

Gender Mainstreaming in der Praxis der Gesundheitsarbeit

**14. Tagung des Netzwerkes
Frauen/Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen**



Gender Mainstreaming in der Praxis der Gesundheitsarbeit

**14. Tagung des Netzwerkes
Frauen/Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen
am 26.–27. Oktober 2001**

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und
Gesundheit Niedersachsen dankt
der Deutschen Gesellschaft für
Verhaltenstherapie e.V. (dgvt) und
der Stiftung Leben und Umwelt für die
finanzielle Unterstützung dieser Tagung.

Inhaltsverzeichnis

Begrüßung	4
<i>Dr. Ursula Aumüller-Roske, Christiane Deneke, Dr. Heiner Vogel</i>	
Gender Mainstreaming in Organisationen – Konzepte, Strategien, Veränderungen	12
<i>Regine Steinhauer</i>	
Gender Mainstreaming in der medizinischen Rehabilitation	25
<i>Dr. Barbara Ehret-Wagener</i>	
Wie Gender in die Beratung kommt: Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratung	35
<i>Kerstin Walther</i>	
Was bedeutet Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie?	49
<i>Dr. Uta Enders-Drägässer</i>	
Berichte aus den Arbeitsgruppen:	
AG II Umsetzungsaspekte des Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratungspraxis	59
<i>Kerstin Walther</i>	
AG III Ermittlung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie	64
<i>Monika Voß-Büter</i>	
AG IV Möglichkeiten und Grenzen von Gender Training	80
<i>Christel Ewert</i>	
Wie können geschlechtsspezifische Verzerrungen in Praxis und Politikprogrammen vermieden werden?	
Vorstellung des Handbuches des Kanadischen Gesundheitsministeriums und dessen Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Raum	87
<i>Dr. Judith Fuchs</i>	
Gender Mainstreaming als Landespolitik und dessen Auswirkungen auf die praktische Arbeit vor Ort: Statements aus der Podiumsdiskussion	110
Informationen zum Netzwerk	116

Begrüßung

Dr. Ursula Aumüller-Roske.

Abteilungsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Ich freue mich, dass zu dieser Tagung ein breites Arbeitsbündnis zustande gekommen ist und die Tagung von weiteren Institutionen finanziell unterstützt wird. Ich begrüße herzlich Frau Deneke als Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und Herrn Vogel von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V..

Diese Veranstaltung ist weit über Niedersachsen hinaus angekündigt worden und so freue ich mich sehr, dass das Thema auch bei Multiplikatorinnen in anderen Bundesländern auf Interesse gestoßen ist. Ich wünsche mir, dass Sie sich in Hannover wohl fühlen.

Die Strategie des Gender Mainstreaming ist in der Bundesrepublik Deutschland durch die Politik der Europäischen Union bekannt geworden. Die Wurzeln dieser Strategie gehen zurück auf die 3. und 4. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen.

Dass Gleichstellungspolitik Querschnittsaufgabe ist, die alle Politikfelder berührt, ist nicht neu. Neu ist aber der dafür verwendete Begriff des Gender Mainstreaming.

Mit der 12. Netzwerktagung vor knapp einem Jahr sind wir in die Thematik „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“ eingestiegen und haben dabei festgestellt, dass die Strategie in der Bundesrepublik – jedenfalls in der Gesundheitspolitik – noch nicht Fuß gefasst hat.

Sie wagen sich heute an eine Vertiefung der Debatte zum Gender Mainstreaming und greifen gezielt bestimmte Tätigkeitsfelder mit dem Schwerpunkt Beratung und Behandlung heraus. Ich bin sicher, mit Hilfe der Referentinnen und der Arbeit in den Gruppen wird es uns gelingen, die Verankerung der Geschlechtergerechtigkeit einen Schritt voranzubringen.

Die Definition des Gender Mainstreaming, die auf der Ebene der EU einen festen Platz hat, kennen Sie sicherlich. Was bedeutet sie für die einzelnen Politik- und Arbeitsfelder?

- Gender Mainstreaming meint eine Strategie, die die Anliegen und Erfahrungen von Frauen ebenso wie die von Männern in die Planung, Durchführung, Überwachung und Auswertung politischer Maßnahmen selbstverständlich einbezieht.
- Gender Mainstreaming bedeutet, grundsätzlich danach zu fragen, wie sich (politische) Maßnahmen jeweils auf Frauen und Männer auswirken und ob sie zum Ziel der Chancengleichheit der Geschlechter beitragen können.

Und

- dem Gender Mainstreaming - Ansatz ist immanent, dass insbesondere bei vermeintlich geschlechtsneutralen Maßnahmen – durch die bewusste Reflexion geschlechtsspezifischer Auswirkungen – negative Folgen vermieden werden.

Diese neue Strategie wird allgemein abgegrenzt von der bisherigen Politik zur Frauenförderung, die sich in den vergangenen Jahren auf positive Aktionen konzentriert hat, um bestehende Ungleichgewichte durch gezielte Förderung von Frauen - nachträglich - auszugleichen. Die Frauenpolitik der 70er, 80er und 90er Jahre war insoweit davon geprägt, dass Frauen oft in der Rolle der Bittstellerinnen oder derer, die moralische Appelle abgeben, waren.

Wenn wir auf die jahrzehntelangen Diskussionen und Kämpfe in den für die Gleichberechtigung der Frauen zuständigen Stellen zurückblicken, fällt die Erfolgsbilanz eher schwach aus - jedenfalls was die Nachhaltigkeit angeht. Und ganz ehrlich - die Bittstellerrolle sind wir leid.

Insoweit ist es nur konsequent, wenn die bisherige Frauenpolitik ergänzt / bzw. flankiert wird.

In diesem Monat ist der **1. Frauengesundheitsbericht** des Bundes der Öffentlichkeit vorgestellt worden. Die Behauptung, dass die bisherige mangelnde Berücksichtigung der Geschlechtszugehörigkeit zu einer inadäquaten medizinischen Behandlung von Frauen führt, wird eindrucksvoll bestätigt. Ich ziehe daraus den Schluss, dass gerade im gesundheitspolitischen Bereich das Nebeneinander einer parteilichen Frauenförderung und der noch zu verankernden Gender Mainstreaming - Strategie erforderlich ist.

Es wird darüber hinaus weiterhin Maßnahmen zur Unterstützung und zum Schutz von Frauen geben müssen; denken wir z.B. an die „Abtreibungsdebatte“, an das Problem der Gewalt gegen Frauen und Kinder usw.

Gender Mainstreaming ersetzt diese Maßnahmen nicht. Ein Zusammenwirken beider Strategien ist bis auf weiteres unabdingbar.

Gender Mainstreaming richtet sich nicht nur oder zuerst an Frauen.

Der Teilnehmerinnenkreis beweist, wie wenig diese Einsicht bei den männlichen Akteuren angekommen ist – oder wie es mit der Bereitschaft zum Umdenken bestellt ist. Vielleicht ist es uns auch noch nicht gelungen, deutlich zu machen, was Männer bei der strikten Anwendung der Gender Mainstreaming - Strategie gewinnen können.

Wenn wir von der Chancengleichheit im Gesundheitswesen oder von der geschlechterdifferenzierten Betrachtung sprechen, geht es bisher darum aufzuzeigen, dass die Belange von Frauen nicht genügend gesehen oder berücksichtigt wurden. Gender Mainstreaming käme also kurzfristig gedacht zuerst den Frauen zugute – weil ihrer gesundheitlichen Situation - ich sage endlich - ebenso viel Aufmerksamkeit zukäme. Gender Mainstreaming ist aber ein Konzept der **Chancengleichheit für beide Geschlechter**. Denn eine geschlechtergerechte Sichtweise würde auch zutage fördern, dass Männer von der vielfach beschriebenen Über- Unter – oder Fehlversorgung im Gesundheitswesen ebenso betroffen sind.

Das bedeutet - weiter gedacht – auch, dass Männer in bislang von Frauen besetzten Tätigkeitsfeldern stärker Einzug halten müssen. Z. B. wäre es ein Gewinn, wenn männliche Leitfiguren im Kindergarten präsent sind. Es ist ebenso zu begrüßen, wenn unsere Jungen in der Grundschule positive männliche Vorbilder erhalten.

Frauen und Männer kommunizieren unterschiedlich. Sowohl für Patientinnen und Patienten, als auch für das Krankenhaus als Anbieter, der sich zukünftig stärker um die Gewinnung von „Kundinnen“ und „Kunden“ bemühen muss, ist es ein Gewinn, ebenso viele Ärztinnen wie Ärzte auch in leitenden Positionen beschäftigt zu haben. Keine große Bank, kein großer Autokonzern ignoriert die weibliche Kundin, sondern geht mit weiblichem Personal auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Mentalitäten zwischen Männern und Frauen ein.

Wissenschaftliche Fragen werden von Frauen anders gestellt. Weil aber der Frauenanteil in leitenden Positionen in allen medizinischen Arbeitsfeldern nach wie vor niedrig

ist – und hier schließt sich der Kreis – sind die Möglichkeiten einer Einflusseinnahme auf eine geschlechtsspezifische Sichtweise sowohl in der Forschung als auch in der Praxis noch schwach ausgeprägt.

Die Wochenzeitung „Der Spiegel“ hatte vor 4 Wochen seine Titelgeschichte unter das Motto „Das zerbrechliche Geschlecht – Sonderteil Männergesundheit“ gestellt. Der Untertitel „Männer entdecken ihre Gesundheit“ versprach allerdings mehr, als der Artikel tatsächlich gehalten hat. Immerhin stellte der Spiegel Folgendes fest:

- Männer zwischen 25 und 65 Jahren erliegen viermal häufiger dem Infarkt als Frauen.
- Krebs sucht die Männer häufiger heim und verläuft häufiger tödlich als bei Frauen.
- Es sterben deutlich mehr Männer an Lippen-, Mund- und Kehlkopfkrebs sowie an Tumoren an den Geschlechtsorganen.
- Und wir wissen auch: Männer nehmen Vorsorge - und Präventionsmaßnahmen weit weniger in Anspruch als Frauen.

Der Frage nachzugehen, warum dies so ist und entsprechende Handlungsbedarfe fokussiert auf Männer abzuleiten, wäre ebenso im Sinne des Gender Mainstreaming.

Diese Strategie weist einige Besonderheiten auf, die ich hier gerne noch einmal betone:

- Die Verantwortung für die Anwendung des Gender Mainstreaming - Prinzips liegt zunächst bei der Spitze der Organisation. Ein solcher Prozess wird nicht funktionieren, wenn die Führungskräfte von Institutionen den Gender Mainstreaming - Aspekt nicht befürworten, unterstützen und vertreten. Anders als bei vielen anderen Prozessen in Organisationsstrukturen und Verwaltungen handelt es sich hier um einen klassischen **Top-Down-Prozess**.

Es gibt eine weitere Besonderheit:

- In der Vergangenheit haben sich bislang insbesondere Frauen um die so genannten Frauenangelegenheiten gekümmert. Frauen, die immer wieder darauf hinwiesen, dass die Geschlechterverhältnisse nicht in Ordnung sind und Frauen diskriminiert werden, wurden auch dafür zuständig gemacht, die Verhältnisse zu verändern. Bei der Anwendung des Gender Mainstreaming - Prinzips ändert sich das alles.

Oder ist es besser zu sagen, es soll sich ändern?

Es ist vollkommen unerheblich, welches Geschlecht die an einer Entscheidung Be-

teiligten haben. Alle haben die Entscheidungsprozesse zu verändern und Chancengleichheiten zwischen den Geschlechtern zu beseitigen. Das bedeutet sehr konkret, dass nun erstmals die Männer genauso in die Pflicht genommen werden.

Ich wünsche mir für die weitere Zukunft, dass ich bei der nächsten Netzwerktagung zu diesem Thema ebenso viele interessierte Männer wie Frauen begrüßen kann.

Christiane Deneke,
Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V.

Ich möchte gerne die „Karriere“ des Themas Gender Mainstreaming in der Landesvereinigung und im Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen skizzieren, um Ihnen einen Einblick in den Vorlauf dieser Tagung zu geben.

Begonnen hat für die Landesvereinigung das Thema Gender Mainstreaming mit dem EU-geförderten Projekt European Women's Health Network - EWHNET. Auf einer Tagung in Brüssel wurde den Projekten des vierten mittelfristigen Aktionsprogramms für die Chancengleichheit von Frauen und Männern, in dem auch EWHNET finanziert wurde, nahe gelegt, das Thema in den EU-Mitgliedsländern zu verbreiten. Das ist schon über drei Jahre her. Praktisch war zu der Zeit der innerbetriebliche Gender Mainstreaming - Prozess in der Landesvereinigung schon im Gange, auch wenn wir dafür diesen Namen nicht benutzten. Für uns war und ist die gleichberechtigte Berücksichtigung von Frauen und Männern unter dem Stichwort „Qualität der Arbeit und Qualität der Produkte“ ein zentrales Anliegen.

Dann wurde Gender Mainstreaming in der Landesverwaltung per Kabinettsbeschluss ausgerufen und dadurch war es nahe liegend, dies auch im Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen zum Thema zu machen, da die Abteilung Frauen mit dem Referat Frauen und Gesundheit des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales zusammen mit der Landesvereinigung und seit diesem Jahr dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen Trägerorganisation des Netzwerkes ist. Ende 2000 fand die erste Fachtagung zu Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen statt. Dort wurde die Idee zu einem internationalen Workshop mit dem Titel Gender Based Analysis in Public Health Research, Policy and Practice geboren, den das EWHNET-Projekt zusammen mit dem Berliner Zentrum für Public Health und der Sektion Frauen und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention durchführte. Morgen werden Sie von Frau Fuchs aus Berlin einen Beitrag hören, der aus diesem Arbeitszusammenhang stammt.

Nun sind wir bei der zweiten Tagung zum Thema Gender Mainstreaming innerhalb des Netzwerkes angelangt. Diese Tagung will verschiedene Arbeitsbereiche möglichst konkret durchdeklinieren und aufzeigen, was Gender Mainstreaming für Organisationen bedeutet. Ich wünsche Ihnen und uns eine anregende Tagung und allen hier vertretenen Organisationen, dass die Tagung Sie motivieren möge, konkrete Schritte umzusetzen.

Dr. Heiner Vogel,

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie begrüße ich Sie ganz herzlich als Teilnehmende der Tagung „Gender Mainstreaming in der Praxis der Gesundheitsarbeit“. Die inhaltliche Vorbereitung zur Tagung wurde auf Seiten der DGVT von der Arbeitsgemeinschaft „Frauen in der Psychosozialen Versorgung“, die bereits seit 1986 besteht, übernommen und hier im Besonderen von Ute Sonntag, der wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen. Die DGVT-Arbeitsgruppe „Frauen in der Psychosozialen Versorgung“ hat immer wieder auf die besondere Situation von Frauen im psychosozialen Bereich aufmerksam gemacht und sich für die Gleichstellung der Frauen in Forschung, Theorie und Praxis eingesetzt. Ihnen ist es nicht zuletzt zu verdanken, dass das Thema „Sexuelle Übergriffe in der Therapie“ im Konsens mit anderen Verbänden öffentlich diskutiert wurde und sich schließlich in Gesetzesänderungen niederschlug und die Rechte der Patientinnen stärkte. Sie haben in unserem Verband mit Hartnäckigkeit auf wichtige frauenspezifische Themen aufmerksam gemacht und uns aufgefordert, diese Themen in der Verbandspolitik aufzugreifen und einfließen zu lassen.

In der letzten Zeit ist nun häufiger zu hören, dass das Thema „Gleichstellung“ überholt und Frauenförderung eine Selbstverständlichkeit sei. Nach wie vor belehren uns aber aktuelle Statistiken eines Besseren.

- Noch fällt der Hauptanteil an der Familienarbeit den Frauen zu.
- Trotz gleicher oder häufig sogar besserer formaler Qualifikation sind Frauen seltener erwerbstätig.
- Auf dem Arbeitsmarkt finden sich Frauen signifikant seltener in gut bezahlten Zukunftsberufen oder sogar in Führungspositionen.

Im Gegenzug dazu dominieren sie nach wie vor

- im privaten Bereich (vor allem in der Betreuung von Familienangehörigen),
 - in schlecht bezahlten Berufsfeldern,
 - sowie in untergeordneten Positionen,
- um nur einige Beispiele zu nennen.

Richtig ist sicher, dass die Gesetzgebung in der Zwischenzeit die Gleichstellung immer stärker einfordert und es ist zu erwarten und zu hoffen, dass Veränderungsprozesse durch „Gender Mainstreaming“ beschleunigt werden. Der Hauptunterschied zur „klassischen“ Frauenförderung liegt beim Gender Mainstreaming-Ansatz darin, dass beide Geschlechter gleichermaßen betrachtet werden. Beiden Geschlechtern soll ein gleichberechtigter Zugang zu allen Bereichen der Gesellschaft ermöglicht werden. Frauen sind dabei nicht mehr Bittstellerinnen, sondern die Institutionen werden dem Gender Mainstreaming-Konzept verpflichtet. Es sind nicht die Frauen, die spezifische Probleme haben, sondern gesellschaftlich hergestellte Bedingungen versetzen Frauen in problematische Situationen. Auch in unserem Verband ist – wie in der psychosozialen und Gesundheitsszene generell – in diesem Bereich noch einiges an Arbeit zu leisten und der Blick für Gender Mainstreaming zu schärfen. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen und uns eine spannende und erkenntnisreiche Tagung.

Gender Mainstreaming in Organisationen – Konzepte, Strategien, Veränderungen¹

Regine Steinhauer, KOBRA, Berlin

Gender Mainstreaming ist eine Strategie der Frauen- und Geschlechterpolitik. 1995 auf der Vierten UN-Weltfrauenkonferenz entwickelt, fand sie 1996 Eingang in das vierte Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft zur Gleichstellungspolitik und wurde 1999 im Amsterdamer Vertrag in Art. 2 und 3 als grundsätzliche Verpflichtung zur Gleichstellung von Männern und Frauen definiert.

„Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung der Entscheidungsprozesse mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteure und Akteurinnen den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen.“
(Definition durch den Europarat, 1998)

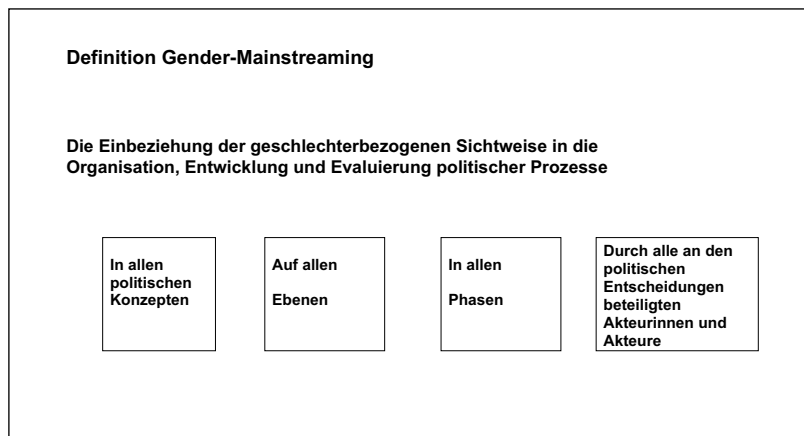


Abb. 1

Mit der Ratifizierung des Amsterdamer Vertrages wird Gender Mainstreaming (GM) verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und damit auch der Mitgliedstaaten. Auf Bundes- wie Landesebene, in Gewerkschaften wie der Europäischen Union wird GM umgesetzt. Das Bundeskabinett erkennt es als durchgängiges Leitprinzip der Bundesregierung an (1999) und verankert es in der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (2000).

¹ Überarbeitete Fassung des Vortrags

Umsetzungsebenen von Gender-Mainstreaming

Die Bundesregierung

- Im Regierungsprogramm „**Frau und Beruf**“, das im Sinne des „Gender-Mainstreaming“ in allen Politikfeldern die gleichstellungspolitischen Ansätze zur beruflichen Förderung von Frauen voran treiben will.
- Eine **interministerielle Arbeitsgruppe** wird auf Leitungsebene eingesetzt und ein **Kriterienkatalog** zur Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Fragen in der ministeriellen Arbeit entwickelt.
- In der **Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik** der Bundesregierung (Nationaler beschäftigungspolitischer Aktionsplan 1999, beschäftigungspolitische Leitlinien 2000)

Länderebene

- Sachsen-Anhalt, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern setzen Gender-Mainstreaming als politisches Leitbild über Kabinettsbeschlüsse um und durch.

Gewerkschaften

- Seit 1998 hat die **ÖTV** Gender-Mainstreaming als Prinzip für die Tarifpolitik verankert (inhaltliche Bestimmung)
- Bei **ver.di** wird Gender-Mainstreaming als ein grundlegendes Prinzip der Organisation und für die fachliche Arbeit eingeführt (organisationale, strukturelle und inhaltliche Ebene)
- Die **DPG** führt Gender-Trainings mit haupt- und ehrenamtlichen FunktionsträgerInnen durch.

Europäische Förderpolitik:

- Einführung der Strategie des Gender-Mainstreamings in der aktuellen Programmperiode (2000 – 2006) bei allen Strukturfonds, damit auch in der operativen Umsetzung.

Abb. 2

Chancengleichheit in der Privatwirtschaft

Für die **Privatwirtschaft** gilt dieser hohe Grad an Verbindlichkeit nicht, und er wird von dort auch vehement abgelehnt: Der grundlegende Konflikt bei der Einführung des Gleichstellungsgesetzes für die Privatwirtschaft war die gesetzliche Verpflichtung zu einer betrieblichen Gleichstellungspolitik. Als Kompromiss konnte die „Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und den Spitzenverbänden der deutschen Wirtschaft zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Privat-

wirtschaft“² geschlossen werden, die unterhalb der Schwelle eines Gesetzes das Ziel formuliert, „durch aktive betriebliche Fördermaßnahmen sowohl die Ausbildungsperspektiven und beruflichen Chancen der Frauen als auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Mütter und Väter nachhaltig zu verbessern.“

Unternehmen, die sich für Chancengleichheit einsetzen, berufen sich auf Human-Ressource-Konzepte, deren Ziel die Sicherung und Ausschöpfung der Potenziale der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, die einen der wesentlichen Erfolgsfaktoren in Zeiten der Wissensgesellschaft darstellen. Frauen mit ihrer Leistungsfähigkeit und hohem Qualifikationsniveau dürfen als “Human-Ressource” nicht länger außen vor bleiben, sollen dem Unternehmen nicht wirtschaftliche Nachteile entstehen. Total –E-Quality³ als ein Human-Ressourcen-Management setzt vor allem bei der Personalentwicklung an. Ziel ist, dass Frauen und Männer auf allen betrieblichen Ebenen gleichberechtigt partizipieren und die Qualifikationen und Fähigkeiten von Frauen selbstverständlich einbezogen werden. Chancengleichheit wird zu einem Erfolgsfaktor mit Wirkung nach innen (Motivation, Leistungsbereitschaft, Identifikation, Innovations- und Flexibilitätsbereitschaft) wie nach außen, z.B. in der Selbstdarstellung, als attraktiver Arbeitgeber, in der Kundinnenansprache, in dem Firmenimage etc..

Paradigmenwechsel in der Frauenpolitik

Und dennoch bestehen Parallelitäten zwischen Chancengleichheit und Gender Mainstreaming: Beide Ansätze integrieren Gleichstellung in die Ziele und Aufgaben der Gesamtorganisation und stärken die präventive, strukturelle Seite der Gleichstellungspolitik. Sie lösen das frühere Verständnis von Gleichstellungspolitik ab, das einzelne Frauenfördermaßnahmen in den Mittelpunkt stellte und eher kompensatorisch wirkte (d. h. bestehende Ungleichheiten wurden im Nachhinein über spezifische Maßnahmen für Frauen ausgeglichen).

Gender Mainstreaming analysiert Politiken und ihre Auswirkungen sowie die Strukturen und Einstellungen in Organisationen im Hinblick auf ihre Auswirkungen für *beide* Geschlechter, d.h. für die Situation von *Frauen* und *Männern*. Es konstruiert Frauen-

² Juli 2001

³ Total–E–Quality ist vor allem als eine Auszeichnung (Prädikat) für Unternehmen bekannt, die durch den Verein Total-E-Quality Deutschland e.V. vergeben wird. Bis 2001 wurden circa 50 Organisationen mit mehr als einer Million Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Prädikatsträger.

politik im Unterschied zu dem Paradigma der Frauenförderung *nicht* als eine Partialpolitik für eine (diskriminierte und benachteiligte) Zielgruppe und delegiert sie auch *nicht* an dafür zuständige Expertinnen. Gender Mainstreaming setzt präventiv an, Maßnahmen und Politiken sind *vor* Realisierung hinsichtlich ihrer Effekte auf Gleichstellung zu beurteilen und gegebenenfalls zu modifizieren.

Mit Gender Mainstreaming wird Geschlechterpolitik ausdrücklich auch „Männersache“, sowohl von der inhaltlichen Ausrichtung, von den beteiligten Akteurinnen und Akteuren wie von der Zuständigkeit der Führungs- und Leitungsebene her. Nur wenn dies auch tatsächlich gelingt und „Gender-politics“ letztendlich nicht doch Frauenpolitik meint, werden auch Männer das Konzept aufgreifen und umsetzen.

Das Konzept des Gender Mainstreaming fasst viele ‚alte‘ frauenpolitische Grundsätze zusammen:

- Frauenförderung ist Querschnittspolitik,
- geschlechtsspezifische Analysen (Statistiken; Berichte; Konzepte) sind notwendig, ebenso ein Geschlechter- bzw. Gender-Controlling,
- Frauen sind gleichberechtigt (quantitativ wie qualitativ) in Entscheidungsprozesse einzubeziehen,
- es gibt keine geschlechtsneutrale Politik, die unterschiedlichen Lebenssituationen (soziale Differenz) zwischen Frauen und Männern müssen wahrgenommen und einbezogen werden; es geht daher nicht um die Anpassung an (bisher) männliche Standards und Normen.

Gender Mainstreaming als Doppelstrategie

Gender Mainstreaming ergänzt eine zielgruppenorientierte Frauenförderpolitik, sie stellt keinen Ersatz dafür dar. Auch die Bundesregierung erkennt ausdrücklich die Gleichzeitigkeit der Ansätze Gender Mainstreaming und Frauenförderung an.

Gender Mainstreaming soll Handlungsbedarf aufdecken; in diesem Sinne kann Gender Mainstreaming gerade dazu führen, dass spezifische Maßnahmen für Frauen in einem Politikfeld oder einer Organisation notwendig werden, z.B. zur Erhöhung des Anteils von Frauen in Leitungspositionen oder spezifische Programme für Frauen in

der Gesundheitsvorsorge. Ebenso bleiben eigenständige Frauenstrukturen in Institutionen, Frauenressorts bzw. eigenständigen Frauengremien notwendige und berechtigte Strukturen, wie auch bewährte (und umkämpfte) Instrumente - z.B. die Quotierung - weiterhin ihre Gültigkeit haben.

Dennoch bleibt die Befürchtung, dass das bisher Erreichte und über Jahre hart Er kämpfte gefährdet ist. Diese Ängste bestehen nicht zu Unrecht, wurden doch mit Verweis auf Gender Mainstreaming Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte in Frage gestellt – wenn doch jetzt alle „Frauenpolitik“ machen. Die Bundesfrauenministerin Frau Bergmann spricht dagegen ganz eindeutig von einer Doppelstrategie: „spezifische Frauenförderpolitik und Gender Mainstreaming sind zwei unterschiedliche Strategien für die Erreichung derselben Zielsetzung, nämlich der Gleichstellung von Frauen und Männern. Beide Strategien sind zur Zielerreichung notwendig und ergänzen sich gegenseitig: sie können sich nicht ersetzen.“ Dass Gender Mainstreaming für politische Interessen instrumentalisiert wird, um tatsächlich frauenpolitisch erkämpfte Standards wieder abzuschaffen, davor ist das Konzept nicht gefeit. Es bleibt eine politische Auseinandersetzung um die Mächtigkeit und Durchsetzungsfähigkeit in gleichstellungspolitischen Fragen.

Ziele und Ebenen von Gender Mainstreaming

Die Ziele sind in den Artikeln 2 und 3 des Amsterdamer Vertrags knapp formuliert: Ungleichheit beseitigen und Gleichstellung fördern. Gender Mainstreaming ist ergebnisoffen, ein Konzept für dynamische Prozesse; es definiert darüber hinaus weder konkrete Ziele, Maßnahmen noch Programme und Methoden. Gender Mainstreaming ersetzt weder inhaltliche noch politische Auseinandersetzungen. Die Durchsetzungsfähigkeit und die Ergebnisse sind wie immer abhängig von der politischen (Ver-) Handlungsmacht der Beteiligten, die allerdings mit Gender Mainstreaming nachhaltig gestützt werden kann.

GM umfasst eine **quantitative wie qualitative Seite**:

Auf der qualitativen Ebene geht es um die **Qualität der Prozesse**, um die Integration der Dimension Gleichstellung in den Prozess; Entscheidungen und Maßnahmen führen zu einer neuen Qualität, die geschlechtsspezifische Unterschiede verringert bzw. aufhebt. Beispiel: Die augenfällige Unterrepräsentanz von Frauen in Leitungspositio-

nen führt zu einer kritischen Analyse der Zugangswege – die Auswahlkriterien bei Personaleinstellungen wie für den Führungskräftenachwuchs müssen qualitativ verändert werden. Die Erfolge dieser Veränderung werden nur mittelbar, über Indikatoren messbar, in diesem Fall über einen steigenden Anteil von Frauen bei Einstellungen wie Beförderungen.

Auf der quantitativen Ebene geht es um die **Qualität der Ergebnisse**; um die gleiche Repräsentanz beider Geschlechter und die gleiche Ressourcenverteilung für beide Geschlechter. Die Ergebnisse sind direkt und unmittelbar messbar und damit überprüfbar. Auch hier gilt obiges Beispiel: Als Ziel kann formuliert werden, dass der Anteil von Frauen bei den Einstellungen in einem festgelegten Zeitraum 50% betragen soll, dass der Anteil an den Führungspositionen um x % erhöht werden soll etc..

Gender Mainstreaming als Strukturprinzip für Organisationen

◀ Mit Wirkung nach innen - auf die Institution selbst:

Handlungsfelder der Personal- und Organisationsentwicklung

Gender-Mainstreaming: Innerorganisatorische Handlungsfelder

- 1. Personalbeschaffung, Einstellung, Ausbildung, Nachwuchsförderung**
- 2. Personalentwicklung, Weiterbildung**
- 3. Vereinbarkeit von Beruf und Familie**
- 4. Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz, sexuelle Belästigung**
- 5. Entgeltgerechtigkeit**
- 6. Soziale Sicherheit – Sozialabbau, Geringfügigkeit**
- 7. Institutionalisierung von Chancengleichheit**
- 8. Chancengleichheit als Unternehmensphilosophie**
- 9. Bestandsaufnahme zur Beschäftigungssituation**

Abb. 3

- ◀ Mit Wirkung nach außen – Gestaltung der Arbeits- bzw. Politikfelder:
- Was? - Zielsetzungen, Interventionsschwerpunkte, Produkte und Dienstleistungen
- Für wen? - Adressatenbezug: Wer sind unsere KundInnen, KlientInnen etc.?
- Wie viel? - Ressourcenverteilung und Re-Finanzierungsbedingungen: In welcher Höhe fließen welche Mittel zu welcher Zielgruppe?
- In welchem Rahmen? – Rechtliche Vorgaben, politischer Auftrag, Organisationsleitbilder, übergeordnete Organisations- bzw. Politikziele wie z.B. Qualitätsmanagement

Prozessgestaltung

Zu den Bedingungen eines erfolgreichen Gender Mainstreaming gehören ein ganzes Bündel an strukturellen und persönlichen Voraussetzungen: Politisches Wollen und Engagement, die fachliche Kompetenz in den Geschlechter-Analysen, die spezifische Fachkompetenz betrieblicher Personal- und Organisationsentwicklung bzw. der Fachpolitiken und Ressorts und Macht. Macht in dem Sinne, dass Personen mit Macht- und Entscheidungskompetenzen wie –befugnissen in Vorhaben oder Projekte des Gender Mainstreaming integriert sein müssen, dass die Führungsebenen (der Verwaltung / des Unternehmens) eingebunden sind und diesen Prozess mittragen (Top-Down). Barbara Stiegler (1998) hat für diese Voraussetzungen das Bild des Dreiecks von „Gender-Kompetenz, Fachkompetenz und Macht“ geprägt, wobei nicht jede Person über dieses Kompetenzprofil verfügen muss, sondern die Organisation diese Qualität über die entsprechende Prozessgestaltung sichert und zur Verfügung stellt.

Voraussetzungen für Gender-Mainstreaming

- **Eindeutige Willensbekundung durch die Organisation – Top-down-Prinzip**
- **Verbindliche Festlegung von qualitativen wie quantitativen Zielen**
- **Entwicklung von Strukturen und Verfahren**
- **Kontroll- und Steuerungsinstrumente festlegen**
- **Status-Quo-Analysen und Gender-Expertisen**

Abb. 4

Wichtige Fragen bei der Einführung von Gender Mainstreaming

Generelle Fragen für jeden Prozess, mit Bezug auf die Zielsetzung formuliert:

- Was ist die zu beseitigende Ungleichheit?
- Welche Instrumente sind dazu entwickelt?
- Wie gestaltet sich dieser Prozess?

Wer ist an dem Prozess beteiligt?

