



Positionspapier von „Women in Global Health – Germany“ zur Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit

Die Initiative Women in Global Health - Germany (WGH-GER), der erste „Chapter“ der internationalen Organisation „Women in Global Health“, wurde darum gebeten, notwendige Prioritäten für die Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit zu benennen. WGH-GER begrüßt diese Initiative und bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme.

Gleichstellung und Gesundheit von Frauen konsequent berücksichtigen

Die Gleichstellung der Geschlechter und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sind als übergreifende Ziele auf internationaler Ebene in verschiedensten Agenden festgesetzt, zu denen sich auch Deutschland aktiv eingebracht und bekannt hat. Dies zeigt sich sowohl in der Agenda 2030 durch die nachhaltigen Entwicklungszielen 3 (Gesundheit und Wohlbefinden) und 5 (Gleichstellung der Geschlechter) als auch in der globalen Strategie für die Gesundheit von Frauen, Kindern und Jugendlichen 2016-2030^{1,2}. Dabei sind Maßnahmen zur Erreichung der Gleichstellung der Geschlechter und insbesondere die Gleichberechtigung von Frauen und Mädchen Grundvoraussetzung zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit weltweit.³ Frauen, Mädchen sowie weitere vulnerable Personengruppen müssen weltweit die Möglichkeit haben, frei und gesund am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und es aktiv mitgestalten zu können. Dafür werden transformative Maßnahmen benötigt, die wiederum zu erheblichen sozialen, demographischen und wirtschaftlichen Vorteilen führen werden⁴, auch im Sinne des Human Capital Projekts der Weltbank, „*accelerate more and better investments in people for greater equity and economic growth.*“⁵

Die **Gleichstellung und Gesundheit von Frauen** und Mädchen sollte daher in der Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit Berücksichtigung finden.

Frauen in Gesundheitsberufen: stärkste Kraft und dennoch unterrepräsentiert

Frauen stellen im Durchschnitt weltweit rund 70% der Global Health Workforce dar, aber nur 25% von ihnen sind in Führungspositionen vertreten.^{6,7,8} Bei den Vereinten Nationen sind nur 23% der Führungskräfte Frauen und bei den globalen Gesundheitsinitiativen nur 17 von 74 Führungskräften weiblich. Über die Finanzierung und Ressourcenverteilung in der globalen Gesundheit - immerhin ein Budget von bis zu 92,1 Billionen Dollar - entscheiden zu 70% Männer.⁹ Bei den globalen öffentlich-privaten Partnerschaften im Bereich Gesundheit sind Frauen im Vorstand ebenfalls unterrepräsentiert.¹⁰ Und auf den vielen Diskussionspanels zur globalen Gesundheit sind vorwiegend Männer vertreten.^{11,12}

Qualifizierte Frauen im Bereich der globalen Gesundheit sollten daher bei ihrer Karriereentwicklung unterstützt und gefördert werden und an wichtigen Entscheidungsprozessen federführend mitbeteiligt sein. Hierfür sind Strukturen notwendig, die ein bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen, wie beispielsweise Kinderbetreuungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeiten, Teilzeitarbeitsmodelle oder Job Sharing in Führungspositionen. Außerdem muss ein offener Austausch über sensible Themen wie unter anderem sexualisierte Gewalt geführt und öffentlich unterstützt werden. Zudem müssen Maßnahmen gegen den „Gender Pay Gap“ und den „Gender Pension Gap“ getroffen und die formale Vertragssituation von vielen Frauen verbessert werden. Hier möchten wir den Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus zitieren *„Gender equality must be at the core of health for all“* (08.03.2018 International Women’s Day).

