesundheitspolitische Planungsprozesse, der gemeinsam mit dem WHO-Büro in Barcelona zur Stärkung der Gesundheitssysteme getestet wurde.

22. Die Erfahrungen mit der gleichstellungsorientierten Haushaltsplanung in den Ländern Südosteuropas eignen sich bestens für eine Anwendung im Gesundheitswesen. Fast die Hälfte aller Mitgliedsländer der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung haben Schulungen für eine gleichstellungsorientierte Haushaltsplanung durchgeführt.

23. Die WHO hat sich mit Organisationen der Zivilgesellschaft zusammengeschlossen, um für dieses Thema zu sensibilisieren und die Strategien als Grundlage für Überzeugungsarbeit zu nutzen. Im Rahmen des Projekts „Globale Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Männern“ werden Informationen über die sozialen Medien, in Berichten und anderen Publikationen verbreitet und wurde im September 2019 ein Webinar konkret zu dieser Strategie abgehalten. Im Juni 2019 machte das Dänische Forum für Männergesundheit die WHO-Strategie zu einem zentralen Bestandteil seiner Aktivitäten während der unter Beteiligung der WHO ausgerichteten Woche zur Förderung der Gesundheit von Männern. Das Europäische Institut für die Gesundheit von Frauen baute seinen Europäischen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheit von Frauen auf der WHO-Strategie auf.

### ***Gleichstellung der Geschlechter als vorrangiges Anliegen für die Gesundheit von Frauen und Männern***

24. Trotz beträchtlicher Fortschritte hat kein Land in der Europäischen Region eine vollständige Gleichstellung der Geschlechter verwirklicht. Tatsächlich verliefen die Fortschritte im vergangenen Jahrzehnt in vielen Ländern eher schleppend.

25. Für die Bestandsaufnahme Peking +25 wurden die Berichte von insgesamt 49 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region über Fortschritte für Frauen und Mädchen in den vergangenen fünf Jahren (2015–2019) sowie die Prioritäten bis 2025 untersucht. Das Sekretariat der WHO hat alle nationalen Berichte aus gesundheitlicher Sicht geprüft; der daraus resultierende Bericht wurde der Regionalen Überprüfungstagung zur Bestandsaufnahme Peking +25 präsentiert, die von der Wirtschaftskommission der Vereinten Nationen für Europa am 29. und 30. Oktober 2019 veranstaltet wurde. Die Analyse ergab, dass kaum Zusammenhänge zwischen Gleichstellungszielen und gesundheitlichen Resultaten gesehen werden und dass sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit verbundene Rechte heute seltener vorrangig behandelt werden als zuvor.

26. Zudem basierte die Analyse auf dem SDG-Ziel 5 und dem Hintergrundpapier über Gesundheit, das 2018 vom Regionalbüro erstellt wurde und zu mehr Politikkohärenz zwischen der Gesundheits- und der Gleichstellungspolitik beitragen soll. Zu diesem Zeitpunkt verfügten 34 Mitgliedstaaten in der Europäischen Region über nationale Gleichstellungsstrategien, von denen jedoch lediglich 24 einen konkreten gesundheitlichen Bezug herstellen. Hier ist der Hinweis angebracht, dass der Nutzen einer Gleichstellung der Geschlechter für die Gesundheit

von Männern in diesen Handlungskonzepten nicht zum Ausdruck kommt und dass Hinweise auf Männer sich oft auf ihr Engagement für die Prävention geschlechtsspezifischer Gewalt und die Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beschränken.

27. Ferner ist es von Bedeutung, dass nur eine Strategie die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden in jenen Ländern erwähnt, die über einen institutionellen Mechanismus zur Koordinierung der ressortübergreifenden Umsetzung ihrer jeweiligen Gleichstellungsstrategien verfügen. Die Bestandsaufnahme Peking +25 kommt darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass die Gleichstellungsmechanismen der Länder der Europäischen Region oft schwach und unterfinanziert sind.

