



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **The Problematization of Gender Equality in Health: A Critical Look at EU Gender Equality Policy Transfer in Austria's National Health Policy**

Peltzer, Loïs

### **Citation**

Peltzer, L. (2024). *The Problematization of Gender Equality in Health: A Critical Look at EU Gender Equality Policy Transfer in Austria's National Health Policy*.

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [License to inclusion and publication of a Bachelor or Master Thesis, 2023](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3764984>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).



# Universiteit Leiden

*The Problematization of Gender Equality in Health: A Critical Look at EU Gender Equality  
Policy Transfer in Austria's National Health Policy*

Lois Peltzer - S2805308

International Relations and Organizations

*European Health Policies*

Bachelor thesis

24/05/2024

Dr. Ir. A.A.H.E. van Reuler

**Word count:** 7888

Embargo statement: Public

## Table of Contents

1. Introduction.....	3
2. Literature review.....	5
2.1 Gender equality policies and the EU .....	5
2.2 EU policy discourse on gender equality .....	6
2.3 The influence of EU policy framing on national policy .....	7
2.4 Research gap .....	9
3. Theoretical framework.....	9
3.1 Multi-level governance .....	9
3.2 Policy transfer and Europeanization .....	10
3.3. Policy framing and problematization.....	11
4. Methodology.....	12
4.1 Research design and case selection.....	12
4.2 Data sources .....	13
4.3 Method of analysis.....	13
5. Analysis.....	14
5.1 Austria’s Women’s Health Action Plan 2017 .....	15
5.2 The EU’s Gender Equality Strategy 2020-2025 & 2021 Report .....	17
5.3 Austria’s Women’s Health Message 2022.....	19
6. Conclusion .....	20
Primary sources.....	23
Secondary sources.....	24
Appendix.....	28

## 1. Introduction

Article 35 of the European Union (EU) Charter of Fundamental Rights states, "Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities." (European Union, 2007). Currently, we see significant inequalities between and within EU countries regarding public health. These inequalities are partly caused by social determinants, such as gender (European Commission, n.d.). Women and men experience different health inequalities. On the one hand, men are biologically disadvantaged, as on average they have a lower life expectancy than women (Doyal, 2000, p. 933). Also, men and women are put at different levels of risk and exposure to disease and injury as a consequence of gender norms and stereotypes, which affect levels of physical activity, diet, tobacco and alcohol consumption, sexual behavior, engagement in violence, and exposure to injuries (WHO, 2019). On the other hand, although women live longer on average, they tend to experience less good quality of life years, as they suffer more from nonfatal, disabling physical or mental diseases (Borrell et al., 2014, p. 31; Crespí-Llórens, Hernández-Aguado & Chilet-Rosell, 2021, p. 327). This experience partly stems from inequities in access to basic health care, nutrition, and education (Downs, Reif, Hokororo & Fitzgerald, 2008, p. 1103). These difficulties in access can stem from mobility restrictions, a lack of decision-making power, discrimination, and a lack of awareness amongst healthcare providers on the specific health needs of women and girls (WHO, n.d.). Furthermore, gender bias and gender norms are embedded in health research and health care (Gupta et al., 2019, p. 2551). Perfect gender equality in health can never be achieved, as women and men inherently face different biological starting points, and will therefore always differ in life expectancy and morbidity. However, most current health services do not consider gender norms and roles to respond to men's and women's different health needs, even though the inherent right to the highest attainable standard of health is enshrined in the WHO constitution and international human rights law (WHO, 2019).

Since the 1990s, the international community has increasingly paid attention to improving gender equality in health systems (Crespí-Llórens et al., 2021, p. 327). In the EU this process started with equal treatment through equal rights, which was followed by positive action and positive discrimination. Eventually, in the Amsterdam Treaty (1997), the EU adopted 'gender mainstreaming' as an official policy approach. Gender mainstreaming was

defined by the Council of Europe in 1998 as measures that aim to reorganize, improve, develop, and evaluate policy processes to incorporate a gender equality perspective in all policies and institutions (Muñoz, 2022, p. 461). The EU also applied gender equality policies in the health sector to improve gender equity in health, defined by the Council of the European Union in 2006 as follows: “equity relates to equal access according to need, regardless of ethnicity, gender, age, social status or ability to pay.” (European Institute for Gender Equality [EIGE], 2017). The EU mentions gender equality in health care in their ‘Strategic Engagement for Gender Equality 2016-2019’ framework, the ‘Gender Equality Strategy 2020-2025’, as well as in their annual update reports. Examples of this are their mention of the need to address gender-specific health risks, with a specific focus on cancer and sexual and reproductive health (European Commission [EC], 2021). Furthermore, the EU aims to address inequities in access to healthcare and appropriate education and training, together with a need to include a better balance of gender participation in clinical trials (EC, 2021). Additionally, the EU wishes to increase the number of women in leadership and decision-making positions regarding health and they want to include a gender perspective in projects related to environmental effects (such as chemicals and endocrine disruptors) (EC, 2022). The EU also wishes to include women’s needs in long-term care, which they are often less able to afford than men, due to lower income and pensions (EC, 2023). Finally, the EU addresses gender inequalities in mental health, due to gender-based violence and discrimination (EC, 2024).

Gender equality as a policy problem is highly subject to different conscious or unconscious interpretations that affect how the issue is framed in public policy (Lombardo & Meier, 2006, p. 153). In the past, changes in social, economic, or political contexts, such as the 2008 economic crisis, have produced shifts in the way gender equality policies are framed (Kantola & Lombardo, 2018, p. 337). In the EU, framing has gradually shifted from equal treatment to gender mainstreaming to gender equality as a human right (Kantola & Lombardo, 2018, p. 345). Since the EU aims to coordinate policies among the member states, their agenda sets an example to follow by national governments, which eventually leads to them absorbing EU regulations into their national regulations (Muñoz, 2022, p. 465). Therefore, it is critical to research how EU policy influences the integration of gender equality principles by member states, especially in the health sector, as there is only limited research done on the framing of gender equality policies.

This thesis will commence by debating existing literature on gender equality (health) policies in the EU and its influence on the framing of national policies. Furthermore, concepts regarding policy transfer, Europeanization, and policy framing will be discussed. Afterwards,

the methodological design and method of analysis, ‘What is the problem represented to be’ (WPR) by Bacchi (2009), will be introduced. This is followed by an analysis of the case study, Austria, which examines problem representations in national policies on gender equality in health. The choice for Austria as a case study lies in the fact that Austria is extremely well developed regarding gender equality policies in health care compared to other European countries. Studying this country therefore has societal significance, as it can pose an example for other European countries. Lastly, the conclusion will summarize the main findings and discuss their implications, as well as the limitations of the study and recommendations for further research regarding gender equality policies in health.

## **2. Literature review**

### *2.1 Gender equality policies and the EU*

Jacquot (2015, p. 3) describes gender equality policies as “public policies whose principal objective is the fight against gender inequalities and the promotion of equality between women and men”. Gender equality policies differ from policies of rights or anti-discrimination policies, as they are not solely focused on a judicial treatment of inequalities. Furthermore, gender is present in all political processes and public areas, therefore gender equality policies can be deployed in several sectors, such as health care, education, or employment. Over time, different understandings of the meaning of gender equality have produced three main political strategies to achieve it. The first strategy, ‘equal treatment’, is characterized by the understanding of gender equality as equal rights implemented through law. The second strategy, ‘equal opportunities’, is based on differences between men and women and focuses on positive action and positive discrimination. Lastly, the third strategy, ‘equal impact’, is based on the concept of gender and is enacted through for example gender mainstreaming (Jacquot, 2015, p. 3). The objectives set out by gender equality policies can only be achieved if a balance is found between these three strategies (Jacquot, 2015, p. 4).

The European Union set out its first step toward gender equality policies in the Treaty of Rome in 1957, which contained a single article on equal pay for women and men for equal work. In 1975, before the European Court of Justice, the principle was successfully invoked for the first time (Viviani, 2014, p. 14). Throughout the 1980s, the EU developed its gender equality policies through soft law, and the recognition of equal opportunities (Jacquot, 2015, p. 8; Viviani, 2014, p. 15). Additionally, in the Amsterdam Treaty of 1997, positive

discrimination measures were recognized and the concept of ‘gender mainstreaming’ was introduced (Viviani, 2014, pp. 16-17). In such a manner, the EU has developed a varied approach to the promotion of equal opportunities for men and women through guidelines, treaties, and directives (Lomazzi & Crespi, 2019, p. 10).

The EU’s development of gender equality policies has been met with criticism. The article by Muñoz (2022) critically analyzes the progress of the EU on gender equality, from the adoption of gender mainstreaming. According to Muñoz (2022, p. 461), the topic of gender equality has always been included in European treaties, however, the approach to achieving it has changed. Furthermore, the author argues that although the EU has included more topics related to gender equality in its policies over the years, this has not led to increased effective implementation of gender mainstreaming (Muñoz, 2022, p. 465). She explains how this is likely due to the EU’s neoliberal framing of gender equality, which emphasizes the benefits of gender equality for market reasons, without addressing the underlying issues causing the inequalities (Muñoz, 2022, pp. 464-465). Viviani (2014, p. 25) similarly finds that the EU’s gender equality policy mainly focuses on the employment market and that this approach should be approached with scrutiny and caution.

## *2.2 EU policy discourse on gender equality*

‘Policy discourse’ can be defined as “interactions of individuals, interest groups, social movements, and institutions through which problematic situations are converted to policy problems, agendas are set, decisions are made, and actions are taken” (Rein & Schon, 2012, p. 263). The way problems are portrayed in political discourse can therefore shape our social realities. Several authors have researched the political discourse of gender equality at the EU level (Kantola & Lombardo, 2018; Lombardo & Meier, 2006; Lombardo & Meier, 2008). In their article, Lombardo and Meier (2006, p. 152) aim to research to what extent a feminist reading of gender mainstreaming has been incorporated into EU political discourse. Lombardo and Meier (2006, p. 155) find that the diagnostic and prognostic frames of the EU on family policy and gender inequality in politics include certain elements of a feminist reading of gender mainstreaming, but inconsistencies and challenges remain. For example, for gender inequality in politics, women are framed to be the main problem holders, while men rarely appear to be included. Therefore, this is lacking the inclusion of ‘gender’ as a concept instead of ‘women’ (Lombardo & Meier, 2006, p. 157). Furthermore, EU discourse on family policies is

disproportionately focused on equal opportunities and reproduces the idea of the role of women as primary caregivers (Lombardo & Meier, 2006, p. 155).

Further research suggests that the EU has made uneven progress in the different policy areas, such as family policies, domestic violence, and gender equality in politics (Lobardo & Meier, 2008, pp. 105-107). Furthermore, they find a general shift away from gender equality as a goal, to it being a side goal of the labor market, for example. Lombardo and Meier (2008, p. 103) argue that this generally has led to a decrease in gendering in policy issues, due to which policies have strayed away from the initially intended outcomes. Similarly, Kantola & Lombardo (2018, p. 331) research how EU policy discourse constructs certain representations of the problems and solutions of gender equality over others. The authors state that the different EU institutions involved in policy-making construct policies on gender equality differently. Kantola & Lombardo (2018, p. 337) conclude that the way gender equality is framed in EU policy depends on the power of the actor, as well as on the social, economic, and political context. This has led to a shift in solutions from equal opportunities, to positive action, gender mainstreaming, and more recently human rights or anti-discrimination (Kantola & Lombardo, 2018, p. 342).

### *2.3 The influence of EU policy framing on national policy*

The interaction between EU and national policymaking shapes gender equality policy in EU member states (Lombardo, 2017, p. 22). In this way, the EU can influence national governments to translate EU regulations into national legislation (Muñoz, 2022, p. 465). Although member states are generally open to European suggestions, they differ in their application of concepts, such as ‘gender’ and ‘mainstreaming’ and the implementation of policies. Additionally, a country's history with gender relations and its welfare regime impact the implementation of gender mainstreaming processes (Lomazzi & Crespi, 2019, p. 26). As a consequence, gender mainstreaming and its impact developed unequally across member states (Lempesi, 2019, p. 40). Other authors have found that variations in policy framing affect the implementation of gender mainstreaming in different countries (Hadjiyanni & Kamoutsi, 2016, p. 190).

Several researchers have concerned themselves with investigating the comparison between EU and national policy framing of gender equality (Hadjiyanni & Kamoutsi, 2016; Krizsán, Bustelo, Hadjiyanni & Kamoutsi, 2007; Lempesi, 2019; Lombardo, 2017). Krizsán et al. (2007) compare the framing of EU policy with the national policies of Spain, the Netherlands, Slovenia, Hungary, Greece, and Austria on domestic violence. They find that



countries approach the diagnosis of the issue similarly, framing it as a public matter, human rights issue, health issue, or security issue (Krizsán et al., 2007, p. 164). On the other hand, differences can be found in the prognosis of domestic violence. Krizsán et al. (2007, p. 161) posit that an explanation for this could be that national actors borrow certain gender equality discourse from European or international texts, but do not find enough support for it to include it in the prognosis of policy discourse. Similar to previous research, the authors conclude that although the EU sets benchmarks for the incorporation of a gender equality perspective in policies, its lack of competence keeps its leverage on member states limited (Krizsán et al., 2007, p. 166).

Hadjiyanni and Kamoutsi (2016, p. 190) on the other hand do find extensive similarities between policy frames regarding prognosis in their comparison of the framing of policies on sexual violence against women in EU and Greek discourse. This is likely since the EU established programs combating sexual violence, that Greece adopted, however, this leads to a lack of local context inclusion in solutions to this issue. As a consequence, in Greece at the time, sexual violence against women remained an issue not in need of a political solution (Hadjiyanni and Kamoutsi, 2016, p. 217). Therefore, these similarities should be met with skepticism (Hadjiyanni and Kamoutsi, 2016, p. 219). Lempesi's (2019, p. 45) findings in her research on European policies on gender equality and their connection to gender mainstreaming in Greek educational policies provide similar arguments. The author explains how Greek policies are constantly being harmonized with European targets because Greece had no previous traditions in gender policies and was therefore "forced" to follow the EU's directions. However, these policies were never implemented in wider political planning and their effects remain limited.

Lastly, Lombardo's (2017) research highlights the effects of the EU's austerity measures taken after the 2008 economic crisis on gender equality policies. In times of crisis, there is generally a reduction in social spending and social policy due to a lack of political will in national governments (Jacquot, 2015, p. 11). In Spain, similar effects were seen due to the EU's economic governance regime with stricter norms and the surveillance of member states' economic policies (Lombardo, 2017, p. 22). The EU's neoliberal agenda and the Council's recommendations to Spain prompted the making of national policies that pushed the Spanish gender regime towards a neoliberal and domestic form.

## *2.4 Research gap*

Existing literature on the framing of gender equality in policies has been mainly done either at the EU level or at the national level, but only limited literature has attempted to find the relationship between EU policy framing and national policy framing (Krizsán et al., 2007; Hadjiyanni & Kamoutsi, 2016). Furthermore, although the findings of Krizsán et al. (2007) and Hadjiyanni and Kamoutsi (2016) present us with interesting findings on the topic, their timeframe, focusing on the years 1995 to 2004, is not up-to-date. The social, economic, and political context of Europe has changed over the years, which has likely produced a shift in framing. Therefore, it is important to conduct more temporary research on the relationship between EU policy framing and national policy framing. Moreover, this research will be studying a different country, Austria, than what has been mainly studied so far. Additionally, previous research has focused on many different policy areas, such as family policy, domestic violence, or sexual violence against women, yet the role of gender equality in health policy has been largely neglected in research. It is of great importance to gain better knowledge on this topic, as gender plays a big role in producing inequalities in health. This thesis aims to fill this research gap by answering the following research question:

*To what degree are gender equality policies in health transferred from the EU to national governments?*

## **3. Theoretical framework**

The EU's complex interactions between supranational, national, and subnational levels of governance characterize it as a unique political entity. Various theories and concepts explain the dynamics of the interaction between EU policy and national legislation. In this research, the theoretical framework is constructed around four crucial concepts that are necessary to understand the pathways through which EU gender equality policies are reflected and reframed within national health policies. These concepts and their connection to gender equality policies in health will be addressed in the following section.

### *3.1 Multi-level governance*

The policy-making process in the EU can be described as a process of multi-level governance (MLG). Supranational, national, sub-national, and non-state actors are involved in policy-making, with shifts of power and authority between them (Bache, Bartle & Flinders, 2022, p. 530). Due to its constitutional asymmetry, the EU's power and authority are limited to what is

laid out in the founding Treaties (Scharpf, 2010). Since the Lisbon Treaty, the EU has catalogs dealing with the division of competencies between the EU and its member states. As such, there are areas where the EU has ‘exclusive competence’, and subject matters where the EU shares competences with the member states (Luif, 2014, p. 38). In public health policies, the EU fulfills a supporting role, coordinating and supplementing in the realization of health objectives, while the competence of implementation of policies remains at the national level.

### *3.2 Policy transfer and Europeanization*

Policy transfer is a process by which knowledge of policies, administrative arrangements, institutions, and ideas in one political system is used to develop similar features in another political system (Benson & Jordan, 2011, p. 366). This concept, originally developed by Dolowitz and Marsh, can be used to explain how the EU distributes certain aspects of its policies, policy goals, or instruments among member states, through a semi-coercive manner, as the member states ultimately must approve policy initiations (Benson & Jordan, 2011, pp. 369-370). Due to the EU’s multi-level governance, it has the potential to transfer policies up or down between the supranational, national, and subnational levels of governance (Bulmer & Padgett, 2004, p. 103). In the healthcare sector, member states retain sovereignty and use EU institutions to coordinate their policies. In this case, policy transfer is considered to be ‘facilitated unilateralism’, meaning that the exchange is unilateral, voluntary, and facilitated by the European Union (Bulmer & Padgett, 2004, p. 104). The transfer outcomes under facilitated unilateralism are weaker than under other forms of governance since it relies on informal rules and ‘soft’ compliance mechanisms (Bulmer & Padgett, 2004, p. 124).

The influence of the European Union on national policy is explored in a broader body of literature concerning ‘Europeanization’ (Wasserfallen, 2018, p. 626). Europeanization can be conceptualized as a normative order, laid out by the formal and legal institutions of the EU, through which member states to a certain degree internalize EU values, paradigms, and associated discourses (Olsen, 2002). Research finds that there are differences in how member states react to EU impacts and implement its ideas, which has made it increasingly clear that Europeanization can also lead to political contention, competing discursive patterns, and institutional misfits (Lombardo & Forest, 2015, p. 225; Wasserfallen, 2018, p. 627).

Discursive Institutionalism (DI), a theoretical approach developed by Schmidt (2008) and Schmidt and Radaelli (2004) can be applied to analyze policy change in Europe, by focusing on discourse to explain why, how, and when political actors internalize EU norms by

exchanging ideas and (re)framing them to fit the strategic interests of their institutional settings (Lombardo & Forest, 2015, p. 227). A concept such as gender equality is contested in its meaning and therefore acquires different meanings in different places, and will be more empowered in some contexts over others. Policy actors can use these changes in meaning by strategically framing them to adapt to political and institutional contexts (Lombardo & Forest, 2015, p. 229). Therefore, implementation of gender equality policies will often be ineffective in environments that are unsupportive of them, as states translate and interpret transnational gender policy concepts and ideas to fit their ideology and objectives (Alniaçik et al., 2017, p. 317). In this way, policy objectives can claim to be aiding gender equality, while simultaneously (un)intentionally reinforcing inequalities of gender. Hence, it is important to pay attention to the ideas and discourses that construct and frame policies (Jenson, 2015, p. 541).

### *3.3. Policy framing and problematization*

A frame, as defined by Steurs, Van de Pas, Delputte, and Orbie (2018) is “an organizing principle that transforms fragmentary or incidental information into a structured and meaningful problem, in which a solution is implicitly or explicitly included” (p. 343). The issue with framing is that it produces different views of problems and social realities, hence creating various interpretations of the situation at hand, and supporting different courses of action regarding what shall be done, how, and by whom (Rein & Schon, 2012, pp. 264-265). In the EU, the framing of policies affects political decision-making and either involves or excludes a certain set of actors in the process (Daviter, 2007, p. 662).

The framing of issues such as gender equality determines what the root of the issue is presented to be and what kind of policies and actions will be taken to tackle it. For example, framing gender mainstreaming from a realist perspective will highlight main issues such as a lack of resources, data, and political will, while ignoring the underlying issues causing gender inequality in the first place (Payne, 2014, p. 957). Differences in policy framing at the national level therefore produce variety and differentiation in the implementation of gender mainstreaming policies in the health sector (Hadjiyanni & Kamoutsi, 2016, p. 190).

Strategic framing is seen as intentional, done to gain support for a particular political position or cause (Bacchi, 2009, p. 45). However, policies can also unintentionally produce problematizations of issues. Policies and policy proposals contain implicit problem representations, through which governing takes place (Bacchi & Goodwin, 2016, p. 39). By

examining these policies and the problems they constitute, one can critically assess their governance and the effects posed on those governed (Bacchi & Goodwin, 2016, p. 40).

#### **4. Methodology**

The following section will discuss and justify the choices that were made for the research design and case selection. Furthermore, the method of data collection and types of sources will be touched upon. Lastly, Bacchi's 'What's the problem represented to be?' (WPR) approach to policy analysis will be explained.