Vier strategische Empfehlungen:

1. Sexuelle und reproduktive Gesundheit / Mütter und Kind Gesundheit

Für die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen spielt die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Hier ist Geschlechtergerechtigkeit eine Voraussetzung, aber auch Informationen über und der Zugang zu Verhütungsmitteln, um einerseits sexuell übertragbare Erkrankungen zu vermeiden, aber auch um eine Familienplanung zu ermöglichen und ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden. Zudem sollte die Versorgung während der Schwangerschaft und Geburt des Kindes und im Wochenbett gewährleistet sein. Studien zeigen, die erhöhte Rate von psychischen Erkrankungen insbesondere Depressionen im Wochenbett.¹³

„Die unerledigte Aufgabe der Millenniumsziele“ muss zu Ende gebracht werden. Förderung der Gesundheit von Müttern- und Kindern muss nach wie vor Priorität haben, da die Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit nicht im vorgesehenen Ausmaß verwirklicht wurde. Es sind erweiterte und zielgerichtete Hilfen notwendig, um die Zielerreichung beschleunigt zu erreichen. Deutschland sollte hier Vorreiter werden, da die Tabuisierungs-Politik der derzeitigen Regierung in den USA (Wiedereinführung der sog. „Global Gag Rule“) die Folge haben könnte, hinter die bereits erreichte Fortschritte zurückzufallen. Aufgrund dieser Gefahr, aber auch aufgrund der positiven „Katalysatorfunktion“ der Gesundheit von Müttern und

Kindern mit Hinblick auf ökonomische Produktivität und Bildung in der Gesellschaft, sollte Deutschland hier einen strategischen Schwerpunkt setzen.

Bei der sexuellen und reproduktiven Gesundheit betrachten – auch im Sinne der *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*¹, wir eine bevölkerungsweite Impfung für Mädchen und Jungen im Alter zwischen 9 und 14 Jahren gegen humane Papillomviren (HPV), wie von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) empfohlen^{14,15}, als besonders relevant sowie Informationen zur Übertragung von HPV-Viren und die Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen für Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom: ICD-10: C53). Sexuell übertragene HPV-Viren stellen die Hauptursache für Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom: ICD-10: C53) dar.¹⁶ Eine Infektion mit HPV ist zwar häufig, sie heilt jedoch meistens aus. Besteht allerdings eine anhaltende Infektion insbesondere mit HPV 16 und 18 kann sich Gebärmutterhalskrebs entwickeln.¹⁷ Weltweit beträgt die Prävalenz einer HPV Infektion bei gesunden Frauen 10%.¹⁶

Die Neuerkrankungs- und Sterberaten liegen im internationalen Vergleich in Ländern mit lange bestehenden, gut organisierten Früherkennungsprogrammen niedriger als in Ländern ohne Früherkennungsprogramme.¹⁸ Für Frauen ab 20 Jahren sollten weltweit alle Gesundheitssysteme die Möglichkeit eines jährlichen Zellabstrichs vom Gebärmutterhals (PAP-Abstrich) als Früherkennungsmaßnahme anbieten. Zudem sollte für Frauen ab 35 Jahren alle drei Jahre ein HPV-Test kombiniert mit dem PAP-Abstrich durchgeführt werden.¹⁹

2. Universal health coverage / Gesundheitssystemstärkung

Universal Health Coverage trägt zur Armutsreduzierung und zu wirtschaftlichem Wachstum bei, kann unter anderem Pandemien durch übertragbare Erkrankungen vermindern bzw. verhindern sowie zur Reduktion von nicht übertragbaren Erkrankungen und somit zur Senkung der Frühmortalität beitragen.

Der Zugang zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsversorgung sollte für Frauen und Männer in gleichem Maße gegeben sein. Frauen sollten nicht die Entscheidung treffen müssen, ob sie selbst oder mit ihrem Kind zur Ärztin oder zum Arzt gehen, Lebensmittel einkaufen oder dem Kind den Schulbesuch ermöglichen. Zudem sollte eine verbesserte Ausbildung und Kompetenzentwicklung der weiblichen Gesundheitsfachkräfte gegeben sein, auch im Sinne des Human Capital Projekts der Weltbank „*to accelerate more and better investments in people for greater equity and economic growth.*“⁴⁵