- Führungsebene und Personalverantwortliche Macht bzw. Entscheidungscompetenz
- Beschäftigte und Fachreferenten Fachkompetenz
- Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte, Gender-Kompetenz
Betriebsrat bzw. Personalrat

Welche Interessen verbinden die Beteiligten mit dem Ziel Chancengleichheit bzw. Gleichstellung mit den Zielen in den einzelnen Handlungsfeldern?

Welche Informationen stehen den Beteiligten zur Verfügung?

Welche Ressourcen stehen zur Verfügung – Zeit, Mittel, beteiligte Personen?

Welche müssen oder sollten von außen integriert werden (externe Beratung)?

Prozessablauf

1. Status-Quo-Analyse und Bewertung

- Daten erheben,
- Bedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Organisation ermitteln,
- rechtliche Vorgaben und Rahmen berücksichtigen,
- bisherige Regelungen und Instrumente sichten.

Die Analyse und Bewertung der Ausgangssituation ist mehr als eine reine Bestandsaufnahme, sie ist Planungsgrundlage und Sensibilisierungsprozess gleichzeitig. Der tatsächliche Stand und bestehende Schwachstellen, die Bedarfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie der Organisation stehen auf der Tagesordnung. Die zur Verfügung stehenden Daten sind allerdings häufig nicht geschlechterrelevant aufbereitet, so dass die Ermittlung neuer Daten notwendig wird, um geschlechtsspezifische Strukturen über Zahlen und Fakten sichtbar und nachvollziehbar werden zu lassen.

2. Entwicklungsziele und Schwerpunkte festlegen

- In Verbindung mit strategischen Organisationszielen
- auf Basis einer fundierten Analyse und Problembeschreibung durch alle Akteurinnen und Akteure
- realisierbare und konkrete Ziele gemeinsam bestimmen.

Gelingt es, Gleichstellungsprojekte in ihrer Zielsetzung mit anstehenden betrieblichen Veränderungsprojekten oder strategischen Organisationszielen zu verbinden (z.B. mit der Ausweitung von Servicezeiten, der Umgestaltung von Prozessabläufen), können sie nachhaltiger und wirksamer auf der Organisationsebene verankert und umgesetzt werden. Mit der gemeinsamen Verständigung über die übergeordneten Zielsetzungen schaffen die Beteiligten die gemeinsame Basis für die nachfolgenden Maßnahmen. Dialog und Kommunikation sind die wichtigsten Instrumente, um in der Breite der Organisation alle Beteiligten, auch in ihren unterschiedlichen Interessen, einzubeziehen.

3. Verfahren festlegen

- Beteiligte und Prozessverantwortlichkeit bestimmen (z.B. Projektgruppe),
- auf Fach- und Entscheidungskompetenzen der Beteiligten achten (inkl. Genderkompetenz),
- Ressourcen festlegen und sichern (Zeitraumen, finanzielle Mittel, personelle Mittel).

Bei der Umsetzung von bereichsübergreifenden Projekten sind Steuerungsgruppen bewährte Instrumente. Die Steuerungsgruppe hat grundlegende Planungs- und Koordinierungsfunktionen. Diese Gruppe entlastet vor allem Einzelpersonen (Frauenbeauftragte) und schafft vor allem dann eine hohe Verbindlichkeit, wenn die Leitungsebenen repräsentiert sind. Sie verbindet verschiedene Kompetenzbereiche und sichert damit eine der Voraussetzungen für erfolgreiche Projektumsetzung.

Selbstverständlich werden für Entwicklungsprojekte personelle, fachliche, zeitliche und finanzielle Ressourcen benötigt. Dabei sind die finanziellen Aufwendungen –

entgegen der Vermutung und Befürchtung – für die meisten Maßnahmen eher gering.

4. Maßnahmen entwickeln und umsetzen

- Konkrete Maßnahmen mit definierten Zielen umsetzen,
- Sensibilisierung: Gender-Trainings.

Die Bestandsaufnahme wird sowohl die Stärken als auch den Handlungsbedarf identifizieren, auf dieser Basis können zentrale Handlungsfelder und prioritäre Ziele festgelegt werden. ‚Pilotbereiche‘ ermöglichen ein exemplarisches Vorgehen und reduzieren den Veränderungsdruck: die Zahl der Involvierten bleibt überschaubar und die Folgen im Falle des Scheiterns auch. Als ‚Pilotbereiche‘ sind besonders die geeignet, die

- eine positive Grundeinstellung dem Projekt gegenüber einnehmen,
- durch die Leitungsebene unterstützt werden,
- sichtbare Effekte innerhalb kürzerer Zeit erzielen.

Feste Zielgrößen erhöhen die Verbindlichkeit und definieren eindeutige Parameter zur Zielerreichung. Es kommt darauf an, machbare und erreichbare Lösungen zu finden – unrealistische Ziele wecken zu hohe Erwartungen, Misserfolge demotivieren. Die Verständigung über die ‚richtigen‘ Ziele ist ein wesentlicher Teil des innerbetrieblichen Kommunikations- und Aushandlungsprozesses und damit bereits Organisationsentwicklung.

5. Evaluation und Transfer

- Zwischenauswertungen,
- Controlling,
- Transfer auf andere Bereiche der Organisation, Ausweitung von Pilotprojekten, Übernahme in Betriebsvereinbarungen etc..

Bereits bei der Planung sind Fragen der Aus- und Bewertung zu klären. Falls vorhanden, wird die Projekt- oder Steuerungsgruppe das Controlling koordinieren. Feste Zeitabstände während des Prozesses (z.B. halbjährig) erhöhen die Steuerungsfähigkeit und ermöglichen zeitnahe Korrekturen. Eine kritische Auswertung schafft neue

Ausgangsbedingungen, die Ergebnisse können in ein neues Projekt einfließen. Bei erfolgreichen Pilotprojekten kann das Modell in andere Bereiche der Organisation übertragen werden.

Fragen und Anregungen aus der anschließenden Diskussion

In der Diskussion wurde schnell deutlich, dass es weniger um das generelle Konzept des Gender Mainstreaming geht, als vielmehr darum, wie und mit welchem Erfolg es umgesetzt wird bzw. umgesetzt werden kann. Dazu ergänzend:

Gender Mainstreaming in der Praxis der Gesundheitsarbeit – auch hier werden beide Ebenen berührt: Die Ebene der Organisation selbst (Krankenhaus, Verwaltung etc.) und die Ebene der Politik- und Arbeitsfelder. Wie ausgeführt, gilt für den öffentlichen Sektor, dass Gender Mainstreaming ein verpflichtendes Prinzip darstellt. Eine verbindliche Vorgabe stärkt zwar nachhaltig die (Ver-) Handlungsmacht derjenigen, die Gender Mainstreaming realisieren wollen, sichert aber nicht unbedingt Akzeptanz und wirkliche Bereitschaft in einen grundlegenden Veränderungsprozess einzusteigen. Wie lassen sich daher auch die Skeptiker und Kritiker für dieses Konzept gewinnen?

Initiativen und Vorhaben lassen sich leichter in eine Organisation und ihre Arbeitsfelder integrieren, wenn sich ihre Zielsetzung mit anstehenden Veränderungsprojekten oder strategischen Organisationszielen verbinden lassen, z.B. mit Qualitätsmanagement oder mit politischen Initiativen und Strategien, z.B. für eine frauenfreundlichere Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Auch Total-E-Quality argumentiert mit dem wirtschaftlichen Nutzen und der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, in einem gemeinsamen Verständigungsprozess die Vorteile und Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die Gender Mainstreaming für *die Gesamtorganisation* eröffnet.

So liefert der erste Frauengesundheitsbericht für das Land Bremen zahlreiche Material und Ansatzpunkte, die sich sowohl auf die Arbeitsbedingungen der in den Gesundheitsberufen tätigen Frauen beziehen wie auf die generellen Anforderungen an die Pflege und Medizin, die sich aus Qualitätsaspekten ergeben (Stichwort: Über-,

Unter- und Fehlversorgung). Sowohl was die Qualität der Dienstleistungen und Produkte als auch was die betrieblichen Handlungsfelder der Personal- und Organisationsentwicklung angeht, kann eine klare Verbindung z.B. zwischen dem Anspruch nach bedarfsgerechten Angeboten und identifizierten Mängeln gezogen werden, denen mit Konzepten des Gender Mainstreaming begegnet werden kann.

Und dennoch: auch mit Gender Mainstreaming bleibt Gleichstellungspolitik eine Herausforderung, die vielfältige Kompetenz, Know-how, Engagement und langen Atem braucht.

Literatur:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Regierungsprogramm "Frau und Beruf", Bonn

Busch, Carola; Engelmann, Gerhard (2000): „Wir brauchen die Besten!“ Warum und mit welchem Erfolg fördern Unternehmen Chancengleichheit? Endbericht zum Projekt „Evaluation TOTAL E-QUALITY – Entwicklung einer Kosten-Nutzen-Analyse“. Bad Bocklet

Europarat (1998): Gender Mainstreaming. Konzeptioneller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken, Straßburg

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) (2000): Gleichstellung von Frauen und Männern. Sozialpolitische Umschau Nr. 282, August 2000, 12

Stiegler, Barbara (1998): Frauen im Mainstreaming – Politische Strategien und Theorien zur Geschlechterfrage. Hg: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik, Bonn

Weiterführende Literatur:

Dunst, Claudia (2001): Gender Mainstreaming. Ein besseres Konzept für Chancengleichheit in der Arbeitswelt? In: Abschlussbericht zum EU-Projekt: Arbeitsbeziehungen und Gender Mainstreaming. Vorgelegt vom Berufsbildungswerk GmbH (bfw) ZN Berlin-Brandenburg

Meseke, Henriette; Armstroff, Thorsten (2001): Machbarkeitsstudie Gender Mainstreaming in der Strukturfondsförderung des Landes Brandenburg. Hg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Potsdam

Tondorff, Karin (2001): Gender Mainstreaming in der Tarifpolitik. In: WSI-Mitteilungen 7, S. 434-441

Tondorff, Karin (2001): Gender Mainstreaming – verbindliches Leitprinzip für Politik und Verwaltung. In: WSI-Mitteilung 4, S. 271-277

Gender Mainstreaming in der gynäkologischen Rehabilitation

Dr. Barbara Ehret-Wagener, Kliniken am Burggraben, Bad Salzuflen

Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern ist allseits bekannt unter der Bezeichnung Geschlechterparadoxon, welches besagt, dass Frauen zwar sieben Jahre länger leben als Männer, aber deutlich häufiger krank sind. Da Frauen nur im Durchschnitt sieben Jahre älter werden als Männer, ist diese Aussage interpretationsbedürftig: Im jugendlichen Alter sterben deutlich mehr Männer als Frauen. Nach Erreichen des 70. Lebensjahres haben Männer fast die gleiche Lebenserwartung wie Frauen. Auch die zweite Aussage des so genannten Geschlechterparadoxons, der zufolge Frauen häufiger krank sind als Männer, ist kritisch zu diskutieren, weil Frauen an fast allen Infektionskrankheiten seltener erkranken als Männer. Ebenso erkranken Frauen in jüngeren Jahren seltener an psychiatrischen Erkrankungen als Männer.

Ebenso zwiespältig ist der höhere Medikamentenkonsum von Frauen zu beurteilen: Es ist nicht bekannt, ob Frauen die Medikamente wirklich einnehmen oder ob sie diese nur verschrieben bekommen. Eine bessere Medikamentenversorgung haben Frauen auf keinen Fall: die teureren Medikamente und die moderneren Medikamente bekommen die Männer, z.B. zur Behandlung einer Hochdruckerkrankung, einer Zuckererkrankung, eines Herzinfarktes usw..

Unklarheiten gibt es auch in der medizinischen Rehabilitation: Frauen sind summarisch in der medizinischen Rehabilitation stärker vertreten als Männer. Der zahlenmäßige Zugang zur medizinischen Rehabilitation ist jedoch sehr stark abhängig von verschiedenen Variablen wie z.B. von der Art der Erkrankung, von der Schichtzugehörigkeit und vom biografischen oder sozialen Status der Frau (Alter, Berufsbiografie, Familiensituation, Heimatstatus).

Gender Mainstreaming kann als Strategie verstanden werden, Ungleichbehandlungen und Ungerechtigkeiten im Geschlechterverhältnis und Diskriminierungen von Frauen aufzuzeigen und zu beseitigen. Die kritische Diskussion um die Gefahren des Gender Mainstreaming aus frauenpolitischer Sicht erscheint dabei völlig gerechtfertigt. Der Versuch einer empirischen Analyse und einer Problemdefinition

der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich Gender Mainstreaming-Strategien kann diese Diskussion jedoch nicht berücksichtigen, sondern nur Erfahrungen aus der täglichen Praxis darlegen.

Zielsetzung dieses Beitrages ist eine Verortung des Gender Mainstreaming-Gedankens in der medizinischen Rehabilitation, ohne zu übersehen, dass die medizinische Rehabilitation nur eine Säule des Gesundheitswesens ist und prinzipiell nicht isoliert beurteilt werden darf. Folgende Punkte sind zu klären und hinsichtlich der Geschlechtersensibilität auf den Prüfstein zu stellen:

1. Was ist medizinische Rehabilitation?
2. Welche Zielsetzung hat sie?
3. Wie wird eine Frau rehabilitationsbedürftig?
4. Wie ist der Zugang der Frauen zur Rehabilitation?
5. Wie kann eine geschlechtsspezifische Rehabilitation aussehen?
6. Wie ist die Spezifität der medizinischen Rehabilitation unter dem Genderaspekt zu erreichen?

Zu 1.) Was ist medizinische Rehabilitation?

Die medizinische Rehabilitation entwickelte sich nach 1945 als Aufgabe vor allem der Rentenversicherungsträger, denn diese mussten bei krankheitsbedingter drohender Erwerbsunfähigkeit für die vorzeitige Berentung aufkommen.

Es gibt zwei Formen der medizinischen Rehabilitation. Bei der Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt es sich um hochspezialisierte medizinische Leistungen, die unmittelbar nach dem Aufenthalt in einer Akutklinik wegen einer schweren Erkrankung in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt wird. Die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist eine medizinische Leistung für chronisch Kranke, die nach einem speziellen Antragsverfahren alle 4 Jahre beantragt werden kann.

Die Formel für einen Antrag auf medizinische Rehabilitation lautet: „Wiederherstellung der Gesundheit“ und „Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit“. Die rund tausend Rehabilitationskliniken in Deutschland haben also den Auftrag, Menschen mit akuten oder chronischen Krankheiten dem Erwerbsleben zu erhalten oder sie

so rasch wie möglich wieder ins Erwerbsleben einzugliedern bzw. die Berentung zu verhindern. Die Erfolgsbilanz der Rehabilitation ist demnach orientiert an der Leistungserbringung für die Gesellschaft.

Frauen ohne eigenes Einkommen sind familienversichert, 1997 waren es 61% (VDR, 1997). Sie haben ebenfalls Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Zur beruflichen Rehabilitation haben familienversicherte Frauen nur dann Zugang, wenn sie selbst Beiträge zur Rentenversicherung geleistet haben.

Problemdefinition:

Da die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation auf das Erwerbsleben ausgerichtet ist, werden familienversicherte Frauen, die nicht berufstätig sind, gewissermaßen ausgegrenzt. Auch ihre Rehabilitationsmaßnahme hat die Zielsetzung der Wiederherstellung der Gesundheit und die Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit. Damit wird die nicht bezahlte Hausfrauenarbeit nicht gesondert ausgewiesen, sondern formal einer unbezahlten Berufstätigkeit gleichgesetzt. Auch die Nicht-Teilhabe lebenslang familienversicherter Frauen an beruflicher Rehabilitation ist zu problematisieren.

Zu 2.) Welche Zielsetzung hat die medizinische Rehabilitation?

Der weibliche Lebensentwurf ist bestimmt durch vorprogrammierte biografische Konzepte, die häufige Rollen- und Status-Veränderungen mit sich bringen: Stationen sind Berufsausbildung, Beruf, Mutter, Pflegerin, Wiedereinstieg in den Beruf, Teilzeitbeschäftigung usw.. Ebenso ist das Frauenleben geprägt durch biologische Diskontinuitäten, die sich aus den hormonellen Zyklen von Schwangerschaft, Stillzeit, und Wechseljahren ableiten.

Wenn diese biografisch-biologischen Lebensereignisse ohne große Reibungsverluste im sozialen Umfeld ablaufen, wird eine Frau seltener gesundheitliche Probleme haben, die zu einer Rehabilitationsbedürftigkeit führen. In diesem Fall kann die Doppelbelastung eine gesundheitliche Ressource sein.

An einem einfachen Beispiel ist jedoch leicht verständlich zu machen, auf welche Weise bei einer Frau der Kraftquell Doppelbelastung sehr schnell versiegen und

sich ins Gegenteil kehren kann. Eine 40-jährige Fleischereifachverkäuferin hat 2 Kinder und einen 30-Stunden-Job. Sie ist sehr stark belastet durch die Pflege der alten Eltern, der Ehemann trinkt gelegentlich, ist immer wieder arbeitslos und schlägt manchmal zu. Die Arbeit macht ihr Spaß. Mit 40 Jahren bekommt die Patientin unregelmäßige, z.T. starke Blutungen. Der Gynäkologe stellt ein kleines Myom fest und rät ihr zur Gebärmutterentfernung. Sie willigt sofort ein - schon weil sie endlich einmal Ruhe haben will und weil sie keine Lust mehr hatte, die Pille zu nehmen. Im Übrigen ist sie der Meinung, dass die Operationsfolgen nach 14 Tagen überstanden seien und dass sie dann wieder fit sei, vielleicht fitter als zuvor.

Die Geschichte geht folgendermaßen weiter: Die Operation verlief völlig unkompliziert und sie ging nach 1 1/2 Wochen guter Dinge wieder nach Hause. Zu Hause merkte sie jedoch, dass sie noch sehr schwach war, dass sie nicht schlafen konnte, dass sie noch keine Lust hatte, mit ihrem Mann zu schlafen und dass sie Rückenschmerzen hatte. Der Ehemann trank mehr und offensichtlicher und lies die Frau links liegen.

Der Gynäkologe wusste auch keinen Rat, veranlasste einen sog. Hormonspiegel und schickte die Patientin wegen der Rückenschmerzen zum Orthopäden. Der Orthopäde fertigte eine Röntgenaufnahme an, machte ein Computertomogramm, verordnete ein paar Massagen und empfahl ihr, dann doch einmal einen Nervenarzt aufzusuchen, der ihr Beruhigungsmittel verschrieb. Inzwischen waren mehrere Monate vergangen und ihr wurde gekündigt. Daraufhin beantragte der erneut konsultierte Frauenarzt eine Rehamaßnahme und die Patientin kam zur medizinischen Rehabilitation zu uns.

Eine Frau wird also in folgender biografisch-biologischer Verkettung zur Patientin in der Rehabilitation:

- Doppelbelastung,
- psychosoziale Belastung,
- Eintritt in die mittlere Lebensphase,
- Krankheitsereignis,
- unspezifische, chronifizierende Krankheitssymptome,
- Leistungsknick,

- sozialer Prestigeverlust,
- Partnerprobleme, Familienprobleme.

Problemdefinition:

Rehabedürftigkeit entwickelt sich häufig nach einer medizinischen Routinemaßnahme, wie z.B. einer gynäkologischen Operation an einer psychosozial stark belasteten Frau. Die Indikationsstellung zur Rehabilitation erfolgt dann nicht nach frauentypischen bio-psychosozialen Krankheitsbedingungen, sondern ist weitgehend symptombezogen.

Zu 3.) Wie wird eine Frau rehabilitationsbedürftig?

Der Überblick über geschlechtsdifferente Zahlen der Inanspruchnahme der Rehabilitation zeigt folgendes Ergebnis: Unter Einbeziehung der beruflichen Rehabilitation erhalten Männer weitaus mehr Reha-Leistungen als Frauen. (1,8 Millionen versus 845 Tausend). In der beruflichen Reha finden sich Männer fast doppelt so häufig wie Frauen (Röcklein, 1998).

Problemdefinition:

Angebote der beruflichen Rehabilitation werden an männlichen Bedürfnissen orientiert, d.h. berufliche Rehabilitation findet zumeist wohnortfern, langfristig und ganztags statt. Aus diesem Grunde sind z.B. allein erziehende Mütter zumeist nicht in der Lage, eine berufliche Rehabilitation wahrzunehmen. Auch teilzeitbeschäftigte Frauen mit Familie können seltener eine berufliche Rehabilitation organisieren.

Dagegen nehmen Frauen mehr Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch als Männer. Diese Tatsache entspricht der höheren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen überhaupt. Dabei unterscheiden sich die Reha-Indikationen deutlich und geben ein Spiegelbild des geschlechtsspezifischen Krankheitsspektrums:

Eine Statistik des VDR, in die alle Rentenversicherungsträger einfließen (VDR, 1997):

Krebserkrankungen	F. 63%	M. 37%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	F. 25%	M. 75%

Krht. d. Bewegungsorgane	F. 45%	M. 55%
Psychische Krankheiten	F. 67%	M. 33%

Problemdefinition:

Die zur Verfügung stehenden Daten sind nach Geschlechtern getrennte medizinische Routinedaten, die keinerlei Auskunft darüber geben, ob die Inanspruchnahme von medizinischen Rehaleistungen und die dazugehörigen medizinischen Indikationen der tatsächlichen Bedarfslage entsprechen. Zusätzlich gibt es bei den verschiedenen Rentenversicherersträgern erhebliche Differenzen in der indikationsbezogenen Inanspruchnahme medizinischer Rehaleistungen. Zum Beispiel wurden 1999 wegen bösartiger Erkrankungen von Frauen durch die Arbeiterrentenversicherung 18,6%, durch die Angestelltenversicherung 21,3% und durch die knappschaftliche Rentenversicherung 43,1% Rehabilitationsleistungen erbracht.

Zu 4.) Wie ist der Zugang der Frauen zur Rehabilitation?

Zur Demonstration der aus Frauensicht geringen Spezifität von Rehaleistungen folgt ein Beispiel aus dem gynäkologischen Fachbereich: Von den insgesamt 366.000 Rehaleistungen bei Frauen pro Jahr finden nur etwa 2% aufgrund gynäkologischer Erkrankungen statt. Dieser niedrige Prozentsatz weist auf eine Unterrepräsentation gynäkologischer Krankheiten in der medizinischen Rehabilitation hin, insofern, als dass sich die Häufigkeit und sozialmedizinische Bedeutung des gynäkologischen Erkrankungsspektrums nicht widerspiegelt. So befinden sich in den etwa 1.000 Rehakliniken in Deutschland mit insgesamt etwa 200.000 Betten insgesamt etwa 600 Betten für gynäkologische Patientinnen, die zu einem großen Teil von gynäkologisch-onkologischen Patientinnen belegt sind.

Die oben beschriebene Fleischereifachverkäuferin, die mit ihren multiplen Beschwerden eine Odyssee vom Gynäkologen zum Hausarzt, zum Orthopäden und zum Psychiater hinter sich brachte, landete nach 6-monatiger Krankheitskarriere eher zufällig in der gynäkologischen Rehabilitation. Sie hätte ebenso gut in einer orthopädischen, einer internistischen oder einer psychosomatischen Klinik aufgenommen werden können, je nachdem, welcher der Fachärzte die Rehamaßnahme beantragt hätte.

Problemdefinition:

Das Fehlen einer geschlechtersensiblen Wahrnehmung im Medizinsystem sorgt auch in der medizinischen Rehabilitation dafür, dass tatsächliche Krankheitszusammenhänge bei Frauen nicht beachtet werden. Folgerichtig fehlt dann auch das Interesse an breit gefächerten geschlechtsspezifischen Rehabilitationsmodellen. Die wenigen Ansätze geschlechtsspezifischer medizinischer Rehabilitation sind rein zufällig und dem Engagement eines Leitungsteams überlassen. Sie haben keinerlei verbindlichen Charakter.

Zu 5.) Wie kann eine geschlechtsspezifische Rehabilitation aussehen?

Eine frauenspezifische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation kann folgendermaßen skizziert werden: In der therapeutischen Haltung ist die parteiliche Stellungnahme für Frauen und das Verständnis für ihr subjektives Krankheitserleben von Bedeutung. Die Einbeziehung der weiblichen Lebenswelten ist ebenso wie das Wissen um die Folgen von Gewalterleben in die diagnostischen, therapeutischen und auch in die prognostischen Überlegungen einzubeziehen.

Ein ganzheitlicher Ansatz ist unabdingbar. Die Einschätzung und Bewertung des objektiven Krankheitsbildes treten demgegenüber zunächst zurück.

Die Erkenntnis, dass Frauengesundheit mehr ist als Medizin, ist Voraussetzung für die rehabilitative Arbeit mit Frauen. Auch die Bereitschaft Grenzverletzungen, Fehler oder Missverständnisse vorheriger Behandlungen zu identifizieren und gegebenenfalls zu klären, machen frauenspezifische Strategien in der Medizin aus. Es muss streng darauf geachtet werden, dass Schamgrenzen gewahrt werden.

Schamverletzungen in der vorausgehenden ärztlichen Behandlung sind anzusprechen, wenn die Patientin das möchte. In diesem Zusammenhang müssen jedoch größere Verunsicherungen, z.B. über nicht mehr rückgängig zu machende Therapien (z.B. überflüssige Operationen) vermieden werden.

Die Bedürfnisse der Frauen sind definiert durch den Wunsch nach emotionaler Nähe und nach Hilfestellung für ihre gesundheitlichen, häuslichen und beruflichen Probleme. Außer in Einzelkontakten kann emotionale Nähe, Parteilichkeit und Informationen auch sehr gut in Gruppengesprächen vermittelt werden. Die medizinische Information erfolgt dabei in allgemein verständlicher Sprache und einer Ver-

deutlichung biologischer Zusammenhänge, immer auch die emotionale Ebene des Krankheitsgeschehens miteinbeziehend.

In der zeitlich begrenzten psychotherapeutischen Arbeit mit Frauen in der Rehabilitation geht es weniger um tiefenpsychologisch fundierte Vorgehensweisen, sondern eher um ressourcenorientierte, zukunftsgerichtete Strategien. Dabei spielt der salutogenetische Ansatz eine Rolle. Gegebenenfalls ist die Widersprüchlichkeit von Schuldgefühlen anzusprechen. Dies kann eine „Selbstentschuldung“ zur Folge haben.

Die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten in der Rehabilitation und die Unterstützung im Erlernen gesunder Lebensweise trifft die Bedürfnislage der Frauen. Einen wesentlichen Anteil an der medizinischen Rehabilitation haben Körpertherapien. Passive Anwendungen wie Massagen und Bäder sind eine Möglichkeit für die Frauen, ihr Körpergefühl und auch ihre Sexualität neu zu entdecken. Aktive Anwendungen wie spezielle Krankengymnastik, Trainingstherapie oder Wassergymnastik stärken das Selbstbewusstsein, die Gruppenkohärenz und letztlich die Lebensfreude und Zuversicht.

Problemdefinition:

Die Voraussetzung für die Organisation einer frauenspezifischen Versorgung in der Rehabilitation ist ein weibliches Behandlungsteam, welches bereit sein muss, eigene patriarchale Verhaltensmuster in Frage zu stellen. Diese Voraussetzung ist nur schwer zu gewährleisten, da eine entsprechende Willensbildung seitens der Klinikträger und seitens des Rentenversicherungsträgers fehlt. Ebenso fehlen Bewertungsmaßstäbe für den Zugang und die Zieldefinition einer frauenspezifischen Rehabilitation.

Zu 6.) Wie ist die Spezifität der medizinischen Rehabilitation unter dem Genderaspekt zu erreichen?

Die genannten Problemdefinitionen der Geschlechterungleichheit in der Zielsetzung der Rehabilitation, der Rehabilitationsbedürftigkeit, dem Zugang zur Rehabilitation und der Spezifität von Rehabilitation macht deutlich, dass eine tatsächliche Gleichstellung noch längst nicht erreicht ist. Dabei ist die medizinische Rehabilita-

tion nur ein getreues Spiegelbild des Medizinsystems, dessen eine Säule sie darstellt und von dem sie organisatorisch, strukturell und inhaltlich nicht zu trennen ist.

Bei der Planung des Förderschwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“ wurde ab 1998 die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Fragestellungen bei der Planung und Durchführung der Projekte vorgegeben. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Geschlechtsspezifische Forschung in der Rehabilitation“, die dem Forschungsverbund Bayern angehört, liegen vor und werden bereits in einzelnen Modellprojekten durch die Rentenversicherungsträger umgesetzt.

Problembewusstsein ist also vorhanden und die Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Rehabilitation seitens der gesetzlichen Rentenversicherungsträger auch weiterhin geplant. Problematisch in der bisherigen Forschung ist, dass die Erhebungen fast ausschließlich auf der Basis von Daten stattfinden, die außer der Unterteilung in männlich und weiblich zumeist keine frauenspezifischen Fragestellungen zur Grundlage haben und somit zumeist auf Abfallprodukten geschlechtsneutraler Datenerhebung basieren. Da geschlechtsneutrale Datenerhebung androzentrische Datenerhebung ist, ist die Bewertung der Forschungsergebnisse entsprechend schwierig. Mit Androzentrismus ist gemeint, dass eine männliche Perspektive eingenommen wird. Dabei kann z.B. unzulässig generalisiert werden oder eine an Männern orientierte Norm aufgestellt werden, an der Frauen gemessen werden (Eichler et. al., 1999, deutsch 2002, S. 13).

Ebenso werden die Erhebungsinstrumente der Rehabilitationsforschung für Männer und Frauen gleichermaßen eingesetzt. Sie sind also selbst nicht geschlechtssensibel. Dies zieht die Gefahr nach sich, dass mit Hilfe solchermaßen erhaltener Forschungsergebnisse erneut Klischees bedient werden.

Im traditionellen Gesundheitswesen entsprechen Gender Mainstreaming-Strategien den Erfordernissen der Evidenz basierten Medizin, so dass bei konsequenter Durchführung eine erhebliche Qualitätsverbesserung zu erwarten ist. Da nun auch die Männergesundheit ins Blickfeld der Medizin rückt, werden ebenso die Besonderheiten der Frauengesundheit eine erhöhte Aufmerksamkeit erfahren mit dem Ziel, Über-, Unter- und Fehlversorgung auch in der Rehabilitation zu mindern.

Bis dahin geht es darum, weiterhin Bündnispartner und Bündnispartnerinnen zu suchen, um kämpferisch und nachhaltig Ungerechtigkeiten und Diskriminierungen in der medizinischen Versorgung abzubauen.

Wahrscheinlich kann es sich unsere Gesellschaft gar nicht leisten auf Gender Mainstreaming zu verzichten.

Literatur:

Eichler et. al.: Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines 1999 vom kanadischen Gesundheitsministeriums herausgegebenen Handbuchs von Judith Fuchs, Kris Maschewsky und Ulrike Maschewsky-Schneider, Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health, 2002-04, 2002.

Röcklein, E.: Rehabilitationsleistungen: Zugang und Inanspruchnahme durch Frauen am Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1998, 43 Seiten, S. 25-31

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1998), Statistik Rehabilitation 1997, Frankfurt, VDR

Wie Gender in die Beratung kommt: Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratung

Kerstin Walther, FH Nordostniedersachsen, Lüneburg, Forschungsschwerpunkt Frauenberufstätigkeit

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Ergebnisse des Forschungsschwerpunktes (FSP) „Frauenberufstätigkeit im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen“ aus der Region Stadt und Landkreis Lüneburg. Der FSP ist ein Verbund von fünf Projekten, die zu den Themenschwerpunkten Weiterbildung, Qualitätsentwicklung und Zeitorganisation in personenorientierten sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen, Migration und interkulturelle Arbeit sowie Arbeit in Gesundheitsberufen, Perspektiven für gesundheitsfördernde Arbeit seit nahezu fünf Jahren arbeiten.¹ Mit Methoden der qualitativen Sozialforschung (Friebertshäuser & Prengel, 1997; Flick, von Kardorff & Steinke, 2000) sollen die Bedingungen, unter denen Soziale und Gesundheitsarbeit geleistet werden, analysiert werden. Basierend auf der forschungsleitenden Strategie der entdeckenden Theoriebildung (Glaser & Strauss, 1967; 1998; Strauss & Corbin, 1996) wurden insgesamt 70 ExpertInneninterviews (Meuser & Nagel, 1996) mit AkteurInnen und Schlüsselpersonen aus unterschiedlichen Bereichen personenbezogener Dienstleistungsberufe durchgeführt, von weiteren 28 Personen wurden Arbeits(zeit)tagebücher ausgewertet. Neben der Analyse von Dokumenten, Berichten, Pressemitteilungen und Selbstdarstellungen der regionalen DienstleisterInnen wurden Beobachtungsprotokolle von regionalen Gremienbesuchen und Arbeitskreissitzungen erstellt und analysiert. Die gewonnenen Daten sind zusätzlich in einer computergestützten Datenbank systematisiert und für eine weitere Nutzung durch die Region Lüneburg aufbereitet. Das vordergründige Forschungsinteresse ist insgesamt auf die Strategien von berufstätigen Frauen gerichtet, sich den Anforderungen der modernen Wissens- und Informationsgesellschaft in ihren jeweiligen Arbeits- und Lebensbezügen zu stellen und diese zu bewältigen.