##### *4.1 Research design and case selection*

To examine the influence of EU policies on the framing of national policies on gender equality in health, a qualitative single case study methodology will be employed. A qualitative methodology is the most suitable for this study, as this research focuses on the framing of policy discourse, which is an interpretive and implicit practice. Additionally, single case studies are relevant to research, because they allow for a detailed analysis of a certain phenomena and an abundant textual description (Ruffa, 2019).

To study the influence of EU policy goals on the framing of national-level policies, linguistic familiarity is important, as it enhances the depth and accuracy with which policy analysis can be performed, which enriches the study's contribution to understanding gender equality in the health sector across Europe. Therefore, the case selection is influenced by practical considerations related to linguistic accessibility. Possible cases consisted of Austria, Belgium, Germany, Ireland, and the Netherlands. Eventually, Austria was chosen, as it is the most interesting case to look at from a societal perspective. Austria was the first European country to adopt an action plan for women's health in 2017, focusing on several topics and the reduction of inequalities in health (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2019). Furthermore, the Austrian Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Health has an explicit section on their website covering women's and gender health, stating that gender is an important factor affecting health and disease (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a). This is not commonly seen in many other European countries. For example, the Netherlands, Germany, and Belgium do not include a gendered perspective in their ministerial health publications. In 2022, Ireland also became one of the first countries to develop a Women's Health Action Plan, however, due to the recency of these publications the number of sources would be too limited to perform a policy analysis in

comparison with the EU documents. Hence, by studying Austria, the findings of the study can be used to infer practices and framing that could be applied in other European countries to improve the support for gender equality in health care.

#### *4.2 Data sources*

The data that will be used in this study are policy documents from the EU and Austria regarding gender equality in health. EU policy documents were accessed online on the website of the European Commission. Specifically, the EU's 2020-2025 Gender Equality Strategy will be analyzed, since this is the first document where the Commission mentions gender equality in health as a policy goal (European Commission, 2020). Moreover, a look will be taken at the 2021 progress report. Furthermore, Austrian policy documents were accessed through the website of the Austrian Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Health (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a). Since 2017, two policy documents on women's health or gender equality in health have been published, on which policy analysis will be applied. The first document that will be analyzed is the 2017 Women's Health Action Plan, of which 40 measures to improve women's health are analyzed. The second document under analysis is the 2022 Women's Health message, which will be compared against the 2017 policy document and the EU policy documents to see whether changes in problem representation have occurred and whether the EU has had an influence on this. In the appendix, texts of these policy documents can be found that discuss the relevant policy measures and issue representations concerning gender equality in health care.

#### *4.3 Method of analysis*

To analyze the policy documents, Bacchi's 'What is the problem represented to be' (WPR) approach will be used. WPR is a poststructural approach to policy analysis, intending to discover the representation of 'problems' in policies (Bacchi & Goodwin, 2016, p. 5). This approach helps us gain an understanding of how 'problems' are presumed to exist and thought about by governing institutions (Bacchi, 2009, p. 13). It is a relevant approach to use when researching the influence of the EU on national policies since policy has cultural dimensions and is shaped through historical, national, or international contexts and might therefore reflect cultural assumptions (Bacchi, 2009, p. 10). Furthermore, the WPR approach allows for cross-cultural and cross-national comparison of social and political developments, to highlight

differences between problem representations. Moreover, this type of analysis encourages us to think about comparing links across areas, which is relevant when comparing gender equality and health (Bacchi, 2009, p. 20). Bacchi outlines six questions concerning how policies represent problems:

1. ‘What is the problem represented to be in a specific policy?’ builds on the idea that policies contain implicit problem representations through problematizing activities (Bacchi, 2009, p. 2).
2. ‘What presuppositions or assumptions underlie this representation of the ‘problem?’’ concerns itself with the epistemological and ontological assumptions that need to be in place for this representation to come about (Bacchi, 2009, p. 4).
3. ‘How has this representation of the problem come about?’ reflects on the developments and decisions that have formed the representation of the ‘problem’ (Bacchi, 2009, p. 10).
4. ‘What is left unproblematic in this problem representation?’ aims to address issues and perspectives that are silenced by the representation of the ‘problem’ (Bacchi, 2009, pp. 12-13).
5. ‘What effects are produced by this representation of the problem?’ wishes to discover if and how problem representations affect members of different social groups contrarily (Bacchi, 2009, p. 15).
6. ‘How and where has this representation of the problem been produced, disseminated, and defended, and how could it be disrupted?’ concerns itself with thoughts about how a problem representation reaches its target audience and achieves legitimacy and support (Bacchi, 2009, p. 19).

To allow for a more thorough description of the other questions, three and six will be answered only generally for Austria and the European Union. Together, these questions allow the research to go beyond identifying the barriers to gender equality in health, by exploring how discourse and framing of a representation of a problem can reinforce the inequalities that the policies attempt to address (Payne, 2014, p. 959).

## **5. Analysis**

In the following section, the WPR approach will be applied to the Austrian and European Union policy documents on gender equality in health. First, a look will be taken at the Austrian 2017

Women's Health Action Plan. Then, the EU 2020-2025 policy strategy for gender equality will be analyzed. After this, the Austrian 2022 Women's Health Message will be analyzed to investigate whether EU policy goals have impacted problem representation at the national level. This section provides a general summary and overview of problem representations in each of the mentioned policy documents, by discussing the WPR approach questions. For a more detailed answer to these questions, see the appendix, where they are answered for each policy measure specifically.

### *5.1 Austria's Women's Health Action Plan 2017*

In 2017, the Austrian Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Health published the first European Action Plan for Women's Health (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023a). With 17 impact goals and 40 measures, the action plan covers a broad range of themes, such as sexual and reproductive health, mental health, health literacy, research, and chronic diseases. The policy document is developed by a multidimensional process, involving 50 experts and organizations concerned with equal health opportunities for women (Gaiswinkler, 2021). Health issues among Austrian women were identified through the use of a survey, together with the World Health Organisation's (WHO) strategy on Women's Health and 8 socioeconomic principles. The goals and measures were defined following the three life stages women go through, from girls and young women to working women and older women.

The 40 measures include a wide range of problem representations. For example, attention is paid to improving health literacy, facilities, and socioeconomic status for vulnerable groups (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 29). Furthermore, attention is paid to problems of inequality in social or health institutions and the workplace. Several measures address the lack of knowledge on specific issues or situations regarding women's health in health care or among personnel and aim to improve this so that women are provided with fitting and personalized care (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 36).

In the action plan, several assumptions are made about the types of problems that are represented. First of all, it is assumed that there is a necessity for gender-specific health policies and interventions, as women's health needs are different from those of men. Additionally, it is assumed that not all women are affected by health inequalities equally. The Women's Health Action Plan puts a priority on disadvantaged women, for example, those with migration



backgrounds, disabilities, or low socioeconomic positions, as they are represented to be the most vulnerable groups to situations of ill health (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 28).

An important development noticeable in this policy document is that the problem representations stem from the understanding of intersectionality, meaning that it is not merely gender or poverty that produces ill health, but that it is often a combination of discrimination or disadvantage in multiple areas that plays a role. Therefore, the measures are divided into three life stages, to more accurately represent the different issues girls and women go through as they age and present an understanding that they do not universally apply. Furthermore, by paying special attention to vulnerable groups of women, such as disabled women, older women, single women, etc. measures are targeted to the discriminations and problems faced specifically by women in each category (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 24). It can also be recognized that Austria's approach to women's health is influenced by international standards and guidelines, such as those from the World Health Organization, of which explicit mention is made (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 24).

Most of the measures include a clear focus on categorizing women and girls as the target group, while some measures, such as on improving health literacy of personnel or gender stereotyping of professions, kept the focus broader on gender. This broader focus could have been applied to more measures, as some problem representations are not unique to women, but affect both genders. For example, the section on improving mental health care facilities focuses on the problem that not all regions and areas in Austria have equal access to psychological treatments covered by social benefits, but if this is the case for women it is also the case for men (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 60). Another example is the measure focusing on creating a more positive self-image among women, when men often tend to struggle with body-image issues as well but are even less likely to speak up about it or get treated (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017, p. 43). Now, as a result, there is silence regarding male health experiences in certain areas. It is not addressed how they are possibly affected by the same issues. Therefore, policy measures that exclusively focus on improving the situation for women in these cases might tip the inequality balance to the other side.

The Action Plan reaches its target audience and achieves legitimacy through its development and maintenance by the Austrian Federal Ministry, which indicates a top-down approach to policy framing and dissemination. Furthermore, since the Action Plan is based on

input from health experts and women target groups, its content achieves legitimacy as it represents the needs of women in the community.

### *5.2 The EU's Gender Equality Strategy 2020-2025 & 2021 Report*

Only recently has there been a focus on gender equality in health, with its first brief mention in the 2019 report on gender equality. The topic is more, but still limitedly, addressed in their Gender Equality Strategy 2020-2025, which aims to create a gender-neutral Europe through policy objectives and actions. The strategy is concerned with several topics, including gender-based violence, gender stereotypes, the gender gap in pay and pension, and gender balance in decision-making and politics. Furthermore, gender mainstreaming actions are applied to certain topics related to health, although their range is pretty limited (EC, 2020).

The initial policy document mentions two main issues: gender-based violence and gender-specific health risks. Gender-based violence is presented to be an issue mainly faced by women with health issues or disabilities. The EU plans to launch an integrative approach, involving all stakeholders, to tackle gender-based violence by improving care and legal assistance. The issue of gender-specific health risks is only mentioned briefly, stating that the EU wishes to incorporate a gendered approach to the diagnosis and treatment of cancer, to sexual health and reproductive health and rights, which is currently lacking in most member states (EC, 2020, p. 16).

The 2021 Report on Gender Equality expands on this issue of gender-specific health risks and needs. To combat this, the Commission is focusing on mainstreaming gender into its health policy, to understand and address women's and men's different health expectations, experiences, and risks (EC, 2021, p. 50). In addition, the report introduces two new topics, the first one being Female Genital Mutilation (FGM). Through funding and recommendations, the EU wishes to strengthen public services, prevention and support measures, capacity-building for professionals, and improve victims' access to justice (EC, 2021, p. 13). The second new problem presented in the report is the gendered impact on employment of COVID-19. Women have experienced higher risks of exposure to the virus, a rise in workload, and challenges to work-life balance. Although sectors with an overrepresentation of women were deemed most essential, they remain characterized by low salaries and underappreciation. The EU wishes to tackle these issues by emphasizing the importance of equal pay and employing measures that support equal sharing of care work between genders (EC, 2021, pp. 21-24).

In both documents, the EU overlooks the impacts of intersectionality of gender with, for example, race, disability, or economic status. It is therefore wrongfully assumed that interventions aimed at gender equality will have equal benefits for all women. Additionally, the Gender Equality Strategy posits that improved accessibility of healthcare information and services has a direct positive impact on women's health outcomes, but they do not address underlying health system inequalities that might hinder the outcomes.

The strategy is based on the EU's long history with gender mainstreaming and targeted actions regarding gender equality, as has been touched upon in the introduction and literature review. The 2020-2025 Gender Equality Strategy further pursues policy objectives and goals supported by the EU and the von der Leyen Commission, committing to achieving a Union of Equality (EC, 2020). Moreover, ongoing movements and advocacy by women's rights organizations have pushed gender issues, such as health inequalities, forward and have influenced its inclusion in EU policy.

The document's inclusion of themes is still fairly limited. For example, there is a lack of focus on mental health issues and non-communicable diseases, which are significantly affected by gendered impacts, but are less straightforward than for example reproductive health issues. Furthermore, the role that men and boys can play in supporting gender equality is underplayed. Men and boys must be engaged in this strategy, as it can help change harmful cultural practices, attitudes, and social norms.

However, the framing of gender equality in health as a policy issue allows for it to be addressed through specific actions and targeted allocation of resources. The issue's position and priority in the broader framework of gender equality is raised, which can lead to quicker advancement of solutions. It also raises awareness of the issue and enhances its visibility, which can produce a wider range of societal recognition and advocacy, further affecting public opinions and behaviors.

The EU Gender Equality Strategy is communicated through EU platforms, in this way reaching the intended stakeholders and member states. Legitimacy is achieved by the EU's engagement with a multitude of stakeholders that partake in discussions, consultations, and workshops to further discuss and refine gender policies and approaches. Additionally, the strategy's goals are defended through its alignment with global standards, norms, and laws on gender equality.

### *5.3 Austria's Women's Health Message 2022*

The 2022 Austrian health message includes descriptions and numbers of many issues that have been laid out in the 2017 Women's Health Action Plan. Unpaid care work, mental load, gender stereotypes and roles, self-image, sexual and reproductive health, mental health, gender-based violence, and access to health information are the main topics that are problematized in this policy document. For many of these topics, the ministry includes updates on the measures they have implemented since the 2017 Action Plan or new descriptions of the problem at that point. The Health Message's problematization again focuses on women with disabilities, older women, women with a migration background, and single women as the groups most vulnerable to poverty and poor health in older age, due to discrimination or worse labor opportunities (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b, pp. 19-21).

There are also several new topics introduced, in which we can find similarities with the EU Gender Equality Strategy. First, the 2022 Health Message mentions Female Genital Mutilation as a health issue and human rights issue. They explicitly state that they received measures and recommendations from the European Institute for Gender Equality in 2021 for improved prevention and handling of FGM (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b, pp. 114-115). Second, the effects of the COVID-19 pandemic on women are mentioned as a new topic. They mention how women were disproportionately confronted with health risks by being overrepresented in care or informal professions, with no opportunity to work from home. Additionally, women more often had to choose to work less or give up their jobs as a consequence of the pandemic (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b, pp. 128-129).

The primary assumption made is that women face unique health risks and challenges compared to men, which is the driving factor behind a targeted health strategy addressing women's health issues. Moreover, Austria's Health Messages acknowledges the importance of taking an intersectional approach in this strategy, by assuming that factors such as age, race, socioeconomic status, disability, and migration background intersect with gender and produce different health outcomes within the larger group of women. Lastly, an important assumption that is made is the presence of systemic barriers to access to healthcare and treatment for women. These barriers are the product of both policy gaps and societal norms.

Austria's approach to incorporating a gendered approach to health has been influenced by international practices and standards. This has helped to ensure that the country's strategies

are aligned with global health standards and provide a comprehensive approach (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b, p. 65). In recent years, we have seen an increase in advocacy by women's health organizations which has brought attention to health inequalities between genders. With this comes increased public awareness of the issue and a demand for health services to address women's specific needs. A combination of these factors has led to a prioritization of gender-specific health issues in national planning and policy-making (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023b, pp. 3-6).

Although problem representations are fairly detailed, they do leave certain aspects undiscussed. For example, there is a big focus on individual improved services and awareness, which under-emphasizes the need for broader changes in economic or social policy to prevent these issues in the first place. Including these would make the approach to improving women's health more holistic and comprehensive.

However, Austria's approach to women's health is a huge step in the right direction, especially in comparison to most other European countries. The policy goals laid out in this document can increase the visibility of women's specific health concerns in society and influence advocacy efforts. Furthermore, policymakers can use documents such as these to develop or adjust health policies to more accurately address the needs of different groups of women in society. In combination, this might lead to better-targeted health programs and an increase in funding for initiatives focused on women's health.

This document reaches its target audience through dissemination by official government channels, health departments, and women's health organizations. Legitimacy is obtained through using extensive research and consultations with a wide range of experts, accurately representing the health needs of women. By engaging with both the public and professionals, the findings and recommendations in this report involve both top-down and bottom-up approaches to gender equality in health.

## **6. Conclusion**

This thesis investigates the research question "To what degree are gender equality policies in health transferred from the EU to national governments?" Austria's 2017 Women's Health Action Plan is compared against its 2022 Women's Health Message, to investigate whether the EU Gender Equality Strategy 2020-2025 and 2021 Report on Gender Equality led to policy transfer to the national level. The findings suggest that the EU has distributed certain topics of

its policy goals among Austria, which is in accordance with the literature on policy transfer and Europeanization. The EU Gender Equality Strategy 2020-2025 and the 2021 Report on Gender Equality introduce two new topics that were previously not included in Austria's 2017 Women's Health Action Plan, namely Female Genital Mutilation and the effects of the COVID-19 pandemic on gender health inequalities. In Austria's 2022 Women's Health Message, they mention explicitly that the topic of FGM is included after receiving recommendations and measures from the European Institute for Gender Equality. Therefore, in this case, we can see a direct transfer of policy goals and objectives at the EU level being taken up by national policy goals. The inclusion of the gendered impact of the COVID-19 pandemic poses a less direct transfer of policy goals from the EU level to the national level. Although Austria touches upon the same problematization of the issue as the EU report, they do not directly mention the EU as an influence, which makes it more difficult to say whether it is a policy transfer or not. Overall, although the amount of policy transfer from the EU to the national level is limited, we see evidence of it in several areas.

This study is subject to several limitations. Firstly, the possible pool of cases was relatively small due to language restrictions and many of these countries not yet having incorporated gender equality policies in health. In other cases, the existing policy documents were too limited to perform a WPR analysis. For future research, it would be exemplary to repeat a similar study of the problem representation of gender equality policies in health and the EU's impact on this in other European countries, such as Spain or Italy, which have extensive documents and reports regarding this topic but could not be analyzed due to language abilities. Furthermore, due to time constraints, it was possible to look at only one case, Austria, using the WPR analysis, which impacts the generalizability of the findings. However, Austria is an interesting case to look at regarding this topic, as it is far ahead of many other European countries in terms of policies on gender equality in health. Therefore, if EU policy transfer can be found in Austria, it is possible that even bigger effects could be found in other countries. For future research, it would also be interesting to see whether there are differences between European countries in the uptake of EU policy actions and goals and what these differences are potentially caused by.

Despite these limitations, the findings of this study have important implications. This research provides empirical evidence supporting the theory of policy transfer in a Europeanization context. Seeing policy transfer take place between the EU and Austria suggests that the European Union can play a role in influencing national governments to take over EU policy in their national policy, as has been suggested by previous research. This

research investigates policy transfer of gender equality policies in a heretofore relatively unexplored field, health care, thereby enriching the literature on Europeanization. By leveraging the insights gained from the findings, Austrian and other European policymakers can enhance their strategies and interventions, which contributes to a health framework with more equity and inclusivity, reflecting the broader goals of the EU and its gender equality strategy.