Wir möchten hiermit Frau Margaret Chan, ehemalige Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation zitieren: *“I regard universal health coverage as the single most powerful concept that public health has to offer. It is inclusive. It unifies services and delivers them in a comprehensive and integrated way, based on primary health care.”* (Margaret Chan, Director-General a.D., WHO, 21. Mai 2012)

3. „Women on the Move“ / Migrantinnen in der Pflege

Durch den demografischen Wandel und die gestiegene Lebenserwartung ist ein Anstieg der Nachfrage an Pflegedienstleistungen insbesondere in den Industrieländern und Ländern mit mittlerem Einkommen zu verzeichnen. Diese Nachfrage lässt sich oftmals nicht durch die Gesundheitssysteme abdecken. Frauen aus Entwicklungs- und Schwellenländern entscheiden sich daher zur Migration in Erwartung eines höheren Einkommens. Sie verlassen ihr Heimatland und ihre Familien, um diese „Pflegelücke“ zu füllen. Es findet ein „Care Drain“ statt, der zu einem Mangel an Pflegenden in den Heimatländern führt und soziale und gesundheitliche Konsequenzen für die Kinder und anderen Familienmitgliedern führen kann, die die Abwesenheit der Mutter kompensieren müssen.²⁰ Diese Frauen leisten einen wichtigen Beitrag zum Gesundheitssystem haben selbst jedoch in der Regel keinen Zugang zur Kranken- oder Sozialversicherung²¹, arbeiten vorwiegend in privaten Haushalten und in informellen Arbeitsverhältnissen²²: So arbeiten schätzungsweise nur weniger als 15 % dieser Frauen in einem formalen Arbeitsverhältnis.²⁰ Sie haben Probleme mit Aufenthaltsrechten und Einwanderungsgesetzen und mit der Anerkennung ihrer beruflichen Abschlüsse.²³

Diese Frauen sollten Zugang zu einer adäquaten Kranken- und Sozialversicherung haben und in formalen Arbeitsverhältnissen arbeiten können.

Frauen mit Fluchterfahrung stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Sie haben häufig geschlechtsspezifische Traumatisierungen erfahren und waren vor und während sowie nach der Flucht großen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Die gynäkologisch-geburtshilfliche Versorgung sowie die medizinische Behandlung von psychischen Traumata bei Frauen mit Fluchterfahrung sind noch unzureichend. So gaben in einer deutschlandweit durchgeführten Studie 36% der Frauen mit Fluchterfahrung an, nicht ausreichend medizinische Unterstützung zu erhalten. Bei der Gesundheitsversorgung oder der Unterbringung muss daher größeres Augenmerk auf frauenspezifische Belastungen gelegt werden.²⁴

4. Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen

Neue Erkenntnisse der Geschlechterforschung sowohl in der Medizin als auch in den Sozialwissenschaften sollten weltweit bei der Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen adäquat berücksichtigt werden.²⁵ Bei der Entwicklung neuer Interventionen, Medikamente und Therapien sollten Frauen und Männer zu gleichen Anteilen in Studien mit einbezogen und die Ergebnisse geschlechtersensibel interpretiert werden.²⁶ Nur auf diese Weise kann eine Verbesserung der medizinischen Versorgung für Frauen und Männer erreicht werden.

Die Initiative Women in Global Health - Germany empfiehlt der Bundesregierung für die Neuausrichtung der globalen Gesundheitsstrategie daher folgende konkrete Maßnahmen:

- Die konsequente Nutzung der Verbindung der nachhaltigen Entwicklungsziele 3 und 5 als Instrument: Die Indikatoren der Ziele können die Umsetzung der Strategie anleiten und ihren Erfolg sichern.
- Sexuelle und reproduktive Gesundheit: die unerledigte Aufgabe der Millenniumsziele beschleunigt erledigen und HPV Impfungen weltweit vorantreiben
- Universelle Gesundheitsversorgung: Gleichberechtigter Zugang für alle Geschlechter zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen, ohne in finanzielle Nöte zu geraten
- Care-drain: Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Migrantinnen und gleichzeitiger Berücksichtigung der fehlenden Fachkräfte in den Heimatländern
- Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen: gendersensible Forschung und Entwicklung fördern