Aus dem Gesamtspektrum des Forschungsschwerpunktes wurden Ergebnisse für den Bereich ambulanter psychosozialer Beratungspraxis ausgewählt, die exempla-

risch die Bandbreite und vielschichtigen Ebenen für Gestaltungsräume in der Perspektive des Gender Mainstreaming (vgl. Frauen Nord Forum, 2001; Stiegler, 2000) aufzeigen. Auffällig ist in der gesamten Diskussion um Gender Mainstreaming, dass sich wesentlich mehr Fragen ergeben, als Antworten bereit stehen. Dementsprechend ist das Resümee: Es ist zentral, neu fragen zu lernen, um damit auf Wissenslücken aufmerksam zu machen und durch Analysen eben solche Lücken zu schließen. Von Bedeutung ist also die Sensibilisierung für Anknüpfungspunkte zur Realisierung des Gender Mainstreaming durch die erweiterten Frage- und Analysehorizonte.

Um der Frage nachzugehen, was Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratung bedeutet, werde ich zu Beginn charakteristische Aspekte der Arbeit in ambulanter psychosozialer Beratung vorstellen. Ausgehend davon sollen im Weiteren verschiedene Ebenen der ambulanten psychosozialen Beratungsarbeit differenziert werden, in denen Gender Mainstreaming wesentlich zur Verbesserung der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern beitragen könnte. Dies bezieht sich sowohl auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als auch auf die Bedürfnisse von AdressatInnen psychosozialer Beratung. Den Abschluss bildet schließlich ein Ausblick für Rahmenbedingungen nachhaltiger Gestaltung chancengleicher Arbeits- und Lebensbedingungen für Frauen und Männer, wobei wiederum beide Blickwinkel – auf die beratende sowie die Beratung suchende Seite – berücksichtigt werden sollen.

1. Die Arbeit in ambulanten psychosozialen Beratungsstellen

Mit der Hinwendung von Beratungsangeboten zum lebensweltlichen Problemverstehen ist ein Perspektivwechsel innerhalb von Beratungen hin zu Sichtweisen und Handlungsprofilen verbunden, die Menschen in ihrer Lebensumwelt, ihren kulturellen und sozialisationsbedingten Besonderheiten sowie ihren individuellen Bedürfnissen wahrnehmen. Zur Professionalität von BeraterInnen zählt ein „vertieftes Verständnis für unterschiedliche soziale Probleme und Symptome unterschiedlicher KlientInnengruppen und derer Lebensweisen, Lebensstile und Lebenswelten“ (C.W. Müller zitiert nach Belardi 1996, S. 10). Nach der Definition der Psychotherapiekommission be-

¹ Der Forschungsschwerpunkt besteht seit Juli 1997 an der Fachhochschule Nordostniedersachsen und hat eine Laufzeit von insgesamt fünf Jahren. Weitere Informationen sind im Internet unter www.angewandte-

zieht sich psychosoziale Arbeit traditionellerweise auf „einen Beruf mit klarem Blick dafür, welche Bedeutung die soziale Organisation und die menschlichen Umgangsformen für die psychische Entwicklung und das Wohlbefinden des Individuums haben“ (Psychotherapiekommission zit. nach Bernler & Johnsson, 1997, S. 33).

Werden die Veröffentlichungen über psychosoziale Beratungsarbeit nun genauer betrachtet (vgl. Belardi, Akgün, Gregor, Neef, Pütz & Sonnen, 1996; Bernler & Johnsson, 1997), ist die Kategorie Gender nicht explizit vorgesehen. Offen bleibt, ob sie implizit vorausgesetzt wird oder ob die Genderperspektive von den Professionellen selbst auf die Konzepte angewandt werden muss.

Die Ergebnisse des Lüneburger Forschungsschwerpunktes verdeutlichen, wie die gesellschaftlichen Wandlungs- und Modernisierungsprozesse die Arbeit im ambulanten psychosozialen Bereich beeinflussen. Nicht nur, dass die BeraterInnen mit sich wandelnden Lebenssituationen und entsprechenden Problemlagen der AdressatInnen konfrontiert werden, auch die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit und die Bedürfnisse der AkteurInnen verändern sich. Die ausgewerteten Interviews weisen auf eine immer weiter fortschreitende Ausdifferenzierung der psychosozialen Beratung hin. Die Bandbreite möglicher Arbeitsorte übersteigt den Rahmen, der ursprünglich in den Konzepten vorgesehen war. Das ist sowohl in den Organisationsformen der Arbeit als auch in den Inhalten sichtbar. Dieser Umstand wird von denjenigen, die die Modernisierungserfordernisse bewältigen müssen und in sich wandelnden Bedingungen professionell handeln, oftmals als Fluch und Belastung empfunden. Doch genau diese bewegten und beweglichen Strukturen bergen Gestaltungsräume zur Verbesserung der Chancengleichheit von Männern und Frauen in sich. Hier sind die Anknüpfungspunkte zum Quer- und Neudenken, ohne Bewährtes verwerfen zu müssen.

Gestalten im Sinne des Gender Mainstreaming setzt Wissen und Kenntnisse über das Feld voraus, in dem Reorganisationsprozesse aktiviert und gendersensible Arbeit geleistet werden sollen. Wo findet also derzeit ambulante psychosoziale Beratung statt und wer fühlt sich für diese Arbeit zuständig? Das Spektrum der möglichen Arbeitsplätze reicht von der Organisation in kleineren Vereinen bzw. „Ein-Frau-Betrieben“ bis hin zu Großorganisationen, die sich in öffentlicher oder wohlfahrtsver-

bandlicher Trägerschaft befinden. Die Themen reichen von der Drogenhilfe über Beratungen in sozialpsychiatrischen Diensten, der Ehe- und Lebensberatung sowie der Sexualberatung bis zur Arbeit mit gewalterfahrenen und misshandelten Menschen, um nur einige Bereiche zu nennen. Für den Selbsthilfebereich gehört psychosoziale Beratung traditionell zu den zentralen Aufgaben, wenn beispielsweise an die Frauengesundheitsbewegung gedacht wird, an Frauenhausprojekte oder an Migrations- und Flüchtlingsarbeit. Aktuell ist eine Zunahme von privatwirtschaftlichen Arbeitsformen in diesem Feld festzustellen. In Lüneburg beispielsweise nimmt der psychotherapeutische Bereich Themen psychosozialer Beratungspraxis auf. Dies geschieht neben den Niederlassungen von PsychotherapeutInnen in Netzwerken, wo Informations- und Beratungsangebote etwa für Mobbingopfer oder Menschen mit Essstörungen entwickelt werden. Außerdem ist zu beobachten, dass Anteile psychosozialer Beratung in allen Bereichen personenbezogener Arbeit Einzug halten, deren Ziel die Lebensgestaltung von Menschen ist. So berichteten z.B. interviewte ErzieherInnen aus Kindergärten, dass in Elterngesprächen Probleme thematisiert werden, die Anlass für psychosoziale Arbeit in ihrer Einrichtung bieten. Zusammenfassend ist festzustellen, es fehlen differenziertes Wissen und qualifizierte Daten über aktuelle Prozesse und Dynamiken in diesem Bereich. Dringender als je zuvor werden aber gerade solche Informationen benötigt, damit eine gendersensible Reorganisation von Strukturen und Inhalten möglich wird.

Trotz aller erkennbaren Dynamiken und unterschiedlichen Themen, AdressatInnengruppen und Träger- bzw. Organisationsformen in der ambulanten psychosozialen Beratung lassen sich Gemeinsamkeiten finden, die die Bedingungen dieser Arbeit charakterisieren und damit Anknüpfungspunkte und dringende Erfordernisse zur Verbesserung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen definieren.

Auch wenn im Folgenden das Hauptaugenmerk auf die personenorientierte Arbeit gerichtet wird, sollte gleichzeitig auch das gesamte Spektrum der Handlungs- und Entscheidungsorte im Blick behalten werden. Die Entscheidungen darüber, ob und wie ein Verein, ein Projekt oder eine Initiative Arbeit leistet, wird häufig auf höheren Hierarchiestufen getroffen. Grundlage für ein gelungenes Praktizieren des Gender Mainstreaming ist ein hohes Maß an Sensitivität und Wissen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede und bestehender Chancenungleichheiten auf

allen Ebenen der Arbeit und der Organisationen, die den Rahmen für die ambulante psychosoziale Arbeit bieten. Das kann sowohl die Gesamtstruktur eines Wohlfahrtsverbandes sein als auch Städte, Länder oder der Bund als öffentliche Träger sowie die Gesamtorganisation von Spitzenverbänden gesetzlicher Kranken- und Pflegekassen.

Psychosoziale Beratungsarbeit erfordert von den Professionellen die Gleichzeitigkeit von Denken, Fühlen und Tun (vgl. Rabe-Kleberg, 1997). Die Herausforderung besteht darin, in Situationen, die sowohl für die AdressatInnen als auch für die BeraterInnen von Ungewissheiten, emotionaler Belastung und Zeitdruck geprägt sind, professionell handlungsfähig zu sein. Ungewissheiten bestehen hinsichtlich des Ziels der Arbeit und der Mittel zur Zielerreichung. Was in dem einen Fall erfolgreich war, ist auf die nächste Situation möglicherweise kaum übertragbar. Gendersensibilität im Hinblick auf die AdressatInnen bedeutet hier die Analyse der konkreten Lebensumstände und der Chancenungleichheiten im Erfahrungshorizont der Adressatin oder des Adressaten. So ist etwa zu berücksichtigen, dass Eheberatung in ländlichen Regionen andere Methoden erfordern kann als in städtischen Kernzentren, beide Partner für eine gemeinsame Lösung zu motivieren. Dazu im Folgenden ausführlichere Ergebnisse.

2. Anknüpfungspunkte für Gender Mainstreaming im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und auf die Arbeit mit AdressatInnen

Gendersensibles Wissen über Strukturen und Rahmenbedingungen sowie bezüglich der Arbeit selbst kann nicht als gegeben vorausgesetzt werden. Es bedarf dabei nicht nur einer Reflexion der eigenen Wissensbestände und der eigenen Einschätzungen, hinzu kommen Schwierigkeiten, will man sich selbst kundig machen. Es existieren vielerorts keine geschlechtsdifferenzierenden Analysen und gendersensibel aufbereitete Daten. Und das Vorhandensein geschlechtsdifferenzierter Angaben allein ist nicht zwangsläufig aussagevoll. So ist zum Beispiel die Angabe, dass in der Altersgruppe der 30-39 jährigen 27% Frauen und 32% Männer mit Alkoholproblemen ambulante Hilfeinrichtungen aufsuchen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001, S. 536) nicht sehr aussagekräftig. Ohne weitere Interpretationen könnte die Statistik den Eindruck erwecken, Frauen benötigten weniger Angebote als Männer. Im Rahmen von Gendertraining ist es wichtig, bei allen Beteilig-

ten Kompetenzen zu schulen, statistische Daten und Berichte für den jeweiligen Handlungskontext gendersensibel zu interpretieren und als Grundlage der jeweiligen Arbeit heranzuziehen. Für das gewählte Beispiel wären mögliche Interpretationen: Frauen in dieser Altersgruppe definieren Alkohol nicht als vorrangiges Problem. Oder sie thematisieren das Problem in anderen professionellen Zusammenhängen, zum Beispiel in allgemeinen Arztpraxen oder in der Kirchengemeinde. Oder Männer zeigen bei Alkoholkonsum auffälligeres Verhalten, sodass diese eher auf die Dringlichkeit einer Beratung aufmerksam gemacht werden. Diese Interpretationsmöglichkeiten ließen sich weiter fortsetzen. Das gewählte Beispiel veranschaulicht die Bedeutung von gendersensibler Interpretationsfähigkeit.

Die weiteren Ausführungen beschreiben ausgewählte Ergebnisse der Lüneburger Forschung zur Frage nach Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratung.²

Dazu wird das Geschlechterverhältnis der BeraterInnen hinsichtlich der

- Arbeitsverhältnisse,
- Arbeitszeiten und
- Berufsbiografien hinterfragt.

Zu den Arbeitsverhältnissen

Die Feststellung, dass wesentlich mehr als die Hälfte der Beschäftigten in der ambulanten psychosozialen Beratung Frauen sind, ist eine Tatsache, die nahezu auf alle Bereiche personenorientierter Sozialer und Gesundheitsarbeit zutrifft. Eine Expertise zur Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfes konstatiert bezüglich personenbezogener Arbeit, die sich auf physische, psychische und soziale Bedürfnisse von Menschen richtet, dass in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt 75-85% dieser Leistungen von Frauen erbracht werden (vgl. Karsten, Degenkolb, Het-

² Für die vorliegenden Ausführungen wurden aus dem Gesamtmaterial des Forschungsschwerpunktes folgende empirische Datenquellen über ambulante psychosoziale Beratungsarbeit ausgewählt:

- zwei ExpertInneninterviews aus Projekt 1 (eine weibliche Qualifiziererin und eine weibliche Teilnehmerin von Weiterbildungen für psychosoziale Arbeit),
- 14 Arbeitstagebücher aus Projekt 2 (13 Beraterinnen aus vier unterschiedliche Institutionen, die psychosoziale Beratungen durchführen, ein männlicher Berater),
- 18 Fragebögen aus Projekt 3 (enthalten institutionsbezogene, keine personenbezogenen Angaben),
- 11 ExpertInneninterviews aus Projekt 4 (sechs Adressatinnen der Arbeit; fünf Beraterinnen),
- zehn ExpertInneninterviews aus Projekt 5 (neun weibliche Akteurinnen, ein männlicher Experte),
- vier ExpertInneninterviews aus Projekt 5 (institutionenbezogene Daten wurden erfragt, keine personenbezogenen).

zer, Meyer, Thiessen & Walther, 1999). Doch dieser Befund muss hinsichtlich hierarchischer Strukturen differenziert werden: In den Interviews mit Lüneburger AkteurInnen wurde deutlich, dass sich Frauen eher in der direkten personenorientierten Arbeit finden, während in administrativen Bereichen eher Männer arbeiten. Zwei Phänomene sind in diesem Zusammenhang als Ergebnis der Forschung hervorzuheben:

1. Obwohl der Frauenanteil unter den BeraterInnen in der ambulanten psychosozialen Arbeit überwiegt, finden sich in den Entscheidungsgremien über die Arbeitsbedingungen, -konzepte und -finanzierung unverhältnismäßig viele Männer. Das betrifft sowohl die kommunalen Entscheidungsgremien wie beispielsweise Sozial- und Gesundheitsausschüsse als auch Arbeitskreise und institutionsinterne Qualitätszirkel. Selbstverständlich engagieren sich auch Frauen in Arbeitskreisen – in der Regel sogar in mehreren. Auffällig ist dabei, dass es sich hier wesentlich häufiger um inhaltlich und konzeptionell reflexiv orientierte Gremien handelt, anstatt um Orte von Entscheidungen. Gendersensibel ist hier nach den vielschichtigen Begründungen für dieses Phänomen zu fragen, um Veränderungen in der Entscheidungsstruktur vornehmen zu können.
2. Die Arbeit der psychosozialen Beratung verändert sich im Allgemeinen dahingehend, dass der Anteil an personenorientierter Arbeit abnimmt und organisatorische, koordinierende und Verwaltungsaufgaben zunehmen. Die befragten Frauen haben dieses oftmals als Belastungsfaktor beschrieben: „Ich komme oftmals nicht zu meiner eigentlichen Arbeit“ ist in den Interviews ein häufig genannter Satz. Darin wird sichtbar, dass die befragten Frauen administrative Aufgaben nicht immer als zur normalen Arbeit dazugehörig definieren, sondern als zusätzliches Übel. Dieses führte häufig zum Verkennen der gesamten Arbeitsleistung am Ende eines Tages. Die Anteile administrativer Arbeit wurden als Störfaktoren so gering wie möglich gehalten, anstatt sie als Routinen in die täglichen Abläufe zu integrieren – und somit in das professionelle Selbstverständnis der Akteurinnen. Ein Forschungsergebnis ist damit der Widerspruch zwischen dem Selbstbild der hier befragten Frauen und ihrem Handeln. Eine mögliche Folge dieser widersprüchlichen Wahrnehmung sind Belastungen durch Mehrarbeit und Druck („die bisherigen Beratungstermine dürfen nicht auf der Strecke bleiben“), Verzerrungen in der Selbstwahrnehmung („ich schaffe meine eigentliche Arbeit nicht, was habe ich heute eigentlich geleistet?“) und Ablehnung weiterer administrativer Aufgaben, die arbeitsorganisatorische und Finanzfragen betreffen.

Mit dem Aufspüren dieser Phänomene durch gendersensible Analysen finden sich hier Ansatzpunkte für neue Arbeitsbewertungen und Redefinitionen der Tätigkeitspektren. Durch routinisierte eigenhändige Wahrnehmung von administrativen Aufgaben würde es selbstverständlich werden, dass Frauen arbeitsorganisatorische Fragen mitgestalten und mitentscheiden. Außerdem lägen mit der Sichtbarkeit veränderter Tätigkeitsprofile für Tarifverhandlungen klare Argumente vor, das Geleistete entsprechend dem Aufwand zu entgelten.

Zum Thema Arbeitsverhältnisse gehört auch die Frage: Wer arbeitet warum mit welcher Stundenzahl? Wie im gesamten Bundesgebiet und in allen Feldern personensorientierter Arbeit (vgl. Karsten et al., 1999) überwiegt auch in Stadt und Landkreis Lüneburg der Anteil an Frauen in Teilzeitbeschäftigung. Verstärkt wird die Ungleichheit noch, wenn auf die geleistete Mehrarbeit geschaut wird, die weder in statistischen Erfassungen noch in den Geschäftsberichten der Einrichtungen immer angemessen gewürdigt wird. Unbezahlte Mehrarbeit wird von Frauen und Männern geleistet. Gendersensible Analysen würden allerdings die Konturen stärker hervorheben und die Differenzen verdeutlichen: Es ist schließlich ein Unterschied, ob zehn Stunden monatlich zusätzlich unentgeltlich auf einer Halbtagsstelle oder bei Vollbeschäftigung geleistet werden. Außerdem ist es von Interesse, welche Art von Mehrarbeit geleistet wird: Geht es um eine zusätzliche Beratungsstunde, klientenorientierte Arbeit oder um politisches, gewerkschaftliches Engagement bzw. Arbeit in Vorstandssitzungen, Qualitätszirkeln oder Finanzierungsverhandlungen?

Von allen Mitarbeiterinnen des Forschungsschwerpunktes wurde herausgearbeitet, dass prekäre Arbeitsverhältnisse eher bei Frauen zu finden sind als bei männlichen Akteuren. Dazu gehören der wesentlich höhere Anteil an befristeten Teilzeitarbeitsverträgen sowie Arbeitsverhältnisse, die eine Existenzsicherung nur durch ein Zusammenspiel mehrerer (Teilzeit-)Stellen, Verträge und Honorarstunden ermöglichen. Das Motto: „Auf einem Bein kann man nicht stehen“ ist geschlechtsspezifisch zu interpretieren. Haben sich männliche Berater einen weiteren Aufgabenbereich gesucht, dann aus einer relativ gesicherten Position heraus. Als Beispiel kann hier auf psychosoziale Beratungen verwiesen werden, die in den sich neu etablierenden Gesundheitszentren in der Region Lüneburg stattfindet. In der überwiegenden Anzahl haben die männlichen Berater eine weitere Niederlassung im privatärztlichen

oder psychotherapeutischen Bereich aufzuweisen, während die weiblichen Beraterinnen Einzelstunden in Gesundheitszentren als Eintrittskarte in den Arbeitsmarkt nutzten.

Zu den Arbeitszeiten

Die Analyse von Fragebögen zur Zeitorganisation und Zeitgestaltung in der ambulanten psychosozialen Arbeit hat zwei zentrale Aspekte ergeben: In diesem Arbeitsfeld ist eine extrem hohe Zeitflexibilität gefragt und gegeben, die sich vordergründig an den Bedürfnissen der AdressatInnen orientiert. Gleichzeitig waren in den erfassten Lüneburger Institutionen nur geringe Anzeichen für flexible Arbeitszeitgestaltungen zu erkennen. Die Befragten signalisierten eindeutig ein großes Interesse an genderspezifischen Zeitgestaltungsmodellen und wiesen parallel darauf hin, dass Wissen über solche Modelle zwar partiell existiert, eine Realisierung bisher aber kaum erfolgte.

Kennzeichnend für ambulante psychosoziale Beratung ist ein hoher Anteil an Notbereitschaft, die entweder telefonisch oder im persönlichem Kontakt realisiert wird, eine Verschiebung der Kernarbeitszeit in die Abendstunden für eine hohe AdressatInnen-nähe, und der Anspruch bzw. die Bereitschaft „immer erreichbar zu sein“, um flexibel in Krisensituationen handeln zu können. Die auf die AdressatInnen bezogene hohe Bereitschaft zur Flexibilität bei gleichzeitiger „Rund- um die Uhr-Bereitschaft“ ist in den praktizierten Modellen der eigenen Arbeitszeitgestaltung kaum wieder zu finden. Begründungen dafür sind vielschichtig. Zum einen erscheint die Reflexion von inhaltlichen Anforderungen der Arbeit und institutionellen Rahmenbedingungen schwierig. Es bleibt oft dem Einzelnen überlassen, die qualitativen Ansprüche der Arbeit (z.B. Zeitflexibilität, Ad-hoc-Intervention) zu realisieren, anstatt einen institutionellen Rahmen dafür zu schaffen. Zum Anderen zeigen die Forschungsergebnisse, dass die Entscheidungen über den institutionellen Rahmen (z.B. Arbeitszeiten, Angebotszeiten) nicht von den BeraterInnen selbst getroffen werden. Hier besteht die Gefahr, dass weibliche Beraterinnen ihre zeitlichen Bedürfnisse gegenüber der Institution nicht geltend machen können, da sie entweder an der Entscheidung nicht beteiligt werden oder sich wegen hierarchischer Strukturen im Interessenkonflikt nicht durchsetzen können. Gendersensible Analysen darüber, wie sich die Zeitflexibilitäten mit der Lebensplanung und Lebensführung der weiblichen und männlichen BeraterInnen vereinbaren lassen, könnten Belastungen der AkteurInnen aufgrund unflexibler Ar-

beitszeiten besser verteilen oder gar beseitigen. Dazu gehören Themen wie die Organisation der Kinderbetreuung, der Pflege von Angehörigen. Denn es passiert häufig, dass Frauen systematisch von Sitzungen ausgeschlossen bleiben – wenn beispielsweise die Termine auf die Nachmittagsstunden verlegt werden, an denen teilzeitbeschäftigte Frauen nicht teilnehmen können, da die Kinderbetreuung nur vormittags gesichert ist. Auch eine größere Lobby für geteilten Erziehungsurlaub, Erziehungsurlaub für die Väter und eine Verschiebung der Teilzeitarbeit dahingehend, dass auch verstärkt Männern die Möglichkeit geboten wird, Verantwortung für die Haushaltsorganisation zu tragen, gehören dazu. Auch wenn bereits erste Schritte zur Verbesserung dieser Situation beobachtbar sind, ist noch lange nicht erreicht, dass die jeweiligen Bedürfnisse von Frauen und Männern gleichermaßen Entsprechung finden.

Das Stichwort adressatInnenbezogene Zeitgestaltung ist bereits gefallen. Gendersensible Analysen tragen dazu bei, herauszustellen, für welche AdressatInnengruppen dieses besonders gilt und welche dennoch ausgeschlossen bleiben. Was bedeutet die Feststellung, dass bei familiären Krisen in 80% der Fälle die Mütter in die Beratung kommen (vgl. Bernler & Johnson, 1997)? Werden die Väter während dieser Zeit nicht erreicht? Ist es überhaupt ein Zeitproblem oder müssen weitere Wege des Zuganges zur gesamten Familie erschlossen werden?

Viele Problemlagen erfordern sofortiges Handeln, Krisenintervention. Nicht selten wird auch von den AdressatInnen eine unmittelbare Entlastung eingefordert. Gendersensible Analysen hinsichtlich der AdressatInnen geben Aufschluss über geschlechtsspezifische Strategien und Möglichkeiten, Leidensdruck zum Ausdruck zu bringen und auf eine akute Lösung zu drängen. Gendersensible Beobachtungen stellen heraus, ob Männer und Frauen als AdressatInnen gleichermaßen Handlungsdruck ausüben oder ob auch für diesen Bereich die aus der Frauengesundheitsforschung bekannte Formel gilt, dass Frauen eine wesentlich größere Leidensfähigkeit besitzen, deshalb geringeren Druck auf die BeraterInnen ausüben und damit in andere Interventionsmuster fallen.

Zu den biographischen Aspekten:

Psychosoziale Arbeit ist ein Feld, das sich auch mit der Frage des Älterwerdens auseinander setzen muss. Das bedeutet zum einen zu analysieren, welche Belastungen, aber vor allem Ressourcen bei langjährig Beschäftigten bzw. älteren BeraterInnen zu finden sind. Zum anderen geht es um den Umgang mit möglichen Berufswechseln. In einem Interview wurde psychosoziale Arbeit als Feld beschrieben: „... wo man schlecht 20-30 Jahre lang im Gleichen bleiben kann. Weil es emotional persönlich gar nicht aushaltbar ist“, so die Gesprächspartnerin.

Für gendersensible Analysen lautet die zentrale Frage nicht nur, wen betrifft das in der jeweiligen Einrichtung. Es müssen darüber hinaus Ideen entwickelt werden, Aus- und Umstiegswege für Frauen und Männer verantwortlich und sinnvoll zu gestalten, ohne dass der Preis ein ungewollter Neuanfang bzw. Neuqualifikation oder Arbeitslosigkeit ist. Selbstverständlich können adäquate Lösungen nur in Kooperation mit anderen Institutionen, wie beispielsweise mit Fort- und Weiterbildungsträgern, entwickelt werden. Die Forschungen zeigen, dass bisher kaum Angebote durch Aus- oder Weiterbildungsträger bestehen, die eine Reflexion von Berufsbiographien unterstützen, um damit die systematische Gestaltung von Karriereverläufen zu befördern. Das betrifft sowohl die eigene Biographie der AkteurInnen als auch die professionelle Verantwortung (von beispielsweise Personalverantwortlichen in der Beratungsarbeit) für die Berufsbiographien anderer Personen. Männer widmen sich traditionell dieser Frage intensiver. Frauen empfinden ihre Laufbahn eher als zufällig: „das ist mir passiert, das hat sich so ergeben“. Für Ideen einer gelungenen Berufsbiographiegestaltung ist es von Bedeutung, sowohl bei persönlichen Strategien von Frauen und Männern anzusetzen, als auch bei strukturellen Rahmenbedingungen. Neben gezielter Fort- und Weiterbildungsplanung können Modelle von Job-Rotation, Reflexionen der Tätigkeitsbereiche und entsprechende Reorganisation von internen Betriebsstrukturen kurzfristig eine nachhaltige Lösung bieten. Wieso nicht die Arbeit neu verteilen und damit veränderte Tätigkeitsspektren schaffen?

Gendersensibilität gegenüber den AdressatInnen der Arbeit

Bezüglich der Gendersensibilität gegenüber den AdressatInnen wären zusammengefasst folgende Aspekte zentral. Bestehen geschlechtsspezifische Angebote und

wer nutzt diese? Wie sind die Zugangswege zur Beratungsstelle, ist die Beratung für alle potentiellen AdressatInnen erreichbar? Besteht eine Komm-Struktur oder eine aufsuchende Struktur? Wer zählt dann zu den Selbstmeldern? Wer kommt mit welchen Problemen, wieso werden einige Personengruppen nicht erreicht? Bestehen geschlechtsspezifische Schamgrenzen? Beispielsweise wurde für die Region Lüneburg herausgefunden, dass das Konzept der Dezentralisierung Grenzen hat. Die Hilfe Suchenden nehmen oft weite Wege auf sich, um in der Nachbarregion Angebote zu nutzen, damit Anonymität und Distanz gewahrt bleiben. Die Frage ist, ob dieses Bedürfnis von Frauen und Männern gleichermaßen befriedigt werden kann oder ob sich auch hier Benachteiligungen im Hinblick auf Mobilität und Flexibilität ergeben.

3. Rahmenbedingungen für nachhaltige Gestaltung chancengleicher Arbeits- und Lebensbedingungen für Frauen und Männer

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Lösungen für die Gestaltung von Reorganisationsprozessen nach erfolgreichem Genderproofing (also nach der Prüfung, wo Geschlechterungleichheiten bestehen) in Kooperation mit unterschiedlichen Trägern und Schlüsselpersonen zu entwickeln sind. Das Spektrum reicht dabei von neuen Konzepten der Aus- und Weiterbildung, die auf Reorganisationsprozesse beispielsweise mit Gendertrainings vorbereiten bis hin zu flexiblen Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung und Kinderbetreuung für Frauen und Männer. Außerdem soll an dieser Stelle die Bedeutung und Funktion von formellen und informellen Netzwerken hervorgehoben werden: Das Wissen und die Berichterstattung darüber, wie sich Modernisierungsprozesse auf die Lebenssituation von Männern und Frauen in unterschiedlichen Regionen konkretisieren, ist häufig unverbundenes Einzelwissen, das nicht jedem zur Verfügung steht oder es existiert überhaupt nicht in der Form, dass ein differenziertes Bild möglich ist. Deshalb muss es derzeit in regionalen Netzwerken ausgetauscht werden. Bis die Methoden von sozialer Berichterstattung und Dauerbeobachtung so entwickelt sind, dass gendersensibel Aussagen möglich werden, haben Netzwerke eine Schlüsselfunktion. Dort wird Wissen über und für Gestaltungsprozesse zur Verwirklichung von Chancengleichheit neu gebildet, festgehalten und verbreitet. Es sind Orte für die Reinterpretation von Daten aus der Perspektive gendertrainierter Personen aus unterschiedlichen Fachkontexten.

Schlussbetrachtung

Die Ausführungen hatten eher den Charakter eines Fragerasters bzw. eines Analyseanstoßes, der als Folge empirischer Forschungen in diesem Berufsfeld entwickelt wurde. Die Diskussion zu diesem Themenschwerpunkt ist mit den ausgeführten Beispielen noch lange nicht abgeschlossen. Noch weiter zu diskutieren wären zentrale Themen wie tarifliche Eingruppierung (vgl. Tondorf, 2001) psychosozialer Arbeit, berufliche Hierarchien durch etwa interdisziplinäre Teamzusammensetzungen sowie die Bereiche Wertschätzung und Anerkennung geleisteter Arbeit. Mit den Ausführungen während dieses Beitrages wurde in die breite Diskussion zu diesem Themenschwerpunkt eingestiegen und Perspektiven für organisatorische Veränderungsprozesse und inhaltliche Reflexionen beispielhaft und für ausgewählte Bereiche formuliert. Anknüpfend an empirische Ergebnisse der Regionalstudien im Forschungsschwerpunkt „Frauenberufstätigkeit im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen“ wurde in diesem Beitrag diskutiert, was Gender Mainstreaming im Arbeitsfeld ambulanter psychosozialer Beratungsstellen bedeuten kann. Für zukünftige Diskussionen und Gestaltungsprozesse sind weitere, kontinuierliche Forschungen und Dauerbeobachtungen zentral, um die Veränderungsprozesse zu dokumentieren und sicher zu stellen, dass die Chance des Gender Mainstreaming auf Verbesserung der Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern genutzt und realisiert wird.

Literatur

- Belardi, N., Akgün, L., Gregor, B. Neef, R., Pütz, T. & Sonnen, F.R. (1996). *Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Bernler, G. & Johnsson, L. (1997). *Psychosoziale Arbeit. Eine praktische Theorie*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Berlin: Verlag W. Kohlhammer.
- Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Forschungsschwerpunkt Frauenberufstätigkeit im regionalen Sozial- und Gesundheitswesen (2001): *Professionalisierung – Regionalisierung – Gender*. Dokumentation der Fachtagung im November 2000. Lüneburg.
- Frauen Nord Forum (Hrsg.). (2001). *Gender Mainstreaming praxisnah*. Dokumentation einer open-space-Konferenz am 16.-17. Mai 2001 in Magdeburg.

- Friebertshäuser, A. & Pregel, A. (1997). *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. München: Juventa.
- Stiegler, B. (2000). *Wie Gender in den Mainstream kommt. Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming*. Schriftenreihe des wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeits- und Sozialpolitik.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Weidenfels and Nicolson.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Karsten, M.-E., Degenkolb, A., Hetzer, S., Meyer, C., Thiessen, B. & Walther, K. (1999). *Entwicklung des Arbeitskräfte- und Qualifikationsbedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen*. Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen. Berlin.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1996). Vom Nutzen der Expertise. Experteninterviews in der Sozialberichterstattung. In W. Voges (Hrsg.), *Kommunale Sozialberichterstattung. Erfassung sozialräumlicher Disparitäten*. Opladen: Leske+Budrich.
- Rabe-Kleberg, U. (1997). Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 276-302). Frankfurt a.M: Suhrkamp.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Tondorf, K. (2001). Gender Mainstreaming in der Tarifpolitik. *WSI Mitteilungen*, 7, 434-441.

Was kann Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeuten?

Uta Enders-Dragässer

Gender Mainstreaming

Das Prinzip des Gender Mainstreaming besteht darin, die geschlechtsbezogenen Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen und den unterschiedlichen Bedürfnissen und Belangen von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen auf allen Entscheidungsebenen und in allen Handlungsfeldern in Politik und Verwaltung systematisch zu berücksichtigen, so weit sie benachteiligend oder förderlich für die Gleichstellung sind.

Dazu bedarf es u.a. nach Geschlecht aufgeschlüsselter qualitativer und quantitativer Daten, um bestehende Ungleichbehandlungen erkennen, Diskriminierungen abbauen und die Gleichstellung von Frauen und Männern fördern zu können. Für die Forschung heißt Gender Mainstreaming bei dieser Zielsetzung daher, nicht nur die Situation von Frauen, sondern auch die von Männern geschlechterbezogen zu untersuchen.