## Primary sources

- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2017, May 22). *Aktionsplan Frauengesundheit: 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich*. Retrieved from <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html>
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023a, April 6). *Frauen- und Gendergesundheit*. Retrieved from <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html>
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023b). *Frauengesundheitsbericht 2022*. Retrieved from <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html>
- European Commission. (2020, March 5). *A union of equality: Gender equality strategy 2020-2025*. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX:52020DC0152>
- European Commission. (2021, March 5). *2021 report on gender equality in the EU*. Retrieved from [https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality\\_en](https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality_en)
- European Commission. (2022, February 25). *2022 report on gender equality in the EU*. Retrieved from [https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality\\_en](https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality_en)
- European Commission. (2023, March 2). *2023 report on gender equality in the EU*. Retrieved from [https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality\\_en](https://commission.europa.eu/publications/past-annual-reports-gender-equality_en)
- European Commission. (2024, March 7). *2024 report on gender equality in the EU*. Retrieved from [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en)
- European Commission. (n.d.). *Public health: Social determinants*. Retrieved from [https://health.ec.europa.eu/social-determinants/overview\\_en](https://health.ec.europa.eu/social-determinants/overview_en)
- European Institute for Gender Equality. (2017, January). *Health*. Retrieved from <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/policy-areas/health>



- European Union. (2007). Charter of the fundamental rights of the European Union. *Official Journal of the European Union C303*, 50, 1-35.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (2019, July 10). *Committee on the Elimination of Discrimination against Women reviews the report of Austria*. Retrieved from <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/07/committee-elimination-discrimination-against-women-reviews-report-austria>
- World Health Organization. (2019). *Health and Gender Equality: Policy brief*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/346823>
- World Health Organization. (n.d.). *Gender and health*. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1)

### Secondary sources

- Alniaçik, A., Altan-Olcay, Ö., Deniz, C., & Göksen, F. (2017). Gender policy architecture in Turkey: Localizing transnational discourses of women's employment. *Social Politics*, 24(3), 298-323. doi: 10.1093/sp/jxx007
- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?*. London, United Kingdom: Pearson.
- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016). *Poststructural policy analysis: A guide to practice*. New York, United States: Palgrave Pivot.
- Bache, I., Bartle, I., & Flinders, M. (2022). Multi-level governance. In C. Ansell & J. Torfing (Eds.), *Handbook on theories of governance* (pp. 486-498). Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing Limited.
- Benson, D., & Jordan, A. (2011). What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh revisited. *Political Studies Review*, 9, 366-378. doi: 10.1111/j.1478-9302.2011.00240.x
- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiologic Reviews*, 36, 31-48. doi: 10.1093/epirev/mxt002
- Bulmer, S., & Padgett, S. (2004). Policy transfer in the European Union: An institutionalist perspective. *British Journal of Political Science*, 35(1), 103-126. doi: 10.1017/S0007123405000050

- Crepí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 327. doi: 10.3390/ijerph18010327
- Daviter, F. (2007). Policy framing in the European Union. *Journal of European Public Policy*, *14*(4), 654-666. doi: 10.1080/13501760701314474
- Dolowitz, D. P., & Marsh, D. (1996). Who learns what from whom? A review of the policy transfer literature. *Political Studies*, *44*(2), 343-357.
- Downs, J. A., Reif, L. K., Hokororo, A., & Fitzgerald, D. W. (2014). Increasing women in leadership in global health. *Academic Medicine*, *89*(8), 1103-1107. doi: 10.1097/ACM.0000000000000369
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, *51*, 931-939.
- Gaiswinkler, S. (2021). Action plan on women's health' with 40 measures for women's health in Austria (2018) – From reporting to action. *European Journal of Public Health*, *31*, 295-296. doi: 10.1093/eurpub/ckab164.780
- Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., A Bah, C., Heise, L., Greene, M. E., Weber, A. E., Heymann, J., Hay, K., Raj, A., Henry, S., Klugman, J., Darmstadt, G. L. (2019). Gender equality and gender norms: Framing the opportunities for health. *Lancet*, *393*, 2367-2377. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30651-8
- Hadjiyanni, A., & Kamoutsi, F. (2016). Dimensions of public debate on sexual violence against women: Similarities and differences between Greece and EU policy framing. *The Greek Review of Social Research*, *117*, 189-220. doi: 10.12681/grsr.9563
- Jacquot, S. (2015). *Transformations in EU gender equality: From emergence to dismantling*. Heidelberg, Germany: Springer.
- Jenson, J. (2015). The fading goal of gender equality: Three policy directions that underpin the resilience of gendered socio-economic inequalities. *Social Politics*, *22*(4), 539-560. doi: 10.1093/sp/jxv035
- Kantola, J., & Lombardo, E. (2018). EU gender equality policies. In H. Heinelt & S. Münch (Eds.), *Handbook of European policies: Interpretative approaches to the EU* (pp. 331-349). Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing Limited.
- Krizsán, A., Bustelo, M., Hadjiyanni, A., & Kamoutsi, F. (2007). Domestic violence: A public matter. In M. Verloo (Ed.), *Multiple meanings of gender equality: A critical*

- frame analysis of gender policies in Europe* (pp. 141-184). Budapest, Hungary: Central European University Press.
- Lempesi, G. E. (2019). European policies on gender equality and their connection to gender mainstreaming in Greek educational policies: An overview of policy texts. *International Journal of Humanities and Social Science*, 9(7), 39-48. doi: 10.30845/ijhss.v9n7p5
- Lomazzi, V., & Crespi, I. (2019). *Gender mainstreaming and gender equality in Europe: Policies, culture and public opinion*. Bristol, United Kingdom: Bristol University Press.
- Lombardo, E. (2017). The Spanish gender regime in the EU context: Changes and struggles in times of austerity. *Gender, Work and Organization*, 24(1), 20-33. doi: 10.1111/gwao.12148
- Lombardo, E., & Meier, P. (2006). Gender mainstreaming in the EU: Incorporating a feminist reading?. *European Journal of Women's Studies*, 13(2), 151-166. doi: 10.1177/1350506806062753
- Lombardo, E., & Meier, P. (2008). Framing gender equality in the European Union Political Discourse. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 15(1), 101-129. doi: 10.1093/sp/jxn001
- Lombardo, E., & Forest, M. (2015). The Europeanization of gender equality policies: A discursive-sociological approach. *Comparative European Politics*, 13(2), 222-239. doi: 10.1057/cep.2013.18
- Luif, P. (2014). The division of powers/competences between the EU and the member states: What can we learn from pre-emption in the United States? In L. S. Rossi & F. Casolari (Eds.), *The EU after Lisbon: Amending or coping with the existing treaties?* (pp. 38-55). Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Muñoz, I. G. (2022). Critical analysis of the role of the European Union on gender equality progress. The case of research policy. *Revista de Estudios Europeos*, 79, 457-472. doi: 10.24197/ree.79.2022.457-472
- Olsen, J. P. (2002). The many faces of Europeanization. *Journal of Common Market Studies*, 40, 921-952. doi: 10.1111/1468-5965.00403
- Payne, S. (2014). Constructing the gendered body? A critical discourse analysis of gender equality schemes in the health sector in England. *Current Sociology*, 62(7), 956-974. doi: 10.1177/0011392114531968

- Rein, M., & Schon, D. (2012). Frame-reflective policy discourse. In P. Wagner, C. H. Weiss, B. Wittrock, & H. Wollman (Eds.), *Social sciences and modern states: National experiences and theoretical crossroads* (pp. 262-289). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Ruffa, C. (2019). *Designing and conducting the comparative case study method*. Thousand Oaks, United States: SAGE publications.
- Scharpf, F. W. (2010). The asymmetry of European integration, or why the EU cannot be a 'social market economy'. *Socio-Economic Review*, 8(2), 211-250.
- Schmidt, V., & Radaelli, C. (2004). Policy change and discourse in Europe: Conceptual and methodological issues. *West European Politics*, 27(22), 183-210.
- Schmidt, V. (2008). Discursive institutionalism: The explanatory power of ideas and discourse. *Annual Review of Political Science*, 11, 303-326.
- Steurs, L., Van de Pas, R., Delputte, S., & Orbie, J. (2018). The global health policies of the EU and its member states: A common vision? *International Journal of Health Policy and Management*, 7(5), 433-442. doi: 10.15171/ijhpm.2017.112
- Viviani, A. (2014). Women and the EU. In S. Lucarelli (Ed.), *Gender and the European Union* (pp. 13-34). Firenze, Italy: Firenze University Press.
- Wasserfallen, F. (2018). Policy diffusion and European public policy research. In E. Ongaro & S. Van Thiel (Eds.), *The Palgrave handbook of public administration and management in Europe* (pp. 621-633). London, United Kingdom: Palgrave Macmillan.

## Appendix

<i>Document</i>	<i>Text</i>	<i>Interpretation</i>
<i>Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018)</i>	<p><b>Wirkungsziel 1: Gendergerechte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsforschung fördern</b></p> <p><b>Maßnahme 1: Evidenzbasierte Leitlinien für Screening und Behandlung von frauenspezifischen Erkrankungen entwickeln</b></p> <p>Ein Beispiel dieser frauenspezifischen Erkrankungen ist Gebärmutterhalskrebs; seiner Früherkennung dient das sogenannte Pap-Screening. Der zentrale Anspruch einer evidenzbasierten Leitlinie für Pap-Screening liegt in erster Linie in der Reduktion von Fehlerquellen – sowohl in den Arztpraxen als auch in den Labors – und damit in der Verringerung von falsch-positiven Testergebnisse. Andererseits geht es darum, die optimale Nutzungsfrequenz zu gewährleisten, was eine adäquate Aufklärung der Frauen voraussetzt. <b>Die wichtige Früherkennungsmaßnahme Screening greift nämlich nur dann, wenn Frauen eigeninitiativ und regelmäßig zur gynäkologischen Untersuchung gehen. Sozioökonomisch benachteiligte Frauen nehmen derartige Angebote aber nicht in angemessener Häufigkeit in Anspruch.</b> Zielsetzung der Maßnahme ist eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Zusammenhang mit frauenspezifischen Erkrankungen entgegenzuwirken.</p> <p><b>Maßnahme 2: Kompetenz für Frauengesundheit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Medizin-, Gesundheits- und Sozialberufe verankern</b></p> <p><b>Die Komplexität in Medizin und Gesundheitsversorgung nimmt stetig zu bei gleichzeitig abnehmendem Gesundheits- und Körperwissens der Menschen.</b> Gesundheits- und Sozialberufe sind Multiplikatorinnen im Gesundheitssystem zur Sicherstellung von</p>	<p><i>Interpretation</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. The problem is represented to be a lack of guidelines for screening and treatment of women specific diseases + the obstacles faced by socioeconomically disadvantaged women to get screened.</li><li>2. The problem representation assumes that these are diseases specific to women, when for example transgender men can also face these issues. Furthermore, categories that are portrayed are ‘socioeconomically disadvantaged’.</li><li>3. The problem representation leaves out other limiting factors for women to get screenings (eg. Disability, mobility, anxiety, fear, unawareness).</li><li>4. The problem representation helps women but not trans men, holds the system accountable, and does not address women who face barriers other than socioeconomic status.</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>1. The problem is represented to be a lack of information and training concerning women’s health in education of medical professions.</li><li>2. Categories that are created by this problem representation are ‘women’s health’, ‘medical professions’, ‘health care professions’ and ‘social professions’.</li><li>3. The problem representations leaves out the lack of information on</li></ol>

---

Weitergabe qualitativvoller Gesundheitsinformation an Klientinnen und Klienten. Wie die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zum „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ zeigen, besteht aber bei der Qualifikation der Mitarbeiter/innen Handlungsbedarf [5]. In Gesundheitsberufen arbeiten derzeit zu 80 Prozent Frauen, daher sind sie von einer solchen Qualifikationsinitiative besonders betroffen.

### **Wirkungsziel 2: Frauen treffen informierte, gesundheitsbewusste und selbst-bestimmte Entscheidungen in Gesundheitsfragen**

#### **Maßnahme 3: Den Wissensstand in der Bevölkerung zu jenen Erkrankungen und deren Behandlung verbessern, die ausschließlich oder gehäuft Frauen betreffen**

Zielgruppe dieser Maßnahme sind insbesondere sozial benachteiligte Frauen (geringer Bildungsstand, Migrationshintergrund, Frauen in höherem Lebensalter). Sozial benachteiligte Frauen sowie Frauen mit niedrigem Bildungsstand profitieren nachweislich am geringsten von herkömmlichen Angeboten der Gesundheitsförderung. Zudem ist der Zugang zu teils existenziell entscheidenden Informationen über Gesundheit, Körper und Gesundheitssystem oft zu hochschwierig. Niederschwellige Angebote sollen Frauen unterstützen, informierte Entscheidungen zu treffen. Zudem bietet diese Maßnahme eine hohe Relevanz für Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung.

#### **Maßnahme 4: Gesundheitskompetenzfördernde Gestaltung von Einrichtungen und gesundheitskompetenzfördernde Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialbereich forcieren**

Gesundheitskompetenz hängt nicht nur von individuellen Fähigkeiten ab, sondern auch von der Komplexität und der Verstehbarkeit des Systems, in dem sich

women's health in the general population, who is not necessarily involved in the mentioned professions.

4. The problem representations can result in better suited health care for women, increased understanding from medical professionals.

1. The problem is represented to be a lack of knowledge on diseases and treatments specific to women in the general public.
2. Categories that are created in this problem representation are 'socially disadvantaged women'.
3. It leaves out men, when it is important for them to also increase their knowledge on women specific diseases and treatments. Also, other groups of women are not the main target group.
4. This problem representation helps increase knowledge among socially disadvantaged women on their health, but might forget about other groups of women.

1. The problem is represented to be a lack of health literacy in the health and social sector.
2. Categories that are portrayed in this problem representation are 'health organizations', 'social

das Individuum zurechtfinden muss. Im Sinne dieser Definition von Gesundheitskompetenz werden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich darin unterstützt, sich so zu präsentieren, dass Gesundheitskompetenz – insbesondere jene von Mädchen und Frauen – ermöglicht und gestärkt wird. Um auf die spezifischen Bedürfnisse von Mädchen und Frauen in diesem Zusammenhang einzugehen, wird eine Kooperation mit Frauengesundheitseinrichtungen und -zentren angestrebt. Die Maßnahme zielt ebenso auf nationalen und internationalen Wissens- und Erfahrungsaustausch ab wie auf Förderung von Vernetzung und auf interdisziplinäre Zusammenarbeit. Innovationen und gemeinsames Lernen im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz, spezifisch ausgerichtet auf die Zielgruppen Mädchen und Frauen, werden ermöglicht. Damit Frauen eine aktive Rolle im Gesundheitssystem spielen, gleichwertig im Gesundheitssystem partizipieren und ihren Alltag gesundheitsförderlich bewältigen können, müssen sie über Gesundheitskompetenz (Health Literacy) verfügen. Die Verleihung eines Gütesiegels für „gesundheitskompetente Organisationen“ kann diese Entwicklung unterstützen.

### **Wirkungsziel 3: Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für von Gewalt betroffene Frauen ausbauen**

#### **Maßnahme 5: Laufende Sensibilisierungs-, Aufklärungs- und Informationstätigkeit zum Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“ fortführen**

Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Bund, Ländern und Kommunen sowie reien Trägern unter Berücksichtigung von Frauen und Mädchen als Zielgruppe werden laufend durchgeführt und gefördert. Dabei geht es konkret um die Schaffung von vielfältigen, qualitativ hochwertigen einschlägigen Angeboten wie Broschüren, Plakaten, TV-Spots sowie um die Nutzung von Internetforen zur wirksamen Aufklärung über das

organizations’, ‘girls’, ‘women’.

3. The problem representation leaves out important differences in achieving health literacy for different age groups. For example, as health care becomes more digitalized, this can impact the ability of older generations to find health information on online platforms. Also, it does not address differences in abilities of women from different socioeconomic/ethnic backgrounds to achieve health literacy.
4. The effect this problem representation will have on the target groups depends on how the government will attempt to increase health literacy, as it will impact different age groups differently. Similarly, depending on a person’s socioeconomic background, differences can be expected. Overall, increased health literacy has a positive impact on people’s knowledge on health.

1. The problem representation implies that there is a lack of public awareness of violence in social spaces. Furthermore, there is stigmatization of victims of violence.
2. Categories created by this problem representation are ‘girls’, ‘women’.
3. This problem representation leaves out the perpetrators of violence against women and general causes.
4. This problem representation can help decrease stigmatization of women who are victims of

---

Thema „Gewalt im öffentlichen Sozialraum“. Strukturelle Gewalt –und dazu gehören auch gewohnheitsbedingte entwertende Kommunikationsformen, die sich gegen Frauen richten – wird aufgezeigt, um ein Problembewusstsein in der Gesellschaft zu erreichen. Durch Öffentlichkeitsarbeit wird die Aufklärung über Ursachen, Gründe und gesundheitliche Folgen gefördert, zur Entbagatellisierung von häuslicher Gewalt beigetragen; Frauen werden von dem gesellschaftlichen Etikett befreit, an der Tat mitverantwortlich oder gar mitschuldig zu sein. Zentral geht es darum, das Thema zu enttabuisieren, Vorurteile gegen misshandelte Frauen und ihre Kinder abzubauen und gesellschaftliche Strukturen zu verändern.

#### **Maßnahme 6: Multiprofessionelle Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen in den Einrichtungen des Gesundheitssystems implementieren**

Während sich „Kinderschutzgruppen“ längst im Krankenhaus-Alltag etabliert haben und gute Arbeit leisten, sind „Opfer- bzw. Gewaltschutzgruppen“, die sich gezielt um erwachsene Patientinnen kümmern, erst seit einiger Zeit im Aufbau. Diese Initiativen wurden häufig von engagierten Einzelpersonen gegründet, erfüllen aber selten die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Opferschutzarbeit. Gemäß § 8e Abs 4 KAKuG sind die Krankenanstalten verpflichtet, „Opferschutzgruppen für volljährige Betroffene häuslicher Gewalt einzurichten“. Diese Vorgaben sind in die Krankenanstaltengesetze aller Länder übernommen worden, wobei Wien eine Vorreiterrolle einnimmt. Die Aufgaben der Opferschutzgruppen beinhalten die Früherkennung von häuslicher Gewalt sowie die Sensibilisierung der medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen. Selbstverständlich gehören auch die Vermittlung der Patientinnen an psychosoziale Beratungsstellen oder Fraueneinrichtungen sowie eine gerichtstaugliche Dokumentation von Verletzungsfolgen zum Standard. Obwohl den in Gesundheitsberufen Tätigen hierbei

gender violence. However, by its main focus on women, it can still make them feel like they are the problem, instead of the actual perpetrators of gender violence.

1. The problem statement represents a lack of knowledge and resources among medical professionals and care personnel in health care institutions to take care of adults who have been victim of (domestic) violence.
2. Categories that are portrayed in this problem representation are ‘female patients’, ‘medical professions’, and ‘care professions’.
3. This problem representation leaves out violence prevention and psychosocial care for women who are not present in health care institutions. Also, it is focused more on intervention measures rather than prevention.
4. Highlighting the lack of preparation among medical staff and providing them with additional training can lead to more effective handling of these sensitive issues, but it also might overburden healthcare workers who are already dealing with staff shortages and high work demands in most countries.



---

eine Schlüsselrolle zukommt, sind sie durch Ausbildung und Weiterbildung meistens nicht ausreichend vorbereitet. Die einfühlsame Intervention im Gesundheitssystem und die Kooperation mit verschiedenen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen können aktiv zur Gewaltprävention und zum Schutz der Opfer beitragen.

**Wirkungsziel 4: Institutionen (insbesondere Beratungsstellen) für frauenspezifische Aspekte bei Behinderung sensibilisieren**

**Maßnahme 7: Die Funktion einer Gleichstellungsbeauftragten in Einrichtungen der Behindertenhilfe etablieren**

Das Wissen über ihre Rechte trägt dazu bei, dass (junge) Frauen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, selbstbestimmte Entscheidungen treffen, z. B. bezüglich Art des Verhütungsmittels, der Berufswahl oder der Wohnsituation. Die Maßnahme wirkt unterstützend bei der Stärkung des Selbstwerts der (jungen) Frauen und unterstützt sie in ihrer Identitätsfindung. Nicht zuletzt soll mit dieser Maßnahme ein nachhaltiger Beitrag zur Gewaltprävention, vor allem von sexualisierter Gewalt, geleistet werden.

**Maßnahme 8: Beratungskompetenz – besonders in Hinblick auf die Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen – verbessern**

Das Leben von Mädchen und Frauen mit Behinderungen ist im Vergleich zu Frauen und Mädchen ohne Behinderungen in einem besonders hohen Ausmaß von Abhängigkeiten, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen geprägt. Auch in Bezug auf ihr Selbstbestimmungsrecht sind sie mit vielen Einschränkungen und Vorurteilen konfrontiert, so beispielsweise in Hinblick auf ihre sexuelle Selbstbestimmung, in Bezug auf Partnerschaft, Kinderwunsch und Mutterschaft sowie auf das Wohnen. Nicht zuletzt ist ihnen der Zugang zu psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützungsangeboten erschwert.

1. The problem is represented to be that (young) women living in assisted care facilities lack knowledge about their rights and lack the ability to develop their own identity.
  2. Categories that are portrayed by this problem statement are ‘women’, ‘young women’, and ‘disabled’.
  3. This problem statement leaves out women with disabilities who still live at home or do not live in an assisted care facility. It is important that they have access to similar opportunities.
  4. This measure will help increase the knowledge of disabled women in care facilities about their own rights and possibilities, but leaves behind women with disabilities living at home or in other situations.
- 
1. The problem is represented to be that personnel in institutions for individuals with disabilities lack knowledge on how to provide accurate care and help, also psychological, for women with disabilities, given their specific life experiences and discriminations they face.
  2. Categories in this problem representation are ‘(young) disabled women’, and ‘workers’.
  3. This problem representation leaves out women with disabilities who are not being treated in care facilities. It is

Zurzeit gibt es nur sehr wenige Einrichtungen, die über Beratungskompetenz bezüglich Frauen und Behinderung verfügen: Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen des Behindertenwesens sind zwar behinderungsspezifisch gut geschult, die Auseinandersetzung zum Thema „Frau sein mit Behinderung“ fehlt jedoch häufig. Gleichzeitig sind Mitarbeiterinnen aus Frauenberatungseinrichtungen frauenspezifisch geschult, haben jedoch meist kein Wissen und keine Erfahrungen in Bezug auf die Lebenswelten von Frauen mit Behinderungen. Da Mädchen und Frauen mit Behinderungen häufig von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter/innen der genannten Einrichtungen sensibilisiert sind, über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen sowie adäquate Beratung anbieten oder vermitteln können.

**Wirkungsziel 5: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund erhöhen**

**Maßnahme 9: Meta-Evaluation abgeschlossener Projekte durchführen und Erfolgskriterien für Migrantinnen-spezifische Gesundheitsförderungsprojekte entwickeln**

Sozioökonomisch benachteiligte Frauen mit Migrationshintergrund sind in unterschiedlichen Hinsichten von höheren Gesundheitsrisiken betroffen. Vorsorgeangebote wie Mammographie-Screening, Pap-Abstrich etc. werden von dieser Personengruppe weitaus seltener in Anspruch genommen. Gleichzeitig erreichen diverse Gesundheitsförderungsprogramme diese Zielgruppe nicht in angestrebter Weise.

important to achieve a life free of stigmatization and with accurate (psychological) assistance for these women as well.

4. This problem representation will help achieve more accurate psychological and physical care and assistance for women with disabilities in care facilities, but will leave behind women with disabilities who are not being treated here.

1. This problem representation assumes that women with a migration background are more susceptible to lower socioeconomic status and therefore increased health risks.
2. Categories portrayed by this representation are ‘socioeconomically disadvantaged women with a migration background’.
3. This problem representation leaves out socioeconomically disadvantaged women, who do not have a migration background. They can face similar health risks and need care and support as well.
4. This problem representation can make women with a migration background more aware of their vulnerable position regarding health and increase their participation in preventative action.