Für die Initiative “Women in Global Health – Germany”



Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch

Gründerinnen

Kontakt: ilona.kickbusch@graduateinstitute.ch



Dr. Sabine Ludwig

sabine.ludwig@charite.de

Literatur

- 1 United Nations Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2010.
- 2 Every Woman Every Child. Saving lives, protecting futures: Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations, 2015.
- 3 Sustainable Development Goals (SDGs). New York: United Nations, 2015.
<https://sustainabledevelopment.un.org> (assessed 5.10.2018)
- 4 Towards a new Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. The BMJ. 2015; 351(Suppl1)
- 5 The World Bank (2018) <http://www.worldbank.org/en/publication/human-capital> (assessed on 9.10.2018)
- 6 WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016.
http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1 (accessed 2.10.2018).
- 7 HRH Global Resource Center. Gender and health workforce statistics.
http://www.hrhresourcecenter.org/gender_stats (accessed 16.03.2018)
- 8 Global Health 50/50. The Global Health 50/50 Report: How gender-responsive are the world's most influential global health organizations? London 2018.
- 9 Hawkes S, Buse K, Kapilashrami A. Gender blind? An analysis of global public private partnerships for health. *Globalization and Health*; 2017; 13:26.
- 10 Devi S. Twitter campaign highlights top women in global health. *Lancet* 2015; 385: 318.
- 11 Graduate Institute of International and Development Studies. 300 Women Leaders in Global Health. 2015. <http://www.who.int/alliance-hpsr/news/2015/300women/en/> (assessed 30.09.2018)
- 12 Ludwig S, Dhatt R, Kickbusch I. Women in Global Health - Germany network. The Lancet 2018; 392: 120-121.
- 13 Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Maternal Mental Health – Women's Voices. London 2017.
- 14 Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Mitteilung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (RKI), Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019. *Epidemiologisches Bulletin* 2018; 34:335-382

- 14 Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut. Wissenschaftliche Begründung für die Empfehlung der HPV-Impfung für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. *Epidemiologisches Bulletin* 2018; 26:233-254
- 16 Crow JM . HPV: the Global Burden. *Nature* 2012 : 488:2-3.
- 17 Klotz T. Geschlechterunterschiede bei Krebserkrankungen. In: Kolip P, Hurrelmann K (Hrsg) *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*. Hogrefe Verlag, Bern 2016.
- 18 Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). *Krebs in Deutschland für 2013/2014*. 11. Ausgabe. RKI und GEKID, Berlin 2017.
- 19 European Commission JRC ENCR. *Cervical Cancer (CCU) Factsheet*, 2016. <https://www.enccr.eu/factsheets> (assessed 5.10.2018)
- 20 Weltgesundheitsorganisation. *Women on the move. Migration, care work and health*. World Health Organization, Geneva 2017.
- 21 van Walsum S. International migrant domestic workers, national welfare states and transnational social security arrangements. In: Meghani Z (Hrsg) *Women migrant workers, ethical, political and legal problems*. New York and London: Routledge, 2016:131–53.
- 22 Triandafyllidou A (Hrsg.) *Irregular migrant domestic workers in Europe: Who cares?* Farnham: Ashgate; 2013.
- 23 International Organization for Migration. *Crushed hopes: underemployment and deskilling among skilled migrant women*. Geneva, 2013. https://publications.iom.int/system/files/pdf/crushed_hopes_3jan2013.pdf (accessed 10.10.2018)
- 24 Schouler-Ocak M, Kurmeyer C (2017) *Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland*.
- 25 Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V (Hrsg). *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*, London 2012: 17-44.
- 26 Clayton JA, Collins FS. NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature* 2014; 509:282-283.
- 27 Rieder A, Lohff B (Hrsg). *Gender Medizin*. Springer-Verlag, Wien 2008.