Exemplarisch möchte ich dieses Vorgehen im Folgenden für die stationäre Psychiatrie am Beispiel einer Studie skizzieren, an der ich mitgearbeitet habe. Diese erste empirische deutsche Studie zur Situation von Frauen in der stationären Psychiatrie (Enders-Dragässer & Sellach, 1999) ist durch Frauenförderpolitik ermöglicht worden und steht in der Tradition der Frauenforschung. Ziel war, die Notwendigkeit und die Realisierung frauenspezifischer Behandlungsweisen in der stationären Psychiatrie maßnahmeorientiert zu untersuchen. Die damalige Herangehensweise will ich nun durch den Ansatz des Gender Mainstreaming erweitern, um deutlich zu machen, wie eine Studie zur stationären Psychiatrie angelegt werden könnte, die gleichstellungsorientiert auch auf die Situation von Männern als Patienten einginge.

Die Studie zu Frauen in der stationären Psychiatrie

Die Frauenstudie wurde im Auftrag des Hamburger Senats 1994 – 1996 von einer interdisziplinären Forschungsgruppe von zwei Psychiaterinnen, einer Psychologin, zwei in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung ausgewiesenen Soziologinnen und einer Organisationsberaterin in Kooperation mit einem großstädtischen psychiatrischen Krankenhaus erarbeitet. Dankenswerterweise waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweier Stationen bereit, Einblick in ihre Arbeit zu gewähren. Mitgewirkt haben auch Patientinnen. Bei den Stationen handelte es sich um eine Frauenstation und eine Station mit Frauen und Männern. Die Stationen waren von der Klinik ausgesucht worden.

Die Untersuchung war interdisziplinär konzipiert. Sie hatte die vier fachspezifischen Zugänge Medizin, Psychologie, sozialwissenschaftliche Frauenforschung und Organisationsanalyse. Damit sollten die allgemeine Psychiatriekritik und die Psychiatriekritik aus Frauenbewegung und Frauenforschung miteinander verknüpft werden. Im Konsens sollten gemeinsame Empfehlungen zur stationären Versorgung kranker Frauen entwickelt werden.

Dabei wurde davon ausgegangen, dass Behandlungsangebote als frauengerecht zu bezeichnen sind, wenn sie die Lebensumstände der Patientinnen, ihre Alltagsbezüge und ihre Erfahrungen als Frauen in systematischer Weise aufgreifen, d.h. an den sozialen Faktoren ansetzen, die weibliches Leben und weibliche Erfahrungen bestimmen. Dies sind:

- die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern mit den Konsequenzen der starken Familienorientierung von Frauen, den Schwierigkeiten bei der Absicherung ihrer beruflichen und wirtschaftlichen Existenz, ihren Armutsrisiken und ihrer potentiellen oder tatsächlichen Armut;
- die Geschlechterhierarchie mit ihrem Machtgefälle zu Lasten von Frauen, der Abwertung von Frauenpraxis und Frauenerfahrungen, mit den darauf gegründeten Defiziten im Selbstwertgefühl von Frauen und
- die Erfahrungen von physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt durch Männer bzw. das Überleben von Gewalt.

Innovativ war an der Konzeption der Studie, der kontroversen Fragestellung in der Kooperation mit Kolleginnen nachzugehen, die aus ihren Fachdisziplinen und aus ihrer Berufspraxis sehr unterschiedliche Theorieansätze und Herangehensweisen mitbrachten und die Frauenbewegung ebenfalls sehr unterschiedlich erlebt hatten.

Als Untersuchungsmethoden wurden – bei fachspezifischen Besonderheiten in der Methodenauswahl – eingesetzt:

- Literaturrecherche und sekundäranalytische Methoden,
- ein bereichsübergreifender Fragebogen für die Arbeitsbereiche Psychologie, Organisationsanalyse und Sozialwissenschaft mit standardisierten und offenen Fragen für Patientinnen, der Fragen zu psychologischen, sozialwissenschaftlichen und organisationsanalytischen Aspekten der Untersuchung enthielt,
- Interviews mit aufgenommenen und ehemaligen Patientinnen,
- teilnehmende Beobachtung des Stationsalltags sowie Teilnahme an Chefarztvisiten und Stationsvollversammlungen,
- psychiatrische Untersuchung von Patientinnen,
- interdisziplinäre Analyse von anonymisierten Krankenakten und sonstigen Unterlagen,
- Einzel- und Gruppengespräche mit Angehörigen des multiprofessionellen Fachpersonals innerhalb und außerhalb der Klinik,
- Expertinnenbefragung, auch über den Klinikort hinaus.

Im medizinischen Arbeitsbereich wurde patientinnenbezogen und strukturbezogen gearbeitet. Patientinnenbezogen wurde die Situation der stationär aufgenommenen Frauen exemplarisch untersucht. Die Fragestellung war, ob frauenspezifische Probleme in der stationären Psychiatrie eine Rolle spielen, ob sie erkannt und wie weit sie berücksichtigt werden. Dazu wurden sechs Frauen – jeweils drei auf den beiden Stationen, die sich zur Verfügung gestellt hatten – einerseits konventionell psychiatrisch untersucht und andererseits anhand eines Fragekatalogs dazu befragt, ob in den verschiedenen Phasen ihrer psychischen Erkrankung frauenspezifische Faktoren eine Rolle gespielt haben. Als Darstellungsform wurde die „Falldarstellung“ als eine in der Medizin übliche Form der wissenschaftlichen Präsentation gewählt.

Im strukturbezogenen Teil des medizinischen Arbeitsbereiches ging es um die Möglichkeiten frauenspezifischer Behandlungsangebote in der stationären Psychiatrie auf der Grundlage der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu den Tätigkeitsprofilen der verschiedenen Berufsgruppen. Dafür wurden Strukturdaten zu z.B. Personal- oder Raumausstattung analysiert. Mit weiblichen Vertreterinnen der einzelnen Berufsgruppen wurden klinik- und ortsübergreifend strukturierte Interviews geführt.

Im psychologischen Arbeitsbereich wurde die klinische (Grund-)Versorgung geschlechtsdifferent analysiert. Untersucht wurden die Erfahrungsbewältigung und die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Frauen. Insbesondere interessierten Geschlechterrolleeffekte für Krankheitserleben und Krankheitsbewältigung und ihre Auswirkungen auf Diagnosen, Therapieziele, Interaktionen und Behandlungsprozesse. Leitfadengestützt wurden Leitungskräfte befragt, die bereits Erfahrungen mit frauenspezifischen Behandlungen hatten.

Im Arbeitsbereich Organisation wurden die Organisationsstrukturen, Sprachgebrauch, die formellen und informellen Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen bezogen auf Zeit, Beziehungen, Raum und sonstige Ressourcen im stationären Alltag geschlechtsdifferent und patientinnenbezogen analysiert. Ebenfalls analysiert wurden Formulare, Prospekte, Arbeitspapiere, Konzepte. Außerdem wurden SozialmanagerInnen als ExpertInnen befragt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie einige Patientinnen verschiedener Stationen wurden interviewt, wobei bei den Patientinnen u.a. ihre bedarfsgerechte Versorgung und die Mitbestimmungs-, Kommunikations- und Konfliktlösungsstrukturen während ihres Klinikaufenthaltes und die Vorbereitung auf die Entlassung im Mittelpunkt standen.

Schwerpunkte im Arbeitsbereich der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung waren die Auswertung der psychiatriekritischen deutsch- und englischsprachigen Literatur der Frauenforschung, die Berücksichtigung der Alltagsbezüge, der sozialen Bindungen, der vorhandenen oder fehlenden Ressourcen von Patientinnen in Therapie und Pflege. Untersucht wurde ferner, welche Bedeutung stations- und klinikübergreifende Angebote für die Behandlungssituation der Patientinnen hatten. Gespräche und Befragungen beschränkten sich weder auf die ausgewählten Stationen noch auf die kooperierende Klinik. Entsprechend der Querschnittsfunktion des sozialwissenschaftlichen Arbeitsbereiches wurden weitere Klinikbereiche einbezogen, die für Patientinnen von Bedeutung sind, wie z.B. der Aufnahmebereich, der sozialtherapeutische Bereich und die innerbetriebliche Fortbildung. Es wurden aber auch Gespräche mit Fachkräften und Expertinnen anderer Einrichtungen z.B. im Komplementärbereich geführt. Insgesamt belief sich allein in diesem Arbeitsbereich die Anzahl der Gespräche auf 27 mit insgesamt 43 Personen, von insgesamt sieben Stationen sowie weiteren Arbeitsbereichen innerhalb der Klinik, aber auch außerhalb, mit Vertreterinnen aller Berufsgruppen und aller Hierarchieebenen, einschließlich der Klinikleitung.

Mit dem bereichsübergreifenden Fragebogen wurden insgesamt 27 Patientinnen zum Tagesablauf, zu den Zeitstrukturen, zu den Räumlichkeiten, zu ihren Entscheidungsmöglichkeiten, zu Ärgernissen im Alltag und zu ihren Wünschen für die Zukunft befragt. Es beteiligten sich auch drei Patienten. Von den 30 Befragten befanden sich 19 Frauen und die drei Männer in stationärer Behandlung. Acht der Befragten waren ehemalige Patientinnen.

Die mit den jeweils unterschiedlichen Untersuchungs- und Erkenntnismethoden parallel entwickelten fachspezifischen Analysen und Empfehlungen zur frauengerechten Versorgung von psychisch kranken Frauen wurden abschließend praxisorientiert in einem interdisziplinären Konsens zusammengeführt, der die Grundlage bildete für frauengerechte Maßnahme-Empfehlungen zur Verbesserung der Gleichstellung von Frauen in der stationären Psychiatrie u.a. in Form von handlungsleitenden Grundprinzipien bzw. Patientinnenrechten.

Die interdisziplinär entwickelten Maßnahme-Empfehlungen setzten an Benachteiligungen von Frauen an, die für die stationäre Psychiatrie über die kooperierende Klinik hinaus ermittelt wurden. Sie sind für Patientinnen in der stationären Psychiatrie generell von Bedeutung und belegen die Notwendigkeit frauengerechter Behandlungsweisen, um die Gleichstellung von Frauen zu erreichen. Dies sind insbesondere der mangelnde Schutz der Patientinnen in geschlechtsgemischten Stationen vor den Übergriffen von Männern, die Bagatellisierung von männlicher Gewalt sowie das Fehlen von „Frauenraum“ im wörtlichen und übertragenen Sinn. Diese Problemfelder belegen aber auch die Notwendigkeit von Gender Mainstreaming als Gleichstellungsstrategie für die stationäre Psychiatrie.

Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie

Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeutet, dass den unterschiedlichen Lebensverhältnissen der Frauen und Männer und ihren geschlechterspezifischen Auswirkungen in der Klinikarbeit auf allen Arbeits- und Entscheidungsebenen gleichstellungsorientiert Rechnung zu tragen ist.

Dies hat in jedem Fall zur Voraussetzung, dass geschlechtsdifferenzierte Daten zur Situation beider Geschlechter in Form einer Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes zur Verfügung stehen und begründet die Notwendigkeit, auch die Situation von Männern in der stationären Psychiatrie männerspezifisch zu untersuchen, um Maßnahmen im Sinn des Gender Mainstreaming entwickeln zu können.

Von diesem Ausgangspunkt aus will ich in einzelnen Schritten und unter Bezug auf die Frauenstudie und ihre Ergebnisse über exemplarische Überlegungen und Fragen zeigen, wie eine Studie im Sinne des Gender Mainstreaming angelegt werden könnte, mit der die Situation auch von Männern in der stationären Psychiatrie gleichstellungsorientiert zu untersuchen wäre.

Vorab lässt sich sagen, dass die Bezugspunkte der Frauenstudie „geschlechtliche Arbeitsteilung“, „Dominanz des Männlichen“ und „männliche Gewalt“ bestehen bleiben könnten. Die Fragestellungen müssten aber erheblich erweitert werden, denn auch für Männer wäre zu untersuchen, wie sich Geschlechterfragen und männerspezifische Probleme einschließlich Gewalterfahrungen auf ihr

Krankheitserleben und ihre Krankheitsbewältigung sowie auf Diagnosen, Behandlungsprozesse, Therapieziele, Organisationsformen auswirken. Zu untersuchen wäre z.B., ob psychische Erkrankungen von Männern mit ihrer gesellschaftlichen/männlichen Rolle, mit den Erwartungen und Zuschreibungen an ihre „Männlichkeit“, mit ihrer Familiensituation, ihrer Erwerbs- und Familienarbeit u.ä. zusammenhängen und was dies für ihre Situation als Patienten und Männer in der stationären Psychiatrie bedeutet. Es müsste auch nach ihren physischen, psychischen und sexuellen Gewalterfahrungen und deren männer-spezifischen Bedeutung gefragt werden. Dazu wären Patienten und Fachkräfte aller Berufsgruppen sowie ExpertInnen zu befragen.

Weiterhin gilt es, das Forschungsteam anders zusammenzusetzen. Männliche Forscher, die zu Fragen von Männlichkeit arbeiten, wären einzubeziehen, um interdisziplinär mitzuarbeiten und eine duale Forschungsperspektive zu ermöglichen, d.h. eine weibliche und eine männliche Sicht auf die stationäre Psychiatrie in ihrem Umgang mit der Geschlechterfrage als Gleichstellungsfrage. Deshalb wäre mit den jeweils unterschiedlichen Theorieansätzen und Herangehensweisen aus den Perspektiven von Frauen- bzw. Männerforschung parallel geschlechtsdifferenziert und gleichstellungsorientiert zu arbeiten.

Aus den fachspezifischen und geschlechterspezifischen Analysen wären abschließend gleichstellungs- und praxisorientierte Empfehlungen zur geschlechtergerechten Versorgung von psychisch kranken Frauen und Männern in einem interdisziplinären Konsens zusammenzuführen.

Geschlechterrolle, Geschlechterrealität und Gender Mainstreaming in der Psychiatrie

Die Studie „Frauen in der stationären Psychiatrie“ hat mit einer Reihe von wichtigen Ergebnissen eine neue Sicht auf die Situation von Frauen in der Psychiatrie ermöglicht. Bei einer Gender Mainstreaming-Studie wäre dies sicherlich auch für Männer zu erwarten.

Die Frauenstudie zeigte, dass die Frauen geschlechtsspezifische Extremerfahrungen, Identitäts- und Existenzkrisen durch Beziehungskrisen, durch den Verlust von Kindern oder Angehörigen, durch Gewalt, persönliche Abhängigkeiten und wirtschaftliche Not, Wohnungsnot und soziale Isolation thematisiert hatten. Bestimmte Erfahrungen und Erlebnisse, die als krankheitsverursachend, krankheitsauslösend oder krankheitsunterhaltend gelten können, waren typisch für Frauenbiografien. Sie wurden von den Patientinnen spontan geäußert und in Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung gebracht.

Bei einer Einbeziehung von Männern als Patienten stellt sich die Frage, ob es auch bei Männern geschlechtsspezifische Erfahrungen und Erlebnisse gibt, die typisch für Männerbiografien sind und die als krankheitsverursachend, -auslösend oder -unterhaltend gelten können.

Wie die Frauenstudie zeigte, litten die Patientinnen unter einer Erziehung, die sie wegen ihrer Geschlechtszugehörigkeit diskriminiert und in enge Rollenvorstellungen eingezwängt hatte. Es fragt sich, ob dies für Männer aufgrund männlicher Rollenvorstellungen auch gelten könnte und ob es bei Männern einen

Leidensdruck durch Diskrepanzen zwischen rollenspezifischen Erwartungen und der gelebten Geschlechterrealität gibt.

Die Frauen waren frauenspezifischen Gefahren wie sexuellem Missbrauch durch Vaterfiguren, frühen Schwangerschaften, Verlassenwerden vom Vater des Kindes und Misshandlungen durch einen Partner ausgesetzt. Bei Einbeziehung von Männern als Patienten der stationären Psychiatrie wäre nach der Männerseite zu fragen; nach Männern als Tätern bzw. nach Männern, die Opfer männlicher Gewalt geworden sind.

Die Patientinnen der Frauenstudie hatten sich in ihren geschlechtsspezifischen Erfahrungen nicht genügend akzeptiert und unterstützt gefühlt. Sie äußerten sich enttäuscht darüber, dass ihre Biografie und Vorgeschichte zu wenig beachtet würden, ebenso ihr Recht auf eine Intimsphäre. Eine männerspezifische Untersuchung hätte danach zu fragen, ob und wie sich diese Problematik für männliche Patienten gestaltet.

In allen Arbeitsbereichen der Studie hatte sich gezeigt, dass von den Patientinnen im Stationsalltag heterosexuelle weibliche Verhaltensmuster erwartet wurden, die oft aber auch kritisiert wurden. Dabei stand die Frage im Vordergrund, wie sich die Patientinnen auf Männer bezogen; ob sie sich ihnen gegenüber als beziehungsfähig oder -unfähig erwiesen. Beziehungsschwierigkeiten wurden nicht darauf hinterfragt, inwieweit sie durch krisenhafte Beziehungserfahrungen mit Männern bzw. die Wegnahme von Kindern bedingt sein könnten und wie dies im Behandlungsprozess zu berücksichtigen ist. Wenn Patientinnen, angesichts Wohnungsnot und unzureichender Erwerbsmöglichkeiten in einer Beziehung zu einem Mann die einzige ihnen zugängliche Form der Existenzsicherung sahen, wurde zwar kritisch verstanden, dass sie das erneut sozial und materiell abhängig machte, aber es wurde nicht als krankheitsrelevant aufgegriffen.

Derartige Beziehungskonstellationen und Probleme könnten auch für Männer eine krankheitsrelevante Bedeutung haben angesichts männlicher Rollenerwartungen bzw. ihrer eventuellen Betroffenheit als Täter bzw. Opfer. Es fragt sich, wie Männer als Patienten dies wahrnehmen und verarbeiten.

Ein wichtiges Ergebnis der Frauenstudie war, dass die Patientinnen ein Problem damit hatten, sich Männern gegenüber zu ihrer Körperlichkeit, ihrer Sexualität und zu ihren Gewalterfahrungen mitzuteilen, so dass z.T. wichtige Informationen zur Einschätzung von Krankheitsursachen, Krankheitsverlauf und Prognose nicht direkt aufgenommen werden konnten und daher z.T. fehlten. Dies wurde in allen Arbeitsbereichen der Untersuchung von weiblichen wie männlichen Fachkräften ausführlich dargestellt. Von daher stellte sich für die Studie die Frage, inwiefern sich Patientinnen während ihres stationären Aufenthaltes überhaupt umfassend mitteilen können.

Vor diesem Hintergrund fragt sich, in welchem Umfang Männer als Patienten ebenfalls ein geschlechtsspezifisches Mitteilungsverhalten bezüglich ihrer Körperlichkeit, ihrer Sexualität und insbesondere ihrer Gewalterfahrungen gegenüber Frauen bzw. weiblichen Professionellen zeigen und was dies für sie und ihre Behandlung bedeutet.

Die Frauenstudie zeigte, dass die Fachkräfte aller Berufsgruppen die krank machenden Lebenswirklichkeiten der Frauen durchaus sahen, aber damit nicht professionell (genug) umgehen konnten. Gilt das auch für die Lebenswirklichkeiten von männlichen Patienten? Wie könnte das Fachpersonal das fachliche Wissen erwerben, um über die individualbiografischen Informationen (der Patientinnen und Patienten) hinaus einen handlungsleitenden Bezug zu den individuell nicht aufhebbaaren strukturellen Problemlagen der sozialen Existenz von Frauen bzw. Männern in ihrer Relevanz für Anamnese, Diagnose, Therapie und Nachsorge in der Psychiatrie herstellen zu können?

Gender Mainstreaming und Gewalt in der stationären Psychiatrie

Wie die Frauenstudie deutlich machte, wird die von Männern ausgehende Gewalt in der stationären Psychiatrie verharmlost und nicht systematisch in ihrer Bedeutung für Erkrankung, Diagnose, Behandlung und Prognose aufgegriffen. Das gilt nicht nur für Extremerfahrungen. Es wird nicht danach gefragt, inwiefern die stationäre Psychiatrie in ihrer jetzigen geschlechtsgemischten Organisation Patientinnen im Stationsalltag schutzlos lässt, latente Gewalterfahrungen aktualisiert, den Patientinnen Wiederholungserfahrungen zumutet und vorhandene Traumatisierungen verstärkt.

Diese Versäumnisse der stationären Psychiatrie hängen damit zusammen, dass Gewalt in der Psychiatrie auch als Behandlungsmethode angewandt wird. Die zwangsweise stationäre Aufnahme ist verbunden mit einer juristisch erlaubten Zwangsbehandlung. Obwohl psychisch kranke Frauen seltener aggressiv sind, wird insbesondere in der Aufnahmesituation als Behandlungsmethode häufig Gewalt ausgeübt. Zudem werden Patientinnen nicht systematisch vor zudringlichen oder gewalttätigen Patienten geschützt. Auch der Schutz vor ihren eigenen „verrückten“ Impulsen in der Psychose wird bagatellisiert. Das gilt in besonderem Maß für die Aufnahmephase. Dadurch kommt es nicht selten zu einer Wiederholungssituation gleich zu Beginn der Behandlung, wodurch eine vertrauensvolle Behandlung nicht mehr möglich ist.

Bei einer Untersuchung im Sinne des Gender Mainstreaming wäre zu erforschen, wie sich diese Fragen für Männer darstellen. Die Gewaltausübung wie auch die Gewalterfahrung von Männern als Opfer wären in ihrer Bedeutung für eine psychische Erkrankung männerspezifisch zu untersuchen. Es muss nach traumatisierenden Wirkungen auf Männer als Täter und als Opfer gefragt werden – analog zu Untersuchungen zum posttraumatischen Belastungssyndrom bei Kriegsteilnehmern –, um männlichen Patienten männergerechte Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen.

In der psychiatriekritischen Frauendebatte wird eine Gewährleistung von Schutz ausnahmslos darin gesehen, dass Frauen in einer Frauenumgebung aufgenommen und frauenorientiert behandelt werden, so lange ihr Schutzbedürfnis gegeben ist. Es fragt sich, wie sich die Frage des Schutzes vor männlicher Gewalt für Männer darstellt.

Handlungsleitende Grundprinzipien und Rechte für eine frauen- und männergerechte stationäre Psychiatrie

Durch die Frauenstudie sind im interdisziplinären Konsens für Diagnose, Behandlungsprozess und Prognose mehrere Versäumnisse der stationären Psychiatrie herausgearbeitet worden, die auch die Bedeutung und die Notwendigkeit frauengerechter Behandlungsangebote begründen. Dies sind:

- der mangelnde Schutz der Patientinnen in den geschlechtsgemischten Stationen vor den Übergriffen von Männern,
- die Bagatellisierung männlicher Gewalt,
- die mangelnde Berücksichtigung des frauenspezifischen Mitteilungsverhaltens bzw. das Fehlen von z.B. Ärztinnen, Psychologinnen, Therapeutinnen als professionellen Behandlungspartnerinnen,
- das Fehlen von „Frauenraum“, als „Raum“ im wörtlichen wie im übertragenen Sinn, als Schutzraum, als Raum zur Wahrung der Frauenwürde, der Wertschätzung, der Intimsphäre, als Raum für Austausch und Empowerment unter Frauen.

Mit Bezug auf die der Untersuchung zugrunde gelegten Definition, dass Behandlungsangebote als frauengerecht zu bezeichnen sind, wenn sie die Lebensverhältnisse der Patientinnen und ihre weiblichen Erfahrungen systematisch aufgreifen, waren im interdisziplinären Konsens mehrere handlungsleitende Prinzipien als Grundlage für Veränderungen erarbeitet, begründet und in einem weiteren Schritt als „*Patientinnenrechte*“ in Anlehnung an die „Rights of Patients“ des WHO Regional Office for Europe (1994) formuliert worden.

Am Beispiel einer Auswahl dieser handlungsleitenden Grundprinzipien bzw. „*Patientinnenrechte*“ skizziere ich abschließend mögliche männerspezifische Untersuchungsfragen, aus deren Ergebnissen ebenfalls handlungsleitende Grundprinzipien bzw. Rechte für eine männergerechte Behandlung bzw. für ein umfassendes Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie zu entwickeln wären, u.a. in Form von konzeptionell zu verankernden und über Qualitätssicherung zu gewährleistenden Leitlinien. Sie müssten sich gleichstellungsorientiert auf Veränderungen in den Stationen und im Stationsalltag beziehen, auf die Entwicklung einer frauen- und männergerechten Diagnostik, Behandlung und Medikation; auf einen an Frauen- bzw. Männerbedürfnissen orientierten Personaleinsatz sowie eine geschlechtersensible Fort- und Weiterbildung des Personals.

Tabelle 1: *Mögliche männerspezifische Untersuchungsfragen im Sinne des Gender Mainstreaming*

Handlungsleitende Grundprinzipien der Frauenstudie bzw. „Patientinnenrechte“	<i>Männerspezifische Untersuchungsfragen zur Entwicklung von handlungsleitenden Grundprinzipien bzw. Rechten</i>
Die Patientinnen haben ein Recht auf um-	<i>Wie kann vor männlicher Gewalt geschützt werden? Welchen Bedarf an Schutz vor Gewalt haben Männer</i>

fassenden Schutz, insbesondere vor Gewalt, die von Männern ausgeht.	<i>als Patienten, insbesondere hinsichtlich Gewalt, die von Männern ausgeht und wie können sie davor geschützt werden?</i>
Die Patientinnen haben ein Recht, sich in frauorientierter Weise umfassend mitteilen zu können.	<i>Zeigen Männer ein geschlechtsspezifisches Mitteilungsverhalten? Haben sie als Patienten einen Bedarf, sich zu männerspezifischen Problemen umfassend mitteilen zu können?</i>
Die Patientinnen haben ein Recht, von professionellen Frauen in Krankheit und Behandlung begleitet zu werden.	<i>Haben Männer als Patienten einen Bedarf, in geschlechtssensibler/männerspezifischer Weise von (männlichen) Fachkräften in Krankheit und Behandlung begleitet zu werden?</i>
Die Patientinnen haben ein Recht auf Frauenräume, die an ihren Bedürfnissen nach Schutz und Austausch mit Frauen, nach Würde, Wertschätzung und Intimität orientiert sind.	<i>Gibt es einen Bedarf an „Männerraum“ zur Wahrung der körperlichen und psychischen Integrität, Intimität und Würde für Männer bzw. zur Bearbeitung männerspezifischer Traumatisierungen als Täter bzw. Opfer von männlicher Gewalt? Haben Männer als Patienten einen Bedarf, sich mit individualbiografischen und strukturellen Männerproblemen auseinandersetzen zu können?</i>
Die Patientinnen haben ein Recht, auf Fachkräfte zu treffen, die ihnen für sie realisierbare weitergehende Möglichkeiten zu ihrer wirtschaftlichen und sozialen Verselbständigung aufzeigen können.	<i>Die Frage der wirtschaftlichen Absicherung, der sozialen Bindungen sowie der hauswirtschaftlichen Selbstversorgung und Verselbständigung müssen für Männer als Patienten auf ihre männerspezifische Bedeutung für ihre Behandlung in der stationären Psychiatrie und die Zeit danach untersucht werden.</i>

Im Falle von Zielkonflikten im Verlauf der Untersuchung sowie bei der Entwicklung von Maßnahmen muss unter Gleichstellungsgesichtspunkten beachtet werden, dass diese keineswegs zu Lasten der Gleichstellung von Frauen gehen dürfen – angesichts der noch bestehenden Benachteiligungen von Frauen in der stationären Psychiatrie durch die geschlechtliche Arbeitsteilung, die Dominanz des Männlichen und die männliche Gewalt.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2001). *Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Band 209 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart.
- Enders-Drägässer, U. & Sellach, B. (Hrsg.). (1999). *Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht* (2. Auflage). Lage: Jacobs.
- Enders-Drägässer, U. & Kühner, H. (2001). Frauen in stationärer psychiatrischer Behandlung. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland* (S. 571-577). Band 209 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart.
- WHO Regional Office for Europe (1994): *Principles of the rights of patients in europe: A common framework*. Endorsed at the Amsterdam Consultation on the Rights of Patients, 1994. Document published in collaboration with Health Law Section, University of Amsterdam.

AG II: Umsetzungsaspekte des Gender Mainstreaming in der ambulanten psychosozialen Beratungspraxis

Kerstin Walther

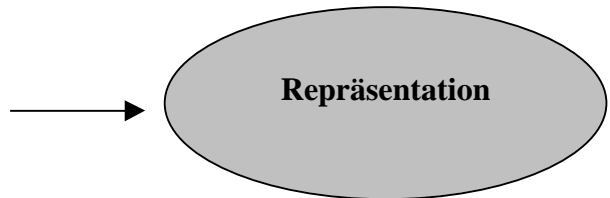
Die Diskussion in der Arbeitsgruppe war mit dem Ziel verbunden, Erfahrungen von AkteurInnen unterschiedlicher Handlungsbereiche und Handlungsebenen mit der Umsetzung des Gender Mainstreaming-Konzeptes in ihren jeweiligen Institutionen und Einrichtungen auszutauschen. Während der Vorstellungsrunde wurde von den einzelnen TeilnehmerInnen der Stand der Genderdiskussion in ihren Einrichtungen präsentiert. Dabei stellte sich heraus, dass der Informationsstand und die Realisierung in der Bandbreite von 'Ich habe mich während der Tagung zum ersten Mal ausführlicher mit Gender Mainstreaming auseinandergesetzt' bis 'Wir haben die ersten Gender-Prozesse erlebt' reichte.

In dieser Arbeitsgruppe diskutierten Vertreterinnen des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, des Landesverbandes Pro Familia, des Kinderschutzbundes, des Niedersächsischen Landfrauenvereines, des Jugendamtes, Frauenforscherinnen und Kommunalpolitikerinnen zu möglichen Anknüpfungspunkten zur Verwirklichung des Gender Mainstreaming in unterschiedlichen Bereichen und auf den verschiedenen Handlungsebenen in der psychosozialen Beratungspraxis.

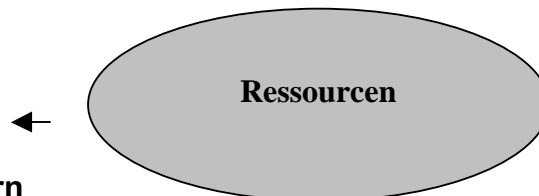
Zur Einführung in die gemeinsame Diskussion wurde eine Methode zur Analyse und Kontrolle von Arbeitsstrukturen und Inhalten vorgestellt, die „3-R-Methode“ (Stiegler 2000: 15). Diese Methode prüft anhand der Kategorien Repräsentation, Ressourcen und Realisierung politische Maßnahmen hinsichtlich ihres Beitrages zur Verbesserung von Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Diese Analysetechnik hat sich im kommunalen Bereich in Schweden zur Verbesserung von Chancengleichheit von Jungen und Mädchen (beispielsweise in der kommunalen Förderung im Sportbereich) und Frauen und Männern (beispielsweise in der Prüfung der Sozialhilfeunterstützung) als wirksam erwiesen (vgl. ebd.). Folgende Skizze veranschaulicht modellhaft die Analysemethode:

Die 3-R-Methode

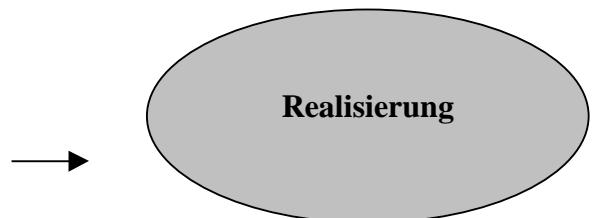
Prüfung, wie viele Frauen und Männer von einer Maßnahme betroffen sind, bei einer Maßnahme mitwirken.



Prüfung, wie die in der Maßnahme bewegten Mittel von Geld, Raum und Zeit zwischen den Geschlechtern verteilt werden.



Analyse der Ursachen der festgestellten Repräsentation und Ressourcen zwischen den Geschlechtern und ihren Veränderungsmöglichkeiten.



—————→
Konsequenzen für das zukünftige Handeln/ Kontrolle der Konsequenzen

Das entscheidende dieser Methode ist, dass dem Gender Proofing, also der gendersensiblen Bestandsaufnahme und Maßnahmeprüfung, die Realisierungs- und Controllingphase folgt. Die Methode zielt auf die Formulierung von Arbeitsaufträgen als Konsequenzen der Bestandsaufnahme zur Veränderung der bestehenden Verhältnisse. Gender Controlling, also die Evaluation der Gestaltungs- und Entwicklungs-

prozesse, ist damit ein fester Bestandteil des Gender Mainstreaming-Prozesses. Damit wird nachhaltig geprüft und sicher gestellt, dass die Entscheidungen und Entwicklungen real dazu beitragen, Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen zu verbessern (vgl. Stiegler 2000: 14).

In der Arbeitsgruppe wurde die 3-R-Methode anhand unterschiedlicher Beispiele aus der Praxis der anwesenden Frauen konkretisiert. Kritisch wurden während der Diskussion mögliche Gefahren im Gender Mainstreaming-Prozess problematisiert. Zentral ging es dabei um missbräuchliche Verwendungen der Gender-Argumentation, die dazu führen können, die Errungenschaften und Erfolge von Frauenpolitik und Frauenförderung zu gefährden. Es wurde noch einmal bekräftigt, dass Gender Mainstreaming bisherige Strategien der Frauenförderung, wie z.B. die Quotierung, nicht ablöst, sondern ergänzt.