1. The problem is represented to be the

---

### **Maßnahme 10: Institutionen und Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs barrierefrei gestalten**

Mit der Entwicklung von niederschwellig, mehrsprachig und barrierefrei gestalteten Zugängen zu Leistungen und ebensolchen Informationsmaterialien werden sozioökonomisch benachteiligte und bildungsferne Frauen zur Gesundheitskompetenz befähigt und können selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

### **Wirkungsziel 7: Bei Mädchen und jungen Frauen ein positives Selbstbild für ein gesundes Leben fördern**

### **Maßnahme 11: Bewusstseinsbildungs-, Sensibilisierungs- und Informationsprogramme zu Selbst- und Körperwahrnehmung sichern und ausbauen**

Dem Körper wird in unserer westlichen Gesellschaft ein Höchstmaß an Bedeutung beigemessen, während das Gefühl für die eigene Körperlichkeit und die Akzeptanz der eigenen Bedürfnisse zu schwinden scheinen. Durch unrealistische, nicht erreichbare Schönheitsideale entsteht ein Gefühl der Unzulänglichkeit, das mit physischen und psychischen Spannungen einhergehen kann. In einzelnen Bundesländern werden bereits Angebote zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung von Jugendlichen – insbesondere von Mädchen und jungen Frauen – durch Institutionen und Experten/Expertinnen umgesetzt. Einer Weiterführung steht zumeist die fehlende Folgefinanzierung entgegen, wodurch erfolgreiche Angebote häufig wieder eingestellt werden müssen.

presence of barriers (eg. language) for socioeconomically disadvantaged women to achieve health literacy and make informed decisions.

2. Categories portrayed by this representation are 'socioeconomically disadvantaged women with a migration background'.
3. This problem representation does not address all dimensions of accessibility. For example, it leaves out digital literacy and access to services in rural areas. Also it does not mention the importance of cultural sensitivity.
4. This problem representation can help achieve socioeconomically disadvantaged women with a migration background to achieve health literacy and make informed decisions regarding their health more easily.

1. The problem is represented to be a lack of assistance for creating and maintaining a positive self-image among girls and young women.
2. Categories in this problem representation are 'adolescents', 'girls', 'young women', 'institutions', and 'experts'.
3. This problem representation leaves out the role that media and culture play in perpetuating these beauty ideals. Strategies that can alter engagement with media practices should be discussed.
4. This problem representation can result in increased awareness and discussion among the target groups, which can potentially lead to improved mental health and self-image.

---

## Maßnahme 12: Gesetzliche Maßnahmen zur Unterstützung eines positiven Selbstbildes

Fast jedes zweite Mädchen hält sich für zu dick, tatsächlich sind gut ein Fünftel der Mädchen im Alter zwischen 7 und 14 Jahren übergewichtig, darunter knapp 6 Prozent adipös [31]. Um diesem Trend Einhalt zu gebieten, soll das von Werbung und Medien dargestellte Schlankeitsideal nur mehr in einem gewissen, nicht gesundheitsschädigenden Rahmen erlaubt sein. Dieses Thema wurde auch von politischer Seite aufgegriffen, durch einige Maßnahmen wurden erste wichtige Schritte zur Gegensteuerung gesetzt:

Österreich ist Vorreiter: Am 1. Jänner 2013 ist das Bundesgesetz zur Schönheitsoperationen über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) in Kraft getreten. Schönheitsoperationen bei unter 16-Jährigen dürfen ohne medizinische Notwendigkeit nicht mehr durchgeführt werden, da ein Eingriff in einen noch im Wachsen befindlichen Körper weitreichende unerwünschte Nebenwirkungen und unerwartete Folgen oder Komplikationen mit sich bringen kann. In der Altersklasse der 16- bis 18-Jährigen bedarf es sowohl einer psychologischen Beratung als auch der Einwilligung durch die Jugendlichen selbst sowie durch die/den Erziehungsberechtigte/n.

Junge Frauen sind die ideale Zielgruppe auf dem Werbemarkt, da sie leicht beeinflussbar sind. Seit 2014 besteht der „Retusche-Barometer“ auf der Homepage des Werberates. Anhand dieses Tools kann eine Einschätzung getroffen werden, in welchem Ausmaß und wie Bildbearbeitungsprogramme zum Entstehen von Schlankheit, Schönheit und Makellosigkeit in Abbildungen beigetragen haben. Leitgedanke dieses Angebots ist, Mädchen und junge Frauen anzuregen, sich kritisch mit Werbebildern und künstlich produzierten Schönheitsidealen auseinanderzusetzen, die gesundheitliche Gefährdung durch

1. The problem is represented to be a lack of measures and support for a positive self-image.
2. The categories in this problem representation are ‘girls’, ‘adolescents’, ‘young women’.
3. This problem representation leaves out the effect of current day (social) media and beauty ideals on boys and men, when they are also very much affected by this and can suffer from negative self-image.
4. This problem representation can assist in achieving a more positive self-image for young girls and women but lacks a focus on young boys and men. To correctly phase out unrealistic beauty standards and ideals it is important to focus on achieving this for all genders.

---

Nachahmung zu unterbinden, zu sensibilisieren und eine Reflexion des individuellen Konsumverhaltens zu erreichen.

In den Bundesländern Wien, Salzburg und Steiermark wurden „Watchgroups“ installiert, um Bewusstsein für den sensiblen Umgang mit Bildern und Sprache zu schaffen, ein Umdenken einzuleiten und für ein bundesgesetzliches Verbot von sexistischer Werbung einzutreten.

### **Wirkungsziel 8: Einen reflektierten Umgang mit gesellschaftlichen Rollenbildern bei Mädchen und jungen Frauen fördern**

#### **Maßnahme 13: Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren**

Maßnahmen zur Sensibilisierung von Pädagogen/Pädagoginnen (vom Kindergarten bis zur Hochschule bis zu Sportorganisationen) hinsichtlich der Bedeutung von Geschlechter- Stereotypen für die Identitätsentwicklung und Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen werden umgesetzt. Im Rahmen dieser Konzepte sollen auch Strategien zur Erhöhung des Männeranteils in allen pädagogischen Berufen mitgedacht werden. Über die im Bildungssystem etablierte Elternarbeit (Elternabende, Elternvereine) könnten auch die Familien, die ja maßgeblich das Rollenverhalten prägen, bis zu einem gewissen Ausmaß erreicht und ohne großen Mehraufwand ein Stück weit sensibilisiert werden.

#### **Maßnahme 14: Geschlechtssensible Bildungs- und Berufsorientierung ausbauen**

Das bestehende Angebot von geschlechtersensiblen Bildungs- und Berufsorientierungsangeboten wird weiter ausgebaut, da für Mädchen und Frauen

1. The problem is represented to be the gendered stereotyping of professions such as pedagogic professions, as well as a lack of male workers in the field.
2. Categories in this problem representation are ‘pedagogic professionals’, ‘girls’, ‘young women’.
3. The problem representation seems to focus only on pedagogic professions, when there are a wide range of other professions that suffer from gender stereotyping and experience uneven distributions of gender in the workforce.
4. This problem representation could have a positive impact on creating a more gendered balance in the workforce of pedagogic professions, but the problem will remain in other professions.

1. The problem representation is the unequal distribution of men and women in different categories of labor. Women tend to be

---

aufgrund der geschlechtsspezifischen Sozialisation kaum Erfahrungsräume und Vorbilder im Feld „Technik und Handwerk“ bestehen. Das Angebot einer geschlechtersensiblen Bildungs- und Berufsorientierung ermöglicht es Jugendlichen, eine gut überlegte und selbstständige Entscheidung über ihre beruflichen Vorhaben und Ziele, unabhängig von den existierenden Rollenbildern, zu treffen.

Die geschlechtsspezifische Verteilung von Männern und Frauen auf unterschiedliche Berufsgruppen (horizontale Segregation) ist nach wie vor signifikant und manifestiert sich in unterschiedlicher Berufsorientierung und Berufswahl von Frauen und Männern: Arbeitsplätze im Dienstleistungsbereich, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Beherbergung und Gastronomie, sind überwiegend von Frauen besetzt. Die Konzentration von Frauen in diesen Berufen bzw. Branchen verstärkt die Benachteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt durch mitunter erheblich geringere Einkommen und schlechtere Arbeitsbedingungen. Eine der größten Armutfallen für Frauen besteht in ihrer oftmals unzureichenden Ausbildung, eine geschlechtersensible Berufsorientierung und Ausbildung von Mädchen ist daher essentiell.

Eine seit 10. April 2015 bestehende Maßnahme in Österreich ist die Plattform „meine Technik“. Dabei handelt es sich um eine Online-Plattform mit rund 250 Projekten für Mädchen und Frauen, für interessierte Pädagogen und Pädagoginnen sowie engagierte Unternehmen und Eltern.

Außerdem wird seit 2006 der „Girls’ Day“ im Bundesdienst auf Grundlage des Ministerratsbeschlusses vom März 2006 in den Bundesministerien und nachgeordneten Dienststellen angeboten. Ziel des Girls’ Days ist es, tradierte Rollenklischees bei Mädchen und jungen Frauen aufzubrechen, ihre Neugier für untypische Berufe des öffentlichen Dienstes zu wecken und sie zu motivieren, technische, naturwissenschaftliche und damit besonders zukunftsweisende

overrepresented in types of labor that have lower incomes and worse benefits.

2. This problem representation portrays the following categories: ‘girls’, ‘women’, ‘adolescents’, ‘gendered’, ‘men’.
3. The problem representation might not sufficiently consider factors outside of education, such as societal and cultural influences, that perpetuate gender roles. Examples of this are family expectations, religion, media portrayals etc.
4. The problem representation helps increase opportunities for women in non-traditional female oriented fields, which can lead to greater empowerment and satisfaction. This can also help create role models in these fields for further generations.

---

Ausbildungen und Studien-gänge zu wählen.

### **Wirkungsziel 9: Die sexuelle Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen fördern und schützen**

#### **Maßnahme 15: Informationsoffensive zu Fragen sexueller Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen starten sowie flächendeckend niederschwellige Beratungsstellen etablieren und Online-Portale ausbauen**

Das Wissen um die eigene Körperlichkeit, die Sprachfähigkeit für die unterschiedlichsten sexuellen Themen, die Wahrnehmung vielfältiger Gefühle, Lebensformen, Identitäten und unterschiedlicher Ausdrucksformen tragen nicht nur zur eigenen Identitätsbildung und zur Stärkung des Selbstbewusstseins bei, sondern schützt Mädchen und junge Frauen auch vor unerwünschten Schwangerschaften, sexuell übertragbaren Krankheiten, sexuellen Grenzverletzungen und sexuellem Missbrauch.

Sexualpädagogische Aufklärungsangebote fördern die Gesundheit junger Frauen und Mädchen, indem sie sie dazu befähigen, eigene gesunde Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität treffen zu können. Sexualpädagogik ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamterziehung junger Menschen. Dabei darf es nicht nur um Anatomie und Gesundheit gehen. Beziehungen, Begehren, Liebe und Sexualität sind für Jugendliche neue und unbekannte Erfahrungen, die oft auch mit sehr viel Verwirrung und Unsicherheit verbunden sind. Junge Menschen haben zu diesen Themen viele offene Fragen. **Allein diese Fragen zu formulieren ist eine Herausforderung, ganz zu schweigen von dem Mut, den es kostet, sie auszusprechen.** Sensible Aufklärungsarbeit für sexuelle Gesundheit bedarf daher ausgebildeter sexualpädagogischer Expertinnen und Experten, einer alters- und zeitgerechten sowie zielgruppenspezifischen Information, Empathie und eines vertrauenswürdigen Beratungs- und Informationsrahmens.

1. The problem is represented to be a lack of access to and existence of easy to acquire knowledge on sexual health for (young) women.
2. Categories that are represented in this problem are 'girls', 'young women', 'adolescents' and 'sexual pedagogic experts'.
3. This problem representation leaves out important groups, such as women in higher age categories and (young) men. Men can phase similar barriers to acquiring sexual health information as women and therefore need attention paid to the accessibility of this information as well. Furthermore, it does not mention women who are in socioeconomically disadvantaged positions/homeless/other disadvantaged situations as categories who are most vulnerable to ill sexual health.
4. The representation of the problem can help increase the knowledge on sexual health of young women and girls, through which they can make more informed decisions about their bodies. However, attention needs to be paid to the fact that there are groups of women for which accessibility of information is further away than the norm, therefore they require extra assistance.

---

**Maßnahme 16: Interministeriellen Dialog unter Einbeziehung wichtiger Stakeholder starten in Hinblick auf die langjährige Forderung, kostenlose Verhütungsmittel und Safer- Sex-Tools zur Verfügung zu stellen.**

Je informierter Jugendliche sind, je sicherer Verhütungsmittel und niederschwelliger der Zugang zu diesen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen zu verhindern. Der Rückgang von Teenager Schwangerschaften während der letzten Jahre spricht eine eindeutige Sprache: Die Bereitstellung von Verhütungsmitteln kann dazu beitragen, ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren. Wirksame Verhütungsmittel müssen für (sozial schlecht gestellte) Jugendliche leistbar sein, denn Studien belegen, dass die Kosten das Verhütungsverhalten wesentlich beeinflusst. Dabei ist zu betonen, dass die Entscheidung über die Wahl der Verhütungsmethode von beiden Partnern getroffen werden sollte und auch die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der angewandten Methode immer beiden bekannt sein sollten.

Sehr kontroversiell wird in Politik und Gesellschaft diskutiert, ob kostenlose Verhütungsmittel (Kondome, Pille) und Safer Sex Tools bereitgestellt werden sollen. Zu diesem Thema soll ein interministerieller Dialog gestartet werden.

**Maßnahme 17: Unterstützung und Evaluation der Umsetzung des Grundsatzes „Sexualpädagogik“**

Der Grundsatz „Sexualpädagogik“ wird kontroversiell diskutiert und von manchen kritisch betrachtet. Unterstützende Maßnahmen und die Evaluation der Umsetzung des Grundsatzes „Sexualpädagogik“ sichern die Qualität der pädagogischen Arbeit.

1. The problem is represented to be a disagreement between ministerial bodies on whether contraception medicines/tools should be free for (socially disadvantaged) youth, in order to combat unwanted pregnancies or abortions.
2. Categories that are present in this problem representation are ‘adolescents’, ‘teenager’.
3. This problem representation leaves out societal attitudes towards the use of contraceptives. Furthermore, it is focused on female-centric measures, indicating it is the role of women to provide contraceptives, while there is less focus on emphasizing other forms of contraceptives and male responsibilities.
4. Ensuring free anti-conception measures for young people can have positive effects on the sexual health and overall well-being of youth. It decreases unwanted pregnancies/abortions, STDs and stress. Furthermore, increased understanding of both sexes on the workings of anti-conception medicines/tools and their possible side-effects can ensure increased understanding for each other and reduce stigmatization.

1. The problem is represented to be the need for quality assurance in sexual education in schools, through systematic support and evaluation. Otherwise, it might not meet educational standards or address students’ needs.
2. Categories in this problem representation are ‘early childhood’, ‘children’, ‘youth’, ‘human’.
3. The problem representation leaves



---

Zeitgemäße Sexualpädagogik versteht sich heute als eine Form der schulischen Bildung, die alters-adäquat in der frühen Kindheit beginnt und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzt. Moderne Sexualpädagogik geht auf die tatsächlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ein und beruht auf einer ganzheitlichen Sichtweise. Dabei wird Sexualität als ein positives, dem Menschen innewohnendes Potenzial verstanden. Im Rahmen einer umfassenden Sexualpädagogik sollen Kindern und Jugendlichen Informationen und Kompetenzen vermittelt werden, um verantwortungsvoll mit sich und anderen umgehen zu können. Sexualpädagogik ist als Bildungs- und Lehraufgabe in allen Lehrplänen als Unterrichtsprinzip bzw. als Bildungsbereich „Gesundheit und Bewegung“ und als inhaltlicher Schwerpunkt in bestimmten Pflichtgegenständen verankert. In diesem Prozess spielen Eltern neben Institutionen wie Kindergärten und Schule eine zentrale Rolle.

#### **Maßnahme 18: Qualitätskriterien für Institutionen im Bereich sexueller Bildung entwickeln**

Qualitätssicherung ist in allen Bereichen, die die menschliche Gesundheit betreffen, unabdingbar. Für Ärzteschaft, Krankenhauspersonal, Pfleger/innen existieren daher qualitätsgesicherte Befähigungsnachweise. Für sexuelle Gesundheit, sexuelle Bildung und sexuelle Rechte gibt es derzeit keine vergleichbaren Vorgaben. Ziel der Maßnahme ist die Schaffung von qualitätsgesicherter Ausbildungsstandards für Akteur/innen im Bereich sexueller Bildung.

#### **Maßnahme 19: Krisenintervention, Vor- und Nachbetreuung, Notschlafstelle für Mädchen und junge Frauen einrichten**

Die sexuelle Gesundheit (junger) Frauen ist im Falle von Obdachlosigkeit gefährdet, wenn sie sich eher in gewaltgeprägte Beziehungen begeben oder in diesen verbleiben als Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Anspruch zu

undressed how different cultural or religious beliefs intersect with sexual education, which can affect receptiveness and effectiveness of educational programs.

4. This approach ensures that all students receive standardized and accurate information on sexual health. This can empower students, by providing them with knowledge and information that they need to make informed decisions about their own sexual health and relationships.

1. The problem is represented to be the absence of certificates or qualifications in the field of sexual health education.
2. Categories in this problem representation are 'health care workers'.
3. This problem representation talks about quality, but not about how the standards will ensure accessibility and inclusivity of diverse populations (gender, culture, disabilities).
4. Establishing quality standards can enhance the overall quality of sexual education.

1. The problem is represented to be the absence of emergency sleep facilities for girls and young women who are homeless. These women often face problems with addiction and tend to engage in illegal money-making activities. Stigmatization

---

nehmen. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es jedoch in Österreich keine mädchen- bzw. frauenspezifischen Angebote für Obdachlose. Zudem sind Frauenhäuser nicht auf die spezielle Problemlage suchtkranker (junger) Frauen oder anderer spezifischer Zielgruppen ausgerichtet.

Die bestehenden gemischtgeschlechtlichen Angebote der Wohnungslosenhilfe werden von Frauen und Mädchen meist nicht wahrgenommen. Das Gefühl von mangelndem Schutz und nicht ausreichender Sicherheit spielt dabei eine wesentliche Rolle. Mädchen und Frauen wählen daher eher den Weg in die verdeckte Obdachlosigkeit. Damit sie nicht in den damit verbundenen Abhängigkeiten verstrickt bleiben, braucht es eigene Angebote, die ihre spezifischen Probleme aufgreifen und auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Minderjährige Mädchen und junge Frauen, die auf der Straße leben, haben häufig zusätzliche Suchtprobleme (Überlebensstrategien) und finanzieren diese und ihr Leben über Beschaffungsprostitution. Diese jungen Frauen bewegen sich somit in der Illegalität. Stigmatisierungserfahrungen sowie mangelnde Ausstiegshilfen/Perspektiven machen den Weg zurück ins „normale“ Leben schwer. Darüber hinaus haben viele der betroffenen Mädchen und jungen Frauen bereits Abtreibungen oder Fehlgeburten hinter sich. Frühe Schwangerschaften führen aufgrund der Lebenssituation häufig zu Kindesabnahmen, was wiederum Verlust und Einsamkeit für die jungen Frauen bedeutet.

#### **Maßnahme 20: Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln**

Die Implementierung von Genderbeauftragten an den Höheren technischen Schulen, wo Mädchen in der Regel unterrepräsentiert sind, wird vorangetrieben und auf andere Schultypen ausgeweitet. Die engagierten Pädagoginnen und Pädagogen sind kompetente Vertrauenspersonen, die den Mädchen und jungen Frauen im Anlassfall

increases their struggle to find their way back to 'normal life'. Furthermore, they are more susceptible to abortions and miscarriages.

2. Categories in this problem representation are '(young) women', 'homeless', '(underage) girls'.
3. What is left out in this problem representation is a more structural approach to help these women to get their lives back on the right path. However important it is to have a safe place to spend the night, the measure can take it one step further by offering rehabilitation etc. for these women.
4. In the short-term, this measure can have a positive impact on homeless girls and women, as it gives them a safe place to spend the night if necessary and provides them with accurate and specialized care. However, in the long-term, this measure is not necessarily going to create lasting change, as the solution is not focused on addressing and changing the root causes of the issue.

1. The problem is represented to be a lack of or absence of support for pedagogic professionals in school systems to deal with themes and topics outside of their competencies.
2. Categories created by this problem representation are 'girls', 'pedagogic professionals', 'young

---

für Gespräche und Hilfestellung zur Seite stehen. Dabei werden häufig auch Probleme an sie herangetragen, deren Bewältigung über ihre pädagogische Kompetenz hinaus geht. Beispielsweise sind das Themen rund um Behinderung, Migrationsgeschichte, sexuelle Orientierung, positives Selbstbild, Rollenbild und sexuelle Gesundheit. Die Genderbeauftragten benötigen daher professionelle Unterstützung durch die vorhandenen schulischen psychosozialen Beratersysteme. Die Kooperation zwischen den Genderbeauftragten und den Unterstützungssystemen kann durch gezielte Vernetzung verbessert werden.