28. Die Gleichstellung der Geschlechter findet auch nach wie vor in Menschenrechtsrahmen Berücksichtigung. Als Teil des 2017 von der WHO und dem Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte geschaffenen gemeinsamen Kooperationsrahmens erstellt das Sekretariat des Regionalbüros Länderprofile für Gleichstellung und Gesundheit, die sich an den abschließenden Beobachtungen internationaler Menschenrechtsvertragsorgane orientieren, um die Regierungen bei der Herbeiführung von Fortschritten zu unterstützen. Ein Blick auf sämtliche Empfehlungen des Ausschusses für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau an die Länder der Europäischen Region verdeutlicht den Handlungsbedarf in folgenden Bereichen: Annahme eines nationalen Aktionsplans für die Gleichstellung der Geschlechter mit einem weitreichenden ressortübergreifenden Mandat und den erforderlichen personellen, fachlichen und finanziellen Ressourcen; Intensivierung ressortübergreifender Anstrengungen zur Beseitigung der Gewalt gegen Frauen, einschließlich der Ratifizierung der Istanbul Konvention des Europarates; und Aufhebung diskriminierender Rechtsvorschriften in Bezug auf sichere Schwangerschaftsabbrüche sowie Ehe und Scheidung.

29. Nur wenige Gleichstellungsstrategien umfassen Maßnahmen zur Einbeziehung von Männern in die Verwirklichung der Gleichstellung der Geschlechter. Das Sekretariat hat eine Zusammenstellung innovativer Praktiken auf subnationaler Ebene in die Wege geleitet und ist u. a. auf folgende gestoßen: das Programm „Veränderung der Vorstellungen von Männlichkeit“ des Schwedischen Kommunal- und Regionalverbands, das sich mit Fragen der sexuellen und psychischen Gesundheit junger Männer befasst, und die Gizonduz-Initiative des Baskischen Instituts für Frauenfragen (Emakunde), die kostenlose Schulungen zum Thema Gleichstellung für die Beschäftigten von maßgeblichen öffentlichen Institutionen und Kommunalverbänden sowie für Politiker anbietet.

30. Nach Schätzungen aus der Europäischen Region erlebt jede vierte Frau mindestens einmal im Laufe ihres Lebens Gewalt durch einen Intimpartner. Im Zuge des Wirkungsrahmens des GPW 13 sollen bald nationale Schätzungen für alle Länder veröffentlicht werden. Eine 2019 veröffentlichte Bestandsaufnahme über Maßnahmen der Gesundheitssysteme zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen in der Europäischen Region kam zu dem Ergebnis, dass knapp 83% der untersuchten Länder Gewalt gegen Frauen im Rahmen von Gesundheitskonzepten und -strategien thematisieren, während 71% Protokolle für Gegenmaßnahmen ihres jeweiligen Gesundheitssystems entwickelt haben. Allerdings herrscht in Bezug auf die Zuweisung personeller und finanzieller Ressourcen sowie die Eingliederung von Maßnahmen der Gesundheitssysteme in ressortübergreifende Aktionspläne der Länder zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen noch erheblicher Handlungsbedarf.

31. Das Sekretariat intensiviert seine Partnerschaften zur Unterstützung der Länder bei der Verstärkung von Maßnahmen der Gesundheitssysteme zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen durch gemeinsame Aktionen mit anderen Organisationen der Vereinten Nationen, wie etwa die Spotlight-Initiative in Kirgisistan und Tadschikistan. Vor Kurzem wurden zwischen

der WHO und der Union für den Mittelmeerraum eine Vereinbarung über gesundheitliche Prioritäten für Frauen unterzeichnet und zwischen dem Regionalbüro für Europa und dem Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum eine regionsübergreifende Initiative gestartet. Im Laufe des Jahres 2020 wird ein zusammenfassender Bericht des Health Evidence Network veröffentlicht, der sich mit Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitssysteme zur Verhinderung und Bekämpfung von Menschenhandel befassen wird.

32. Auf EU-Ebene ist die neue Strategie der Europäischen Kommission für die Gleichstellung der Geschlechter 2020–2025 hervorzuheben, die unter Beteiligung der WHO zu Aspekten der Gesundheitspolitik im März 2020 veröffentlicht wurde.

### ***Geschlechtersensiblere Gesundheitssysteme***

33. Durch eine bessere Einbeziehung von Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekten in die Gesundheitsversorgung im gesamten Lebensverlauf können die Gesundheitssysteme zur Verwirklichung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung beitragen.