Aus der Arbeit im Landesverband Pro Familia wurde beispielhaft berichtet, wie schwierig gendersensibles Vorgehen in diesem traditionellen Frauenberufsfeld sein kann. Für die Realisierung geschlechtsspezifischer Angebote für Mädchen und Jungen in der Pubertät wurde lange Zeit ein männlicher Mitarbeiter gesucht und es stellte sich heraus, dass Männer für die Arbeit aufgrund der Arbeitsbedingungen und Bezahlung nicht zu gewinnen waren. Das Problem von Arbeitsbewertung und Anerkennung der Arbeit wurde thematisiert. Als zentrales Ziel des Gender Mainstreaming-Prozesses wurde hier die Verbesserung der Arbeitsstrukturen benannt, so dass attraktive Arbeitsplätze für Frauen und Männer entstehen. Eine erhöhte gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit in Pro Familia müsste zu einer verbesserten Entlohnung und möglicherweise zur Aufstockung der überwiegenden Halbtagsstellen führen. Der Balanceakt besteht darin, gendersensibel zu arbeiten und dementsprechend die Strukturen neu zu gestalten, ohne die Schonräume für weibliche Adressatinnen und Arbeitsplätze weiblicher Mitarbeiterinnen zu gefährden oder gar zu reduzieren.

Weitere Essentials der Diskussion waren:

- Das Wissen über die jeweiligen Chancen und Grenzen der Konzepte der Frauenförderung und des Gender Mainstreaming muss verbreitet werden. Ansonsten erhöht sich die Gefahr des Missbrauchs der Gender-Argumentation zu Ungunsten von Frauen.

- Es sind sinnvolle Strategien zu entwickeln, um Männer für den Gender Mainstreaming-Prozess zu begeistern, um sie als gute Mitgestalter zu gewinnen. Die bisherigen Erfahrungen diesbezüglich sind eher negativ. Von männlichen Kollegen wird das Konzept eher belächelt als begrüßt. Es kann nicht sein, dass Frauen wieder einmal allein die neuen Strukturen erkämpfen und verteidigen müssen.
- Das Argument der Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern braucht ein Profil. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Gender Mainstreaming als „neue Verkaufsstrategie für einen alten Hut“ herabgesetzt wird.

Als Voraussetzungen für einen gelungenen Gender Mainstreaming-Prozess („damit es nicht nur eine Frage des Papiers bleibt!“) sahen die Arbeitsgruppenteilnehmerinnen folgende Bedingungen und Stolpersteine:

- Bisher sind zu wenige Frauen in den Entscheidungsgremien über finanzielle Ressourcen und Arbeitsbedingungen. Die Frage ist, wie es gelingen kann, Frauen für diese Arbeit zu motivieren. Als Hemmschuhe wurden bestehende Machtstrukturen und das Verhältnis von Frauen zur Macht, fehlende zeitliche Ressourcen und fehlende weibliche Vorbilder benannt. Außerdem wird selten danach gefragt, warum Frauen sich in diesen Gremien nicht beteiligen wollen, so dass geeignete Unterstützungen entwickelt werden könnten. Zudem wird darauf hingewiesen, dass Frauen nach wie vor aus Entscheidungsgremien ausgeschlossen werden. Hier sind wirkungsvolle Strategien zur Öffnung der Gremien gefragt.
- Als dringende Voraussetzung für Chancengleichheit wird ein ausreichendes und qualitativ gutes System der Kinderbetreuung gesehen. Verbesserungen sind nicht nur im quantitativen Angebot gefragt. Die Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen müssen erweitert werden, es fehlen Betreuungen für Kinder unter 3 Jahren und im Grundschulalter.
- Die personenbezogene Arbeit wird in der gesellschaftlichen Anerkennung und finanziellen Entlohnung noch immer geringer bewertet als vergleichbare Tätigkeiten im Handwerk oder Technikbereich. Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen ist nur realisierbar, wenn sie mit einer Aufwertung der personenorientierten Arbeit, die derzeit überwiegend von Frauen geleistet wird, verbunden ist.

- Bei der Umverteilung der finanziellen Ressourcen ist darauf zu achten, dass Gender-Konzepte nicht in Konkurrenz treten im Kampf um die geringen Mittel für Frauen- und Mädchenarbeit.

Das Resümee der Arbeitsgruppe ist, dass wir noch sehr am Anfang stehen in der Diskussion und Umgestaltung für eine Verbesserung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen in unserer Gesellschaft. Gender Mainstreaming hat viele „Baustellen“: im privaten Bereich in den Familien und partnerschaftlichen Auseinandersetzungen, in der Aus- und Weiterbildung, in Netzwerken und Institutionen.

Verwendete Literatur:

Stiegler, B. (2000): Wie Gender in den Mainstream kommt. Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik. Bonn.

AG III: Ermittlung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie

Monika Voß-Büter, Diplom-Psychologin

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen und in der Psychiatrie

Die Diskussion, wie Gender Mainstreaming als Strategie der Europäischen Gemeinschaft im Gesundheitswesen von Niedersachsen verankert werden soll, führte in Zusammenarbeit mit dem Psychiatriereferat des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück und der Universität Osnabrück zu der Idee, im Rahmen einer Diplomarbeit zu untersuchen, ob es in der stationären Psychiatrie geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Behandlungsbedürfnissen von Patientinnen und Patienten gibt.

Ausgangspunkt war eine Rede der ehemaligen Niedersächsischen Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, Heidi Merk. Frau Merk hatte 1999 in einem Vortrag die Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie als Beispiel für die Notwendigkeit einer konkreten Umsetzung des Gender Mainstreaming-Gedankens im Gesundheitswesen genannt:

„Trotz einer intensiven Frauenforschung ist es bisher nur teilweise gelungen, Gesundheit im Kontext des sozialen Geschehens der Menschen zu betrachten und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Gesundheit zu ergreifen. Faktoren wie z.B. Armut, Doppelbelastung der Frauen oder Gewalterfahrungen und deren Wirkung auf die Gesundheit von Frauen und Mädchen sind bisher nicht hinreichend untersucht. Es ist bekannt,

- a) dass Frauen mehr Medikamente – speziell Psychopharmaka – verschrieben werden als Männern,
- b) dass Patientinnen in der Psychiatrie häufig auf eine Versorgungssituation treffen, die gekennzeichnet ist durch nicht getrennte Unterbringung von Frauen und Männern.
- c) Außerdem haben sie vielfach keinerlei Wahlmöglichkeiten, ob sie von männlichem oder weiblichem ärztlichen Pflegepersonal betreut werden. Da davon auszugehen ist, dass ein wesentlicher Teil der Patientinnen Gewalterfahrungen besitzt, ist dieser Umstand wiederum krankheitsverschärfend und wird bisher nicht genügend miteinbezogen.

- d) dass Erkenntnismaßstäbe im Gesundheitswesen in vielen Bereichen auf Behandlungen speziell von männlichen Patienten basieren, z.B. ist dies bekannt aus der Medikamentenforschung oder bezüglich der ‚herkömmlichen‘ Symptome beim Herzinfarkt (Merk, 1999).“

Vorgeschlagen wurde die Herausarbeitung des geschlechtsbezogenen Ansatzes bei jedem einzelnen Vorhaben, um hieraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Die Gesundheitsministerkonferenz beschloss im Juni 2001 einstimmig:

Die GMK stellt fest, dass eine geschlechtsspezifische Differenzierung bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in Umsetzung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik in Deutschland bislang nur in Ansätzen erfolgt. Sie hält eine stärkere Berücksichtigung der besonderen Belange von Frauen und Männern als Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte, wirksame Diagnostik und Behandlung für erforderlich. Die zu geringe Beachtung geschlechtsrelevanter Bedürfnisunterschiede trägt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen bei. (Gesundheitsministerkonferenz, 2001).

Die definierten Ziele der Untersuchung stellten sich somit wie folgt dar:

1. Erfassung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie und Ermittlung von Unterschieden.
2. Entwicklung eines Fragebogens, der alle relevanten Bereiche geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Therapie erfasst und trotzdem – im Hinblick auf eine möglichst geringe Belastung von Patientinnen und Patienten – in einer relativ kurzen Zeit bearbeitet werden kann.

Zur Erforschung der Frage, ob es unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse von Patienten und Patientinnen in der stationären Psychiatrie gibt, stand zum Zeitpunkt der Erhebung kein geeignetes Instrument zur Verfügung. Deshalb war die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Behandlungsbedürfnissen erforderlich.

„Geschlechtsspezifische Behandlungsbedürfnisse“ in der Literatur

Die Literaturrecherche ergab, dass geschlechtsspezifische Behandlungsbedürfnisse bislang nicht in eigenen Studien erfasst werden, sondern nur in Studien zur Behandlungszufriedenheit generell auf Patientenbedürfnisse hingewiesen wird, wobei in der Schreibweise die Spezifikation der Geschlechtszugehörigkeit ebenfalls nicht berück-

sichtigt wird. Werden Wünsche und Erwartungen von Patienten erwähnt, geschieht dies fast ausschließlich „geschlechtsneutral“. Die Ergebnisse der meisten Studien sind nicht nach Geschlechtern getrennt ausgewertet worden oder es wird angemerkt, dass es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Behandlungsbewertung gibt. Zu fragen wäre an dieser Stelle, ob die benutzte Methodik geeignet war, solche Unterschiede tatsächlich zu erfassen. Nachfolgend sind verschiedene Studien zu Behandlungszufriedenheiten aufgeführt, in denen es Hinweise auf Kategorien, Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten gibt. Die „maskuline“ Schreibweise der Studien wird bei den Literaturangaben der Authentizität wegen beibehalten.

In einer Studie von Spießl, Spießl und Cording (1999) wurde 116 Patienten ein Fragebogen vorgelegt, der von 58 Patienten (50%), die für den stationären allgemeinpsychiatrischen Bereich repräsentativ waren, vollständig beantwortet wurde. Mit dem gleichen Fragebogen wurden außerdem 43 Therapeuten (Rücklauf 63%) befragt. Der Studie ließ sich nicht entnehmen, wie sich das Verhältnis von befragten Frauen und Männern darstellte. Die Einschätzung der 39 Items erfolgte auf einer sechsstufigen Antwortskala von „sehr wichtig“ (1) bis „ganz unwichtig“ (6). Die Autoren und die Autorin ermittelten als wichtigste Faktoren für die Patientenzufriedenheit eine erfolgreiche Therapie, Wahrung der Menschenrechte, Privatsphäre, einfühlsame Ärzte, freundliche Mitarbeiter und freier Ausgang. Bis auf den letzten Aspekt wurden diese Faktoren auch von den Therapeuten übereinstimmend bewertet. Signifikant unterschätzt wurde von den Therapeuten im Vergleich zu den Aussagen der Patienten die Aspekte freier Ausgang, Tagesablauf frei bestimmen, Rücksichtnahme unter Patienten, Zweibettzimmer, Ausstattung der Klinik und Mitsprache der Patienten bei der Therapie. Die Verfasser und die Verfasserin geben in ihrer Studie zu bedenken, dass vorliegende Erhebungsinstrumente fast ausnahmslos von Wissenschaftlern entwickelt wurden und es fraglich sei, inwieweit diese die für Patienten wesentlichen Gesichtspunkte einer Behandlungszufriedenheit überhaupt erfassen können. Vorstellungen von Patienten seien bisher nur vereinzelt miteinbezogen worden.

In Übereinstimmung mit anderen Studien beurteilten Patienten Gespräche wichtiger als Medikamente und Einzeltherapie wichtiger als Gruppentherapie (Finke, Teusch & Gastpar, 1995).

Darüber hinaus erwiesen sich die Art und das Verhalten von Mitpatienten als wichtige Kriterien für die Beurteilung der Klinikbehandlung, was in früheren Untersuchungen weitgehend unbeachtet geblieben war. Als besonders sensible Punkte sind die zwischenmenschlichen Aspekte der Behandlung – wie Verhältnis zwischen Patienten, Ärzten und Pflegepersonal – zu berücksichtigen (Rentrop, Böhm & Kissling, 1999).

Ein bedeutsamer Aspekt bei geschlechtsspezifischen Bedürfnissen ist die Präferenz gemischtgeschlechtlicher bzw. getrenntgeschlechtlicher Stationen. Die wichtigsten Argumente für einen gemischten Stationstyp waren die Normalisierung und Humanisierung der Klinikwelt sowie die Simulation der außerklinischen Welt im therapeutischen Umfeld. Damit war die Hoffnung verbunden, dass durch die Gegenwart des anderen Geschlechts aggressive Verhaltensweisen gehemmt und Patienten und Patientinnen mehr auf ihr Äußeres und ihre Umgangsformen achten (Gebhardt & Steinert, 2000; Spießl, Frick, von Kovatsits, Klein & Vukovich, 2001). Diese Hoffnungen wurden in den Untersuchungen vom Klinikpersonal geäußert und waren keine Aussagen der befragten Patientinnen und Patienten.

Spießl et al. (2001) wiesen in ihrer Studie eine signifikante Bedeutung von Einflussvariablen wie Stationstyp, Alter und Geschlecht bei der Präferenz eines bestimmten Stationstyps nach. Danach präferieren Frauen, die auf einer reinen Frauenstation behandelt werden, diesen Stationstyp deutlich (77%). Befinden sie sich allerdings auf einer gemischten Station, so lehnen sie eine getrenntgeschlechtliche Behandlung mit fast der gleichen Mehrheit ab (75%). Männer dagegen geben gemischten Stationen immer den Vorzug, unabhängig davon, auf welcher Station sie sich aktuell befinden. Eine weitere Bedeutung bei der Präferenz eines bestimmten Stationstyps kommt dem Alter zu. Jüngere Patienten bevorzugen gemischtgeschlechtliche Stationen, ältere Patienten fühlen sich wohler auf getrenntgeschlechtlichen Stationen.

Auch in anderen Studien wurde darauf hingewiesen, dass Frauen in Abhängigkeit davon, auf welchem Stationstyp sie behandelt werden, diesen auch entsprechend bevorzugen (Myers, Leahy, Shoeb & Ryder, 1990; Kotin & Schur, 1969; Vieweg, Schubert & Lemke, 1996).

Die Notwendigkeit getrenntgeschlechtlicher Aufnahmesituationen wird in Untersuchungen und Erfahrungsberichten aus der Frauenforschung thematisiert (Enders-Drägässer & Sellach, 1999). Eine Aufnahmestation für Frauen und Männer könne für Frauen mit Gewalterfahrungen eine Wiederholung erlebter Grenzverletzungen oder erlebten Missbrauchs bedeuten, zum Beispiel, wenn Frauen von Männern fixiert würden. Erforderlich sei es auch, Frauen mit Kontrollverlust in der akuten Phase ihrer Erkrankung, in der es möglicherweise von Seiten der Frauen zu Grenzüberschreitungen kommt (sexuelle Kontaktaufnahmen, Pseudobeziehungen), vor sich selbst zu schützen. Immer wieder wird kritisch hervorgehoben, dass in der psychiatrischen Behandlung die Lebensrealität von Frauen ausgegrenzt und krank machende weibliche Lebensbedingungen wie Extremerfahrungen körperlicher, seelischer und sexueller Gewalt, Identitäts- und Existenzkrisen durch Beziehungsprobleme und Wegnahme von Kindern, berufliche und sonstige Benachteiligungen, wirtschaftliche Not und Wohnungslosigkeit ignoriert werden oder zu wenig Beachtung finden.

Mit der Psychiatriereform sind die Alltagsbezüge der Patientinnen und Patienten stärker ins Blickfeld geraten, doch es fehlt immer noch an hinreichenden und systematischen geschlechtsspezifischen Differenzierungen. Festzustellen bleibt, dass gegenwärtig häufig keine Wahlfreiheit zwischen gemischten und getrennten Stationen besteht. Diese Tatsache kann bei der Ergebnisdarstellung nicht unberücksichtigt bleiben.

Empirische Arbeit

Hinweise in Studien zu Behandlungszufriedenheiten, in populärwissenschaftlicher Literatur zur Frauenforschung, in einer unveröffentlichten Diplomarbeit zur Behandlungszufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus und Gespräche mit Psychiatrieerfahrenen und dem Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (LPEN) dienten als Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens zur Ermittlung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie. Die Intention bei der Konstruktion des Instruments war, ein breites Spektrum relevanter Aspekte von Behandlungsbedürfnissen abzubilden, wobei insbesondere die Aspekte Berücksichtigung finden sollten, die Hinweise auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede in den Behandlungsbedürfnissen liefern. Dazu war es erforderlich, entsprechende Hinweise in Studien und anderen Ver-

öffentlichungen zu sichten und aus diesen Publikationen einen großen Itempool zu sammeln.

Der aus den genannten Publikationen gesammelte Itempool wurde acht Primärskalen zugeordnet. Bei der Konstruktion von Skalen galt es, Merkmalsbereiche festzulegen, die relevant sind für geschlechtsspezifische Behandlungsbedürfnisse in der stationären psychiatrischen Versorgung. Die erstellten acht Skalen des Fragebogens erhielten folgende Bezeichnungen: (I) Therapiebedingungen, (II) Soziale Kontakte, (III) Beziehungen, (IV) Therapieangebote, (V) Selbstbestimmung und Struktur, (VI) Räumliche Situation und wohnliche Atmosphäre, (VII) Beziehungen zu Mitpatientinnen und Mitpatienten und (VIII) Informationen.

Skala I erfragt Bedürfnisse nach gleichgeschlechtlichen Beziehungen im therapeutischen Setting (9 Items). Skala II enthält sieben Items, die die Wichtigkeit gleichgeschlechtlicher sozialer Kontakte erfragen. In Skala III geht es um die Beziehungen zwischen Behandelnden und den stationär Aufgenommenen (17 Items). Skala IV prüft mit siebzehn Items Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten nach bestimmten Therapieformen und -inhalten. Die Skala V beinhaltet zwölf Items zu Autonomiebedürfnissen und sieben Items, die Wünsche nach Struktur und Regeln erfassen. Skala VI soll die Wichtigkeit der räumlichen Gegebenheiten und der Atmosphäre auf den Stationen für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten abfragen (19 Items). In Skala VII wird mit neun Items die Bedeutung der Beziehung zu Mitpatienten und Mitpatientinnen festgestellt. Skala VIII versucht mit 16 Items den Bedarf der Patientinnen und Patienten nach Aufklärung über die Medikation und deren Nebenwirkungen sowie Bedürfnisse nach Informationen zum Sorgerecht und Fragen zur Situation nach Beendigung der stationären Behandlung zu ermitteln.

Zur Vermeidung von Dualisierungen innerhalb eines Items – z.B. „Beim Aufnahmegespräch mit einer Frau/einem Mann sprechen zu können ...“ – wurde beschlossen, den Fragebogen in zwei Versionen, getrennt für Patientinnen und Patienten, zu erstellen.

Die Primärfassung des Fragebogens umfasste 115 Items. Die Items wurden als Aussagen formuliert, zu denen die befragten Patientinnen und Patienten in einer mehr-

fach abgestuften Antwortskala angeben konnten, wie wichtig ihnen ein bestimmter Behandlungsaspekt ist. Für die Beantwortung wurde eine fünfstufige Antwortskala verwendet. Die Vier steht für die stärkste Ausprägung „sehr wichtig“, die Drei für „ziemlich wichtig“, die Zwei für „etwas wichtig“, die Eins für „weniger wichtig“ und die Null steht für die geringste Ausprägung „gar nicht wichtig“. Die Fragen zu familiären und beruflichen Lebensbedingungen und persönlichen Befindlichkeiten in den *Patientendaten* sind dichotom und mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Die Antwort „ja“ wurde mit 1, „nein“ mit 2 codiert. Unter Einbeziehung testtheoretischer und inhaltlicher Überlegungen (Korrigierte Trennschärfen, Itemschwierigkeiten und Korrelationen) wurden nach Auswertung der Daten 13 Items eliminiert.

Stichprobe

An der Fragebogenuntersuchung nahmen 40 Patientinnen und 40 Patienten des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück teil. Von den befragten 40 Patientinnen befanden sich 19 Frauen auf einer Station mit dem Schwerpunkt Depression, 12 auf einer allgemeinspsychiatrischen Station mit einem Spezialangebot für Zwangs- und Angstkranke, fünf auf einer Station mit Schwerpunkt in der rehabilitativ orientierten Behandlung und vier auf der Station für Drogenabhängige. Die meisten der befragten Patienten (N=21) befanden sich auf der Station für Drogenabhängige, elf Patienten waren auf der Station mit rehabilitativ orientierter Behandlung untergebracht und jeweils vier Männer befanden sich auf den Stationen Schwerpunkt Depression und Zwangs- und Angstkranke.

Das Alter der Befragten lag bei den Frauen zwischen 16 und 77 Jahren, bei den Männern zwischen 17 und 53 Jahren. Die meisten der Befragten hatten einen Hauptschulabschluss (47,5% der Männer und 55% der Frauen). 48,7% der befragten Frauen und 17,5% der Männer lebten in einer Paarbeziehung. Von den Männern lebten 40% allein und 42,5% in unterschiedlichen Beziehungen, z.B. mit Kindern, Eltern oder in anderen Wohngemeinschaften. 37,5% der Frauen hatten sexuelle und 42,5% körperliche Gewalterfahrungen, bei den Männern waren es 10% mit sexueller und 40% mit körperlicher Gewalterfahrung.

Alle befragten Patientinnen waren auf eigenen Wunsch in stationärer Behandlung, von den Männern waren 15% nicht freiwillig im Landeskrankenhaus.

Ergebnisse

Um zu prüfen, ob Patientinnen und Patienten sich in ihren Bewertungen der Wichtigkeiten von Behandlungsbedürfnissen unterscheiden, wurden Mittelwertvergleiche (t-Tests für unabhängige Stichproben) durchgeführt. Da die Antwort „sehr wichtig“ mit Vier codiert wurde, bedeutet ein hoher Mittelwert eine hohe Wichtigkeit des entsprechenden Merkmalbereichs in der Bewertung der Patientinnen und Patienten. Je größer die Differenz der Mittelwerte zwischen den Patienten und Patientinnen ist, desto stärker unterscheiden sich die Geschlechter in ihren jeweiligen Behandlungsbedürfnissen.

Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte auf Skalenebene nach Geschlechtern getrennt.

Tabelle 1: Mittelwertvergleich aller Patientinnen und Patienten auf Skalenebene

Skalen I bis VIII	Anzahl der Items	Geschlecht	Stichprobe	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz
I Therapiebedingungen	9	m	40	,83	,61	,000**
		w	40	1,98	,77	
II Soziale Kontakte	7	m	40	1,42	,75	,000**
		w	40	2,72	,73	
III Beziehungen	17	m	40	3,03	,72	,001**
		w	40	3,46	,31	
IV Therapieangebote	19	m	40	2,69	,68	,010**
		w	40	3,05	,52	
V Selbstbestimmung und Struktur	19	m	40	3,03	,56	,464 n.s.
		w	40	3,12	,52	
VI Räumlichkeiten und wohnliche Atmosphäre	19	m	40	2,97	,56	,146 n.s.
		w	40	3,13	,41	
VII Beziehungen zu Mitpatienten und Mitpatientinnen	9	m	40	3,06	,70	,618 n.s.
		w	40	3,12	,47	
VIII Informationen	16	m	40	2,88	,74	,687 n.s.
		w	40	2,97	,59	

Anmerkungen: n.s. = nicht signifikant; ** $p \leq .01$

Die Skalen I „Therapiebedingungen“ und II „Soziale Kontakte“ weisen hoch signifikante Mittelwertunterschiede auf ($p < .01$). Auch in den Skalen III „Beziehungen“ und IV „Therapieangebote“ sind die Mittelwerte von Patientinnen höher als die Mittelwerte der stationär aufgenommenen Männer. Das bedeutet, dass sich Patientinnen und Patienten in den zuvor genannten vier Skalen, insbesondere aber in den Skalen I und II, in Bezug auf ihre Behandlungsbedürfnisse unterscheiden. Die Skalen V bis VIII weisen keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten auf.

Um zu prüfen, bei welchen Bedürfnissen geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich werden, wurden mit Hilfe des t-Tests die Mittelwerte – getrennt nach Frauen und Männern – für jedes Item einzeln berechnet. In der Skala I weisen alle Items hoch signifikante Mittelwertunterschiede auf. Inhaltlich bedeutet das, dass bei Patientinnen das Bedürfnis nach gleichgeschlechtlichen Beziehungen im Therapiesetting sehr viel stärker ist als bei Patienten. Beispielsweise ist es für 65% der befragten Patientinnen wichtig, bei dem Aufnahmegespräch mit einer Frau sprechen zu können, während es für nur 17,5% der befragten Patienten wichtig ist, mit einem Mann zu sprechen. 82,5% der Frauen wünschen sich eine Therapeutin, aber nur 10% der Patienten präferieren einen Mann als Therapeuten.

Tabelle 2 zeigt die signifikanten Unterschiede für jedes Item der Skala I.

Tabelle 2: Mittelwertunterschiede in den Items der Skala I zwischen Patientinnen und Patienten

Skala I Therapiebedingungen				
	Ge- schlecht	Mittelwert	Standardabw.	Signifikanz
I.1 Beim Aufnahmegespräch mit einer Frau/einem Mann sprechen zu können	m	,95	1,06	,000**
	w	2,15	1,44	
I.2 Eine Frau/einen Mann als Therapeutin/en wählen zu können	m	,65	,74	,000**
	w	3,03	1,27	
I.3 Ausschließlich weibliches/männliches Pflegepersonal auf der Station	m	,53	,88	,005**
	w	1,23	1,23	
I.4 Dass leitende Positionen in der Klinik von Frauen/Männern besetzt sind	m	,88	1,04	,000**
	w	2,08	1,21	
I.5 Dass ich bei einem/r Psychologen/Psychologin Einzeltherapie habe	m	1,63	1,31	,000**
	w	3,18	1,30	
I.6 In einer reinen männlichen/weiblichen Gruppe Therapie zu machen	m	,75	1,03	,033*
	w	1,30	1,22	
I.7 Dass die Gruppe von einer Frau/einem Mann geleitet wird	m	,83	1,06	,000**
	w	1,90	1,41	
I.8 Dass es Therapieangebote speziell nur für Frauen/Männer gibt	m	1,05	1,22	,002**
	w	2,05	1,57	
I.9 Auf einer reinen Frauen-/Männerstation zu sein	m	,25	,59	,004**
	w	,88	1,16	

Anmerkungen: **p < .01, *p < .05

In der Skala II „Soziale Kontakte“ gibt es hoch signifikante Mittelwertunterschiede (p < .01) zwischen Frauen und Männern bei den Items 1, 2, 3 und 6 (siehe Tabelle 3). Diese Ergebnisse unterstützen die schon in Skala I „Therapiebedingungen“ ge-

machten Befunde, dass sich Patientinnen und Patienten gerade in den Merkmalsbereichen, in denen es um geschlechtshomogene Beziehungen sowohl auf therapeutischer als auch auf allgemeiner zwischenmenschlicher Ebene geht, deutlich unterscheiden.

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen der Items, bei denen Unterschiede auftreten.

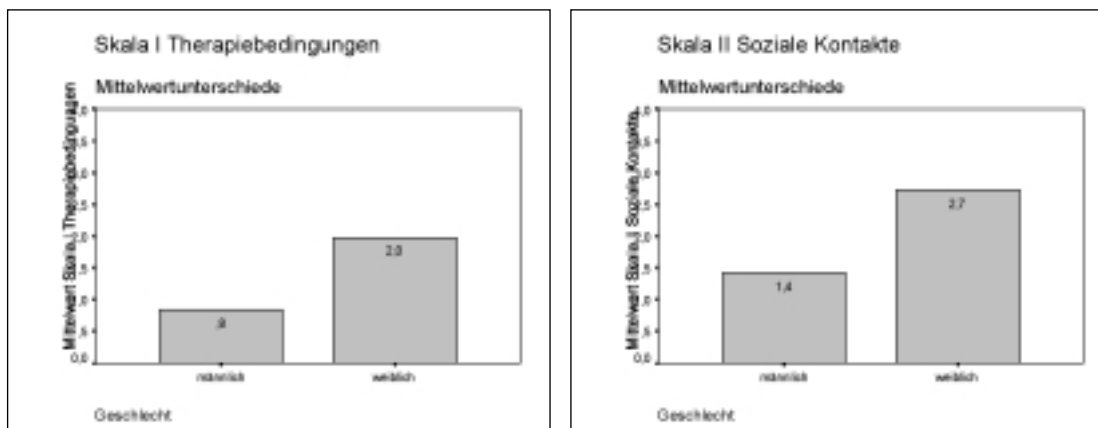
Tabelle 3: Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzen der Skala II „Soziale Kontakte“

Skala II Soziale Kontakte				
	Ge- schlecht	Mittelwert	Standar- dabw.	Signifikanz
II.1 Gespräche mit einer Frau/einem Mann zu führen	m	1,10	1,01	,000**
	w	3,20	,79	
II.2 Mit einer Frau/einem Mann über Probleme zu sprechen	m	1,20	1,02	,000**
	w	3,30	,79	
II.3 Mit einer Frau/einem Mann über Gefühle und Ängste zu sprechen	m	1,03	1,10	,000**
	w	3,15	,92	
II.6 Mit einer Frau/einem Mann über sexuelle Erfahrungen zu sprechen	m	,98	1,19	,000**
	w	2,38	1,58	

Anmerkungen: ** p < .01;

Die graphische Darstellung veranschaulicht noch einmal die signifikanten Unterschiede in den beiden ersten Skalen.

Abbildung 1: Graphische Darstellung der Mittelwerte der Skalen I und II, getrennt nach Geschlechtern



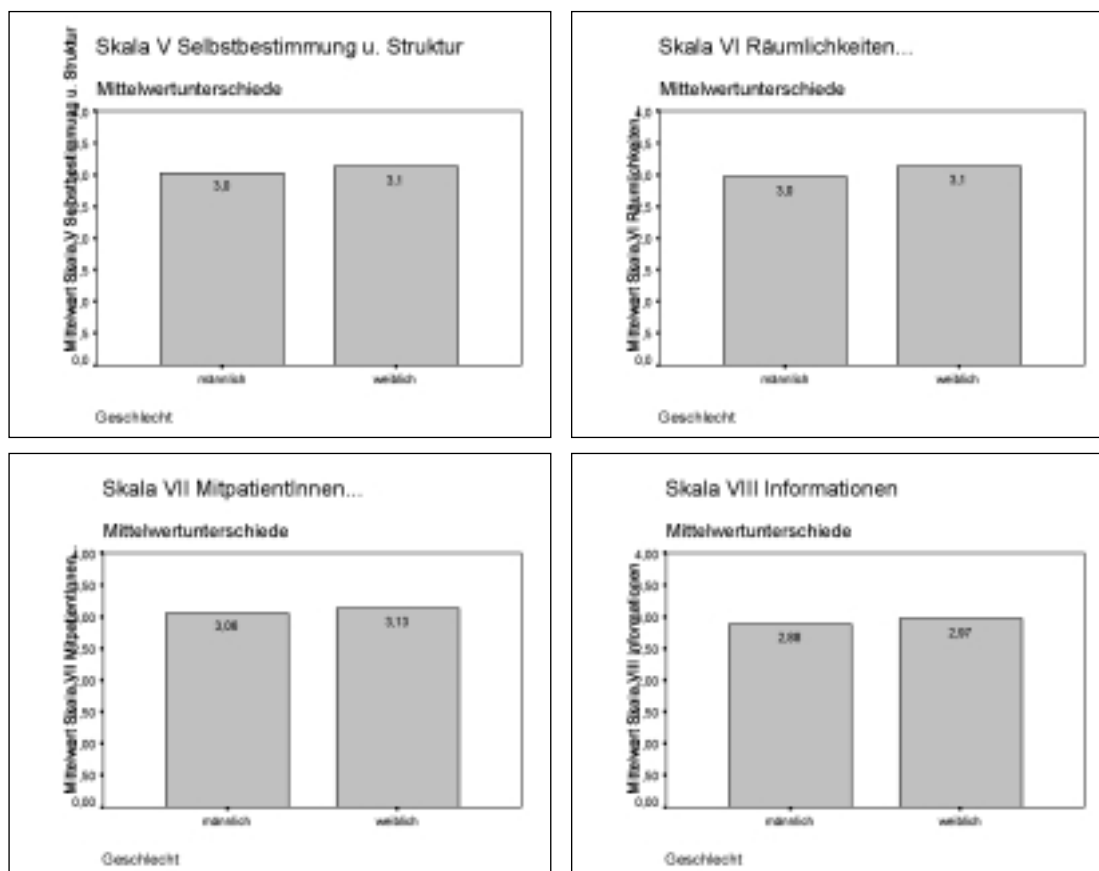
Für die Skalen III „Beziehungen“ und IV „Therapieangebote“ werden an dieser Stelle exemplarisch einige Items genannt, die deutliche Unterschiede in der Bewertung der Wichtigkeiten für Patientinnen und Patienten aufweisen:

„Immer von ein und derselben Therapeutin/demselben Therapeuten betreut zu werden“ (Item III.1) ist für 95% der Frauen, aber nur für 72,5% der Männer wichtig. „Regelmäßige Gespräche mit PsychologInnen“ (Item III.3) wünschen sich 92,5% der Frauen und 65% der Männer.

Das Bedürfnis nach „Regelmäßiger Einzeltherapie“ (Item IV.1) haben 92,5% der Frauen, aber nur 60% der Männer. Die Therapieangebote „Ergotherapie“, „Physiotherapie“ und „Entspannung“ werden von 70 bis 80% der Patientinnen und durchschnittlich 50% der Patienten als „ziemlich“ bis „sehr wichtig“ bewertet.