**Wirkungsziel 10: Durch gerechte Aufteilung der bezahlten und unbezahlten Arbeit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Frauen fördern**

**Maßnahme 21: Arbeitsbedingungen für Frauen verbessern sowie erwerbstätige Frauen durch den Ausbau von sozialen Dienstleistungen entlasten**

Frauen verbringen insgesamt mehr Zeit mit (bezahlter und unbezahlter) Arbeit, verfügen aber über weniger Geld. Die Doppel- und Mehrfachbelastung für Frauen wirkt sich nachteilig auf die Möglichkeiten zu Erwerbsarbeit und Weiterbildung, auf verfügbare Freizeit, Sozialleben und vor allem auf die Gesundheit der Frauen aus. Für die Weiterentwicklung einer gleichberechtigten Gesellschaft gilt es, die Ungleichverteilung der Erwerbsarbeit aufzubrechen, die Bedingungen und Zugangsmöglichkeiten für Frauen am Arbeitsmarkt auf verschiedenen Ebenen gezielt zu verbessern, soziale Dienstleistungen auszubauen und Anreize zur gleichen Aufteilung von unbezahlter Betreuungs- und Hausarbeit zu setzen. Erwerbsarbeit muss Frauen und Männer unabhängig voneinander sozioökonomisch absichern können und in allen Berufsfeldern und Hierarchie-Ebenen geschlechtergerecht verteilt sein.

- women', 'gender representatives'.
3. This problem statement leaves out the experience of (young) men with similar issues (regarding disability, migration background, sexual orientations, positive self-image, or sexual health). Men, in their own way through societal standards and expectations, experience significant barriers in asking for the help they need regarding these topics and need adequate care and treatment.
  4. This problem representation can help increase school-based assistance for girls regarding sensitive topics but does not help men in the same way.

1. The problem is represented to be 'poor' working conditions for women and a lack of assistance from social services.
2. Categories in this problem representation are 'women', '(un)paid work', 'men'.
3. This problem representation leaves out the effects that a lower socioeconomic status of mothers can have on their children eg. that they have to start working side-jobs from a young age to help pay for (their own) things.
4. The problem representation can have a positive effect on women's life-work balance and allow them to live healthier lives in both areas. Social services can help take up more of the unpaid labor that women are expected to provide, which leaves women with more time to make money for themselves or better their social health. However, it is important to

---

## **Maßnahme 22: Betriebliche Gesundheitsförderung genderspezifisch ausrichten**

Die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zählt zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, dies bezieht sich insbesondere auch auf Genderaspekte. Ein gendergerechter Ansatz in Gesundheitsförderungsprojekten soll zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Sinne der Frauen beitragen und die Passgenauigkeit und Qualität der Umsetzung der involvierten Institutionen erhöhen. Es ist – auch in den Umsetzungsberichten – zu beobachten, dass Genderaspekte oftmals zu wenig oder nur undifferenziert berücksichtigt werden. Der spezifische Bedarf von Frauen wird zu wenig thematisiert.

Förderanträge für Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) werden, so wie alle beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) eingereichten Projekte, unter Anwendung der definierten Qualitätskriterien vom FGÖ und seinen Gremien (Gesundheitsreferenten/-referentinnen, wissenschaftlicher Beirat, Kuratorium) bewertet.

Der FGÖ wird in Zukunft bei der Begutachtung von Förderanträgen für BGF-Projekte im Hinblick auf Gender bzw. der Gendersensibilität der Chancengerechtigkeit erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Insbesondere sollen frauenspezifische Themen verstärkt in BGF-Projekten berücksichtigt werden, frauenspezifische Zugänge sollen unterstützt werden. Dafür werden die Qualitätskriterien konkretisiert oder erläutert bzw. Hilfestellungen in Form von Checklisten dazu erarbeitet und den Akteurinnen und Akteuren im Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) zur Verfügung gestellt.

### **Wirkungsziel 11: Die psychische Gesundheit von Frauen stärken**

## **Maßnahme 23: Die Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als**

also look at this issue from a family perspective.

1. The problem is represented to be a lack of gender specificity and equal opportunities for health in company health guidelines and reports.
2. Categories in this problem representation include 'women', 'institutions', 'women-specific themes', 'women-specific approaches'.
3. This problem representation leaves out more concrete information on what is considered by 'women-specific themes' or 'women-specific approaches' concerning equal opportunities for health in the workplace. It would be useful to include an idea of what changes the FGÖ would make regarding this.
4. It is difficult to argue what specific effects of this measure would be since the problem statement and proposed solutions are kept quite vague. Overall, we can assume that the measure creates criteria for more equal health opportunities for men and women in the workplace.

---

**fixen Bestandteil aller Gesundheits- und Sozialprogramme etablieren (Maßnahme fokussiert auf Anamnesegespräch und Vorsorgeuntersuchung)**

Da Unter- bzw. Fehlversorgung durch mangelhaften Zugang zu einer entsprechenden Therapie bei psychischen Erkrankungen insbesondere Frauen treffen, sind evidenzbasierte Leitlinien und Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen als fixer Bestandteil in allen Gesundheits- und Sozialprogrammen zu etablieren. Diese werden beispielsweise in (Gesunden-)Untersuchungen und jeglichen Anamnesegesprächen als fixer Bestandteil implementiert.

**Maßnahme 24: Psychische Gesundheitsversorgung als Sachleistung sicherstellen**

Laut einer Studie des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger [40] stiegen die Krankenstände in Österreich aufgrund psychischer Diagnosen innerhalb von zwei Jahren um 22 Prozent an. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände aus psychischen Gründen beträgt etwa 40 Tage (im Vergleich zu somatischen Erkrankungen, die Krankenstände von durchschnittlich 11 Tagen zur Folge haben); 32 Prozent der Neuzugänge in die krankheitsbedingte Frühpension resultieren aus psychischen Gründen. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Erkrankungen betragen ca. 3,3 Milliarden Euro [41].

Die psychologische/psychotherapeutische Versorgung insbesondere von Frauen ist durch große regionale Unterschiede geprägt, sowohl in der Bandbreite der angebotenen Therapieformen als auch in der Verfügbarkeit der auf Sozialversicherungskosten konsultierbaren Therapeutinnen und Therapeuten.

In manchen Gemeinden oder Bezirken werden nur wenige Therapieformen angeboten. Die von den Trägern der Sozialversicherung getroffenen

1. The problem is represented to be an under provision of or incorrect care due to inadequate access to appropriate therapy for mental illnesses for women.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'health programs', 'social programs'.
3. This problem representation leaves out issues regarding the accessibility of mental health care for girls and younger women, who possibly deal with different issues.
4. Integrating these measures in health and social programs can promote women's mental health, by increasing its accessibility and quality.

1. The problem is represented to be that mental health is not met with 'benefits', although for many employees it is the reason to take sick leaves of absence. Additionally, especially for women, mental health care is characterized by major regional differences in terms of availability and social security costs.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'regional', 'municipalities', 'districts'.
3. This problem representation leaves out the connection between the living areas socioeconomically disadvantaged women (with a migration background) and their accessibility to socially insured mental health care. These women often benefit from treatment the most, as they can face high levels of stress regarding their monetary situation or past experiences, but tend to live in less developed areas with less facilities available to them.

---

Vereinslösungen führen häufig zur Situation, dass anstelle der gesetzlich vorgesehen Sachleistungsversorgung eine Therapie privat – also auf eigene Kosten – begonnen werden muss und von der Sozialversicherung nur ein Kostenzuschuss gewährt wird. Insbesondere aufgrund der strukturellen Benachteiligung von Frauen in Verbindung mit einer erhöhten Armutsgefährdung ist diese Situation untragbar.

### **Maßnahme 25: Begleitende psychische Betreuung als gleichberechtigten Bestandteil der Krankenbehandlung sicherstellen**

Psychische Betreuung in gesundheitlichen Krisensituationen garantiert nachweislich eine bessere Krankheitsbewältigung und somit weniger psychische und physische Folgeprobleme. Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung für Patientinnen mit chronischen oder psychisch hoch belastenden Erkrankungen werden geschaffen. Weniger Nebenwirkungen – z. B. bei Chemotherapie – und damit auch Kosteneinsparungen sind die Folge. In Wien sind seit vielen Jahren psychoonkologisch spezialisierte Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen in allen onkologischen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) tätig.

### **Wirkungsziel 12: Mehr gesunde Lebensjahre durch evidenzbasierte Prävention und Versorgung der häufigsten frauenspezifischen chronischen Krankheiten (NCD) erreichen**

### **Maßnahme 26: Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Frauen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko forcieren**

Auf Basis bestehender Good-Practice-Beispiele werden niederschwellige, evidenzbasierte, gen-der-sensitive Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für verschiedene Zielgruppen von Frauen mit erhöhtem

4. This measure can have a positive impact on the availability of socially insured mental health treatments for women in all regions and districts, but it is important to focus as well on other characteristics besides gender, that make some groups more vulnerable than others to this problem.

1. The problem is represented to be a lack of psychological guidance and care throughout treatments of diseases.
2. Categories presented in this problem representation are ‘female patients’, ‘chronic diseases’, ‘psychological diseases’.
3. This problem representation leaves out similar experiences for men. Is this really a measure that is specific to women’s health?
4. This measure can have a positive impact on women’s physical and mental well-being throughout treatment processes. However, it should be recognized that men need and deserve the same level of psychological care in similar situations.

1. The problem is represented to be a lack of health promotion and prevention programs specifically for women’s health risks.

---

kardiovaskulären Risiko entwickelt. Bausteine des Programms umfassen die Aspekte gesunde Ernährung, Bewegung, psychologische Beratung sowie medizinische Begleitung. Ein wichtiger Bestandteil dabei ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen.

Die Zielgruppen für die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme sind insbesondere Frauen mit Übergewicht (noch nicht Adipositas) und krankhaftem Übergewicht (Adipositas), bzw. Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes. Adipositas ist mit höherem Risiko für Schwangerschaftsdiabetes, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch verschiedenen Krebserkrankungen assoziiert. Da sowohl adipöse Frauen als auch Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes bzw. mit Diabetes ein höheres Krebsrisiko aufweisen, werden diese Zielgruppen besonders motiviert, an den nationalen Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen.

Da Schwangerschaftsdiabetes ein höheres Risiko für Mutter und Kind birgt, von chronischen Erkrankungen wie Übergewicht, Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen betroffen zu sein, werden nach Gestationsdiabetes Maßnahmen zur Diabetes-Prävention und zur Reduzierung des kardiovaskulären Risikos gesetzt.

### **Wirkungsziel 13: Reproduktive Gesundheit fördern**

#### **Maßnahme 27: Frauen in selbstbestimmter Sexualität unterstützen (z. B. niederschwelliger Zugang zu Verhütungsmitteln) sowie die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in allen Bundesländern sichern**

Laut dem österreichischen Verhütungsreport [53] gibt es ein Verbesserungspotenzial im Wissen der Österreicher/innen über Verhütungsmethoden und deren Sicherheit. Niederschwellige Angebote zur Aufklärung und Beratung können

2. Categories presented in this problem representation are 'women', 'overweight women', 'obese women', 'pregnant women'.
3. The problem representation leaves out important other diseases that are (mostly) specific to women, such as certain types of cancer or for example risks associated with taking certain forms of birth control.
4. This measure can help make women more aware of health risks associated with their lifestyle of biological predispositions and can assist them in making informed decisions and changes regarding these. Focus should be on all women, not only high-risk groups, if the goal is prevention.

1. The problem is represented to be a lack of or uneven support for anti-conception measures and abortion in different states.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'socioeconomically disadvantaged women', 'women in reproductive age'.
3. This problem representation leaves out

---

insbesondere sozioökonomisch benachteiligten Frauen im reproduktiven Alter helfen ihr Wissen bezüglich wirksamer Verhütungsmittel zu verbessern.

Gleicher Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens setzt voraus, dass in jedem Bundesland in allen öffentlichen Schwerpunktkrankenhäusern die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs gegeben ist. Die Entscheidungsfreiheit der Frauen, ein gesetzlich verbrieftes Recht in Anspruch zu nehmen, muss unabhängig vom Wohnort gewährleistet sein. Die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Ärztin / des einzelnen Arztes, den Eingriff durchzuführen, bleibt davon unberührt. Diese Überlegungen sollen in die Versorgungsziele der Gesundheits- und Spitalsreform einfließen.

#### **Maßnahme 28: Ganzheitliche Betreuung in Schwangerschaft und Geburtshilfe etablieren**

15 bis 20 Prozent der Frauen erleben pre- oder postnatal psychische Belastungen oder Störungen. Ursachen können psychosoziale Vorbelastungen, finanzielle, partnerschaftliche oder seelische Krisen, fehlende Unterstützung, soziale Isolation oder glücklose Schwangerschaften sein. Auch Gewalterfahrungen, traumatische Geburtserlebnisse oder vorausgehende psychische Erkrankungen können in eine postpartale Depression (PPD) münden. Frühere psychische Krisen wie Depressionen, postpartale Depressionen bei einer vorangegangenen Schwangerschaft, Angst- oder Zwangserkrankungen, Essstörungen etc. sind als Risikofaktoren in Betracht zu ziehen.

Die Folgen von pre- oder postnatalen psychischen Belastungen sind schlechtere Startbedingungen für Mutter und Kind. Kinder, deren Mütter nach der Geburt eine psychische Krise durchleben, haben bei fehlender Unterstützung der Mutter schlechtere Entwicklungschancen.

the mention of systematic inequalities of this aspect of the health care system, again looking at how socioeconomic position and physical position impact your access to these services.

4. This measure can be beneficial for women's reproductive health, but only if equal access to health care facilities and treatments is guaranteed for all states and living situations.

1. The problem is represented to be a lack of (psychological) assistance during and after pregnancy, which can contribute to postpartum depression (PPD). PPD has negative consequences for both mother and child. Screening methods and multilingual information brochures are currently not available.
2. Categories represented by this problem statement are 'women', 'mothers', 'children'.
3. This problem representation leaves out focus on the father's mental health needs, or the needs of other family members who are also adjusting to a new dynamic. Including the whole family can provide a more holistic approach to mental health in the postnatal period.
4. This problem representation can help new mothers with their psychological and other needs during and after pregnancy to ensure a



---

Verstärkte Sensibilisierung geburtshilflicher Teams als auch die niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen, Pädiater/innen, Psychiater/innen und Hebammen für psychische Erkrankungen wird angestrebt.

Durch gezielte Anamnese bzw. mit Hilfe von Screening-Instrumenten wie dem EPDS (Edinburgh Postpartal Depression Scale) können Risikofaktoren in der Schwangerschaft frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen gesetzt werden. Mehrsprachige Informationsbroschüren in einfacher Sprache tragen dazu bei, den Wissenstand der werdenden Eltern zu unterstützen.

### **Maßnahme 29: Leitlinien zum Kaiserschnitt nach internationalen Vorbildern implementieren**

Guidelines nach internationalen Vorbildern von Fachgesellschaften zu Problemstellungen in Zusammenhang mit Kaiserschnitt – wie Status Post Sectio, Kaiserschnittwunsch ohne medizinische Indikation, starke Geburtsangst, traumatisch erlebte Geburt – werden zur Senkung der Kaiserschnittquote entwickelt und implementiert. Darüber hinaus werden niederschwellige Informationsmaterialien zu Geburtsmethoden für werdende Eltern erstellt. Zielgruppe dieser Maßnahme sind sowohl Ärzte/Ärztinnen und geburtshilfliche Teams inklusive Neonatologie und Hebammen als auch schwangere Frauen.

Kaiserschnitt-Entbindungen führen zu einem verminderten Stillerrfolg sowie zu einer höheren Belastung der Mutter durch ein weniger befriedigendes Geburtserlebnis. Insbesondere die möglichen Folgen eines Kaiserschnittes für weitere Geburten sind den Frauen oft nicht bewusst. Werdende Eltern müssen umfassend über die unterschiedlichen Geburtsmodalitäten und ihre potentiellen Folgen aufgeklärt werden, um die Basis für eine informierte Entscheidung sicherzustellen.

smooth transition into motherhood.

1. The problem is represented to be the absence of guidelines regarding C-sections based on international standards or examples.
2. The categories represented in this problem are 'doctors', 'delivery teams', 'expecting parents', 'pregnant women', 'mothers'.
3. This problem representation leaves out that the implementation of international practices might not account for cultural or personal preferences regarding childbirth. This can affect the effectiveness and acceptance of these guidelines.
4. Comprehensive guidelines and information will allow for increased informed decision-making among partners, potentially reducing the number of unnecessary cesarean procedures and potential risks.

---

**Maßnahme 30: Psychische Betreuung bei Entscheidungsfindung nach Pränatal-Diagnostik sowie im Prozess der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung forcieren**

Zielgruppen dieser Maßnahmen sind pränatal-diagnostische Zentren, Fertilitätszentren („Kinderwunschzentren“), Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen, Frauen (Patientinnen) und deren Partner/innen. Die physischen, psychischen oder sozialen Auswirkungen nach einem verunsichernden Untersuchungsergebnis können durch eine integrierte psychische Betreuung unter Einbeziehung der Partnerin / des Partners sowie bei Bedarf einer Dolmetscherin abgeschwächt werden. Weiters sind positive Auswirkungen einer integrierten psychischen Betreuung während des gesamten Prozesses der assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Psychologinnen/Psychologen zu erwarten.

Eine systematische Datenerhebung bezüglich der maternalen körperlichen und psychischen Gesundheit sowie der kindlichen gesundheitlichen Entwicklung kann nach assistierter Reproduktion wertvolle Daten liefern.

**Wirkungsziel 14: Bis ins hohe Alter gendergerechte, individualisierte medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung unabhängig vom Setting sicherstellen**

**Maßnahme 31: Interdisziplinäre, industrieunabhängige Forschung zu frauenspezifischen Gesundheitsfragen der dritten und vierten Lebensphase verstärken**

Um zu ermöglichen, dass sich gendergerechte und evidenzbasierte Behandlungspfade bei allen Gesundheitsanbietern etablieren, ist eine Pharmaindustrie-unabhängige Förderung von interdisziplinären Forschungsprojekten aufzubauen. Die Forschungsprojekte sollen sich vor allem

1. The problem is represented to be a lack of psychological care for parents who received unsettling examination results from pre-natal diagnostic measures.
2. Categories represented are ‘prenatal diagnostic centers’, ‘gynaecologists’, ‘midwives’, ‘women’, ‘partners’.
3. This problem representation leaves out that not everyone has equal access to these types of care. This is highly dependent on geographical location, economic status, or healthcare coverage.
4. These procedures can help increase the psychological resilience of people and couples undergoing these situations, potentially leading to better mental health outcomes. It can also increase informed decision-making.

1. The problem is represented to be the lack of research independent from the industry on health questions concerning women in their third or fourth phases of life.
2. The categories presented are ‘women’, ‘older women’.
3. This problem representation leaves out other kinds of diseases or women specific ailments

---

relevanten Gesundheitsfragen von Frauen in der dritten und vierten Lebensphase widmen und dabei die salutogenetische Perspektive verstärkt berücksichtigen. Ebenso sind dabei Chancen, Barrieren und Umweltfaktoren im Zusammenhang mit Ambient Assisted Living zu berücksichtigen.

Durch eine stärkere Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch die Veröffentlichung aktueller Forschungsergebnisse können Genderaspekte in der Versorgungslandschaft für ältere Frauen besser dargestellt werden. Das bildet die Basis dafür, dass neue Forschungsimpulse gesetzt werden und eine gendergerechte Gesundheitsversorgung bis ins hohe Alter gewährleistet werden kann.

### **Maßnahme 32: Regionale Plattformen der Frauengesundheit etablieren**

Ziel dieser Plattform ist es, die Erkenntnisse aus der interdisziplinären Forschung in der psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Versorgung zur Umsetzung zu bringen. Durch diese Maßnahme wird der Theorie-Praxis-Transfer unterstützt sowie die Kommunikation mit den Seniorenvertretern/-vertreterinnen und Repräsentanten/Repräsentantinnen der Gesundheitsberufe und Forschungsdisziplinen verbessert. Darüber hinaus bietet die Plattform die Möglichkeit, praxisrelevante Forschungsfragen zu generieren sowie Erfahrungen über erfolgreiche Umsetzungsmodelle auszutauschen. Damit wird das Voneinander-Lernen gefördert, Redundanzen und Fehlentwicklungen können vermieden werden. Nicht zuletzt wird durch die öffentliche Diskussion von genderrelevanten Gesundheitsfragen und Problemen mit Expertinnen/Experten das selbstbewusste Handeln älterer Frauen gefördert (health literacy).

Die Zielgruppe dieser Maßnahme sind Gesundheitsberufe und Vertreter/innen von Institutionen und Forschungseinrichtungen, die sich mit Gesundheitsfragen von älteren Frauen

that lacks research done about it.

4. This measure can help to achieve more research done on women specific diseases in the third and fourth life phases, but it is important to not leave behind issues that appear earlier on in life.

1. The problem is represented to be the absence of regional platforms on women's health, to share interdisciplinary knowledge of psychosocial, medicinal and care.
2. Categories in this problem representation are 'women's health', 'women', 'older women'.
3. This problem representation leaves out the issue that older women especially are often not very active online and might have difficulties reaching the information.
4. This measure can be very useful to people working in health, as it allows them to share knowledge and ideas in a quick and practical way. Depending on the age group, it might not have the same effects on women.

---

beschäftigen und/oder deren Interessen vertreten.

**Maßnahme 33: Gesundes und aktives Leben für Frauen mit chronischen Erkrankungen fördern**

Mit steigender Lebenserwartung nimmt die Zahl chronischer Erkrankungen, verordneter Medikamente und funktioneller Einschränkungen zu. Zwar sind beide Geschlechter gleichermaßen von chronischen Erkrankungen im Alter betroffen, Frauen haben jedoch oftmals mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig. Dies fordert betroffenen Frauen eine Reihe gesundheitlicher Entscheidungen und Bewältigungsfähigkeiten im Alltag ab. Häufig haben Frauen nicht den Mut, eigene Entscheidungen zu treffen.