34. Im Mittelpunkt der Unterstützung der WHO steht dabei die gleichstellungsorientierte Analyse von Erhebungen zu Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten wie das STEPwise-Konzept der WHO für die Surveillance (STEPS), die Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI), die Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC), die weltweite Befragung zum Rauchverhalten Erwachsener (GATS) und die weltweite Befragung zum Rauchverhalten Jugendlicher (GYTS). Die größere Exposition von Männern gegenüber verhaltensbedingten Risikofaktoren, die höhere Gefährdung und das höhere biologische Risiko von Frauen in späteren Lebensphasen sowie die Prävalenz des Tabakkonsums bei Frauen (die in der Europäischen Region von allen Regionen der WHO am höchsten ausfällt) zählen hierbei zu den Prioritäten. Bei den Aktivitäten zur Unterstützung der Länder stehen insbesondere jene Länder im Vordergrund, die über geringere Kapazitäten bei Analysen zu Gleichstellung und nichtübertragbaren Krankheiten verfügen.

35. Gleichstellung wurde im Rahmen der Länderbewertungen über Barrieren in den Gesundheitssystemen für die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in Kasachstan (2018) und Turkmenistan (2019) thematisiert. Das Thema Gleichstellung wurde außerdem in den 2018 veröffentlichten Informationspapieren über bewährte Praktiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern in Irland und Usbekistan berücksichtigt und auch auf der Hochrangigen Tagung der Europäischen Region über die Reaktion der Gesundheitssysteme auf nichtübertragbare Krankheiten, die vom 16. bis 18. April 2018 in Sitges (Spanien) stattfand, thematisiert.

36. Das Hintergrundpapier „Warum ein Gleichstellungsansatz die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO beschleunigen kann“, das für die Hochrangige Konferenz der Europäischen Region der WHO zum Thema nichtübertragbare Krankheiten vorbereitet wurde, die vom 9. bis 10. April 2019 in Turkmenistan stattfand, hat in mehreren Ländern neue Initiativen entstehen lassen. Armenien, Belarus, Georgien, Kirgisistan, die Republik Moldau und die Türkei haben auf der Grundlage von Daten aus den STEPS-Erhebungen Länderprofile in Bezug auf Gleichstellung und nichtübertragbare Krankheiten erstellt. Die Befunde wurden von den Ansprechpersonen der Länder im November 2019 in Kopenhagen und im Januar 2020 in Tiflis (Georgien) erörtert. Die vorläufigen Ergebnisse wurden anschließend im März in einem vom George Institute for Global Health zusammen mit dem Globalen Koordinierungsmechanismus der WHO zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten organisierten Webinar präsentiert.



Im Rahmen der GYTS und GATS wurde für Rumänien eine gleichstellungsorientierte Analyse durchgeführt; ähnliche Analysen sind für drei weitere Länder geplant.

37. Länder wie Kirgisistan erhielten konkrete Unterstützung in Form eines Workshops für Kapazitätsaufbau in Gleichstellungsfragen, der speziell für Teams zur Erstellung der HBSC-Studie angeboten wurde, sowie durch die Abhaltung einer Sitzung zum Thema Männer und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen der Jahrestagung der Kirgisischen Gesellschaft für Kardiologie; beide Veranstaltungen fanden im Juni 2019 statt. Im Rahmen der Konferenz zu den Asiatischen Spielen 2017 zum Thema „Sport, Ernährung und Bewegung – Förderung eines gesunden Lebensstils“ fand am 6. April 2017 in Turkmenistan ein Workshop über Gleichstellung und Bewegung statt, und auf der Internationalen Konferenz über nichtübertragbare Krankheiten: Lehren aus internationalen Erfahrungen, die im Oktober 2018 in Kiew abgehalten wurde, war eine Schulung dem Thema Gleichstellung und nichtübertragbare Krankheiten gewidmet.

38. Zur Stärkung der primären Gesundheitsversorgung hat das Regionalbüro für Länderbewertungen und -berichte im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit Orientierungshilfe in Bezug auf Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekte geboten, so etwa 2019 in Rumänien im Rahmen der Ausarbeitung einer neuen Strategie zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die Verbreitung bewährter Praktiken, etwa durch das irische Schulungsprogramm zur Gesundheit von Männern (ENGAGE) und die Arbeit zu Gleichstellung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Spanien, zeigt, inwiefern ein gleichstellungsorientierter Ansatz Praktikern in der primären Gesundheitsversorgung die wirksamere Einbindung von Männern erleichtern kann und wie geschlechtsspezifische Ursachen beim Verlauf von Herz-Kreislauf-Erkrankungen angegangen werden können.