Die Behandlungsbedürfnisse von Frauen und Männern in den anderen Merkmalsbereichen weisen starke Ähnlichkeiten in den Bewertungen der Wichtigkeiten auf. Abbildung 2 stellt die weit gehenden Übereinstimmungen graphisch dar.

Abbildung 2: Graphische Darstellung der Mittelwerte der Skalen V bis VIII, getrennt nach Geschlechtern



Die Hinweise von Spießl et al. (2001), dass die Station, auf der sich Patientinnen und Patienten befinden, als Einflussvariable eine signifikante Bedeutung für die Präferenz

eines bestimmten Stationstyps hat, scheint sich in dieser Studie zu bestätigen. Nur 17,5% der befragten Frauen bevorzugten eine reine Frauenstation, während nur 2,5% der Männer eine reine Männerstation präferierten. Alle befragten Probanden befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf gemischtgeschlechtlichen Stationen.

Einfluss von Kovariaten

Um zu prüfen, ob es außer dem Faktor „Geschlecht“ noch andere Faktoren gibt, die sich auf die Variable „Behandlungsbedürfnisse“ auswirken, wurde mittels Varianzanalyse der Einfluss konfundierender Faktoren untersucht. Für die Skalen I „Therapiebedingungen“ und II „Soziale Kontakte“ ergaben sich keine weiteren Effekte, sodass der Befund als valide angesehen werden kann. Man kann davon ausgehen, dass die gefundenen signifikanten Unterschiede in den beiden Skalen auf geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Bewertungen der Wichtigkeit abgefragter Behandlungsaspekte basieren.

Die varianzanalytische Überprüfung der beiden Skalen III „Beziehungen“ und IV „Therapieangebote“ lassen dagegen auf univariater Ebene einen Einfluss der Kovariaten „Drogenabhängigkeit“ erkennen. Im Vergleich weisen drogenabhängige Männer (die Ergebnisse der drogenabhängigen Frauen lassen sich wegen der zu kleinen Stichprobe N=4 nicht interpretieren) gegenüber nicht drogenabhängigen Männern und Frauen in den Skalen III und IV einen deutlich geringeren Mittelwert auf:

Tabelle 4: *Einfluss der Kovariaten „Drogenabhängigkeit“ auf die Mittelwerte der Skalen III und IV*

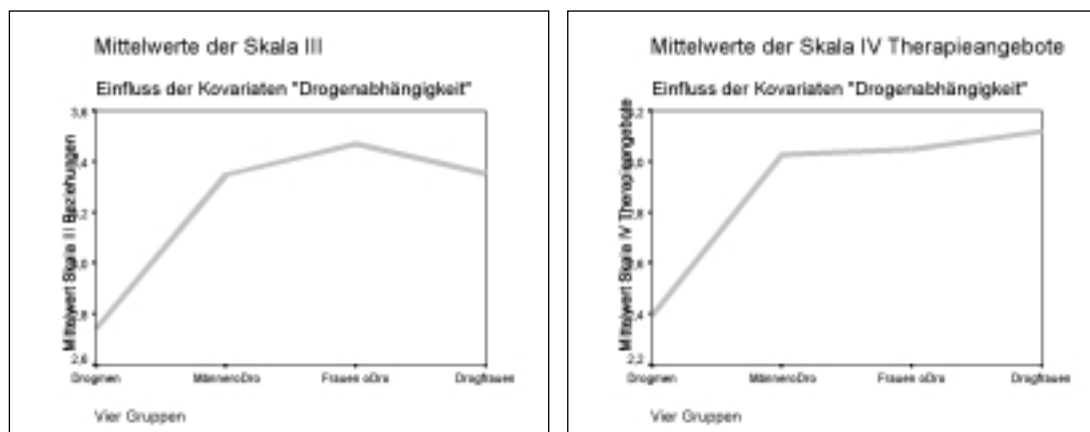
	drogenabhängige Männer	nicht drogenabhängige Männer	nicht drogenabhängige Frauen
Skala III	M = 2,74	M = 3,35	M = 3,47
Skala IV	M = 2,39	M = 3,03	M = 3,05.

Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass die stationär aufgenommenen Drogenabhängigen sich zum Zeitpunkt der Aufnahme und während des durchschnittlich zehn Tage währenden Aufenthalts noch in einer Akutphase befinden, in der sie wenig an Beziehungen und Therapieangeboten interessiert sind. Die körperlichen Symptome und allgemeinen Missempfindungen sind derart vorherrschend, dass alle von außen herangetragenem Angebote als störend empfunden

werden. Diese Auffassung wird durch die Erfahrungen der Schwestern und Pfleger der Stationen S 4/S 5 bestätigt.

Abbildung 3 zeigt die graphische Darstellung der Mittelwerte der Skalen III „Beziehungen“ und IV „Therapieangebote“ getrennt nach den Gruppen „drogenabhängige Männer“ (Drogmen), „nicht drogenabhängige Männer“ (MänneroDro), „nicht drogenabhängige Frauen“ (FrauenoDro) und „drogenabhängige Frauen“ (Drogfrauen).

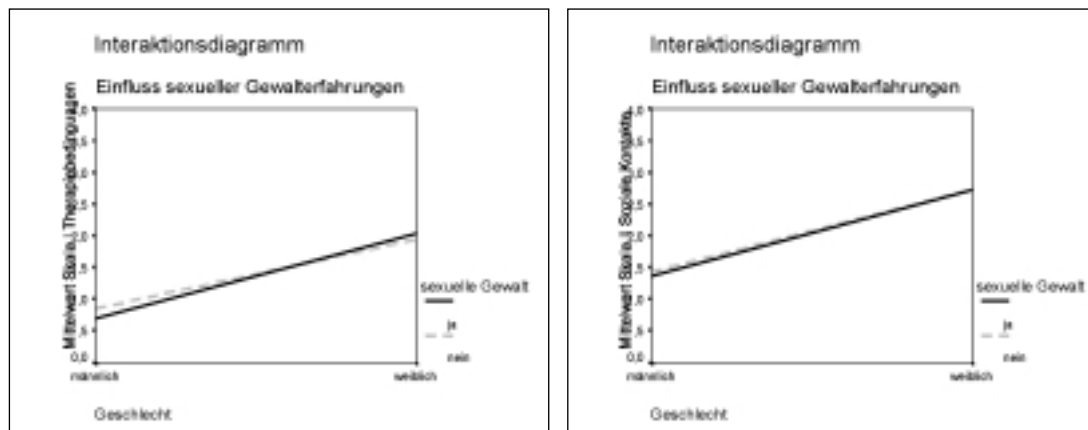
Abbildung 3: Mittelwerte der Skalen III und IV getrennt nach vier Gruppen



Es muss aber an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass multivariat keine Signifikanz sichtbar wurde ($p=.082$), so dass der Einfluss des Faktors „Drogen“ im Rahmen dieser Analyse als nicht bewiesen angesehen werden muss. Festzuhalten bleibt, dass nicht drogenabhängige Frauen und Männer in den beiden überprüften Skalen III und IV sehr ähnliche Bedürfnisse in den abgefragten Merkmalsbereichen haben und sich darin nicht wesentlich voneinander unterscheiden.

Überraschend ist, dass sich sexuelle Gewalterfahrungen von Patientinnen in dieser Untersuchung kaum auf die Behandlungsbedürfnisse auswirken. Bei der Überprüfung des Zusammenhangs von „sexuellen Gewalterfahrungen“ mit den Bedürfnissen gab es kein signifikantes Ergebnis. Abbildung 4 zeigt für die Skalen I „Therapiebedingungen“ und II „Soziale Kontakte“ die Auswirkung sexueller Gewalterfahrungen von Frauen und Männern auf die Behandlungsbedürfnisse.

Abbildung 4: Interaktion Behandlungsbedürfnisse und sexuelle Gewalterfahrungen



Interessant ist auch, dass 74,3% der befragten Patientinnen und 72,5% der Patienten die Frage, ob die Möglichkeit einer stationären Mitaufnahme von Kindern für sie wichtig ist, mit „nein“ beantworteten. Eine Erklärung könnte sein, dass stationär aufgenommene Frauen und Männer so viele Probleme mit sich selbst haben, dass sie sich nicht in der Lage fühlen, sich noch zusätzlich um ihre Kinder zu kümmern.

Diskussion

Es wurde die Frage untersucht, ob sich Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie in ihren Behandlungsbedürfnissen unterscheiden. Diese Annahme wurde auf Skalen- und Itemebene geprüft. Für die beiden Skalen I „Therapiebedingungen“ und II „Soziale Kontakte“ lässt sich die Aussage treffen, dass die hier gefundenen Unterschiede in den Behandlungsbedürfnissen geschlechtsspezifisch sind, da sich keine anderen Einflüsse nachweisen ließen. Die tendenziell niedrigere Beurteilung der Relevanz geschlechtshomogener Konstellationen im Behandlungssetting von beiden Geschlechtern gegenüber anderen Aspekten von Behandlungsbedürfnissen wirft die Frage auf, ob dieser Merkmalsbereich tatsächlich als weniger wichtig bewertet wird als andere Bedürfnisbereiche oder ob es eine andere Erklärung gibt. Beispielsweise könnte ein Zusammenhang bestehen zwischen einer abwartenderen und kritischeren Haltung der Probanden zu Beginn einer Befragung und der Platzierung eines Themenbereiches am Anfang des Fragebogens.

Die relativ hohen Mittelwerte der anderen Skalen geben Anlass zu der Überlegung, ob Statements in diesen Skalen (alle Items sind als Aussagen formuliert) positive Antworttendenzen indizieren. Eine Umformulierung von Items zur Vermeidung von

Deckeneffekten, die eine Differenzierung erschweren, sollte in Erwägung gezogen werden.

Anzumerken wäre an dieser Stelle, dass Fragen zu Bedürfnissen nach gegengeschlechtlichen therapeutischen Bezugspersonen als Ergänzung zu Fragen nach gleichgeschlechtlichen Kontakten im Therapiesetting sinnvoll sein können. In Gesprächen mit Patienten kam zum Ausdruck, dass einige von ihnen Frauen wegen des „größeren Einfühlungsvermögens“ bevorzugen würden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse bleibt zu berücksichtigen, dass für diesen Forschungsbereich vergleichbare empirische Untersuchungen zu Behandlungsbedürfnissen fehlen.

Fazit

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass sich Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie in ihren Behandlungsbedürfnissen unterscheiden. Sie unterscheiden sich in den Merkmalsbereichen, in denen es um geschlechtshomogene Beziehungen im therapeutischen Setting und auf alltäglicher zwischenmenschlicher Ebene geht. In anderen Bereichen wie beispielsweise „Informationen“ weisen Frauen und Männer in ihren Bedürfnissen weitgehende Übereinstimmungen auf.

Ausblick

Für die Weiterentwicklung und Fortführung des Gender Mainstreaming-Gedankens im niedersächsischen Gesundheitswesen sind weitere empirische Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Behandlungsbedürfnissen notwendig und geplant. Die intensive Erforschung der Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie im Sinne von Gender Mainstreaming soll als Informationsquelle für Optimierungsbemühungen im individuellen Therapieprozess und zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker genutzt werden und dazu dienen, den Qualitätsstandard der Landeskrankenhäuser weiter zu erhöhen.

Es lässt sich die Hypothese aufstellen, dass die Befriedigung spezifischer Bedürfnisse von Männern und Frauen in der stationären Therapie Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit hat, die wiederum die Compliance von Patientinnen und Patienten

mitbestimmt und somit auch für die Prädiktion des Therapieerfolges von Bedeutung ist.

Literatur

- Enders-Drägässer, U. & Sellach, B. (Hrsg.). (1999). *Frauen in der stationären Psychiatrie – Ein interdisziplinärer Bericht*. Lage: Hans Jacobs.
- Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.). (2001, Juni). Ergebnisprotokoll der 74. Gesundheitsministerkonferenz am 21./22.06.2001.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 22, 112-116.
- Gebhardt, R.-P. & Steinert, T. (2000). Einstellungen von Patienten und Personal zu gemischtgeschlechtlichen Stationen in der Akutpsychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 21-24.
- Kotin, J. & Schur, J.M. (1969). Attitudes of discharge mental patients toward their hospital experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149, 408-414.
- Myers, D.H., Leahy, A., Shoeb, H. & Ryder, J. (1990). The patients' view of life in a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 156, 853-860.
- Merk, H. (1999, März). *Rede der Niedersächsischen Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales, Heidi Merk*, anlässlich des GF-Ausschusses am 18.03.1999 in Hannover.
- Rentrop, M., Böhm, A. & Kissling, W. (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung – Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 67, 456-465.
- Spießl, H., Spießl, A. & Cording, C. (1999). Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 26, 3-8.
- Spießl, H., Frick, U., Kovatsits, U. v., Klein, H.E. & Vukovich, A. (2001). Getrennt- oder gemischt-geschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Nervenarzt*, 72, 515-520.
- Vieweg, T., Schubert, R. & Lemke, S. (1996). Das Stationsklima gemischt- und getrennt-geschlechtlicher akutpsychiatrischer Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 23, 290-293.

AG IV: Möglichkeiten und Grenzen von Gender Training

Christel Ewert, Supervisorin und Organisationsberaterin, Equality, Personalentwicklung und Strategieförderung, Hannover

Was ist eigentlich Gender Training?

Gender Trainings haben Konjunktur. Für die Geschlechterdimension sollen Menschen sensibilisiert werden, die verschiedensten Organisationen mit unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Inhalten angehören. Die meisten Organisationen benötigen EU-Mittel, deren Bewilligung an die Umsetzung des Gender Mainstreaming¹ gekoppelt ist. Für andere Organisationen sind Qualitätssicherung oder zielgruppenspezifische Angebote unter der Geschlechterperspektive ein wesentliches Motiv, um in einen durch externe ExpertInnen begleiteten Gender Prozess einzusteigen.

In unserem Sprachraum haben wir für das Wort *Gender* – das soziale Geschlecht mit allen Zuschreibungen, Idealisierungen, Widersprüchen – noch nicht einmal einen Begriff. Dies ist bezeichnend, werden doch unsere deutschen Diskussionen häufig sehr biologistisch geführt, ist der Begriff Geschlecht mit den biologischen Eigenschaften von Männern und Frauen eng verknüpft.

Gender Mainstreaming und Gender Training gehen von der Zweigeschlechtlichkeit der Gesellschaft aus: Die überwiegende Anzahl von Männern und die überwiegende Anzahl von Frauen zeigen ein geschlechtersignifikantes Verhalten, das neben der individuellen eine strukturelle Dimension aufweist. Die Orientierung am Männlichen als menschlichen Maßstab wird nun erweitert um die Perspektive des Weiblichen. Gender Training ist ein konstruierter, teils öffentlicher, teils geschützter Raum, in dem die eigene Geschlechterrolle im Verhältnis zur anderen Geschlechterrolle unter Anleitung einer Expertin/eines Experten thematisiert und reflektiert werden kann. Dabei besteht ein *Spannungsverhältnis zwischen reflexiv-psychologischer und strategisch-politischer Ausrichtung*: Im Gender Training werden Annahmen und Vorannahmen über das eigene und das andere Geschlecht zum Thema gemacht – und das im direkten Austausch und Abgleich. Neben den subjektiven Erfahrungen der Teilnehmenden werden aber auch Daten auf Grundlage von Genderforschung geschlechterdifferenziert ausgewertet. Die Dilemmata mit der Geschlechterrolle und die Bedeutung von Unterschiedlichkeit, der eigenen und gegenseitigen Annahmen und Zuschreibungen, können in dem Rahmen, der durch eine Gendertrainerin und einen Gendertrainer aufgebaut wird, kommunizierbar werden.

Zum Einstieg kann zunächst in reinen Frauen- bzw. Männergruppen die Geschlechterrelevanz reflektiert werden. Im eigentlichen Gender-Seminar müssen aber *beide Geschlechter* beteiligt sein, mindestens in Form einer 1/3 zu 2/3-Parität (Männer/Frauen).

¹ „Gender-Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation der Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteurinnen und Akteure den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen.“ (Mückenberger & Tondorf, 2000, S. 7).

Wie funktioniert Gender Training?

Von der Gesellschaftsanalyse...

Mit der Vermittlung von *theoretischen Grundlagen* aus der Frauen- und/oder Geschlechterforschung gebe ich in Genderseminaren zum Einstieg eine Orientierungshilfe. Konkrete Beispiele aus dem Alltag der Kursteilnehmenden ermöglichen es, die Theorie mit der Praxis anschaulich zu verknüpfen: So habe ich in Vorbereitung auf Seminare in einer Verwaltung die Teilnehmenden dazu angeregt, sich die quantitativen Daten über Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen anzusehen und sie nach Altersstruktur auszuwerten. In der Arbeit mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern könnte man eine Bedarfsanalyse für Jungen und Mädchen vorschlagen und die Ergebnisse im Genderprozess auswerten. Dabei kann die Nutzung von öffentlichem Raum eine Rolle spielen, der Bewegungsradius, der Stadtteil o.ä.. So können die Teilnehmenden bereits im Vorfeld einen Transfer von der Geschlechterthematik zu ihrem Arbeitsbereich herstellen. Im Anschluss formulierte Fragen dienen der Reflexion und helfen, die Auswertung und Diskussion in Bahnen zu lenken.

Problemerkennung und theoretischer Input werden durch Wahrnehmungsübungen verfestigt: Mit welchen Bildern von außen sind wir konfrontiert? In welchem Spannungsverhältnis von doppelten Botschaften bewegen sich Männer und Frauen? Was sind die jeweiligen Bewältigungsstrategien? Ich arbeite in diesem Zusammenhang gern mit Kollagen, Bildern aus der Werbung oder aus der Geschichte. Zur Verarbeitung eignen sich Standbilder (menschliche Skulpturen) zu Männlichkeit und Weiblichkeit und die anschließende Analyse. Die Standbilder ermöglichen einen Transfer zwischen Innen- und Außenbildern. Meine Erfahrung mit dieser Arbeit ist, dass die Widersprüche, denen wir zu unserer eigenen Geschlechterrolle begegnen, in Standbildern sehr deutlich werden, für uns selbst und für andere.

... über das Individuum ...

Die Identität als Mann oder als Frau ist direkt verbunden mit unserem Selbst und unserem Verständnis, wie wir uns in dieser Welt bewegen. Geschlechtliche Zugehörigkeit definiert uns, ihre Aberkennung verletzt und verunsichert. Gern werden zum Beispiel so genannte Cross-Gender-Bezeichnungen angewandt, um lächerlich zu machen, wie in den Film-Lacherfolgen „Charly's Tante“ oder „Manche mögen's heiß“. Dann die abwertenden Witze über homosexuelle Menschen. Oder Sätze über Karrierefrauen, denen die Weiblichkeit aberkannt wird: „Die benimmt sich wie ein Kerl“, „die ist schlimmer als ein Kerl“, oder auch „sie ist unser bester Mann“. Beim genauen Hinsehen wird die Zuschreibung von Männlichem bei Frauen manchmal wie ein „Ritterschlag“ verstanden, die Zuschreibung von Weiblichkeit bei Männern jedoch eher als Abwertung. *Die Geschlechterrollen sind fast immer mit Bewertung von besser oder schlechter belegt.* Diese Wertung macht das Arbeiten mit der Geschlechterrolle zu einer äußerst brisanten Gratwanderung.

Frauen haben durch ihren Gang durch die Institutionen meist mehr Erfahrung damit, die Unterschiedlichkeit männlicher und weiblicher kollektiver Herangehensweisen wahrzunehmen. Männer hingegen haben bisher häufig wenig Veranlassung gehabt, sich der Unterschiedlichkeit männlicher und weiblicher Lebenswelten zu widmen. Die kritischen Stimmen der Männerbewegung sind zudem noch sehr zarte Pflanzen und wenig populär unter Männern.

In diesem Verhältnis von Ungleichheit sind Gender Trainings für jede einzelne Person eine wirklich große Herausforderung, die von ihr die Bereitschaft erfordert, sich

selbst in Frage zu stellen und dennoch weiter gehen zu können. Mit den Kollegen und Kolleginnen auf die Suche nach neuen eigenen Konzepten zu Männlichkeit und Weiblichkeit zu gehen, ist ein spannender Prozess, der Verständnis und Nähe erzeugt. Eine weitgefächerte Methodenkompetenz ist für die professionelle Begleitung dieser Prozesse unerlässlich. Im Folgenden beschreibe ich einige Ansätze:

Ein methodischer Baustein ist die *Reflexion der eigenen Biografie*, dem Entstehen von Orientierungsfeldern im Kontext der eigenen Entwicklung als Mann oder als Frau: Wer hat mich auf meinem Weg geprägt oder beeinflusst? Was davon unterstützt mich heute noch? Was davon behindert mich heute? Ich arbeite z.B. mit verschiedenen berufsbiographischen Kurven, um die Unterschiedlichkeit männlicher und weiblicher Lebensläufe sichtbar werden zu lassen.

Neben dem Blick in die Vergangenheit gehört zum Gender Training auch der Blick nach vorn, die *Visionsarbeit*: Jedes Entwickeln von einer besseren Zukunft lässt ein Bild entstehen, das uns Zugang zu unseren Wünschen, Träumen und Sehnsüchten gibt. Diese Bilder setzen Energien frei; es macht Spaß, sich zu überlegen, wie eine partnerschaftliche Welt aussehen könnte. Ohne diese zukunftsgerichteten Bilder bleibt die Genderarbeit ein mühsamer Akt. Ich arbeite in dem Zusammenhang mit Ritualen, Fantasiereisen und Zukunftswerkstätten.

Anhand von *Rollenspielen* biete ich eine konstruierte Situation an, die es ermöglicht, geschlechterdifferentes, teilweise auch unverständliches Verhalten sichtbar werden zu lassen und damit kommunizierbar zu machen. Rollenspiele im beruflichen Kontext (zum Thema Delegation, Abmahnung, Beförderung etc.) eignen sich hier beispielsweise, um gemeinsam ins Gespräch zu kommen. Darüber werden Unterschiede wahrgenommen, es kann Kontakt entstehen und gemeinsam überlegt werden, wie die gespielte Situation in einer „Win-Win“-Auflösung bewältigt werden könnte. Eine gründliche Reflexionsphase gibt Aufschluss über die zugrunde liegenden Annahmen und Interpretationen.

... zur Organisation

Eine Organisation ist ein äußerst lebendiges Gebilde, das von Widersprüchen nur so wimmelt. Laut Chris Argyris (1997) werden diese Widersprüche jedoch undiskutierbar gemacht und es wird so getan, als bestünden sie nicht. Sie entstehen aber schon im Laufe der Gründungsphase und manifestieren sich in der Entwicklung der Organisation stetig. Diese Widersprüche hindern Menschen in Organisationen an lösungsorientiertem Austausch und gegenseitiger Entwicklung.

Die kontinuierliche Bevorzugung von Männern in Organisationen ist solch ein Widerspruch, der stets geleugnet wird und mit hohen Tabus belegt ist: Es gibt trotz Quotierung in Deutschland meines Erachtens keine geschlechtergerechte Organisation. Auch deshalb ist Frauenförderung ein so zäher Prozess in Verwaltungen, und deshalb funktionieren die Selbstbindungen bei Förderprogrammen häufig nicht – weil es eben doch nicht konsequent gewollt wird. Vor drei Jahren auf einem Kongress zu Chancengleichheit habe ich für diesen Impuls noch erheblichen Widerstand erfahren. Die Sichtweise, dass es die Grundsätze, die *Kultur* einer Organisation hinterfragt und verändert, wenn sie sich der Geschlechtergerechtigkeit widmet und sich die Handlungsträgerinnen und Handlungsträger entscheiden, sich nicht als Mensch, sondern immer auch als Frau oder Mann zu begegnen, ging den meisten dann doch zu weit. Und dennoch sind diese Gedanken nicht neu. Sie entstanden für mich im Kontext der „managing-diversity“-Idee durch Tom Peters Mitte der 80er Jahre. Dies, und wie der

diversity-Gedanke auch die Genderfrage tangiert, beschreiben in Deutschland nur wenige Autoren und Autorinnen. Allen voran und seit vielen Jahren weist Dorothea Assig (z.B. in Assig & Beck, 1996) in ihren Publikationen auf die allgegenwärtige Einseitigkeit der männlichen Ausrichtung von Organisationen hin.

Da die tabubesetzten Widersprüche in der Kultur einer Organisation abgelagert werden, können sie auch nur über die Arbeit mit und an der bisherigen Organisationskultur erneuert werden. Deshalb reichen die Ansammlung einzelner Gender Trainings auf unterschiedlichen Ebenen nicht aus, um einen Hauptstrom (Mainstream) zu initiieren. Entsprechend muss ein erfolgreiches Gender Training eingebettet sein im gesamten Organisationsprozess (strategischer Dialog), im Leitbild, in den Veröffentlichungen der Organisation und vieles mehr. Der Prozess sollte kommunikativ, leidenschaftlich und transparent begleitet werden. Es ist deshalb für GendertrainerInnen unerlässlich, sich mit den Instrumentarien der *Organisationsberatung* auszukennen. Die Kultur einer Organisation strahlt in jedes einzelne Teil aus. Eine Trainingsmaßnahme, die die strukturelle Innen-Dimension außer Acht lässt, ist nicht auf Nachhaltigkeit ausgelegt.

Es gibt unterschiedliche Verfahren, wie man in Organisationen *der Kultur auf die Spur kommen* kann. Folgende Fragen könnten z.B. innerhalb eines Trainings unter Männern und Frauen diskutiert werden:

- Wie arbeiten wir hier miteinander, als Mann und als Frau?
- Welche Verhaltensweisen werden gefördert, welche werden abgewertet, welche werden sanktioniert, warum ist das so?
- Wie würden wir unsere Kultur der Zusammenarbeit beschreiben?
- Welche Visionen wollen/können wir in Bezug auf partnerschaftlichen Umgang miteinander entwickeln?
- Neben dem kulturellen Aspekt ist es auch erforderlich, die *Daten* nicht außer Acht zu lassen:
- Wie sind bei uns die Positionen verteilt und ausgestattet?
- Wer hat welchen Zugang zu welchen Ressourcen?
- Wie bewerten wir das?
- Was sind in unserem Haus Indikatoren für Macht und Einfluss?
- Wie sieht diese Erkenntnis unter der Geschlechterschablone aus (z.B. Räume, Budget, Weiterbildungen...)?

Was kann Gender Training leisten?

So umgesetzt ist Gender Training ein erfolgreiches Mittel, um Ungleichheit und Widersprüche im Umgang mit Geschlechterrollen aufzudecken und bearbeitbar zu machen. Die bisherige Annahme, dass männliche Bedarfe die eigentlichen und die weiblichen Bedarfe die abweichenden sind, wird im Seminar reflektiert und kommunizierbar. Es entsteht z.B. eine Sensibilisierung für strukturelle und/oder individuelle männliche subtile Dominanz. Dies fördert das Verstehen über Verletzungen und Abwertung.

Durch die Verständigung und Wertschätzung über Unterschiedlichkeit wird der Horizont für neue Gedanken erweitert, es entsteht *eine neue Kommunikationskultur ge-*

gegenseitiger Wertschätzung. Damit werden die Sozialkompetenzen der Gruppe und der Einzelnen erhöht. Eine Gruppe, die sich zuhört und nachfragt, entschleunigt, wird aufmerksamer und gründlicher in der Analyse von Problemen und Ideen. Die Zuschreibung fester Rollen in Gruppen oder Teams kann aufgelöst werden. Es ist durchaus denkbar, dass mit Rollenwechsel gespielt wird; so wird auch bei spannungsgeladeneren Themen die Trennung von Person und Inhalt eher möglich.

Frauenkompetenz fließt stärker in den Betrieb ein! Das ist ein weiterer Gewinn, der durch Gender Training erreicht werden kann: Frauen sind in den meisten Ländern dieser Welt die Mittlerinnen zwischen Lebens- und Arbeitszeiten (Kinder, Versorgung der alten Menschen usw.). Damit sind sie nicht nur das „gehetzte Geschlecht“, sondern auch Kritikerinnen traditioneller Arbeitszeitverteilung. Überall wo Frauen sind, verlaufen die Sitzungen und Besprechungen kürzer und effektiver als in reinen Männertreffen. Da die meisten Teilzeitarbeitsplätze mit Frauen besetzt sind, bestehen auch in diesem Bereich viele Erfahrungen über Koordination, Kommunikation und Effizienz. Dieses Wissen brauchen Organisationen mehr denn je, aber leider wissen sie es noch nicht immer. Im Gender Training werden Lebens- und Familienthemen in den beruflichen Alltag transportiert und die Bedeutung für das Arbeitsleben wird für alle erkennbar.

An dieser Stelle möchte ich ein Beispiel dafür vorstellen, wie Gender Training als *Team-Entwicklungsmaßnahme* genutzt wird: Ein Team aus sieben Mitarbeitern (vier Männer/drei Frauen) in einem Weiterbildungsbetrieb arbeitet seit einigen Jahren erfolgreich zusammen. In der letzten Zeit haben sich jedoch häufiger Konflikte ergeben, die sich besonders an zwei Themen festmachen: Zum einen sind die neuen Märkte schwer einzuschätzen; die Richtung ist nicht klar abgestimmt. Zum Zweiten haben zwei der Mitarbeiterinnen ihre Arbeitszeit reduziert und wollen nicht mehr zu den nachmittäglichen Besprechungen kommen. Die Männer im Team fühlen sich von ihren Kolleginnen im Stich gelassen. Es macht immer häufiger der Spruch die Runde: „Wenn sie nur noch auf Mutterschaft machen wollen, sollen sie sich halt entscheiden.“ Ein Teamentwicklungsseminar unter dem Gender-Aspekt soll dazu beitragen, die Strukturen der Zusammenarbeit zu klären, unterschiedliche Ressourcen zu erkennen und eventuell auch die Relevanz der Teamproblematik für die Marktorientierung zu betrachten.

Diese Form der Kommunikation ist für alle Beteiligten zutiefst *identitätsstiftend*. Der Gedanke an das Ganze wird zur tragfähigen Basis im betrieblichen Ablauf. Zugehörigkeit ist einer der größten Motivationsfaktoren in betrieblichen Zusammenhängen. Damit tragen Gender Trainings direkt zum motivationsfördernden Klima bei, indem Frauen und Männer das Gefühl bekommen, gemeinsam etwas Neues zu schaffen. Allein diese Tatsache bindet Frauen, aber auch Männer stärker an die Organisationen, damit werden Ressourcen langfristig für die Organisation zugänglich. Vor allem innovative Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich wieder stärker an den Betrieb gebunden.

Wann ist Gender Training schwierig?

Manchmal erfüllt Gender Training aber auch nicht die Erwartungen. Zum Teil, weil diese nicht klar formuliert werden, aber auch, weil diese von Gender Training gar nicht erfüllt werden können.

Die erste Schwierigkeit liegt im Ansatz selbst, in der Aufgabe der *Problemwahrnehmung*: Erst die Auseinandersetzung mit dem Thema macht deutlich, wie stark die

Geschlechterdifferenz vom Gleichheitspostulat überlagert, und somit kaum noch besprechbar ist.

Gender Trainings verlangen zudem von allen Beteiligten Zeit, Aufmerksamkeit und – ähnlich wie in Konfliktmoderationen – vor allen Dingen *Entschleunigung*. Deshalb sind schon die Kontrakte für Gender Trainings ein wichtiger Schritt im Vorfeld. Der Zeitrahmen sollte zur Aufgabentiefe passen. Diese muss aber auch definiert werden. Das Team, das am Gender Training teilnimmt, benötigt ein *gemeinsames Ziel* wie Produktverbesserung oder Teamentwicklung, damit der gemeinsame Fokus gelenkt werden kann. Gibt es das nicht, besteht die Gefahr von Verunsicherung und Abwehr.

Sind die *Erwartungen* sehr diffus, scheint das Gender Training an der Komplexität zu ersticken. Es bleibt dann manches Mal Unzufriedenheit zurück. Eine Gruppe, die stark mit Aushandlungsprozessen beschäftigt ist wie z.B. mit Funktionsklärung, Existenzsicherung, Arbeitsüberlastung, kann sich häufig auf Gender Prozesse nicht ausreichend einlassen.

Wenn Gender Trainings aus political correctness angeboten werden, aber im deutlichen Widerspruch zur Organisationskultur (Feigenblatt) stehen (z.B. „Wir sind geschlechter-demokratisch“ oder „Bei uns sind alle gleich“, aber die Führung ist ausschließlich männlich besetzt), werden sich die Mitarbeitenden ebenfalls nicht einlassen können. Gender Training braucht auch das *Vertrauen in die Leitung*, etwas Ernsthaftes entstehen lassen zu wollen, etwas das allen gehört und das wertvoll ist.

Manches kann Gender Training nicht ersetzen

Gender Mainstreaming und Gender Training bedeuten nicht das Ende von Frauenförderung und der Interessenvertretung von Frauen. Wir brauchen weiterhin starke und verbindliche Frauennetzwerke als Gegenpart zu den „Old Boys Networks“. Verbale oder tätliche männliche Grenzverletzungen müssen auch weiterhin sanktioniert werden. Weiter brauchen wir eine Personalförderung unter der Genderperspektive, z.B. Frauen- und Männerseminare, eine stabile autonome Frauen- und (hoffentlich) Männerbewegung. Und schließlich: Männer und Frauen, die sich überlegen, wo sie gemeinsam oder getrennt hinwollen.

Literaturverzeichnis

Assig, D. & Beck, A. (1996). *Frauen revolutionieren die Arbeitswelt*. München: Vahlen.

Mückenberger, U., Tondorf, K. & Krell, G. (2000). *Gender Mainstreaming – Informationen und Impulse*. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.