Deshalb werden Angebote für ältere Frauen zur Vermittlung von Wissen über chronische Erkrankungen und frauenspezifische funktionelle Beeinträchtigungen forciert. Besonderer Fokus soll dabei auf gesundheitliche Aspekte gelegt werden, von denen ältere Frauen besonders betroffen sind, beispielsweise Harninkontinenz, Schmerzzustände, psychische Beeinträchtigungen, Bluthochdruck, Osteoporose.

Damit wird die Kompetenz älterer Frauen im Umgang mit dem eigenen Körper sowie ihr Wissen über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gefördert. Die Maßnahmen zielen ebenso darauf ab, die älteren Frauen in ihrem Selbstvertrauen zu unterstützen, wie darauf, selbstbestimmte und informierte Entscheidungen zu treffen sowie kompetent und mit größtmöglichem Nutzen mit Vertreterinnen/Vertretern der Gesundheitsberufe zu kommunizieren.

**Maßnahme 34: Geschlechtersensibilität von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Gesundheits- und Sozialberufen fördern**

1. The problem is represented to be that women with chronic diseases do not live an active and healthy live.
  2. The categories in this problem representation are 'women', 'chronic disease', 'men'.
  3. This problem representation leaves out the focus on chronic diseases in men, while it is said that they experience chronic diseases as often as women at an older age.
  4. It is important for women, especially at an older age, to be more informed about chronic diseases that they are likely to deal with, but it is important that men also gain more health literacy regarding diseases common at an older age, since it is not an issue that is more commonly faced by women.
- 
1. The problem is represented to be a lack of respect/sensitivity for gender among employees in health and social professions, especially working in elderly care.

---

Eine stabile personale Identität sowie ein positives Selbstbild stehen in einem engen Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden. Dazu gehört auch die Identität als Mann oder Frau. Respekt vor der Vielschichtigkeit von „Gender Biografien“, gerade im Umgang mit Menschen mit Demenz, die ja immer wieder zurück in frühere Lebensphasen wandern, ist daher gefragt. Gerade in so nahen Beziehungen wie Pflegebeziehungen mit alten Frauen und Männern fließen eigene Geschlechter-Stereotype oftmals in professionelle Betreuungssituationen ein, womit die Handlungschancen der unmittelbar betroffenen Pflegebedürftigen eingeschränkt werden.

Zielgruppe dieser Maßnahme sind Leitungspersonen und Mitarbeiter/innen von Sozial- und Gesundheitsorganisationen, die ältere Menschen betreuen.

**Wirkungsziel 15: Rahmenbedingungen schaffen, die es den derzeit hauptsächlich weiblichen Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen, die eigene Gesundheit, Selbstbestimmung und Würde zu erhalten**

**Maßnahme 35: Aufsuchende Entlastungsgespräche sowie Bestärkungsangebote für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etablieren**

Um die Gesundheit der pflegenden An- und Zugehörigen zu stützen, wird das Angebot kostenloser aufsuchender Entlastungsgespräche für pflegende Angehörige im häuslichen Setting flächendeckend etabliert.

Oftmals verfügen Angehörige nicht ausreichend über Wissen und Kompetenz im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, wodurch Sicherheitsaspekte und individuelle Entlastungsstrategien zu kurz kommen. Mit dem flächendeckenden kostenlosen Angebot von aufsuchenden Entlastungsgesprächen wird psychosozialen und physischen Belastungssituationen vorgebeugt und die

2. Categories presented are 'men', 'women'.
3. This problem representation leaves out many other different situations in which gender sensitivity is important.
4. This problem representation can lead to better interactions between elderly people care personnel and their patients, but it does little for gender sensitivity in general.

1. The problem is represented to be a lack of knowledge and support for relatives who take care of their family.
2. Categories in this problem representation are 'relatives', 'nurturers'.
3. This problem representation includes both men and women, which is important as this is not an issue specific to any gender.
4. This problem representation can have positive effects on the quality of care of relatives, because it will give them more knowledge on how to handle certain situations and perform good care, physically or mentally. This is important, as relatives are often the ones taking care of elderly people.

---

Sicherheit der Pflegenden, aber auch der Gepflegten gestärkt und Gewalt vorgebeugt, die aus einer Überforderungssituation resultieren kann. Gleichzeitig können diese Hausbesuche auch genutzt werden, um den Pflegenden konkrete Bestärkungsangebote zu machen.

**Maßnahme 36: Arbeitgeber/innen für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisieren und Maßnahmen umsetzen**

Indem Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die Situation pflegender Angehöriger sensibilisiert und mit ihnen Lösungsoptionen bezüglich der Vereinbarkeit von Arbeit und Angehörigenpflege gesucht werden, soll der Überlastung pflegender Angehöriger vorgebeugt und der Situation entgegengewirkt werden, dass Frauen in eine prekäre Einkommenssituation geraten. Zudem können sich Unternehmen auf diese Weise als attraktive Arbeitgeber/innen positionieren.

Unterstützende Informationen können Arbeitgeber/innen bei der Umsetzung von Lösungen behilflich sein, wie beispielsweise in Form einer Broschüre mit entsprechenden Informationen zur praktischen Umsetzung, bestehenden Angeboten sowie zur Situation pflegender Angehöriger.

FGÖ-Förderprojekte im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) mit der Zielgruppe pflegender Angehörige beziehungsweise dem Thema Entlastung pflegender Angehöriger werden bevorzugt gefördert. Es sollen Möglichkeiten entwickelt werden, wie das Thema und die Zielgruppe in BGF-Konzepte und BGF-Maßnahmen integriert werden können. Es werden Bestrebungen unterstützt, die bestehende Zertifikate wie beispielsweise „familienfreundlicher Betrieb“ auf den Aspekt pflegende Angehörige ausweiten.

**Wirkungsziel 16: Armutsgefährdete ältere Frauen erhalten Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihre Selbsthilfefähigkeiten**

1. The problem is represented to be that employers lack awareness of the difficulties of combining work with caring for relatives and that this combination is often incompatible and leaves women with lower incomes.
2. Categories in this representation are 'employers', 'women', 'family', 'caring relatives'.
3. This problem representation leaves out the idea that this situation affects people/women who are already in lower socioeconomic status even more, because they are not able to afford a care home/at home care, they have to do it themselves and lose out on paid working opportunities.
4. This measure could help a lot of people to find a better and healthier balance between paid and unpaid labor, which could eventually lead to more prosperous income among women, who are most likely to take up unpaid care work.

---

zu erhalten sowie selbstbestimmt und autonom zu leben

**Maßnahme 37: Die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung forcieren**

Schon derzeit bestehen viele Unterstützungsangebote, auf die in prekären Lebenssituationen zugegriffen werden kann. Durch die komplexen Strukturen und die Vielzahl der Ansprechpartner/innen ist eine rasche und unbürokratische Inanspruchnahme aber nicht gegeben. Unterschiedliche Rahmenbedingungen pro Bundesland erschweren die Situation. Anspruchsberechtigungen verändern sich, wenn Familienangehörige übersiedeln.

Zielsetzung der Maßnahme ist deshalb, Informationen zu Sozialleistungen, die bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze gewährt werden, kompakt und leicht verständlich anzubieten. Auf lange Sicht in die Einrichtung eines „One-Stop-Shops“ für die Beantragung und Abwicklung von Sozialleistungen sowie für Pflegeberatung anzustreben.

Zielgruppe dieser Maßnahme sind vor allem materiell benachteiligte Frauen mit der Zielsetzung, das Risiko einer Altersarmut zu verringern.

**Wirkungsziel 17: Differenziertes, wertschätzendes Bild der vielfältigen Lebens-realitäten älterer Frauen entwickeln und ihre Teilhabe-Chancen in der Gesellschaft sichern**

**Maßnahme 38: Verbesserung der Lebenssituation und Sicherstellung der Teilhabe chancen älterer Frauen nachhaltig fördern**

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Lebenssituation älterer Frauen ermöglichen die gezielte Förderung von vielfältigen, qualitätsvollen und wohnortnahen Projekten, Initiativen und Veranstaltungen zur Sicherstellung der Teilhabe-Chancen älterer Frauen und zur Verbesserung ihrer Lebenssituation. Die

1. The problem is represented to be the difficulty of acquiring information regarding social benefits and care information.
2. Categories in this problem representation are ‘women’.
3. This problem representation leaves out men as a category, while this is not an issue that affects women more than men. If information on social benefits is difficult to acquire for women, then it is also for men.
4. This measure can increase the accessibility of information regarding social benefits and care, which can improve economic and health situations for people with lower incomes. It is however important that this measure is aimed at all people and genders, not just women.

1. The problem is represented to be the low possibility and chances for older women to participate in society, especially those who are single, have health issues, mobility issues or low incomes.
2. Categories in this problem representation are ‘older women’, ‘single older women’, ‘women with health issues’, ‘women with mobility issues’,

---

Zielgruppe dieser Maßnahme sind insbesondere alleinstehende ältere Frauen, jene mit gesundheitlichen Einschränkungen, strukturell verursachten Mobilitätsbeeinträchtigungen sowie Frauen mit niedrigem Einkommen. Da bezüglich Teilhabechancen von älteren Frauen Unterschiede im städtischen und ländlichen Räumen gegeben sind, müssen alle gesetzten Aktivitäten unter Berücksichtigung raumspezifischer Aspekte stattfinden.

### **Maßnahme 39: Genderaspekte in Projekten zur sozialen Teilhabe und zur Gesundheitsförderung älterer Frauen verstärkt berücksichtigen**

Es ist ein Ziel des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), dass die durch ihn geförderten Projekte gesundheitliche Chancengerechtigkeit erhöhen und gendersensibel sind. Im Rahmen seiner Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ legt der FGÖ ab 2015 einen besonderen Schwerpunkt auf die soziale Teilhabe von älteren Menschen. Für diese Zielgruppe sind die „informellen“ sozialen Unterstützungsnetzwerke in der Nachbarschaft und erweiterte Möglichkeiten der sozialen Teilhabe besonders wichtig.

Aus diesem Grund werden Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe „ältere Menschen“ in unterschiedlichen Bundesländern umgesetzt. Die Projekte sprechen insbesondere ältere Menschen an, die sozial benachteiligt sind bzw. besonderen Bedarf an Einbindung in ein Nachbarschaftsprojekt aufweisen (z. B. alleinstehende ältere Menschen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, ältere Menschen mit niedrigem Einkommen).

Jene Gesundheitsförderungsprojekte, die für die Zielgruppe ältere Menschen im Rahmen der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ umgesetzt werden, sind bislang – wenn man von den Konzepten ausgeht – bereits teilweise gendersensibel angelegt.

‘women with low incomes’.

3. This problem representation leaves out men facing similar issues, who are also less likely to participate in society. Again, this is not a gender specific issue and therefore requires a holistic, not a gendered measure.
4. This measure can increase social participation for women in society, but needs to do this for men as well.

1. The problem is represented to be a lack of gendered aspect in projects concerning social participation and health improvement of older people.
2. Categories in this problem representation are ‘older people’, ‘single older people’, ‘older people with health issues’, ‘older people with mobility issues’, ‘older people with low incomes’, ‘women’.
3. This problem representation leaves out older people with for example migration backgrounds who might not speak the language fully and therefore struggle to participate in society or lack health literacy. There are many different reasons for why older people choose to not participate in society, and it is important to address more of them.
4. This measure will likely increase the impact of the projects aiming to increase older people’s participation in society and health, as it will include more specific information on different needs.



Eine formative Evaluation soll unter anderem feststellen, inwiefern es gelingt, die Projekte gender-sensibel umzusetzen. Durch Rückmeldungen seitens der externen Evaluation bzw. der zuständigen FGÖ-Mitarbeiter/innen werden die Projektumsetzer/innen für die Thematik weiter sensibilisiert. Aus der externen Evaluation sollen Erkenntnisse für die gendersensible Umsetzung von Projekten zur sozialen Teilhabe älterer Menschen gewonnen werden.

**Maßnahme 40: Eine alters- und frauenfreundliche öffentliche Kommunikation von Politik und Medien forcieren**

Ältere Frauen erfüllen wichtige Aufgaben in unserer Gesellschaft. Zielsetzung dieser Maßnahme ist es, einseitige und stereotype Bilder sowie unbewusst diskriminierende Sprache in der öffentlichen Darstellung von älteren Frauen zu vermeiden und der fehlenden Präsenz älterer Frauen in den Medien entgegenzuwirken. Um dies zu erreichen, bedarf es der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure/innen im Sinne von Health in all Policies sowie der Vernetzung bereits bestehender Aktivitäten.

1. The problem is represented to be the negative or stereotypical portrayal of older women in politics and media.
2. Categories are ‘older women’.
3. This problem representation leaves out women of all other ages, as the portrayal of women in politics and media can be problematic for all age groups. This measure should be therefore not just be incorporated in the older group.
4. This measure so far is not specific enough to be an actual solution to the problem representation, as it lacks information on the current problem and does not provide concrete advice or solutions on how to better it.

*European Commission (2020)*

Women who have a health problem or disability are more likely to experience various forms of violence. <sup>18</sup> The Commission will develop and finance measures <sup>19</sup> to tackle abuse, violence as well as forced sterilisation and forced abortion, such as capacity-building of professionals and awareness-raising campaigns on rights and access to justice. Effective prevention of violence is key. It involves educating boys and girls from an early age about gender equality and supporting the development of non-violent relationships. It also requires a multi-disciplinary approach among professionals and services including the criminal justice system, victim support services, perpetrator programmes and social and

1. The problem is represented to be violence against women with health problems of disabilities. There is a lack of awareness and capacity among professionals and the public about this issue.
2. Categories in this problem representation are ‘women with health problems or disabilities’, ‘boys’, ‘girls’, ‘professionals’, ‘services’, ‘women’, ‘women’s rights’, ‘men’.
3. This problem representation leaves out intersectionality of disability with eg. race, socioeconomic status, and more. These factors can exacerbate the issue and

health services. Addressing violence against women and ideologies undermining women's rights could also contribute to the prevention of radicalisation leading to violent extremism and terrorism. The Commission will launch an EU network on the prevention of gender-based violence and domestic violence, bringing together Member States and stakeholders to exchange good practice, and will provide funding for training, capacity-building and support services. Violence prevention focusing on men, boys and masculinities <sup>20</sup> will be of central importance.

In health, women and men experience gender-specific health risks. A gender dimension will be integrated into the EU Beating Cancer Plan to be launched in 2020. Regular exchanges of good practices between Member States and stakeholders on the gender aspects of health will be facilitated, including on sexual and reproductive health and rights.

The EU will continue supporting women's human rights, its defenders, sexual and reproductive health and rights, and efforts to curb sexual and gender-based violence throughout the world, including in fragile, conflict and emergency situations. The EU initiated the Spotlight Initiative, a joint EU-UN global programme with an overall EU allocation of EUR 500 million to eliminate all forms of violence against women and girls. The EU is launching a campaign #WithHer in 2020, designed to challenge harmful gender norms and stereotypes, which perpetuate violence against women worldwide. The EU will adopt the EU Action Plan on Human Rights and Democracy (2020-2024) in 2020. The EU will also continue to implement the EU Strategic Approach and Action Plan on Women, Peace and Security 2019-2024 <sup>84</sup>.

add additional hurdles to support services and justice.

4. The EU launches an integrative approach, involving all relevant stakeholders to tackle gendered violence, the development towards it, as well as improving care and legal assistance after the act. This can hopefully tackle it at its roots, and provide better assistance if it does happen.

1. The problem is represented to be a lack of acknowledgement of gender differences in diagnosis and treatment of diseases.

2. Categories in this problem representation are 'women', 'men', 'gender dimension'.

3. This problem representation leaves out diseases or types of health other than the ones mentioned, which also face issues of gender inequality.

4. Gendered screening and treatment can be beneficial, as men and women often show different symptoms for the same diseases and can react differently to the same treatments.

1. The problem is represented to be gender-based violence, caused by harmful gender norms and stereotypes.

2. Categories in this problem representation are 'women's human rights', 'gender-based violence', 'women', 'girls'.

3. This problem representation leaves out mention of cultural sensitivity and localized efforts. This strategy cannot be applied the same way in all EU countries, but attention needs to be paid to the local context.

4. Gender-based violence has many causes, which need to be treated aside from

*European Commission (2021)*

Female Genital Mutilation (FGM) is defined by the World Health Organisation as ‘all procedures involving partial or total removal of the female external genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons’<sup>38</sup> and has immediate and long lasting consequences for health and wellbeing of the victims. Although EU-wide reliable and comparable data is lacking,<sup>39</sup> it is estimated that around 600,000 women living in Europe have suffered FGM, with girls aged 0 to 15 being the group most at risk.<sup>40</sup> Recent estimates from EIGE show that legislation and campaigns against FGM are working: While the absolute number of girls at risk has gotten bigger because there are more girls from FGM-practicing countries living in the EU, the affected communities are increasingly opposed to the practice and frequently lead efforts to eliminate it.<sup>41</sup> In an effort to tackle FGM along with forced abortion and forced sterilisation, early and forced marriage, and what is known as ‘honour-related violence’, the Commission will put forward a Recommendation on the prevention of harmful practices as announced in the Gender Equality Strategy. Building on the Commission’s Communication on the elimination of FGM<sup>42</sup>, this Recommendation will address the strengthening of public services, prevention and support measures, capacity-building for professionals and victim-centred access to justice. The Commission is currently evaluating relevant EU instruments and possible gaps in the prevention of FGM, as well as support and protection measures, through an open public consultation on preventing and combatting genderbased violence launched in February 2021.<sup>43</sup> The Commission also continues to fund projects tackling FGM through the EU’s Rights, Equality and Citizenship (REC) programme, and its successor, the Citizens,

gender norms and stereotypes. Also, it is important to pay attention to the human rights and legal justice aspect of the issue and help women and girls to attain their rights.

1. The problem is represented to be the practice of FGM in European countries and the lack of public services, prevention and support, capacity-building for professionals and victim-centred access to justice.
2. Categories in this problem representation are ‘women’, ‘girls’.
3. This problem representation leaves out that effective change often requires deep cultural understanding and community-led initiatives, rather than legislative practices.
4. It is important that the EU aims to strengthen measures from both the professional and victim sides. Furthermore, framing it in terms of equality and rights can be beneficial for attaining the intended outcomes.

## Equality, Rights and Values (CERV) programme.

The gendered impact on employment of COVID-19 is multilayered. Women have also been at the forefront of tackling the pandemic risking a higher exposure to the virus as most of the sectors declared 'essential' during the pandemic lockdowns are close contact jobs and female dominated<sup>97</sup>. They make up the majority of frontline workers in the healthcare, care and other essential sectors: 76% of healthcare and social-care workers, 86% of personal care workers in health services<sup>98</sup>. With the pandemic, women in these sectors saw an unprecedented rise in workload, health risk and challenges to work-life balance.<sup>99</sup> Yet these sectors in many Member States continue to be characterised by relatively low salaries, which calls to question how much the value of their essential work is appreciated. A similar case is for example that of food store cashiers, who face similar health risks and disruption of work-life balance.<sup>100</sup> The COVID-19 crisis reinforces the need to recognise the importance and contribution of frontline work, promoting equal sharing of care responsibilities, breaking the glass ceiling and better valorising women's skills, efforts and responsibilities in undervalued and underpaid sectors by addressing the pay gap heads on. Hence, the Commission underlined the urgency of tackling these gaps in the wake of COVID-19 when marking the European Equal Pay day on 10 November 2020.<sup>101</sup> It also organised an online seminar on the gender equality aspects of work and care in the context of COVID-19 where Member States presented examples of policies they were implementing to mitigate the impacts of the pandemic on female employment and measure to support equal sharing of care work.

The Commission is also mainstreaming gender into its health policy. To understand and address women's and men's different health expectations, experiences and risks, the Commission, in collaboration with the

1. The problem is represented to be the overrepresentation of women in underpaid and undervalued sectors, which is highlighted by extreme events such as the COVID-19 pandemic.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'contact jobs', 'female dominated', 'female employment'.
3. This problem representation leaves out how many women, due to their overrepresentation in undervalued job sectors, were laid off during the pandemic and did not get their jobs back afterwards.
4. Raising more attention to unequal gaps in payment between men and women and policies that improve an equal sharing of care work can possibly help women attain better economic situations and more recognition and value for female employment in these sectors.

1. The problem is represented to be the absence or lack of gendered perspective in health policies, leading to inequities in access to

OECD and the European Observatory on Health Systems and Policies, takes account of gender disparities in terms of health outcomes and healthy lifestyles in its analysis of national health systems (“State of Health in the EU Cycle”)<sup>225</sup>. The Joint Action on Health Equity in Europe (JAHEE)<sup>226</sup> identified gender as a factor of inequities in access to healthcare and related social services, together with barriers to appropriate education and training. The Commission also monitors specific challenges faced by women and girls under the 2021-2025 EU Agenda and Action Plan on Drugs<sup>227</sup>, and the EU Drugs Strategy 2021-2025<sup>228</sup>, adopted in July and December 2020, respectively.