39. Da ältere Menschen aus demografischen und gleichstellungsbezogenen Gründen eine Priorität darstellen, hat das Regionalbüro Ende 2018 eine Initiative für Gleichstellung und integrierte Langzeitpflege gestartet. Mit Unterstützung durch das WHO-Kooperationszentrum für Sozialpolitik und -forschung in Österreich sind gegenwärtig ein konzeptioneller Rahmen und ein Hintergrundpapier über Gleichstellung und Langzeitpflege in Entwicklung, und in Dänemark, Deutschland, Portugal und Rumänien wurden Gleichstellungsaspekte systematisch in Fallstudien über integrierte Langzeitpflege berücksichtigt.

40. Der Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung stellt eine Priorität dar, und das Regionalbüro wird demnächst einen Bericht des Health Evidence Network über Männlichkeitsnormen und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit veröffentlichen. Die vorläufigen Ergebnisse des Berichts wurden in einem Webinar im April 2019 präsentiert.

41. Eine gleichstellungsorientierte Gesundheitsförderung wird im Rahmen des Fahrplans für die Europäische Region der WHO zur Verwirklichung von Initiativen zur Förderung von Gesundheitskompetenz im gesamten Lebensverlauf thematisiert, der vom Regionalkomitee auf seiner 69. Tagung mit der Resolution EUR/RC69/R9 erörtert und zur Kenntnis genommen wurde. Zu den auf diesem Gebiet auf subnationaler Ebene durchgeführten Initiativen gehörte ein Workshop für Kapazitätsaufbau, der im Dezember 2019 im Rahmen des von Public Health Wales organisierten Jugend-Gesundheitsgipfels stattfand.

42. Die Bedeutung gleichstellungsorientierter Ansätze für den Bereich digitale Gesundheit wird im Europäischen Arbeitsprogramm der WHO und im Fahrplan der Europäischen Region der WHO für die Digitalisierung der nationalen Gesundheitssysteme anerkannt. Die Beteiligung der WHO an der 5. Bundeskonferenz Männergesundheit zum Thema „Gesundheit

und Wohlbefinden von Männern im digitalen Zeitalter“, die von der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung organisiert wurde, machte deutlich, wie wichtig es ist, die Aspekte Gleichstellung und Digitalisierung im Gesundheitsbereich zusammenzubringen.

43. In dem WHO-Bericht *Von Frauen geleistet, von Männern geleitet: Eine weltweite Gleichstellungs- und Chancengleichheitsanalyse im Gesundheits- und Sozialwesen*<sup>1</sup> wurde darauf aufmerksam gemacht, vor welchen Hindernissen das weibliche Gesundheitspersonal bei der Ernennung in Führungspositionen immer noch steht. So waren im März 2020 nur 19% der Gesundheitsminister in den Ländern der Europäischen Region Frauen (2019 waren es noch 34%). Die Notwendigkeit, besonderes Augenmerk auf die Aufgaben, Rechte und Arbeitsbedingungen von Frauen an vorderster Front bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zu legen, wird zunehmend von internationalen Organisationen und Organisationen der Zivilgesellschaft unterstrichen.

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

44. Die 2019 gestartete Initiative der WHO für einen Sachstandsbericht über gesundheitliche Chancengleichheit in der Europäischen Region hat weitere Erkenntnisse zu der Frage geliefert, wie geschlechtsbedingte gesundheitliche Benachteiligungen in Verbindung mit Alter, Behinderung, Migrationshintergrund, ethnischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder sozioökonomischen Umständen jeweils unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer haben.

45. Die Bestandsaufnahme Peking +25 verdeutlicht, dass es in Bezug auf die Beteiligung am Arbeitsmarkt, Bezahlung und Rente nach wie vor Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. Die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen hat festgestellt, dass die Verringerung des geschlechtsspezifischen Beschäftigungsgefälles in der EU zwischen 2015 und 2018 stagnierte und es Anzeichen dafür gibt, dass es inzwischen sogar wieder wächst. Die Wertschätzung und Anerkennung unbezahlter Betreuungsarbeit stellt weiterhin eine Herausforderung dar und die Behebung des geschlechtsbezogenen Ungleichgewichts hinsichtlich der gemeinsamen Übernahme von unbezahlter Arbeit und Betreuungsaufgaben hat nach wie vor große Priorität und wird auch in der Zielvorgabe 5.4 der SDG anerkannt. Anreize für einen Politikwandel, wie etwa die Richtlinie (EU) 2019/1158 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019 zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige, sind ein wesentlicher Schritt nach vorne zum Abbau des Gefälles zwischen den Geschlechtern bei der Betreuungsarbeit und zur Förderung der Rolle von Männern als Väter und Betreuer.