Argyris, C. (1997). *Wissen in Aktion. Eine Fallstudie zur Lernenden Organisation*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Literaturtipps

Zu Gendertraining:

Burbach, C. & Schlottau, H. (Hrsg.) (2001). *Abenteuer Fairness – ein Arbeitsbuch zum Gendertraining*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Zu geschlechterdifferenter Kommunikation:

Tannen, D. (1995). *Job Talk. Wie Frauen und Männer am Arbeitsplatz miteinander reden*. Hamburg: Kabel Verlag.

Zu Organisationsentwicklung:

Senge, P.M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R. & Smith, B. (1996). *Das Fieldbook zur fünften Disziplin*. Stuttgart: Klett Cotta.

Zu Gender Mainstreaming:

Tondorf, K. & Krell, G. (1999). *An den Führungskräften führt kein Weg vorbei*. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung.

Wie können geschlechtsspezifische Verzerrungen in Praxis und Politikprogrammen vermieden werden?

Vorstellung des Handbuches des Kanadischen Gesundheitsministeriums und dessen Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Raum

Dr. Judith Fuchs, Institut für Gesundheitswissenschaften, TU Berlin

Heute werden in zunehmendem Maße im Gesundheitswesen Entscheidungen getroffen, die evidenzbasiert sind, also aufgrund spezifischer Ergebnisse gewonnen wurden. Aus diesem Grunde muss ganz besonders darauf geachtet werden, dass die Fakten, die wir verwenden oder produzieren, stimmig sind. Forschung, die einen Gender Bias enthält, kann daher keine gute, also qualitativ hochwertige Forschung sein.

Für einige Aktivistinnen der Frauenbewegung mag Gender-based Analysis ein neuer Terminus sein, aber es ist keine neue Idee. Seit Jahrzehnten haben Frauen die Regierungspolitik und Programme analysiert, um festzustellen, ob sie den Bedürfnissen der Frauen gerecht werden. Häufig wurde festgestellt, dass sie diese nicht erfüllen. Vor diesem Hintergrund hat die kanadische Bundesregierung 1995 angekündigt, dass sie ihre Art zu arbeiten verändern und ihre zukünftige Politik und Programme sowohl den Bedürfnissen von Frauen als auch von Männern anpassen wolle und benannte dies Gender-based Analysis. Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dieser Art zu arbeiten vertraut zu machen, wurde ein entsprechendes Handbuch¹ erarbeitet.

1. Gender Based Analysis und Gender Bias

Das zu diesem Zwecke entwickelte Handbuch unterstützt die Abteilungen bei der Planung, Durchführung und Evaluation der Forschung in einer Art und Weise, die anwendbar und passgenau für beide Geschlechter ist und somit die oben genannten Anforderungen zu erfüllen hilft. Jegliche qualitative und quantitative Forschung spiegelt die Werte und Überzeugungen der Forschenden wider. Dies führte zu, historisch betrachtet, einer Forschung, die negative und positive Bedeutungen und Werte in

¹ Die deutsche Übersetzung und Bearbeitung des Handbuchs ist im Mai 2002 veröffentlicht worden.

erster Linie den biologischen Unterschieden zwischen Frauen und Männern zuschrieb.

Im Deutschen gibt es, im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum, keine Trennung zwischen dem biologischen (sex) und dem sozialen Geschlecht (gender). Sex bezieht sich auf die biologischen Eigenschaften (Anatomie, Physiologie), die Frauen und Männer unterscheidet, Gender beinhaltet die soziale Bedeutung, die den Unterschieden zwischen Frauen und Männern beigemessen wird sowie den Beziehungen zwischen und Rollen von Frauen und Männern in der Gesellschaft.

Unter ‚Gender Bias‘ werden geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte verstanden, die durch das Annehmen von negativen und positiven Bedeutungen und Werten entstehen, die dem biologischen Unterschied zwischen Frauen und Männern zugeordnet werden (so z.B., dass Frauen emotional, Männer rational sind). Damit werden die meisten Frauen, aber auch einige Männer in vielfältiger Art und Weise benachteiligt. Dieser Benachteiligung kann durch Gender Based Analysis begegnet werden.

Bei Gesundheitsanalysen ist auf Geschlecht zu achten, da die Krankheitsmuster sich bei Frauen und Männern unterscheiden. So

- betreffen manche Krankheiten Frauen und Männer in unterschiedlichen Altersgruppen, z.B. kardiovaskuläre Krankheiten, die Frauen später bekommen als Männer,
- weisen manche Krankheiten bei Frauen eine höhere Prävalenz auf als bei Männern, z. B. Essstörungen,
- äußern sich manche Krankheiten bei Frauen stärker, z.B. Osteoporose und rheumatische Erkrankungen,
- betreffen manche Krankheiten ausschließlich Frauen, so z.B. Krankheiten der reproduktiven Organe (Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs).

Eigenschaften von Gender Based Analysis (GBA)

- GBA ist ein Analyseinstrument, welches Geschlecht als Ordnungsprinzip oder eine Art, Informationen zu konzeptualisieren, verwendet. Es leistet Unterstützung bei der Anerkennung und dem Erkennen der Unterschiede zwischen Frauen und Männern, der Art ihrer sozialen Beziehungen und ihrer unterschiedlichen Le-

benswelten, Lebenserwartungen und ökonomischen Bedingungen. Es zeigt auf, in wie fern diese Bedingungen den Gesundheitszustand von Frauen und Männern und ihren Zugang und Interaktion mit der Gesundheitsversorgung beeinflussen.

- GBA liefert einen Rahmen für die Analyse und die Entwicklung von Politik, Programmen und Gesetzgebung und für die Durchführung von Forschung und Datensammlung. Dieser Rahmen erkennt an, dass Frauen und Männer nicht grundsätzlich gleich sind.
- GBA ist ein systematischer Prozess, der während einer gesamten Aktivität abläuft, egal, ob es sich hierbei um die Analyse oder Entwicklung von Politik, Programmen, Forschung oder Gesetzgebung handelt. Sobald es zur Regel geworden ist, GBA in die Arbeit zu integrieren, wird es auch ein Bestandteil unseres Denkens werden.
- GBA erfüllt eine Funktion der Herausforderung. Es stellt die Annahme in Frage, dass jede Person in gleicher Art und Weise von Politik, Programmen und Gesetzgebung betroffen ist oder dass die Gesundheitsbelange wie Gründe, Wirkungen oder Verfügbarkeit von Leistungen von Geschlecht unberührt bleiben. GBA erforscht Konzepte, Argumente und die verwendete Sprache und macht die zugrundeliegenden Annahmen und Werte erkennbar und deutlich. Wenn sich herausstellt, dass hier eine Verzerrung vorliegt, zeigt GBA den Weg zu Gleichbehandlung auf.
- GBA ist evidenzbasiert. GBA baut auf Daten und Wissen auf, die aus Forschung und durch Zusammenarbeit mit verschiedenen Arbeitsgruppen gewonnen werden.

Beispiel: Die Entwicklung von effektiven Strategien zur häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen erfordert geschlechtsbezogene Informationen über die Pflegebedürftigen (Ehemann, Ehefrau, Tochter, Sohn, andere Verwandte, sonstige) und der Personen, welche die formelle oder informelle Pflege leisten und deren Beziehung zueinander sowie die entstehenden jetzigen und langfristigen ökonomischen und sozialen Kosten für die Pflegeleistenden. Erst mit präzisen Daten über die Art und den Umfang der geleisteten informellen Pflege und über die Verbindungen zwischen ambulanten Diensten und Regelungen der Pflegeversicherung können weitere Planungen sinnvoll erfolgen.

1.1 Quellen des Gender Bias

Als Quellen des Gender Bias können drei Annahmen gelten, von denen die ersten zwei sich an Ruiz, Verbrugge (1997) anlehnen:

- a) Die Annahme der Gleichheit von Frauen und Männern, wo diese gar nicht vorhanden ist. Als Beispiel können hier die Rehabilitationsverfahren für Männer und Frauen nach Herzinfarkt gelten. So sind die Krankheits- und Versorgungsverläufe bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich, trotzdem gelten einheitliche Bewertungsmaßstäbe.
- b) Die Annahme der Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern, wo (möglicherweise) keine besteht. So zeigen die verschiedensten Untersuchungen, dass Frauen mehr Beschwerden haben als Männer. Es ist aber nicht abschließend geklärt, ob Frauen tatsächlich mehr Beschwerden aufweisen oder nur eher in der Lage sind, Beschwerden wahrzunehmen und diese auch zu äußern.
- c) Die unterschiedliche Bewertung von Faktoren, die bei beiden Geschlechtern auftreten. So werden Symptome oft anders bewertet, je nachdem, ob sie bei Frauen oder Männern auftreten.

1.2 Hauptformen des Gender Bias (nach M. Eichler)

Auf Basis der Analyse einer großen Anzahl von Publikationen aus unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Bereichen wurde deutlich, dass es verschiedene Arten von Gender Bias (geschlechtsspezifischer Verzerrungseffekte) gibt (Eichler 1991 und 1997).

Es sind folgende Hauptformen zu unterscheiden:

- Androzentrismus bzw. Übergeneralisierung: die Annahme der männlichen Sichtweise, in dem Sinne, dass die Durchführung der Forschung und der gesundheitlichen Versorgung aus einer männlich bestimmten Perspektive erfolgt, d. h. Männer stehen im Vordergrund, Frauen werden an ihnen gemessen. Studienergebnisse, -zugänge, -methoden, die für Männer gewonnen wurden oder angebracht sind, werden, ohne hinterfragt zu werden, auf Frauen übertragen. Hierdurch können unangemessene Schlüsse gezogen werden.
- Geschlechterinsensibilität: Ignorieren des biologischen und sozialen Geschlechtes als sozial bedeutsamer Faktor in dem jeweiligen Untersuchungszusammen-

hang. Es fehlt in der Forschung und Versorgung ein Bewusstsein dafür, dass beide Geschlechter differenzierend betrachtet werden müssen.

- Doppelter Bewertungsmaßstab: die unterschiedliche Behandlung oder Evaluierung gleicher Situationen auf der Basis des Geschlechts. In der Beforschung, Messung, Evaluierung oder gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Männern werden unterschiedliche Methoden, Zugänge, Konzepte oder Versorgungsleistungen angeboten.

Im Folgenden werden die drei Konzepte umfassend erläutert und mit Fragen und Beispielen dargestellt. Für weitere Erläuterungen und einen Überblick über mögliche Fehlerquellen im Ablauf des Forschungsprozesses siehe Eichler, Fuchs und Ulrike Maschewsky-Schneider (2000).

2. Androzentrismus

Androzentrismus besteht in der **Annahme einer männlichen Perspektive**. Das kann verschiedene Formen annehmen. So gehört z.B. der **Ausschluss oder die Unterrepräsentation von Frauen** dazu. Werden Schlüsse auf einer so erstellten empirischen Basis gezogen, müssen sie als **unzulässige Generalisierung** kritisiert werden (Übergeneralisierung). Andere Formen von Androzentrismus bestehen darin, dass **Männer als Norm** gesetzt, und an ihr Frauen bewertet werden, dass **männliche Dominanz akzeptiert oder sogar gerechtfertigt** wird und dass **Schuldzuweisungen auf die Opfer** geschehen (die Schuld bei den Opfern gesucht wird).

Ein besonderer Aspekt des Androzentrismus ist der **paradoxe Gynozentrismus**. Hier werden Männer in Bereiche, die Frauen zugeschrieben werden, im Besonderen in Fragen zu Familie, Haushalt und Fortpflanzung, nicht einbezogen. Auch wenn es so scheint, als ob der paradoxe Gynozentrismus das genaue Gegenteil von Androzentrismus ist, ist es sinnvoller, ihn als eine seiner Subformen zu begreifen, da er auf der Annahme getrennter Bereiche aufbaut, in denen Frauen tendenziell auf das ‚Private‘ und Männer auf alles andere festgelegt werden.

Androzentrismus ist ein sehr häufig auftretendes Problem, und er kann in allen Phasen eines Forschungsprozesses auftreten. Optimal wäre es, wenn jede Forschung

Frauen und Männer einschließt. Manchmal kann das aber aus verschiedenen Gründen unmöglich sein. Doch auch dann sollten unter allen Umständen die zugrundeliegenden Thesen der Untersuchung berücksichtigen, dass Geschlechterdifferenzen vorliegen, es sei denn, diese Annahme lässt sich empirisch widerlegen.

Die folgenden Fragen sollen dabei behilflich sein, Androzentrismus in seinen verschiedenen Formen zu erkennen.

2.1 Sind Frauen (Männer) angemessen in allen Bereichen des Forschungsprozesses einbezogen?

Das schließt die folgenden Unterfragen ein:

Sind Frauen **überhaupt** in Studien einbezogen, die vorgeben, allgemein gültig zu sein?

In einer Studie zum Herzinfarkt wurden Patienten einem wiederholten Laufbandtraining unterzogen. Es wurden neben 38 männlichen Patienten keine einzige Frau in die Untersuchung einbezogen, auch keine Gründe dafür genannt, warum Frauen aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Trotzdem wurden die aus der Untersuchung resultierenden Schlüsse allgemein gültig formuliert, ohne davor zu warnen, dass sie auf Frauen eventuell nicht anwendbar sind und dass sie nicht auf einer umfassenden Studie, die Frauen und Männer einschließt, basieren.

Anmerkung: Zu beachten ist hier, dass dieses Problem nicht nur für Menschen gilt. So ist auch in Tierversuchen mit Medikamenten zu fragen, ob diese an Tieren beiderlei Geschlechts getestet wurden.

Sind Frauen in einem dem Forschungsgegenstand angemessenen Grad in die Untersuchungen einbezogen?

Eine Studie über Krankenschwestern kann aus einer rein weiblichen Stichprobe bestehen, ungeachtet dessen, dass es auch männliche Krankenpfleger gibt. Gleichmaßen wäre es in einer Studie über die Arbeitsbedingungen im Management unangemessen, nur Männer einzubeziehen, wenn die Ergebnisse Allgemeingültigkeit besitzen sollen. Allerdings könnte

*der Anteil von Frauen in der Stichprobe kleiner sein als der der Männer.
(Siehe auch FP 2.1)*

2.1.3 Sind Männer in Fragestellungen einbezogen, die sich mit Familie / Haushalt, Pflege oder Reproduktion beschäftigen?

Paradoxe Gynozentrismus ist die umgekehrte Form des Androzentrismus – d.h. es werden nur Frauen untersucht, obwohl ein Thema auch Männer betrifft. Das kommt vor allem in den Themenbereichen Familie und Reproduktion vor. Wir betrachten dies als eine abgeleitete Form des Androzentrismus, da er auf einem Weltbild gründet, das die Welt in zwei Bereiche trennt, einen weiblichen (den häuslichen oder privaten) und einen männlichen (den außerhäuslichen) Bereich.

Für die klinische Erforschung des weiblichen Körpers im Hinblick auf Reproduktion wurde sehr viel Geld und Zeit ausgegeben. In diesem Jahrhundert wurden bis in die 70er Jahre große Anstrengungen unternommen, Verhütungsmittel für Frauen zu entwickeln, nicht aber für Männer.

Keine dieser Fragen schließt die Notwendigkeit aus, Studien durchzuführen, die sich nur mit einem Geschlecht beschäftigen. Vor allem dort, wo Frauen oder Männer in der Vergangenheit in der Forschung unterrepräsentiert waren, kann es sehr gute Gründe geben, Projekte durchzuführen, die sich nur mit einem Geschlecht beschäftigen.

2.2 Sind die verwendeten Normen umfassend, oder werden Männer als das ‚Normale‘ gesetzt und Frauen damit verglichen?

Großteile der Forschung beinhalten versteckt Normen; vor allem in Forschungsfrage und -design, verwendeten Methoden, Datenanalyse sowie -interpretation und in den zugrundeliegenden theoretischen Konzepten. Oft sind diese impliziten Normen auf den ersten Blick nur schwer zu erkennen. Die folgenden Fragen geben eine Hilfestellung für das Auffinden versteckter Normen.

- 2.2.1 Versucht die Studie zu ermitteln, ob Frauen nach Normen und Standards leben, die an Männern entwickelt wurden, ohne die Relevanz dieser Kriterien kritisch zu untersuchen?

Ein Arbeitsbelastungstest misst die Fähigkeit einer Person, einfache Hebetätigkeiten auszuführen, indem eine Person z.B. einen Kasten in einer einzigen, durchgängigen Bewegung vom Boden auf eine Höhe von 135 cm hebt. Obwohl sich dieses Verfahren gut eignet, die tägliche Leistungsfähigkeit von Männern zu messen, ist es wenig geeignet für Frauen. So führten Frauen, als ihnen erlaubt wurde, die Hebetätigkeit wie in einer Alltagssituation durchzuführen, den Hebeakt in zwei verschiedenen Bewegungen aus. Dadurch waren sie in der Lage, 63% des von Männern gehobenen Gewichts zu heben – ein Ergebnis, dass vorher durch ein an der Norm männlicher Körpergröße gebildetes Forschungsinstrument verschleiert wurde.

- 2.2.2 Werden die Daten nach Normen interpretiert, die für beide Geschlechter gleichermaßen gelten?

Wenn der männliche Körper als Norm verstanden wird, können die Körper von Frauen als „anders“ und damit ihre Symptome als „untypisch“ wahrgenommen und normale biologische Prozesse von Frauen (z.B. Schwangerschaft, Geburt, Menopause) pathologisiert werden.

- 2.2.3 Ist ein theoretisches Konzept oder eine Forschungsmethode, die als universal anwendbar dargestellt wird, gleichermaßen auf Frauen und Männer anwendbar? Wurde während seiner Konzeptionierung die Position von Frauen bedacht; oder wurde es auf Männer zugeschnitten und wird es dann einfach nur auf Frauen übertragen?

Wenn letzteres der Fall ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass das theoretische Konzept oder das Forschungsinstrument beiden Geschlechtern angemessen ist. So sind heute Großteile der interessantesten Forschung damit beschäftigt, etablierte Verfahren aus einer weiblichen Perspektive zu untersuchen, um wirklich umfassende und übergreifende Forschungsmethoden zu entwickeln.

Einige Krankheiten, die bei beiden Geschlechtern vorkommen, gelten als Männerkrankheiten; Herzerkrankungen sind dafür das beste Beispiel. Sie werden deshalb als Männerkrankheiten gesehen, weil sie bei Männern oft

in wesentlich jüngerem Alter auftreten als bei Frauen. Dies führte dazu, dass wenig an weiblichen Risikogruppen geforscht wurde. Dabei sind Herzkrankungen eine der häufigsten Todesursachen älterer Frauen, die insgesamt betrachtet allerdings durchschnittlich sieben Jahre länger leben als Männer.

2.3 Liegt der Studie die Annahme von Geschlechtergleichheit/ Geschlechtergleichberechtigung zu Grunde?

Es ist nicht ungewöhnlich, in Forschungsarbeiten theoretische Konzepte oder einen Umgang mit den Daten vor zu finden, die entweder männliche Vorherrschaft rechtfertigen oder sie einfach als „naturegegeben“ akzeptieren. Der sexistische Status Quo wird in diesen Arbeiten nicht angegriffen und damit objektiv männliche Dominanz fortgeschrieben. Eine besonders drastische Form dessen ist, den Opfern von Gewalt die Schuld an ihrer Situation selbst zuzuschreiben.

2.3.1 Wird weiblichen Opfern (manchmal männlichen Opfern) die Schuld zugeschrieben?

Opfer sexueller Gewalt in Familien werden oft gefragt, was sie getan haben, um die Gewalt gegen sie herauszufordern.

2.3.2 Werden Gebräuche, durch die Frauen missbraucht, herabgewürdigt oder ihrer Menschenrechte beraubt werden, als kulturell angemessen aufgefasst?

Das ist ein sehr sensibler Themenbereich. So ist es z.B. in einigen Gesellschaften üblich, dass Frauen in ihrer Freiheit eingeschränkt werden. Obwohl diese Denk- und Verhaltensweisen als historisch gewachsen anerkannt werden sollten, darf damit nicht legitimiert werden, Menschen Rechte vorzuenthalten, die anderen zugestanden werden.

2.3.3 Werden Praktiken, die auf Geschlechtsunterschieden basieren, als normal oder unproblematisch dargestellt?

Dies kann vorkommen, wenn familiäre Gewalt als eine Form der „Konfliktlösung“ verstanden wird, obwohl sie das eigentliche Problem darstellt. Dass Vergewaltigung in der Ehe heute vom Gesetzgeber als Verbrechen anerkannt ist (durch eine Neudefinition von Vergewaltigung), kann nicht

darüber hinwegtäuschen, dass sie es ehemals nicht war, weil Frauen als sexuelles Eigentum ihrer Ehemänner angesehen wurden.

2.3.4 Werden Frauen in irgendeiner Weise diskriminiert oder herabgewürdigt?

Das kann auf sehr unterschiedliche Weise geschehen, unter anderem durch die Sprachwahl, die Dateninterpretation und in der wissenschaftlichen Begriffsbildung.

Darunter fällt z.B., eine Frau als Giftmischerin zu bezeichnen oder Frauen nur als Körperteile wahrzunehmen (,die Trägerin der Leibesfrucht', ,ein Uterus').

2.3.5 Werden männliche Täter für ihre Verbrechen verantwortlich gemacht?

Auch das kann sehr unterschiedliche Formen annehmen, unter anderem in der Sprachwahl, der Dateninterpretation und der wissenschaftlichen Begriffsbildung.

Rechtlich wurde der Tatbestand der Vergewaltigung nicht auf sexuelle Übergriffe von Ehegatten oder Lebensgefährten auf ihre Frauen bezogen. Forschung, die von dieser Definition von Vergewaltigung ausging, hat damit systematisch große Teile von vergewaltigten Frauen einfach ausgeblendet. Zudem wurden Männer, die „ihre“ Frauen vergewaltigten, nicht wahrgenommen und für ihr Verhalten zur Rechenschaft gezogen.

3. Geschlechtsinsensibilität

Von Geschlechtsinsensibilität wird gesprochen, wenn das biologische oder soziale Geschlecht als wichtiges Anliegen oder Variable ignoriert wird, besonders in Zusammenhängen, in denen Geschlecht bedeutsam ist. Dieses Problem wird auch durch die Begriffe Geschlechterneutralität und Geschlechterblindheit beschrieben, beide wurden aber auch fälschlicherweise verwendet, um einen Fortschritt bei der Geschlechtergleichstellungspolitik zu bezeichnen. Aufgrund der überragenden Wichtigkeit des sozialen und biologischen Geschlechts in der heutigen Gesellschaft ist es für Forschende am sichersten, anzunehmen, dass diese Kategorien von sozialer Bedeutung sind. Es sei denn, es konnte durch eine Geschlechteranalyse empirisch nachgewiesen werden, dass sie es in einer spezifischen Situation oder in einem bestimmten Kontext nicht sind. Geschlechtsinsensibilität ist einfach zu entdecken, aber schwer zu beheben. Wenn eine Studie z.B. das Geschlecht ihrer Untersuchungspersonen

sonen nicht nennt, so ist das alles, was an ihr ausgesetzt werden kann, da keine weiteren Informationen vorliegen, um weitere geschlechtsspezifischen Verzerrungen aufzudecken. Allerdings ist besondere Vorsicht bei der Nutzung von Daten mit solch schwer wiegendem Gender Bias geboten.

Eine Unterform der Geschlechtsinsensibilität ist der **Familiarismus**. Dies ist eine Umschreibung für ein unschönes Vorgehen, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass die Familie oder der Haushalt auch in solchen Situationen als die kleinste Analyseeinheit gebraucht werden, in denen die dazugehörigen Individuen auf verschiedene Weise von politischen Maßnahmen, Situationen und Ereignissen betroffen sind. Das heißt allerdings nicht, dass der Haushalt oder die Familie *nie* als Analyseeinheit dienen dürfen. Gender Bias liegt dann vor, wenn auf der Grundlage solcher Analysen Aussagen über Bereiche gemacht werden, die einzelne Familien- oder Haushaltmitglieder je nach Geschlecht unterschiedlich betreffen. Wichtig ist es also, darauf zu achten, dass die Analyseeinheiten mit dem Beobachtungsniveau korrespondieren.

Eine weitere Unterform ist die **De-Kontextualisierung**, bei der verkannt wird, dass scheinbar ähnliche oder identische Situationen unterschiedliche Einflüsse auf die Geschlechter haben können. Dabei wird nicht beachtet, in welchem Kontext bestimmte Probleme stehen. Als weitere Form kann die **angenommene Geschlechterhomogenität** auftreten, wenn der Einfluss von Begleiterscheinungen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen untersucht wird, eine Forschungspraxis, die gerade in letzter Zeit zunehmend eingefordert wird. So können in der Gesundheitsforschung z. B. speziell behinderte Menschen, Immigrant/innen oder Obdachlose untersucht werden. In solchen Fällen ist es wichtig, diese Gruppen auch auf geschlechtsspezifische Differenzen zu untersuchen.

3.1 Gilt Geschlecht als sozial relevante Kategorie oder als wichtige Variable?

Diese Frage beinhaltet die folgenden weiterführenden Fragen:

3.1.1 Wird das Geschlecht aller am Forschungsprozess Beteiligter (also sowohl das der Forschenden als das der Untersuchten) angemessenen festgehalten und veröffentlicht?

Wenn in einer Untersuchung versäumt wird, das Geschlecht der Untersuchten und anderer am Forschungsprozess Beteiligter zu erfassen, ist es unmöglich zu erfahren, ob Frauen und Männer beteiligt waren. Manchmal tritt dieses Problem auf, wenn männliche Begriffe so verwendet werden, als seien sie geschlechtsneutral. Falls schon auf dieser Ebene ein Gender Bias existiert, gibt es kaum mehr Möglichkeiten, die Analyse fortzuführen, weil die dafür grundlegenden Informationen fehlen.

Es ist nicht nur wichtig, das Geschlecht der untersuchten Personen zu erfassen, sondern auch das der Personen, die in die Durchführung der Untersuchung involviert sind. So kann das Geschlecht z.B. der Interviewer/innen einen Einfluss auf die Antworten der Befragten haben. Die entsprechenden Auswirkungen hängen allerdings auch vom Untersuchungsaufbau und den Fragen ab.

3.1.2 Wurden alle Daten, die über Frauen und Männer erhoben wurden, nach Geschlecht differenziert ausgewertet?

Manchmal werden in Studien Informationen über beide Geschlechter gesammelt, diese aber nicht nach Geschlechtern differenziert ausgewertet. Als Faustregel gilt, dass Differenzen zwischen den Geschlechtern angenommen werden sollten, bis diese empirisch widerlegt wurden.

3.1.3 Wenn Meinungen des einen Geschlechts über das andere erfragt wurden, werden sie als Fakten oder als Meinungen dargestellt?

Es kommt häufig vor, dass (männliche) Ärzte festlegen, ob die gesundheitlichen Beschwerden von Frauen real oder eingebildet sind. Letztendlich weiß aber nur die betroffene Person, wie sie sich fühlt und ob sie wirklich Schmerzen hat.

3.1.4 Werden alle Untergruppen nach Geschlecht analysiert?

Oft ist es notwendig, die Kategorien „Frauen“ und „Männer“ in weitere Subgruppen zu unterteilen – z.B. nach ethnischer Herkunft, Alter oder sozialer Lage. Allerdings ist es notwendig, auch diese Untergruppen wiederum nach Geschlecht differenziert zu untersuchen, sonst werden wesentliche Differenzen möglicherweise übersehen.

3.2 Entsprechen die Analyseeinheiten oder -Kategorien der Ebene, auf der die Beobachtungen durchgeführt werden?

Das schließt die folgenden Fragen ein:

- 3.2.1 Wird die Familie bzw. der Haushalt als kleinste Analyseeinheit verwendet, obwohl anzunehmen ist, dass der Untersuchungsgegenstand verschiedene Auswirkungen auf Frauen und Männer innerhalb der Familien oder Haushalte haben kann?

Manchmal wird die Familie oder der Haushalt als kleinste Analyseeinheit verwendet, obwohl es angemessen wäre anzunehmen, dass einzelne politische Maßnahmen oder Ereignisse unterschiedliche Auswirkungen auf Frauen und Männer innerhalb der Familie/des Haushaltes haben können. In solch einem Fall wird von ‚Familiarismus‘ gesprochen. Das bedeutet allerdings nicht, dass es in jedem Fall falsch wäre, den Haushalt oder die Familie als Analyseeinheit zu benutzen, sondern dann, wenn ungeprüft davon ausgegangen wird, dass der Einfluss auf die verschiedenen Familien- oder Haushaltsmitglieder gleich ist, liegt ein Gender Bias vor (was auch auf Altersverzerrungen zutrifft).

Oft wird die Familie oder der Haushalt als eine ökonomische Einheit gesehen und angenommen, dass alle Mitglieder im selben Maße von dem Geld profitieren, das dem Haushalt zur Verfügung steht. Forschungsergebnisse haben allerdings deutlich gemacht, dass Frauen und Männer innerhalb des selben Haushaltes oft in sehr unterschiedlichem Maße über dieses Geld verfügen können. Zwar müssen oft Frauen die Verwaltung des Geldes übernehmen, haben häufig aber keine Verfügungsgewalt darüber. Eine Studie, die nur die Einkünfte des gesamten Haushaltes erfasst, anstatt in Betracht zu ziehen, wer innerhalb der Familie darüber verfügt, wird diesen Sachverhalt nicht bemerken. Das Wirtschaftsverhalten kann sich zwischen Haushalten, die dasselbe absolute Einkommen haben, in hohem Maße unterscheiden.

3.2.1 Wurde das Konzept so konstruiert, dass es unmöglich ist, in relevanten Situationen nach Geschlecht differenzierte Analysen durchzuführen?

Einige Konzepte machen es unmöglich, die ihnen inhärenten geschlechtsspezifischen Aspekte auseinander zu nehmen, sogar dann, wenn dies von großer Wichtigkeit wäre.

So wird das Konzept des Familieneinkommens nicht differenziert nach seinen Einkommensquellen erfasst (wie z.B. nur ein männlicher Hauptverdiener, nur eine weibliche Hauptverdienerin, männliche und weibliche Verdienner/innen, mehr als zwei Verdienner/innen). Dadurch wird es unmöglich, den Einfluss des Einkommens auf das unterschiedliche Verhalten der Familienmitglieder so zu analysieren, dass dabei Geschlechterunterschiede angemessen berücksichtigt werden.

3.3 Steht die Studie in einem geschlechtssensitiven Kontext, ist sie geschlechtssensitiv ausgerichtet?

Das schließt die folgenden Unterfragen ein:

3.3.1 Könnten einige oder alle der zentralen Gegenstände oder –variablen einer Studie für die Geschlechter unterschiedliche Bedeutung haben?

Frauen und Männer, die pflegebedürftige Angehörige versorgen, leisten dabei verschiedene Aufgaben. Darum muss die Kategorie der ‚häuslichen Pflege von Angehörigen‘ weiter differenziert werden, um diese Unterschiede erfassen zu können. Das ist sehr wichtig, wenn z.B. der Einfluss von häuslicher Pflege auf die Gesundheit der Pflegenden gemessen werden soll.

3.3.2 Zieht die Studie in Erwägung, dass Frauen und Männern scheinbar gleichartige Situationen aufgrund unterschiedlicher Zusammenhänge unterschiedlich erleben können?

Gleiche Handlungen können, je nach dem ob sie sich gegen Jungen oder Mädchen richten, in dramatischer Weise unterschiedliche Auswirkungen haben, wie z.B. bei sexueller Diskriminierung und Nötigung.

4. Doppelte Bewertungsmaßstäbe

Doppelte Bewertungsmaßstäbe gibt es in zwei Arten: als offensichtliche oder offene und als versteckte doppelte Bewertungsmaßstäbe. In beiden Fällen aber, werden **im Wesentlichen gleichartige oder identische Situationen, Eigenschaften oder Verhaltensweisen für Frauen und Männer jeweils unterschiedlich beurteilt.**

Während offensichtliche doppelte Bewertungsmaßstäbe relativ einfach zu erkennen sind, lassen sich versteckte doppelte Bewertungsmaßstäbe, wie ihr Name schon andeutet, nur extrem schwierig aufdecken. **Offene doppelte Bewertungsmaßstäbe** können in sämtlichen Bestandteilen des Forschungsprozesses auftreten. Immer, wenn Frauen und Männer in Situationen unterschiedlich behandelt werden, in denen dies zu einer Benachteiligung von Frauen führt, liegt dieses Problem vor. **Versteckte doppelte Bewertungsmaßstäbe** treten vor allem auf der Ebene der theoretischen Konzeptualisierungen auf. Es erfordert oft ein ganzes Team von ForscherInnen über einen längeren Zeitraum, um kohärent nachweisen zu können, dass, *wie* und *warum* ein spezifisches theoretisches Konzept oder ein Ansatz auf versteckten doppelten Bewertungsmaßstäben basiert. Um einen versteckten doppelten Bewertungsmaßstab aufzudecken, kann es notwendig werden, neue theoretische Ansätze zu entwickeln, welche die Aufmerksamkeit auf Phänomene lenken, die scheinbar auf Frauen und Männer unterschiedlich wirken, wo es aber gerade darum geht, zu bemerken, dass dem nicht so ist. So war es z.B. für die Erkenntnis, dass es Arbeit in zwei Formen, nämlich als unbezahlte und bezahlte, gibt, notwendig, den ökonomischen Begriff der Arbeit umzudefinieren.