Europe’s Beating Cancer Plan, adopted in February 2021,<sup>229</sup> acknowledges gender differences in cancer and the strong gender dimension in treating it, calls to address any potential gender and other biases in diagnosis, and to reduce gender differences in access to cancer care. The gender dimension was also included when preparing the 2021-2027 Health and Safety Strategic Framework and the Strategy on the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. The Commission also continues to monitor data on women and men’s participation in clinical trials to respond to gendered needs. As a driving principle, unless otherwise justified, clinical trial participants should represent the population groups, for example gender and age groups, that are likely to use the investigated medicinal product.

2. Categories in this problem representation are ‘women’, ‘men’, ‘gender disparities’, ‘gender’, ‘girls’.
  3. This problem representation leaves out a focus on intersectionality of gender with other issues, such as race, socioeconomic status, sexual orientation or disability, which can create worse issues of discrimination or lack of accessibility in health care.
  4. A gendered perspective in health can create health outcomes and health lifestyles that are specific to a person’s gender and can therefore be more effective in producing the outcomes they are meant to produce.
- 
1. The problem is represented to be a lack of acknowledgement of gender differences in diagnosis and treatment of diseases, as well as unequal participation of men and women in clinical trials.
  2. Categories in this problem representation are ‘gender differences’, ‘gender dimensions’, ‘gender bias’, ‘women’, ‘men’, ‘gendered needs’.
  3. This problem representation leaves out engagement of patients or the public in giving input into these cancer policies, when they could enhance the relevance and acceptance of such health interventions.
  4. Gendered screening and treatment can be beneficial, as men and women often show different symptoms for the same diseases and can react differently to the same treatments. Therefore, it is important to have both participate in clinical trials evenly.

## Demografische Charakteristika

Obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich in den letzten 30 Jahren beträchtlich gestiegen ist, ist dieser Anstieg innerhalb der Gesellschaft ungleich verteilt.

Menschen mit ungünstigerem sozioökonomischem Status haben – statistisch betrachtet – nicht nur eine geringere Lebenserwartung. Sie sind häufiger von bestimmten Krankheiten und

Beeinträchtigungen betroffen. Im Zeitverlauf seit 2008 ist die Armutsgefährdung von Frauen tendenziell etwas zurück-gegangen, jedoch mit der COVID-19-Pandemie wieder deutlich gestiegen (siehe Abbildung 1).

Im Trend ist auch zu sehen, dass sich die Armutsgefährdung von Frauen nur sehr langsam und nicht verlässlich reduziert. Grund für die Armutsgefährdung von Frauen sind strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die nach wie vor durch ungleiche Arbeitsaufteilungen, Rollenbilder, Geschlechterstereotype und Berufsentscheidungen geprägt sind und sich auf geringere Einkommen und niedrige Pensionsansprüche auswirken. Ein niedriger sozioökonomischer Status und die Mehrfachbelastungen von Frauen erhöhen die psychosozialen Belastungen sowie das Morbiditätsrisiko für bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die zur häufigsten Todesursache bei Frauen gehören

Die Situation von Frauen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt ist besonders schwierig,

1. The problem is represented to be the increased likelihood of people with low socioeconomic status to have poor health outcomes such as lower life expectancy and diseases. Women are more likely to have less money, especially at an older age, due to structural frameworks, labor, gender stereotypes, lower incomes and pensions.
2. Categories in this problem representation are 'unfavorable socioeconomic status', 'women'.
3. This problem representation leaves out the extra vulnerable categories within the category 'women', such as women with a migration background, single women, women with a disability etc.
4. More attention being paid to women's unfavorable socioeconomic position in society can help more people become aware of this inequality and shed more light on the fact that this is an issue that needs to be tackled in order to help better other issues faced by women. It is important to identify which categories of women are most vulnerable to this issue.

1. The problem is represented to be the difficult position of women with disabilities in the labor market, as they

da sie mit einer Vielzahl an Vorurteilen und Diskriminierung konfrontiert werden. Sie sind deshalb auch häufiger arbeitslos und tragen dadurch ein höheres Armutsrisiko. Bedingt durch ihre Benachteiligung am Arbeitsmarkt sind sie häufig in Teilzeit oder geringfügig in prekären Berufen beschäftigt, die schlecht bezahlt werden. Das Risiko für Altersarmut ist in dieser Gruppe sehr hoch. Die Schaffung von inklusiven Weiterbildungsangeboten und Beratungsangeboten sowie bewusstseinsbildende Kampagnen über das Potenzial und die Fähigkeiten von Frauen mit Behinderungen könnten die Situation entschärfen (BMASK 2012). Frauen im Alter sind aufgrund ihrer Biografie häufig von Altersarmut betroffen. Besonders betroffen sind alleinstehende Frauen, denn sie erhalten neben einer geringeren Pension auch geringere Ausgleichszulagen. Die Ursachen von Altersarmut sind mannigfaltig und entwickeln sich meist über den gesamten biografischen Verlauf. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse – häufig im Niedriglohnsektor – sowie unterbrochene Erwerbskarrieren, das Verrichten unbezahlter Fürsorgearbeit oder Teilzeitarbeit sind mitunter Ursachen für eine niedrige Pension und Armut im Alter. Hinzu kommen teilweise zu niedrig angesetzte sozialstaatliche Sicherungsmechanismen (Ausgleichszulagen, Pflegegeld) und die lebenslange Durchrechnung aller Erwerbs-/Nichterwerbsphasen (inkl. Geringfügigkeit, Teilzeitarbeit oder Betreuungszeiten) in die Pension, die insbesondere Frauen in die Altersarmut führen. Die geringen Pensionsbeiträge sind eine entscheidende Ursache für Altersarmut – nur jede zweite Frau tritt die Pension aus einer Beschäftigung heraus an und viele Frauen haben

face multiple types of discrimination and prejudices. This heightens the risk of them being unemployed and therefore experiencing a higher risk of poverty. Otherwise, they are often employed in low-paying jobs.

Currently, there are not enough campaigns focusing on building understanding of these issues in society.

2. Categories in this problem representation are 'disabled women', 'older women', 'single women'.
3. This problem representation leaves out the fact that men with disabilities are also often not included in the labor market or employed in unskilled, low-paying jobs and therefore face similar issues at older age. This is a problem that needs to be tackled from a disability perspective, while including a lens of gender, but it is not necessarily exclusively a women's issue.
4. By raising more awareness of the situation of women with disabilities and their hampered opportunities in the labor market can help get rid of stereotypes and prejudices against these groups and hopefully include them more equally in the workforce.

die Hauptlast der unentgeltlichen Arbeit übernommen und auf Einkommen verzichtet (Volkshilfe 2022).

### **Sorgearbeit (Care-Arbeit) und Mental Load**

Einen relevanten Anteil am Armutsrisiko von Frauen hat die unbezahlte Sorgearbeit, die nach wie vor überwiegend von Frauen übernommen wird. Wie sich in der COVID-19-Pandemie jedoch auch besonders auffallend gezeigt hat, wirkt sich das Zusammenspiel von Erwerbsarbeit, unbezahlter Care-Arbeit und oft unsicherer ökonomischer Existenz in Form einer insgesamt vielfältigen Mehrfachbelastung aus, zu der auch die Mental Load (siehe Glossar) gehört. Mental Load ist eine der unsichtbarsten Sorgearbeiten, über die sich Betroffene oftmals selbst nicht bewusst sind. Mental Load umfasst neben organisatorischem Beziehungs- bzw. Familienmanagement das Leisten emotionaler Arbeit (sowohl privat als auch beruflich), die von Frauen eher geleistet und von Männern eher konsumiert wird. Das heißt, Männer verlassen sich eher darauf, dass sie Erholung, Geborgenheit und Sexualität in der Beziehung erhalten und dass sie berufliche Probleme besprechen können, fühlen sich jedoch tendenziell weniger für Beziehungsarbeit oder emotionale Arbeit in der Beziehung zuständig (Schutzbach 2021). Folglich handeln Frauen emotionale Themen eher mit sich selbst aus und entwickeln deshalb auch ein größeres Bedürfnis nach Freiräumen. Selbst in Familien, in denen sich die Eltern Familien- und Erwerbsarbeit einigermaßen gerecht aufteilen, sind es Frauen, die die mentale und emotionale Letztverantwortung tragen, für emotionale

1. The problem is represented to be that women take up a disproportional part of unpaid care work, which impacts their economic status and negatively influences their mental load. Furthermore, women are more concerned with handling emotional themes and subjects, also adding to the mental load. This issue is not adequately dealt with or addressed in politics.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'men', 'family', 'parents', 'children'.
3. This problem representation leaves out that men can experience mental load in a different way. Due to gendered stereotypes, men often feel like they cannot talk about their emotions, as this is not seen as 'masculine'. On the other hand, this impacts women in the sense that by talking about their feelings and emotions they are seen as too 'feminine', and might feel that they are then not taken seriously or being respected.
4. It is important to pay attention to the mental difficulties that gendered stereotypes and expectations of activities produce, as mental health is an important aspect to health in general.



Stabilität der Kinder sorgen und für Harmonie und Ausgleich innerhalb der Familie bzw. der Beziehung zuständig sind (Schutzbach 2021).

Die Schlechterstellung von Frauen am Erwerbsarbeitsmarkt führt in weiterer Folge zu Benachteiligungen innerhalb der sozialen Sicherungssysteme (Arbeitslosenversicherung, Pensionsversicherung), welche systematisch auf eine ununterbrochene Vollzeit-Erwerbsbiografie ausgerichtet sind. Die Lebenskonzepte der Frauen mit ihrer formellen und informellen Erwerbsarbeit, häuslichen Versorgungsarbeit, mit familienbedingten Unterbrechungen und häufiger Teilzeiterwerbstätigkeit werden in sozialpolitischen Konzepten nach wie vor kaum berücksichtigt (Corazza et al. 2020). Besonders alleinstehende Frauen und alleinerziehende Mütter geraten durch Arbeitsplatzverlust in eine akute Armutsgefährdung, da ein niedriges Grundeinkommen zu einem geringen Arbeitslosengeld- und Notstandshilfeanspruch führt (Zentrum Polis 2012).

### **Strukturelle Rahmenbedingungen**

Einzelne Rahmenbedingungen wurden zudem zum Teil legislativ verankert wie etwa die UN-Frauenrechtskonvention, andere Rahmenbedingungen wurden in Deklarationen und Strategiepapieren festgelegt.

Weitere Maßnahmen und Informationen auf EU-Ebene sind über das im Jahr 2006 von der EU-Kommission eingerichtete European Institute for Gender Equality (EIGE) zu finden sowie auf der Website der Europäischen Kommission zur Gleichstellung der Geschlechter.

### **Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung und -versorgung**

Ebenso

zeigen sich Lücken hinsichtlich der Einflüsse auf Gesundheit aufgrund unterschiedlicher Geschlechterrollen und Rollenstereotype (z. B.

Rollenstereotype in der Diagnostik). Damit bestehende

Daten- und Informationslücken gefüllt werden können, sind zunehmend differenziertere

Arbeiten zur Gesundheit von Frauen, Männern und LGBTIQ\*-Personen notwendig.

### **Geschlechterstereotype und Rollenklischees**

Rollenklischees und Geschlechterstereotype tragen dazu bei, wie Gesellschaften strukturiert sind und welche oft impliziten Anforderungen an Frauen und Männer gesetzt werden.

Prozesse der Gleichberechtigung und Gleichstellung von Frauen und Männern haben seit den 1970er-Jahren mittlerweile zu positiven Veränderungen geführt. Diese liegen in einer höheren Sensibilität in Bezug auf Geschlechterrollen, in differenzierteren Rollenzuschreibungen, in einem Bewusstsein für unterschiedliche Geschlechtsidentitäten und sexuelle Orientierungen. Trotzdem ist die Gesellschaft nach wie vor von traditionellen Rollenbildern und Stereotypen geprägt, die Frauen, Männer und LGBTIQ\*-Personen in ihren persönlichen Freiheiten und der Gestaltung ihrer Lebensrealitäten einschränken (Stadt Wien 2022c). Mit der COVID-19-Pandemie konnte beobachtet werden, wie stark eine nach wie vor traditionelle Rollen- und Arbeitsteilung (Frauen: Care-Arbeit) in Österreich mit ungleichen gesundheitlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer korreliert (Anstieg psychischer Belastungen bei Frauen durch Mehrfachbelastungen). Unter „Geschlechterstereotypen“ wird das

1. The problem is represented to be a lack of information on how gendered roles and stereotypes influence health. These roles and stereotypes limit men and women in their personal freedom and realities. Furthermore, they impact choices in school and work, later on influencing work opportunities and income, therefore impacting health. In health research and diagnosis, gender stereotypes can lead to wrong diagnoses or treatments, as either no difference is made between men and women or women are treated the same as men while this does not correspond to their biological needs.
2. Categorizations in this problem representation are ‘women’, ‘men’, ‘LGBTIQ\*-people’, ‘doctors’.
3. This problem representation leaves out how gender stereotypes start influencing children from a really young age onwards. Therefore, this issue needs to be tackled early on. In elementary or secondary schools, special attention needs to be paid to these issues.
4. Getting rid of gender roles and gender stereotypes can permit both men and women to live lives that are more authentic to their wishes and desires. Additionally, it will more equally distribute the burden of unpaid work and care between men and

kulturelle gemeinsame Verständnis darüber verstanden, welche Merkmale Frauen und Männern als typisch zugeordnet werden. Dabei handelt es sich um sozial vermittelte Vorstellungen über angemessene und erwünschte Verhaltensweisen, die allein aufgrund des biologischen Geschlechts zugeschrieben werden (BMASGK 2019).

Rollenstereotype beeinflussen die Schul- und Berufswahl und wirken sich damit im späteren Erwerbsleben auf Gehalt, Arbeitsaufgaben und Aufstiegsmöglichkeiten aus (Stadt Wien 2022c). Rollenstereotype wirken sich jedoch auch auf die Gesundheit aus.

Es muss auch ein möglicher zweifacher Gender-Bias in der Diagnostik berücksichtigt werden: Sowohl historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente als auch unreflektierte stereotype Rollenzuschreibungen seitens der Ärztinnen und Ärzte können zu fehlerhaften Diagnosen bei Frauen und Männern führen (BMASGK 2019).

## Mädchen- und Frauengesundheit

### Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeits- und Lebensbedingungen

Arbeits- und Lebensrealitäten strukturieren das tägliche Leben von Frauen. Aufgrund traditioneller Rollenverteilungen sind Frauen ungleich anders von externen Rahmenbedingungen betroffen als Männer. Generell stellt bezahlte Erwerbsarbeit in Österreich im bestehenden Wirtschafts- und Wohlfahrtssystem die finanzielle Existenzsicherung dar (Mayrhofer 2017). Arbeitsplätze von Frauen konzentrierten sich jedoch bereits vor der COVID-19-Pandemie auf den Niedriglohnssektor, einen informellen Arbeitsmarkt und unbezahlte Care-Arbeit

women, giving them both equal opportunities to also participate in paid labor.

1. The problem is represented to be the overrepresentation of women in informal or unpaid work sectors. In these sectors they often do not receive health insurance, social insurance, or vacations. This puts them at higher risk of poverty at an older age. Especially single women, women with a migration background and women with disabilities face these kinds of issues.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'men', 'single women', 'women with a migration background',

(Campbell et al. 2020). Teilzeitarbeit ist vor allem bei Frauen die mit Abstand am weitesten verbreitete atypische Beschäftigungsform. Die Konzentration von Frauen im atypischen und informellen Sektor bedeutet, dass sie mit größerer Wahrscheinlichkeit keinen bezahlten Krankenstand oder Urlaub erhalten, nicht krankenversichert sind, keine soziale Absicherung haben und im Alter einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind. Die ökonomische Existenzsicherung ist für Frauen durch die Krise unsicherer geworden (UN 2020). Mit der Einbindung von Frauen in die bezahlte Erwerbstätigkeit finden sich Frauen in der Situation der Doppel- und Mehrfachbelastung wieder, in der nach der Arbeit im öffentlichen Raum die Arbeit im privaten Raum folgt. Dennoch besteht ein Gender-Pay-Gap, da Frauen zum einen unbezahlte Arbeit tätigen und zum anderen in ihrer Erwerbsarbeit selbst schlechter bezahlt werden als Männer (Schutzbach 2021).

Alleinerziehende, Frauen mit Migrationshintergrund, Frauen mit Behinderung, Frauen, die nicht Teil des Arbeitsmarktes sind oder aus diesem herausgefallen sind, gehören zu jenen Gruppen von Frauen, auf die sich die genannten Belastungen noch stärker auswirken. Lösungen für mehr Chancengerechtigkeit sind laut Expertinnen zu finden in Diskussionen einer Care-Ökonomie, einem verpflichtenden Pensionssplitting, dem Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung und in einem flächendeckenden Angebot der Kinderbetreuung.

### **Körper- und Selbstbilder von Mädchen und Frauen**

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist in den letzten Jahren in den westlichen

‘women with disabilities’, ‘unemployed women’.

3. This problem representation leaves out that even when women are employed, they often do not receive the same pay or benefits that men do in similar positions.
4. It is extremely important to shed light on women’s unfavorable position in the labor market, especially for the most vulnerable groups, as it has serious negative consequences for women’s wealth and health later in life.

1. The problem is represented to be the rise in negative self/body-image among women and young due to societal

Ländern gestiegen. Schlankheit und Schönheit werden nach dem Empfinden der befragten Menschen mit beruflichem Erfolg und einem hohen sozialen Status gleichgesetzt.

Frauen, die eher ein negatives Körperbild haben, fühlen sich oftmals von gesellschaftlichen Schönheitsidealen unter Druck gesetzt. Eine gefühlte Diskrepanz zwischen Ideal und individueller Körperwahrnehmung kann die Grundlage für Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sein und damit eine Negativspirale negativer Körper- und Selbstwahrnehmung auslösen.

- pressures and beauty ideals.
2. Categories in this problem representation are 'women'.
3. This problem representation leaves out that this is an issue that girls start dealing with at a very young age. Especially due to social media, girls are exposed to fake bodies or unrealistic beauty standards from a very young age, that can have serious negative consequences for their mental health and self-image.
4. It is important to tackle this issue, since social media is only going to play a bigger role in our lives and reach more women and girls as it grows. Children should be taught about this from a young age onwards.

### **Sexuelle Gesundheit, Menstruationsgesundheit und reproduktive Gesundheit**

Voraussetzung für eine gelungene und qualitätsgesicherte sexuelle Bildung ist die Stärkung der sexuellen Kompetenzen der im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich Arbeitenden, aber auch der Eltern und anderer Bezugspersonen, damit diese als Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren und kompetente Ansprechpersonen wirken können (Nimbi et al.

2021Frauengesundheitszentrum und Netzwerk Sexuelle Bildung Steiermark 2019).

Eine erste Maßnahme könnte auch sein, ein strukturiertes Lehr- und Weiterbildungsangebot für in den relevanten Bereichen Tätige, aber auch für die Allgemeinbevölkerung – z. B. für Eltern als wichtige Ansprechpersonen bei Fragen zur Sexualität – gemeinsam mit aktuellen

1. The problem is represented to be the lack of competence in sexual themes in health, educational and social institutions. Quality of sexual education needs to be strengthened. A structured learning trajectory should be available.
2. Categories in this problem representation are 'parents', 'caretakers'.
3. This problem representation leaves out online platforms as learning platforms. In the digital age that we live in, many children and young adults will turn to the internet to find answers to questions regarding sexuality or sexual orientation. It is important that these platforms become accessible and are monitored, to be sure that they represent truthful information and are free of biases.
4. Enhancing the quality and structure of sexual education is important, as young adults generally benefit from being

Anbieterorganisationen (Frauengesundheitszentren, ÖIF) im Rahmen der Plattform sexuelle Bildung (siehe [www.sexuellebildung.at/](http://www.sexuellebildung.at/)) zu entwickeln. Mittelfristig sollte an der Verankerung von sexueller Bildung in den Curricula der Lehramtsstudiengänge gearbeitet werden und es sollte eine Qualitätssicherung sowie Evaluation der Bildungsangebote zu Sexualität durch den Bund in Kooperation mit den Bildungsdirektionen auf Landesebene etabliert werden. Es braucht dafür verbindliche Regelungen und zweckgewidmete Gelder (Global Education Monitoring Report Team 2019).

Damit junge Frauen die für sie passende Verhütung finden können, ist eine niederschwellige Aufklärung und ein entsprechender Zugang zu Informationen Voraussetzung.

- Verhütung ist teuer – besonders für Frauen in schwächeren ökonomischen Situationen
- ist eine Kostenübernahme bei Verhütungsmitteln wichtig.
- Verhütung liegt nach wie vor überwiegend in der Verantwortung von Mädchen und Frauen – gender- und kostengerechte Verhütung ist ein Faktor von Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern der wenig beachtet wird.
- Frauen mit Behinderung und sozioökonomisch benachteiligte Mädchen und Frauen haben einen schlechteren Zugang zu Verhütungsinformationen.

Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch in Österreich gestaltet sich abhängig vom Wohnort schwierig für viele Betroffene. Im Burgenland gibt es keine Möglichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch. In Tirol (ÖGF 2022) und Vorarlberg wird in öffentlichen Spitälern

knowledgeable on this. It increases your knowledge of your own body and your own (sexual) health. Being more informed about sexual education also can make it more likely for (young) adults to step forward if something is wrong, or if they feel like something is wrong with their sexual health. It removes prejudices and enhances societies overall knowledge and understanding of these topics.