46. Die Auswirkungen der umweltbedingten Determinanten von Gesundheit wurden während der Klimakonferenz der Vereinten Nationen im Dezember 2019 (COP25) thematisiert, in deren Rahmen ein vom spanischen Gesundheitsministerium zusammen mit dem Regionalbüro organisierter Workshop über die Bekämpfung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Klimawandel und Gesundheit abgehalten wurde. Der während der COP25 angenommene Fünf-Jahres-Aktionsplan für Gleichstellung bietet eine Gelegenheit, sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen von geschlechtergerechten Lösungen im Bereich Klimaschutz zu befassen.

---

<sup>1</sup> Siehe: <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>.

47. Es wird zunehmend anerkannt, dass das Geschlecht mit anderen Formen der Diskriminierung wie Migrationsstatus, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zusammenwirkt. In dem 2018 veröffentlichten *Bericht über die Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten in der Europäischen Region der WHO* wird Geschlecht als eine wesentliche Determinante der Gesundheit von Migranten und Flüchtlingen erkannt, und trotz ihrer relativen Seltenheit lassen nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten u. a. wesentliche Unterschiede in Bezug auf Impfraten, Diabetes und Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten erkennen. Eine 2019 EU-weit von der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte durchgeführte Erhebung bestätigt, dass 9% bis 12% der Lesben, Schwulen, bisexuellen, transgender, queeren und intersexuellen Personen Diskriminierung durch Gesundheits- und Sozialdienste erfahren haben. Die unter Männern schwarzer oder asiatischer Gemeinden und ethnischer Minderheitsgruppen im Vereinigten Königreich gemeldeten höheren Sterblichkeitsziffern aufgrund von COVID-19 sind ein weiteres Beispiel für die Notwendigkeit eines besseren Verständnisses für zahlreiche Anfälligkeiten und deren Bewältigung.

## **Zukunftsausblick**

48. In den kommenden Jahren wird das Regionalbüro in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und unter deren Anleitung seine Arbeit im Rahmen der beiden Strategien auf die Unterstützung der Länder bei der Umsetzung des Europäischen Arbeitsprogramms 2020–2025 – „Gemeinsam für mehr Gesundheit in Europa“ ausrichten.

49. Der Zukunftsausblick wird auf den Lehren aus den Folgen der Maßnahmen zur Bekämpfung des COVID-19-Ausbruchs für Gleichstellung und Menschenrechte aufbauen, die Ausrichtung der digitalen Gesundheitssysteme an Gleichstellungsaspekten verstärken und eine gleichstellungsorientierte Gesundheitsförderung mit Schwerpunkten auf der psychischen Gesundheit und der Einbindung der Jugend bewirken.

50. Der Schwerpunkt wird auch weiter auf der Unterstützung für Länder, Regionen und Städte bei der Entwicklung gleichstellungsorientierter Initiativen zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, auf gleichstellungsorientierten Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitssysteme für die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen sowie auf der Schaffung eines Zugangs zu Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit liegen.

51. Die Strategien haben Initiativen zur systematischen Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten in den Fachprogrammen ausgelöst, die weiter vertieft werden müssen, darunter etwa das 2019 veröffentlichte Überzeugungspapier zum Thema Gleichstellung und antimikrobielle Resistenz.

52. Die Analyse von Grundsatzdokumenten wird durch die Überprüfung bewährter Praktiken ergänzt, die im nächsten Bericht 2023 präsentiert werden soll.

53. Die bereits bestehenden Partnerschaften im Rahmen der Themenbezogenen Koalition der Vereinten Nationen für die Gleichstellung der Geschlechter sowie mit dem Europäischen Institut für Gleichstellungsfragen sollen ausgebaut werden.

54. Schließlich wird auch die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft weiterhin im Mittelpunkt der Tätigkeit des Regionalbüros im Bereich Gleichstellung und Gesundheit stehen.

= = =