Eine Unterform der doppelten Bewertungsmaßstäbe sind die **Geschlechterdichotomien**, die in gewisser Weise das Spiegelbild zur Geschlechtsinsensibilität sind. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass Geschlechterdichotomien gerade übertrieben werden, was zur Folge hat, dass die Geschlechter so behandelt werden, als ob sie zwei komplett unterschiedliche Gruppen wären, anstatt Gruppen mit sich überschneidenden Merkmalen.

Eine weitere Unterform ist die **Verdinglichung von Geschlechterstereotypen**. Sie besteht darin, dass Geschlechterstereotypen behandelt werden, als ob sie Charaktereigenschaften wären, die aus der biologischen Körperlichkeit abzuleiten wären,

und somit notwendiger Bestandteil der Natur der Menschen sind, anstatt sie als gesellschaftlich auferlegte Erwartungen zu sehen.

4.1 Wird in Situationen, in denen das zur Benachteiligung von Frauen führt, mit den Geschlechtern unterschiedlich umgegangen?

Die vorangehende Frage lässt sich auf offensichtliche doppelte Bewertungsmaßstäbe anwenden, die in der Sprachwahl, im Forschungsdesign, in den Forschungsmethoden, der Datenaufnahme und in der Dateninterpretation vorkommen können. Folgende Unterfragen gehören zu diesem Komplex:

4.1.1 Werden beiden Geschlechtern (im wörtlichen und übertragenen Sinne) die gleichen Fragen gestellt, wenn dieses angemessen ist?

Das ist eine sehr komplizierte Angelegenheit. Gerade in der Gesundheitsforschung kann es notwendig sein, unterschiedliche Forschungsinstrumente oder verschiedene Interviewfragen für Frauen und Männer zu entwickeln. Wie schon im Kapitel über Geschlechtsinsensibilität dargestellt, kann die unkritische Anwendung von Forschungsinstrumenten auf Frauen, die nur an Männern entwickelt und/oder erprobt wurden, einen anderen Typ von Gender Bias bewahren. Andererseits können stereotype Annahmen über den Geschlechterunterschied den Blick auf Frauen und Männer verkürzen – und damit sehr offensichtlich zu einem Gender Bias führen.

Obwohl Kinder normalerweise zwei Elternteile haben, Mutter und Vater, wird oft nur der Einfluss der Mutter auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes untersucht. Solch ein einseitiger Ansatz führt zu einseitiger Datenerfassung, was wiederum unangebrachte Annahmen nach sich zieht.

4.1.2 Werden für gleiche Punktwerte gleiche Kodierungsprozeduren verwendet?

Eine der Arten, wie die Berufswahl von Mädchen kanalisiert wurde, bestand darin, dass ihnen andere Berufsziele vorgeschlagen wurden als Jungen mit den selben Fähigkeiten. Von der Tendenz her wurde Mädchen empfohlen, in die Bereiche Sozialarbeit oder Krankenpflege zu gehen, während Jungen mit gleichartigen Interessen nahe gelegt wurde, Medizin zu studieren.

4.1.3 Werden Ergebnisse nach Geschlecht adjustiert, wenn Geschlecht nicht die offensichtliche Erklärung für empirische Geschlechtsunterschiede ist?

Wenn Daten nach Geschlecht adjustiert werden, obwohl nicht das Geschlecht, sondern ein anderer Faktor für eine feststellbare Geschlechterdifferenz verantwortlich ist, so ist das eine weitere Form von doppelten Bewertungsmaßstäben. Diese Vorgehensweise kann frauenspezifische Probleme vertuschen.

Studien, die die gesundheitliche Lage von ArbeiterInnen untersuchen, führen oft zum Ergebnis, dass Frauen mehr gesundheitliche und psychische Probleme angeben als Männer. Viele ForscherInnen adjustieren darum nach Geschlecht. Das bedeutet in der Konsequenz, dass sie diese Differenz auf hormonelle oder andere frauenspezifische Faktoren zurückführen, anstatt zu untersuchen, ob sie aus unterschiedlichen Arbeiten und Arbeitsbedingungen resultieren könnte. (Siehe auch FP 4.9)

4.1.4 Werden Frauen (und Männern) der angemessene Raum und die richtige Bedeutung in einem spezifischen Zusammenhang eingeräumt?

Dieses Problem kann verschiedene Formen annehmen. So werden z.B. Themen, die von besonderer Bedeutung für Frauen sind, manchmal nur mit Zitaten von Männern illustriert, obwohl es möglich wäre, gleichwertige und zutreffende Aussagen von Frauen zu zitieren. Auch Tabellen und Graphen können durch ihre Konstruktion Männer überrepräsentieren. Ebenso sollte beim Zitieren von Befragten darauf geachtet werden, dass Frauen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Anteil an den Befragten und ihrer jeweiligen Relevanz unter den Zitierten vertreten sind.

4.2 Werden Geschlechterstereotypen von der Forschung als soziale Konstruktionen behandelt, anstatt sie zu verdinglichen?

Hier geht es auch um offensichtliche doppelte Bewertungsmaßstäbe mit den folgenden Unterfragen:

4.2.1 Berücksichtigen die verwendeten Konzepte oder Instrumente, dass Geschlechtsunterschiede sozial konstruiert sind?

Manchmal werden theoretische Konzepte und Forschungsinstrumente so dargestellt, als ob sie eine Frauen und / oder Männern innewohnende Eigenschaft bezeichnen, anstatt sozial konstruierte Geschlechtsstereotypen. Einige Maskulinitäts-Feminitäts-

Skalen gehören in diese Kategorie. Dem kann begegnet werden, in dem statt *fest-schreibenden beschreibende* Darstellungen gewählt werden. Wenn Geschlechterstereotypen als den Geschlechtern angemessen dargestellt werden, ist es gut möglich, dass hier ein Fall von Verdinglichung vorliegt.

In Nordamerika sind die meisten Angestellten in Pflegeberufen Frauen, während in den wissenschaftlichen, kaufmännischen und technischen Berufen vor allem Männer arbeiten. Dieses Berufswahlmuster kann als naturgegeben betrachtet werden, wenn angenommen wird, dass Frauen und Männer von Geburt an unterschiedlich sind. Diese vermuteten biologischen Unterschiede können aber nicht erklären, warum Menschen in Pflegeberufen durchschnittlich ein geringeres Gehalt bekommen als Menschen in wissenschaftlichen, technischen und kaufmännischen Berufen. Diese Gehaltsunterschiede lassen sich vielmehr durch die höhere relative Bewertung von Männerarbeit gegenüber Frauenarbeit erklären.

4.2.2 Behandelt die Forschungsmethode Frauen und Männer als Gruppen mit überlappenden Eigenschaften, anstatt sie als zwei getrennte Gruppen zu begreifen?

Während die Geschlechtsinsensibilität Geschlecht nicht als sozial relevante Faktoren oder Variablen erkennt, übertreibt die **Geschlechterdichotomie** die Geschlechterdifferenzen und erkennt nicht, dass es auch viele beiden Geschlechtern gemeinsame Charakteristika gibt, d.h., dass es zwar im Allgemeinen Geschlechtsunterschiede gibt, einzelne Frauen oder Männer aber auch Eigenschaften zeigen können, die sonst dem jeweils anderen Geschlecht zugeordnet werden.

Die meisten Maskulinitäts-Feminitäts-Skalen ordnen verschiedene Charaktereigenschaften als entweder typisch weiblich oder typisch männlich (in seltenen Fällen sind auch androgyne Eigenschaften vorgesehen) zu. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die meisten Persönlichkeitseigenschaften mehr oder weniger ausgeprägt bei Menschen beiderlei Geschlechts zu finden sind.

4.3 Werden Eigenschaften, die bei beiden Geschlechtern vorkommen, auch beiden zugestanden?

Diese Frage behandelt versteckte doppelte Bewertungsmaßstäbe und schließt die folgenden Unterfragen ein:

4.3.1 Wird ein theoretisches Konzept, welches darauf basiert, dass eine Eigenschaft bei beiden Geschlechtern vorhanden ist, so definiert, dass es auch gleichermaßen für Frauen und Männer anwendbar ist?

Die größte Schwierigkeit bei der Suche nach versteckten doppelten Bewertungsmaßstäben innerhalb der Konzeption einer Studie liegt darin, dass gewöhnlich Konzepte für die Geschlechter unterschiedlich sind. Es benötigt einen bestimmten Blickwinkel, um die Gleichartigkeiten von Männern und Frauen durch die unterschiedlichen Beschreibungen hindurch zu entdecken.

So wurde z.B. über lange Jahre das Konzept der „Arbeit“ untersucht, bis endlich deutlich wurde, dass sie in zwei Formen auftritt: als bezahlte und unbezahlte Arbeit. Es war ein großer konzeptueller Durchbruch, unbezahlte Arbeit als Arbeit zu definieren. Ähnliche Kritiken gab es am Konzept der „Produktivität“ und an Konzepten, die auf diesem beruhen, wie dem Bruttosozialprodukt und dem Bruttoinlandsprodukt.

4.3.2 Steckt in einem geschlechtssensiblen theoretischen Konzept oder konzeptionellem Begriffspaar ein verstecktes Werturteil, durch das Frauen benachteiligt oder diskriminiert werden?

Manchmal schreiben konzeptionelle Begriffspaare Frauen und Männern unterschiedliche Werte zu. In solch einem Falle ist es sinnvoll, die Bewertung umzudrehen, weil dadurch der existierende Gender Bias offensichtlich wird.

In der Vergangenheit versuchten WissenschaftlerInnen, die Ätiologie der Schizophrenie zu erklären, indem sie einflussnehmende Faktoren und Variablen in der Familie untersuchten. In diesem Zusammenhang wurde die Theorie der „schizophrenogenen Mutter“ geprägt, während es keine über den „schizophrenogenen Vater“ gab. Das ist ein sehr auffälliges Beispiel für einen Gender Bias. Die Lösung ist offensichtlich: und zwar den Einfluss beider Eltern zu untersuchen.

4.3.3 Werden Frauen und Männer gleichermaßen als Akteure/innen, sowie als Passive betrachtet?

Oft werden nur Männer als aktiv, Frauen als rein passiv wahrgenommen.

5. Erfahrungen aus Health Canada

Eine der Mitinitiatorinnen des Handbuchs, Mary Ann Burke, berichtete auf einer Veranstaltung im Juni 2001 über ihre Erfahrungen mit dem Einsatz des Handbuchs und der beginnenden Arbeit, Gender Bias in der kanadischen Gesundheitsverwaltung zu vermeiden. Ihre Erfahrungen in kurzen Statements lauteten:

- Strategische Gelegenheiten nutzen,
- sich des politischen Willens versichern,
- ein großes Netz an PartnerInnen über Sektoren und rechtliche Gegebenheiten hinweg entwickeln,
- Worte sorgfältig wählen, da dies den Unterschied zwischen Akzeptanz und Ablehnung ausmachen kann,
- das Verhandlungsgeschick schulen und verbessern,
- jede Unze des eigenen innovativen, kreativen Potenzials zum Denken nutzen und strategisch handeln,
- Fortschritt erfolgt stufenweise. Es ist schwierig, vorwärts zu kommen, wenn nicht alle Dinge an ihrem Platz liegen - Zeit nehmen.
- Konzeptuelle Neuerungen sind auf vielen Ebenen notwendig, aber auch Zeit raubend,
- feststellen, wenn nichts mehr auszurichten ist (verschwende keine Energie darauf, ein totes Pferd zu schlagen),
- den Rücken beobachten,
- geduldig sein,
- kreativ sein,
- jede kleine Verbesserung feiern, anderenfalls kann es sehr deprimierend sein, wie langsam sich Dinge bewegen.

6. Das Projekt 'Gender Bias'

Für die deutschsprachige Public Health-Forschung gibt es bisher keine Analysen, ob und in welchem Ausmaß geschlechtsspezifische Belange einbezogen werden. Dies ist das Anliegen des Projekts Gender Bias – Gender Research², welches eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsfor-

schung in Deutschland erstellt. Das Projekt wird im Berliner Zentrum Public Health (BZPH) von Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider fachlich geleitet und von der Autorin koordiniert. Aus jedem der anderen Public Health-Forschungsverbände konnten Fachwissenschaftlerinnen gewonnen werden, die Mittragstellerinnen und/oder Kooperationspartnerinnen sind³. Ziel des Projektes ist es, aufzuzeigen, inwieweit die deutsche Public Health-Forschung geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigt, um methodologisch ungeeignete Zugänge, die zu Gender Bias führen, darzulegen und Standards und Leitlinien für die geschlechtsspezifisch differenzierende (gender-sensitive) Public Health Forschung zu entwickeln. Das Projekt umfasst folgende Arbeitsschritte:

- Aufarbeitung der methodologischen und wissenschaftstheoretischen Literatur zu Gender Bias,
- schriftliche Befragung der laufenden und abgeschlossenen Public Health Projekte hinsichtlich der Einbeziehung beider Geschlechter in die Forschung,
- systematisches Reviewverfahren von deutschsprachigen Public Health Zeitschriften hinsichtlich der Publikation von Studien zu geschlechtsspezifischer Gesundheit,
- Vernetzung und Kooperation: Aufbau des Verbundes und eines erweiterten Netzwerkes,
- Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, Fortbildung, Vorträge,
- Entwicklung eines Empfehlungskataloges und Darlegung geschlechtsspezifischer sensibler Forschungsstandards.

Die Ergebnisse der Befragung sämtlicher Public Health-Projekte (Fuchs, Maschewsky-Schneider 2001a) zeigten, dass die Befragten sich insgesamt interessiert an geschlechtsspezifischer Forschung zeigten. Sie äußerten ein Bewusstsein hinsichtlich der Notwendigkeit der Einbeziehung von Geschlecht in die Public Health

² Das Projekt läuft im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health (BZPH) und wird vom Bundesministerium für Bildung, Forschung, Wissenschaft und Technologie unter dem Förderkennzeichen 01EG9821TPN11 gefördert.

³ Mittragstellerinnen: Dr. Hannelore Löwel (GSF, München), Dr. Ingeborg Jahn (Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin), Dr. Jutta Krappweis (Sächsischer Forschungsverbund, TU-Dresden), Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bremen), Dipl. Soz. Brigitte Stumm (Institut für Medizinische Soziologie, UKE-Eppendorf, Universität Hamburg), Prof. Dr. Kim Bloomfield, P. H. (University of Southern Denmark), Dipl. Soz. Wiss. Birgit Babitsch, MPH (Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin). Kooperationspartnerinnen: Dr. Daphne Hahn (TU Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften), Ulrike Worrigen (Charité Berlin), Dr. Gesinde Grande (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Dr. Barbara Thorand und Dr. Gabriele Bolte (GSF, Neu-

Forschung. Frauen und Männer sind gleichermaßen bereit, geschlechtsspezifisch zu forschen. Aus ihrer Einschätzung sollte besonderes Augenmerk zu Beginn auf die Forschungsfrage, das Design und die Schlussfolgerungen gelegt werden.

Im Rahmen des umfassenden Zeitschriftenreviews (Fuchs, Maschewsky-Schneider 2001b) wurde deutlich, dass zwischen 1990 und 1999 die geschlechtsspezifische Publikationspraxis zugenommen hat, insgesamt aber noch nicht ausreichend ist, da sich sowohl auf der semantischen als auch auf der methodisch-technischen und inhaltlichen Ebene Defizite ergaben. Die erste und einfachste Orientierung für LeserInnen um festzustellen, ob geschlechtsspezifische Verzerrungen vorliegen könnten, bietet der Sprachgebrauch. Sowohl AutorInnen, HerausgeberInnen und LeserInnen sollten darauf achten, welche Ergebnisse welchen Geltungsbereich haben, um z.B. Übergeneralisierungen vorzubeugen.

Insgesamt sollte darauf geachtet werden, dass

- schon bei der Forschungsförderung Gender Berücksichtigung findet;
- ForscherInnen entsprechend geschlechtssensitiv arbeiten und publizieren und
- LeserInnen die adäquate Einbeziehung von Frauen und Männern überprüfen.

7. Literatur

Eichler, Margrit (1991): *Nonsexist Research Methods: A Practical Guide*. New York: Routledge.

Eichler, Margrit (1997): *Feminist Methodology*. In: *Current Sociology*, 1997, Vol. 45 (2), S. 9-36.

Eichler, Margrit (1998): *Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung*. In: *Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern, Göttingen, Toronto u. a. (Huber). S. 34-49.

Eichler, Margrit; Gustafson, Diana; Pomepetzki, Monika (1999): *Moving Toward Equality: Recognizing and Eliminating Gender Bias in Health*. Toronto: Health Canada, Arbeitspapier.

- Eichler, Margrit; Fuchs, Judith; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2000): Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft; Jg: 8, H. 4, S. 293-310.
- Eichler, Margrit et al. (2002): Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen von Gender Bias in der Gesundheitsforschung, Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs. Berliner Zentrum Public Health, ISSN 0949 0752, Blaue Reihe, Reihe B, unter www.tu-berlin.de/bzph als pdf-Datei frei verfügbar.
- Fuchs, Judith; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2001a): Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum? - Ergebnisse eines Literaturreviews. Zur Veröffentlichung eingereicht in "Das Gesundheitswesen".
- Fuchs, Judith; Maschewsky-Schneider, Ulrike (2001b): Berücksichtigung des Gender-Aspekts in der deutschsprachigen Public Health-Forschung. Ergebnisse einer Projektbefragung. Zur Veröffentlichung eingereicht in Sozial- und Präventivmedizin.
- Meinert, Curtis L.; Kaplan Gilpin, Adele (2000) Estimation of gender bias in clinical trials. In: Statistics in Medicine 20; 1153-1164.
- Ruiz, Teresa M.; Verbrugge, Lois M. (1997): A Two Way View of Gender Bias in Medicine. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 51 (2), S. 106-109.

Gender Mainstreaming als Landespolitik und dessen Auswirkungen auf die praktische Arbeit vor Ort – Podiumsdiskussion

In der Podiumsdiskussion ging es um Strategien, wie Politik auf den unterschiedlichen Ebenen funktioniert und in welchem Zusammenhang diese Ebenen zueinander stehen. Diesen Vermittlungs- und Durchsetzungsprozess am Beispiel Gender Mainstreaming deutlich zu machen, war unser Anliegen.

Im Folgenden dokumentieren wir die zwei uns vorliegenden Statements aus der Podiumsdiskussion.

Statement: Implementierung einer Mainstreaming-Politik

Anette Steege, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Es gibt nicht nur einen Weg, eine Gender Mainstreaming-Politik zu implementieren und es ist sehr von den Rahmenbedingungen abhängig, welchen Weg ein Land, eine Organisation für sich wählt. Die Europäische Kommission nennt mehrere Kriterien für eine erfolgreiche Mainstreaming-Politik¹:

1. Engagement der Führungsebene,
2. Bewusstseinsbildung,
3. Doppelstrategie von Gender Mainstreaming und spezifischer Frauen- und Gleichstellungspolitik,
4. Strukturen der Zusammenarbeit der verschiedenen Gremien, Dienststellen und Führungsebenen,
5. Zuweisung von Zuständigkeiten für die Beaufsichtigung dieser Politik, vorzugsweise mit einer Position in der Hierarchie, um auf den Entscheidungsprozess wirken zu können,
6. Analyse der Auswirkungen von Politiken und Aktionen auf Frauen und Männer mit Einleitung entsprechender Maßnahmen sowie Überprüfung von Vorschlägen auf den verschiedenen Stufen des Entscheidungsprozesses, um sicherzustellen, dass die Gleichstellungsdimension ausreichend berücksichtigt wor-

den ist. Die für diese Aufgabe verantwortlichen Personen benötigen hierfür die Unterstützung ihrer Hierarchie, einschließlich der erforderlichen Zeit, Personal- und Finanzressourcen und Weiterbildung zur Erlangung des erforderlichen Fachwissens,

7. regelmäßige Begleitung und Bewertung, die gegebenenfalls die Einleitung von Änderungen ermöglichen.

Den Weg, den Niedersachsen eingeschlagen hat, will ich im Folgenden an einzelnen Eckpunkte beschreiben: Die Niedersächsische Landesregierung befürwortet den Gender Mainstreaming-Ansatz und hat sich bewusst für eine Doppelstrategie von Gender Mainstreaming und spezifischer Frauen- und Gleichstellungspolitik ausgesprochen. Es wurden seitens des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales bereits vielfältige Informationsveranstaltungen und Schulungen durchgeführt, angefangen bei allen Beschäftigten des eigenen Hauses, über die Führungskräfte und Frauenbeauftragten der obersten Landesbehörden, den Landtagsausschuss für Gleichberechtigung und Frauenfragen bis hin zum Ministerpräsidenten, den Ministerinnen und Ministern sowie den Staatssekretärinnen und Staatssekretären. In Kooperation mit der Niedersächsischen Landeszentrale für politische Bildung haben wir eine Qualifizierungsreihe angeboten, mit der konkrete Gender Mainstreaming-Projekte unterstützt und begleitet wurden. Wir haben eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der alle obersten Landesbehörden sowie die Frauenbeauftragten vertreten sind und die den Umsetzungsprozess beobachtet, steuert und begleitet. Soweit – in aller Kürze – zum Vorgehen Niedersachsens zur Implementierung der Gender Mainstreaming-Strategie.

Und die Zeiten sind m. E. günstig, um eine solche neue Strategie zu implementieren. Die Verwaltungen – aber auch viele andere Organisationen und Projekte - befinden sich derzeit in einem Prozess der Modernisierung und Optimierung der Qualitätsstandards. Diese Umbruchzeiten bieten Einfallstore, da Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender Mainstreaming kein Hemmnis für Veränderungsprozesse sein muss, sondern sie im Gegenteil befördern kann.

¹ s. Fortschrittsbericht der Kommission über Folgemaßnahmen zu der Mitteilung: „Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politischen Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft“ -

Verdeutlichen möchte ich das am Beispiel Qualitätsoptimierung. Gender Mainstreaming ist ein Ansatz, der eine spezifische Zielgruppenorientierung von Entscheidungen differenziert ermöglicht, indem die unterschiedlichen Interessenslagen und Bedarfe der verschiedenen Zielgruppen gezielt von Anfang an berücksichtigt werden. Gleichstellungspolitik ist auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll und nicht nur etwas für wirtschaftlich gute Zeiten. So verfolgen Unternehmen immer häufiger das Konzept des Managing Diversity, das heißt, die gesellschaftliche Vielfalt soll auch in der Belegschaft repräsentiert sein. Die Unternehmen versprechen sich davon Wettbewerbsvorteile, unter anderem durch eine bessere Orientierung an den Bedürfnissen der potenziellen Kundschaft.

Der Ansatz, dass die unzureichende Berücksichtigung von – internen und/oder externen – Zielgruppen negative finanzielle Effekte hat, ist auch für Non-Profit-Organisationen relevant. In Anlehnung an das Konzept des Managing Diversity trägt Gender Mainstreaming auch diesen Anforderungen Rechnung. Aber auch wenn die Zeiten für neue Strategien günstig sind, darf nicht mit schnellen Erfolgen gerechnet werden. Der Implementierungsprozess braucht Zeit ebenso wie den Mut, Neues auszuprobieren.

Statement: Auswirkungen auf die praktische Arbeit vor Ort aus Sicht einer kommunalen Frauenbeauftragten

Heide v. Ritz-Lichtenow, Frauenbeauftragte des Landkreises Osterholz

Wie wir alle wissen, ist Politik nicht geschlechtsneutral. Die immer noch stark verinnerlichten Rollenstereotypen beeinflussen nach wie vor politisches Denken und Handeln. Ein klarer Auftrag von „oben“ an die jeweiligen EntscheidungsträgerInnen zur tatsächlichen Durchsetzung von Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit wäre dringend erforderlich.

Gender Mainstreaming als Politikvorlage des Landes Niedersachsen ist bisher leider nur rudimentär „unten“ (d. h. in der Kommunalpolitik) angekommen. Ich

spreche in diesem Zusammenhang auch besonders vom ländlichen Raum. Und das, was vor Ort darunter verstanden wird, ist: Gender Mainstreaming ist eine neue Variante von Frauenförderung, nur mit einem sehr merkwürdigen schwierigen Namen, hat also wenig bis gar nichts mit Männern zu tun, ist also eine Sache der Frauen(beauftragten). Natürlich arbeitet sich diese dann auch engagiert an den Themenfeldern ab und entlastet damit einmal mehr die kommunalen Leitungsgremien. Dabei hören wir fasziniert, dass Gender Mainstreaming ein Leitungsinstrument ist und eine Gemeinschaftsaufgabe darstellt!

„Die Geduld der Frauen ist die Macht der Männer“, heißt es. Welche Rolle spielt also die Geduld der Frauen(beauftragten) bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming vor Ort? Ist sie nicht eher hinderlich? Und wird die Geduld der Frauen nicht von Männern einkalkuliert und ausgenutzt? Ich denke, es ist höchste Zeit für deutlich sichtbare Ungeduld!

Auch die Frage: Wie sollen die Männer für dieses Gender Mainstreaming-Konzept gewonnen werden, ohne die mühsam erreichte institutionelle Frauenförderung und die Frauenprojekte zu gefährden, impliziert im Grunde bereits die Antwort: Frauen(beauftragte) müssen die Überzeugungsarbeit leisten und den Widerstrebenden die Sache schmackhaft machen durch Argumente, wie z. B. Qualitätssteigerung, Leistungsmotivation, Kundinnenorientierung/Zufriedenheit und vieles mehr. Dabei wird auch durchaus höfliches Interesse bekundet. Dabei bleibt es jedoch. Dies nennt man die Verhinderung der Gleichstellung durch Nichtstun. Und selbst wenn ein Rats- oder Kreistagsbeschluss herbeigeführt wird, bedeutet das noch lange nicht dessen Umsetzung.

Bekanntermaßen sind die Voraussetzungen für die Umsetzung von Gender Mainstreaming:

- Fachwissen,
- Genderkompetenz,
- Macht,
- Ressourcen.

Fachwissen und Genderkompetenz besitzen die Frauen(beauftragten). Macht und Ressourcen besitzen die Männer!

Ich habe dabei immer folgendes Bild vor Augen: Da ist ein solides Ruderboot, besetzt mit Frauen. Sie rudern kraftvoll und zielorientiert auf dem Mainstream. Rechts und links werden sie überholt von männlich besetzten Motorbooten. Die Frauen winken und rufen und wollen die Männer „ins Boot“ holen: „Kommt her, wir sind wirklich gut und topfit!“.

Tatsächlich dreht auch ab und zu mal einer bei und bietet sich als Steuermann oder Kapitän an. Soweit, so unbefriedigend.

Wie ist es also möglich, den viel zitierten Top-Down-Prozess von der Landespolitik auf die Kommunalpolitik herunterzudeklinieren, ohne die heilige kommunale Selbstverwaltung zu stören? Meines Erachtens müssten

- der Austausch und die Information unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände intensiviert werden,
- von der Landesregierung deutlicher als bisher Gendersignale an die Kommunen ausgestrahlt werden, insbesondere in den Bereichen Kultur, Bildung, Ausbildung, Jugendarbeit, Gesundheit, Arbeits- und Wirtschaftsförderung.

Außerdem müssen wir meines Erachtens aufpassen, dass der augenblickliche Trend zur Familienpolitik nicht – wie schon häufig geschehen - von den Leitungsgremien „vor Ort“ dahingehend interpretiert wird, dass dieser die Frauenpolitik bzw. Gleichstellungspolitik ersetzt.

Fakt ist, die Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit ist gleichzeitig auch immer Männlichkeitskritik und wird daher von den Männern auch immer als Bedrohung empfunden. Demzufolge wünsche ich mir zusätzlich auch Impulse in Richtung Männerforschung. Außerdem sollte überlegt werden, ob der Einsatz von Genderbeauftragten sinnvoll ist.

In meinem Landkreis (Osterholz) sind Ansätze zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in den Bereichen Regionalplanung, Regionalentwicklung, Wirtschaftsförderung und Personalentwicklung zu erkennen. Bei der Durchführung von EU-Projekten meinen die Verantwortlichen bedauerlicherweise, dem gefor-

dernten Gender Mainstreaming-Konzept Genüge zu tun, wenn irgendwo das Wort „Frauen“ auftaucht.

Auf Osterholzer Landkreisebene beginnt seit kurzem sich ein Netzwerk von Interessenverbänden und Institutionen zu bilden, um die Handlungsmöglichkeiten zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in den verschiedenen Organisationen zu diskutieren. Es wurden bereits Hearings und Thinktanks veranstaltet, und es besteht seit kurzem eine AG zur Einrichtung eines Kompetenzzentrums.

Dennoch stelle ich häufig bei den Sitzungen und Veranstaltungen eine bemerkenswerte Abwesenheit von Genderkompetenz fest. Daraus resultiert meine Forderung nach regionalen und überregionalen Gendertrainings, die von der Landesregierung gefördert werden sollten. Mir ist durchaus bewusst und ich möchte das ausdrücklich betonen, dass das Land Niedersachsen im Vergleich mit anderen Bundesländern in Sachen Gender Mainstreaming weit vorne liegt und beispielgebend ist.

An oberster Stelle des Forderungskataloges der Niedersächsischen Frauenbeauftragten steht nach wie vor: (Viel) mehr Frauen in Führungs- und Entscheidungsgremien/Positionen und, besonders wichtig für die tatsächliche Umsetzung von Gender Mainstreaming, (viel) mehr Forschung für Frauen, über Frauen, von Frauen!

Es ist deutlich: **Gender Mainstreaming ist ein langfristiger Prozess!** Veranstaltungen wie diese hier sind daher wichtig und impulsgebend.

Informationen zum Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Mitglieder und Ziele

Seit 1995 gibt es das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen mit zur Zeit ca. 130 Mitgliedsfrauen. Dieses Arbeitsbündnis wird von der Landesvereinigung für Gesundheit e.V., dem Pro Familie Landesverband Niedersachsen e.V. und dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales getragen.

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Frauen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie von Vertreterinnen der Gleichstellungspolitik, die daran interessiert sind

- ... in ihren Kommunen oder Institutionen Gesundheitsförderung mit Frauen und/oder Mädchen zu verankern,
- ... ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu diesem Thema weiterzugeben,
- ... frauen- und gesundheitspolitische Impulse zu setzen und
- ... sich zu vernetzen.

Soziales Modell von Gesundheit

Das Vertrauen, individuelle, soziale und organisatorische Ressourcen zur selbstbestimmten Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens zu besitzen, oder (wieder) gewinnen zu können, ist ein wichtiger Faktor für Gesundheit. Eine Gesundheitsförderung in diesem Sinne setzt sich für Lebensbedingungen ein, die diese Souveränität stärken und erweitern.

Insofern versteht sich das Netzwerk als eine an den Belangen weiblicher Lebenswelten orientierte sozialpolitische Strategie der Aktivierung, Erschließung und Entfaltung von Handlungsmöglichkeiten und Partizipationschancen von Frauen und Mädchen in der Kommune – also dort, wo sie lernen, Arbeiten, leben und medizinisch versorgt werden.

Unsere Anliegen

Das Netzwerk vertritt die Interessen der Nutzerinnen und Beschäftigten des Gesundheitswesens und setzt sich für eine geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsförderung und eine geschlechtssensible Gesundheitspolitik ein. Dazu gehört insbesondere:

- ... Die Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung bei Mädchen und Frauen zum Wahrnehmen und Durchsetzen eigener Interessen.
- ... Die Implementierung des Gender Mainstreaming zur Durchsetzung der Geschlechtergerechtigkeit in den Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens.
- ... Die Etablierung des Themas Gesundheit als Querschnittsaufgabe.

Serviceangebote des Netzwerkes

Das Netzwerk bündelt Informationen und ermöglicht so einen Transfer von Fach- und Erfahrungswissen. Es wirkt mit öffentlichen Veranstaltungen und weiteren Serviceleistungen darauf hin, Frauen- und Mädchengesundheitsförderung im kommunalen Bereich zu verankern und lädt zu einem regelmäßigen themenbezogenen Erfahrungs- und Informationsaustausch ein.

Das Netzwerk bietet folgenden Service an

- ... Konzeptionelle Beratung und Patenschaften für Veranstaltungen
- ... Vermittlung von Referentinnen
- ... Unterstützung beim Aufbau geeigneter Strukturen für Gesundheitsförderung mit Frauen/Mädchen in den Regionen, wie z.B. runde Tische
- ... Vorträge zu den Themen „Vernetzung“ und „Frauen und Gesundheit“
- ... Rundbriefe
- ... Tagungen und Tagungsdokumentationen

Möglichkeiten der Mitarbeit

Alle interessierten Frauen sind eingeladen, sich an der Netzwerkarbeit zu beteiligen. Die Mitgliedschaft ist kostenlos. Eine formlose schriftliche Beitrittserklärung reicht aus. Die Organisationsfrauen treffen sich regelmäßig in Hannover. Auch eine zeitweise Mitarbeit zu einem Schwerpunktthema oder zur Vorbereitung einer Tagung ist willkommen.

Kontakte

... Niedersächsisches Ministerium für Frauen Arbeit und Soziales, Ref. 205, Postfach 141, 30001 Hannover
Tel.: (0511) 120 2970, Ursula Jeß
e-mail:ursulajess@mfas.niedersachsen.de

... PRO FAMILIA Landesverband Niedersachsen e.V., Steintorstr. 6, 30159 Hannover,
Tel.: (0511) 30185783, Hildegard Müller,
e-mail: hmueller@profamilia-niedersachsen.de

... Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
e-mail:LV-Gesundheit.Nds@-online.de

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

Die Referate und Berichte wurden
unverändert übernommen und geben
daher die Position der Autorinnen wider.

Internet:
www.mfas.niedersachsen.de