1. The problem is represented to be the high cost of contraceptives, making them less accessible to women with low socioeconomic status. Additionally, it is a problem that due to stereotypes women are seen as being responsible for contraceptives. Also, information about contraceptives is not equally accessible to all women, such as women with low socioeconomic status or disabled women.
  2. Categories in this problem representation are 'young women', 'women with low socioeconomic status', 'girls', 'women', 'disabled women'.
  3. This problem representation leaves out that the use of contraceptives is also a responsibility of men. There should also be a focus on male-centered methods of contraceptives.
  4. It is important that all women have equal access to contraceptives, as it is usually the most vulnerable groups that need it the most to preserve their health and well-being.
- 
1. The problem is represented to be the unequal access to abortions in Austria, depending on people's living areas. The

derzeit kein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. In den anderen Bundesländern ist ein Abbruch eingeschränkt möglich. Teilweise gibt es nur eine Ärztin bzw. einen Arzt pro Bundesland, die bzw. der Abbrüche durchführt (Changes for women 2022). Mit Kosten zwischen 350 und 600 Euro ist ein Schwangerschaftsabbruch auch immer eine Frage der Leistbarkeit. Finanziell vulnerablere Frauen sind durch diese Kostenbarriere für eine Inanspruchnahme besonders betroffen. Die Kosten- und Zugangsbarrieren treffen ebenso Mädchen und junge Frauen ohne jegliche eigene Finanzmittel besonders, sowie Frauen, die geografisch ohne längere Anreise keinen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch erhalten. Seit Juli 2020 kann in Österreich zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch das Medikament Mifegyne auch von niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen für betroffene Frauen und Mädchen verschrieben werden. Sowohl die Kosten als auch nachteilige Wohnortsituationen betreffend, ist dies eine Erweiterung bestehender Zugänge. Durch die geringeren Zugangsbarrieren kann damit auch ein möglichst frühzeitiger Schwangerschaftsabbruch ermöglicht werden.

Kinderwunschbehandlungen sind teure Privatleistungen. Auch der Selbstbehalt, der für die Behandlungen bei Kostenübernahme durch den IVF-Fonds bezahlt werden muss, übersteigt die finanziellen Möglichkeiten vieler Frauen und Paare. Dadurch wird einer großen Gruppe von Frauen der Zugang zu den Behandlungsmöglichkeiten grundsätzlich verwehrt.

access is further limited by the high costs of abortion, making it less accessible for women with low socioeconomic status.

2. Categories in this problem representation are 'doctor', 'financially vulnerable women', 'girls', 'young women', 'women'.
3. This problem representation leaves out that it is often the most vulnerable groups of women, such as financially vulnerable women, for who the access to abortion can be very important. These women are disproportionately affected by being forced to carry out a pregnancy and delivery that they do not have the financial means to support.
4. Increasing the accessibility of abortions by lowering its costs and increasing the number of locations where getting an abortion is possible will make it a practice that is more equally accessible to all girls and women. Overall, this will help the (sexual) health of women and their children.

1. The problem is represented to be the high costs of private pregnancy treatments, such as IVF. This limits the access to such practices of a large group of women. Also, single women are excluded from these treatments.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'couples', 'single women'.
3. This problem representation leaves out

- Alleinstehende Frauen bleiben nach der Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes 2015 von einer Kinderwunschbehandlung ausgeschlossen.

other barriers to accessibility such as geographical location, waiting times, information and support.

4. Although it is important for all women with a wish for children to have the opportunity to have them, one also must think that if parents do not have the financial means to acquire such treatments, whether they have the financial means to support a child. Furthermore, not allowing single women to have these treatments is discriminations and should be changed.

## Psychische Gesundheit

Höhere Bildung, hohes Einkommen und hoher Sozialstatus sind Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Umgekehrt stellen geringes Einkommen, geringe formale Bildung, Armut und Armutsgefährdung sowie geringer Sozialstatus einflussreiche Risikofaktoren für die psychische Gesundheit dar (BMASGK 2018b). Erwerbsarbeit und Arbeitsplatzsicherheit können ebenfalls als Schutzfaktoren dienen. Somit kann die steigende Erwerbsquote bei Frauen grundsätzlich als förderlich für die psychische Gesundheit begriffen werden.

Frauen in Österreich haben durchschnittlich beinahe doppelt so viele Krankenstandstage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen als Männer und gehen häufiger aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit, verursacht durch psychiatrische Erkrankungen, in Pension (Statistik Austria 2022c). Während die Lebenszeitprävalenz für das Entwickeln einer psychischen Erkrankung bei Frauen und Männern in etwa gleich hoch liegt, kommen bestimmte diagnostizierte psychische

1. The problem is represented to be that women are more often diagnosed with mental health issues or disabilities compared to men. This can have different causes. One possibility is that this difference is caused by biological, mental, social or socioeconomic factors. Another possibility is that it is caused by a gender bias in the gathering and interpretation of data. In terms of socioeconomic factors, low income, low status and lack of social or emotional understanding can all worsen people's worries and self-image, eventually creating feelings of eg. depression. This does not affect all women equally and more attention needs to be paid to the groups most vulnerable to this problem.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'men', 'girls', 'young women', 'financially dependent women', 'women with migration background', 'people with non-hetero normative sexuality or gender identity', 'homeless women', 'single older women'.
3. This problem representation leaves out



Erkrankungen bei Frauen häufiger vor. Dies betrifft insbesondere Depressionen, Angststörungen und Essstörungen (Riecher-Rössler 2016; RKI 2020b).

Eine zentrale Hypothese besagt, dass beobachtete Unterschiede zumindest teilweise durch Verzerrungen bei der Erhebung und Interpretation von Daten, durch einen Geschlechterbias bei der Diagnostik sowie dadurch zu erklären sind, dass Frauen Beschwerden besser wahrnehmen, bereitwilliger berichten und eher Hilfe in Anspruch nehmen (Riecher-Rössler 2016; Scholz 2010). Rollenstereotype aufseiten des ärztlichen Personals zeigen sich beispielsweise darin, dass bei identischer Beschwerdeschilderung bei Frauen eher eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird als bei Männern (Riecher-Rössler 2016; Sieverding/Kendel 2012; Swami 2012). Das Entstehen psychischer Erkrankungen ist gemäß dem aktuellen Stand der Forschung multifaktoriell zu erklären. Eindimensionale Erklärungsmodelle, die sich nur auf biologische, psychologische oder soziale Faktoren beziehen, gelten als überholt. Dementsprechend werden verschiedene biologische, psychische, soziale und sozioökonomische Einflussfaktoren diskutiert, die gemeinsam und in Interaktion die psychische Gesundheit von Frauen beeinflussen und zu den beobachteten Geschlechtsunterschieden beitragen können. (BMSGK 2018b; RKI 2020b; Scholz 2010) Biologische Erklärungsansätze beziehen sich zumeist auf genetische und hormonelle Faktoren. Diese scheinen laut Merbach/Brähler (2016) jedoch nur eine geringe Evidenz bei der Erklärung der Geschlechtsunterschiede zu haben: Ein direkter Einfluss genetischer Dispositionen

- that mental health is also an issue that men are affected by, maybe even more silently due to gender stereotypes.
4. The effects of this problem representation can hopefully lead to better data collection and analyzation free of gender bias. Furthermore, it creates more awareness of all the different biological and social factors that can affect mental health. It also emphasizes the importance of financial security for many other aspects of one's life and health especially. However, in terms of mental health not only special attention should be paid to women, because men are also a big vulnerable group to mental health issues.

auf die Entwicklung einer psychischen Erkrankung konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Gerade bei Depression und Angst werden vor allem geschlechtsspezifische Hormone als Ursache für ein vermehrtes Auftreten bei Frauen diskutiert (Nowotny et al. 2019a).

**Auf psychosozialer Ebene scheinen Rollenstereotype einen bedeutsamen Einfluss zu haben.**

Mädchen werden eher zu erlernter Hilflosigkeit und geringem Selbstvertrauen erzogen, während Burschen aktive Bewältigung beigebracht wird. Frauen weisen bereits im Jugendalter einen geringeren Selbstwert auf als Männer (Wimmer-Puchinger 2016), sie tendieren dazu, Konflikte zu verinnerlichen und mit Grübeln, Ruminieren, Schuldgefühlen und Depression darauf zu reagieren, während Männer tendenziell externalisieren und aktive, teils aggressive Bewältigungsstrategien suchen oder Suchtmittel konsumieren (Riecher-Rössler 2016; Scholz 2010). Eine wichtige Rolle scheint auch ein negatives Körperbild zu spielen: Mädchen und junge Frauen müssen sich aufgrund des gesellschaftlichen Drucks stärker mit ihrem Körper auseinandersetzen und entwickeln durch den permanenten Vergleich des eigenen Körpers mit Bildern idealer Frauenkörper körperbezogene Sorgen und Ängste. Dies führt zu einer Verschlechterung des Selbstwertgefühls und zu einer Anfälligkeit für psychische Erkrankungen (Merbach/Brähler 2016; RKI 2020b; Swami 2012).

**Weitere soziale und sozioökonomische Einflussfaktoren, die sich negativ auf die psychische**

**Gesundheit auswirken können, betreffen Frauen in einem anderen Ausmaß als Männer.**

**Mädchen und Frauen leben in stärkeren Abhängigkeitsverhältnissen, haben ein höheres**

**Armutrisiko, geringeren sozialen Status und erfahren geringere soziale Unterstützung.**

Neben allen Anforderungen an die verschiedenen Rollen, die sie erfüllen müssen, wird ihnen auch eine höhere Verantwortlichkeit für familiäre Belange und Krisen zugeschrieben (Wimmer-Puchinger, B 2016). Frauen weisen dementsprechend eine höhere überdurchschnittliche Stressbelastung auf als Männer, was wiederum mit psychischen Beeinträchtigungen assoziiert ist (Faltermaier/Hübner 2016).

Sexuelle Gewalterfahrungen gehen unter anderem mit einem erhöhten Risiko für internalisierte Störungen wie Depressionen oder Angststörungen einher.

Um dem negativen Einfluss von Ungleichheit und Rollenstereotypen auf die psychische Gesundheit von Mädchen und Frauen entgegenzuwirken, braucht es gezielte gesellschaftspolitische Maßnahmen. Die im Aktionsplan Frauengesundheit geforderten Maßnahmen „Konzepte zur Sensibilisierung von Angehörigen pädagogischer Berufe entwickeln und die Auseinandersetzung mit Rollenbildern in die pädagogische Arbeit integrieren“ sowie „Schulische Unterstützungssysteme in Hinblick auf Genderkompetenz weiterentwickeln“ könnten einen Beitrag dazu leisten.

Niedriger sozioökonomischer Status, niedriges Einkommen, finanzielle Sorgen, Mangel an sozialer oder emotionaler Unterstützung, niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit und erlebte Diskriminierung gelten als zentrale soziale und sozioökonomische Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Erkrankung (Silva et al. 2016). Dies betrifft nicht alle Mädchen und Frauen im selben Ausmaß und birgt ein besonderes Risiko für Frauen mit einem Mangel an sozioökonomischen Ressourcen bzw. für Frauen in ökonomischen Abhängigkeitsverhältnissen,

mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung, für Personen, deren Sexualität oder Genderidentität nicht den heteronormativen Vorstellungen entspricht, für wohnungslose Frauen, Alleinerziehende und ältere bzw. alte Frauen. Während der Pandemie wirken sich diese bekannten Risikofaktoren nochmals verstärkend auf die ohnehin bereits negativen Effekte durch die Pandemie aus (Dale et al. 2021; Kowal et al. 2020; Pieh et al. 2020; SORA 2021). Entsprechend gilt es, zielgruppenorientierte niederschwellige psychosoziale Angebote abzusichern und auszubauen.

### **Gewalt gegen Mädchen und Frauen in Österreich und ihre gesundheitlichen Auswirkungen**

Unter „Gewalt gegen Frauen“ sind alle Handlungen geschlechtsbezogener Gewalt zu verstehen, die Frauen körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügen (siehe Aktionsplan Frauengesundheit, Wirkungsziel 3: Gewaltprävention – Hilfe und Unterstützung für Gewalt betroffene Frauen ausbauen). Mit 14 Millionen Euro werden allein die Kosten für die akute Behandlung und Therapie von Gewaltopfern in Österreich beziffert, darin nicht eingerechnet ist die Behandlung gesundheitlicher Langzeitfolgen wie psychischer Störungen, psychiatrischer Erkrankungen und oder gynäkologischer Probleme (Haller et al. 2006).

Im folgenden Kapitel werden unterschiedliche Gewaltformen (Partnergewalt, psychische Gewalt, physische Gewalt, sexuelle Gewalt, Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C) und Intersex Genital Mutilations (IGM)) in unterschiedlichen Kontexten (Partnerschaft, digitaler Raum) in Hinblick auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen beleuchtet. In Kapitel

1. The problem is represented to be the practice of Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C). This is a human rights issue that affects women and girls around the world, especially young girls.
2. Categories in this problem representation are ‘girls’, ‘women’.
3. This problem representation leaves out community engagement, when for culturally sensitive issues like this, it is important to engage the community in the approach, instead of keeping it solely rights and justice focused.
4. Implementing prevention measures and treatments for girls and women affected by FGM/C can help reduce the number of

5.5.3 wird auf die Gewaltprävention eingegangen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der Frauen- und Mädchengruppen, die Gewalt besonders ausgesetzt sind.

**Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C) ist eine Form geschlechtsbezogener Gewalt.** Von FGM/C sind in Österreich schätzungsweise 12 bis 18 Prozent (735 bis 1.083) der Mädchen, die aus Ländern stammen (ca. N = 6.000 bis 8.000), in denen FGM/C praktiziert wird, bedroht (EIGE 2021b). FGM/C ist ein Menschenrechtsproblem, das Mädchen und Frauen weltweit betrifft. Es gibt abhängig von soziokulturellen Faktoren große Unterschiede in Bezug auf die Art der Durchführung, die Begleitumstände und die Größe der betroffenen Bevölkerungsgruppen (United Nations Children's Fund 2016). Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen stellte im Jahr 2021 Empfehlungen für Österreich in Hinblick auf die bessere Prävention und im Umgang mit FGM/C auf.

Das EU-Projekt „Zugang von Frauen mit Behinderungen<sup>31</sup> zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ (Laufzeit 2013 bis 2015), an dem sich auch Österreich beteiligte, zeigte auf, dass Menschen mit Behinderungen von Gewalt besonders betroffen sind.

Ein großer Teil von Gewaltopfern wird im Gesundheitsbereich sichtbar. Gewalt in der Partnerschaft, Gewalt gegenüber Kindern, sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen sowie gegenüber Menschen mit Behinderungen bleibt lange Zeit unentdeckt. Häufig sind Gesundheitsfachkräfte die ersten und nicht selten die einzigen Ansprechpersonen für die Betroffenen. Dem Gesundheitswesen kommt eine Schlüsselrolle in puncto Früherkennung von Gewalt

girls that experience this type of violence. It is also important that more societal awareness is created, as well as knowledge on the health consequences of it, especially in families where this practice is considered normal.

1. The problem is represented to be the special vulnerability of disabled people for experiencing different types of violence. Violence against people with a disability often remains unnoticed for a long time. Health care workers play a key role in the early identification of violence.
2. Categories in this problem representation are 'women with disabilities', 'people with disabilities', 'children', 'partnerships', 'women'.
3. This problem representation leaves out specific training and resources that health care professionals need to adequately deal with these issues, while they are mentioned as extremely

zu.

Darüber hinaus bedarf es eines niederschweligen, mehrsprachigen Beratungsangebots für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen und der stärkeren Ressourcenausstattung von Frauenhäusern sowie der Sensibilisierung von Polizistinnen und Polizisten zum Thema Gewalt an Frauen und Mädchen (Stadt Wien 2022b).

### **Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten für Mädchen und Frauen im Überblick**

Der niederschwellige Zugang zu guten Informationen und Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Gesundheitsdeterminante, die für alle im Frauengesundheitsbericht behandelten Themenbereiche entscheidend ist, damit alle Mädchen und Frauen gute und selbstbestimmte Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen können. Der Zugang zu guten Gesundheitsinformationen und -angeboten wird insbesondere von strukturellen Barrieren 34 im Gesundheits-, aber auch Sozial- und Pflegewesen beeinflusst. Soziokulturelle Faktoren nehmen unter anderem darauf Einfluss, wie der Zugang zu Informationen und Angeboten für Mädchen und Frauen möglich ist. Angelehnt an die Umfrage zeigt sich, dass der Wohnort als soziodemografische Determinante Einfluss auf den Zugang zu Gesundheitsinformationen haben kann. Am besten erreichbar sind Gesundheitsservices für Frauen, die im großstädtischen Bereich leben.

Für alle im Frauengesundheitsbericht behandelten Themen zeigt sich der Bedarf eines flächendeckenden, unabhängigen Beratungsangebots zu Diagnosen, Behandlungen und Gesundheitsförderungs-

important in the identification process.

4. Creating more awareness among health care workers and caregivers about the signs of violence can help early identification and create quicker interventions.

1. The problem is represented to be the lack of lack of language accessibility to advice posts for women and girls who have been victim to violence. Furthermore, there is a lack of women rescue centers and awareness among police about gender-based violence.

2. Categories in this problem representation are 'women', 'girls'.

3. This problem representation leaves out community engagement, when changing attitudes and social norms allowing violence is very important.

4. Improving the resources for women and girls both in information and physical resources can help consequence mitigation and make women more aware of their rights.

1. The problem is represented to be the unequal access to health information, based on social determinants such as living location. There is a need for communication of this information that is easily accessible, encompassing and culturally sensitive.

2. Categories in this problem representation are 'girls', 'women'.

3. This problem representation leaves out the role of education in increasing health literacy. A broader educational curriculum can also assist girls in increasing health knowledge, which will affect health decisions in later life.

sowie Präventionsangeboten, die in einfacher Sprache vermittelt werden und kultursensibel sind. Durch die Zugangsbarrieren der Angebote im öffentlichen Raum werden Beratungen im privaten Raum abgewickelt (Lombardo et al. 2014). Es braucht Beratung und Information, die mit Mädchen und Frauen partizipativ entwickelt werden, um deren Bedarfe zu adressieren. Die Angebote und Informationen sind dann am wirkungsvollsten, wenn sie in den Lebenswelten der Mädchen und Frauen.

### Gesundheitliche Auswirkungen von Krisen auf Frauen

Seit Anfang 2020 bestimmt die COVID-19-Pandemie tiefgreifend das Leben der gesamten Bevölkerung in Österreich. Frauen waren und sind immer noch aufgrund ihres Geschlechts mit besonderen Gesundheitsrisiken und -folgen konfrontiert (Connor et al. 2020). Seit Beginn sind sie einem höherem Ansteckungsrisiko ausgesetzt (Haas et al. 2021), da sie in der formellen wie informellen Pflege- und Betreuungsarbeit sowie in systemrelevanten Berufen (Repnik 2020), in denen Homeoffice kaum möglich ist, überrepräsentiert sind. Die Konsequenzen der COVID-19-Pandemie trafen vulnerable Gruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, bildungsferne Familien), die bereits vorher überproportional von Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung bedroht waren, besonders stark. So entfielen knapp 55 Prozent der Jobverluste in Österreich im Jahr 2020 auf Frauen, obwohl sie nur 45 Prozent der Beschäftigten ausmachen – gleichzeitig wurden neue Arbeitsplätze vor allem mit Männern besetzt. Homeschooling und Lockdowns erschwerten es

4. Making health information more accessible to girls and women helps improve health literacy and helps them to make more informed decisions regarding their bodies and health. Also, it can help lead to earlier diagnoses of disease, as increased knowledge might help identify signs of disease earlier.

1. The problem is represented to be the unequal risks and burdens the COVID-19 pandemic has placed upon women. Due to their overrepresentation in low-paid and physical labor positions, they were unequally exposed to the risks of the disease, as well as economically, as they were often the first to be laid off or asked to work fewer hours.
2. Categories in this problem representation are 'women', 'people with a migration background', 'singles', 'educationally disadvantaged families', 'men'.
3. This problem representation leaves out a mention of the long-term impacts on the career of women who were forced to leave the workforce or reduce their hours.
4. This problem representation can lead to increased awareness and advocacy for targeted interventions to assist women in these roles.

Frauen mit Betreuungspflichten zusätzlich, ihrem Beruf nachzugehen, was für viele Frauen bedeutete, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder ihren Job aufzugeben.

## Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009 in Griebler et al. 2017). Gesundheitliche Chancengerechtigkeit stellt somit kein alleinstehendes Thema dar, sondern ist als themenübergreifende Dimension zu verstehen. Wichtig bei der Betrachtung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ist, dass die oben genannten sozialen Kategorien nicht als additive Perspektiven verstanden werden, die isoliert voneinander konzeptualisiert werden können (Walgenbach 2014b). Im Sinne der Intersektionalität muss die Wechselwirkung dieser Kategorien in die Analyse miteinbezogen werden. Bei der Entwicklung von Maßnahmen für Mädchen- und Frauengesundheit im Sinne der Chancengerechtigkeit muss folglich auf besondere Bedürfnisse und Ressourcen geachtet werden, welche beispielsweise Frauen und Mädchen mit Behinderung, wohnungslose Frauen und Mädchen sowie Frauen und Mädchen mit Migrations- oder Fluchterfahrung mitbringen können. Hier braucht es spezifische niederschwellige, bedürfnis- und zielgruppenorientierte Angebote.