Gender Bias/Unconscious Bias

in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft

Erkennen und Vermeiden - Ein Handbuch für Klinikleitungen

von

Bo Bäckström & Andreas Schulte Hemming

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Gender Bias als Thema in Kliniken - Erkennen und vermeiden

Eine Handbuch für Klinikleitungen

Gender Bias spielt im Klinikalltag eine wichtige Rolle, ohne dass es auf den ersten Blick unbedingt sichtbar ist. Zu wissen, was Gender Bias ist, wie es sich zeigt bzw. wie Sie es erkennen und, noch wichtiger, vermeiden können, ist für Ihre Arbeit notwendig. Es hilft, die Qualität der Arbeit in den Kliniken auf verschiedenen Ebenen und Arbeitsbereichen zu erhöhen und trägt letztlich zur Zufriedenheit der Patient/innen und Mitarbeiter/innen bei.

Sie finden hier das Thema mit folgenden Schwerpunkten behandelt:

1. Gender Bias – Eine Einführung
2. Gender Bias in der Gesundheitswirtschaft
3. Erkennen und Vermeiden von Gender Bias – eine Spurensuche
4. Handlungsmöglichkeiten
5. Methoden/Instrumente
6. Praxisbeispiele
7. Nachweise

Eine Anmerkung:
In diesem Handbuch werden unterschiedliche Ergebnisse aus Forschungen und Beispielarten zur Verdeutlichung und als Beleg herangezogen.

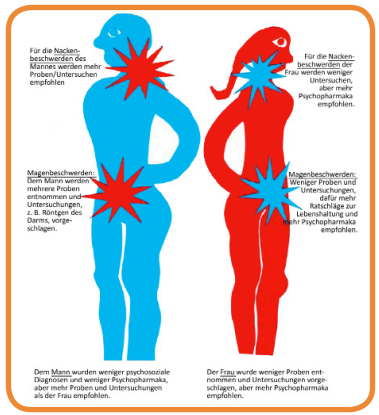
Während die explizitite medizinische Forschung für sich in Anspruch nimmt, repäsentative Ausagen zu treffen, d.h. die allgemeingültigen Charakter haben und damit übertragbar sind, verstehen sich die organisationsinternen Forschungsvorhaben in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen eher als explorative Suchbewegung, da in der Regel zunächst nur ein geringes Wissen über die zu untersuchende Zusammenhänge vorliegt. Die Ergebnisse sind nicht direkt auf andere Abteilungen, Kliniken übertragbar, können aber als Anregung dienen.

Kapitel 1: Gender Bias – Eine Einführung

In einem Experiment legte man zwei Gruppen von Studierenden der Medizin eine identische Fallbeschreibung einer Person mit Nackenbeschwerden vor. Der einzige Unterschied bestand darin, dass die beschriebene Person für die eine Gruppe einen weiblichen Namen trug und für die andere Gruppe einen männlichen. Beide Gruppen bestanden jeweils zur Hälfte aus männlichen und weiblichen Studierenden.
Die Studierenden erhielten die Aufgabe, eine Diagnose zu stellen und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Die Studentinnen und Studenten erarbeiten folgende Ergebnisse:

- Dem Mann wurde eine Röntgendiagnostik und Massage empfohlen.
- Der Frau wurde die Einnahme von Psychopharmaka und schmerzstillenden Medikamenten empfohlen. Die Studierenden hielten es außerdem für notwendig, Informationen über die Familie der Patientin und über ihre psychosoziale Lebenssituation zu erhalten.



Ähnliche Experimente wurden in Forschungsstudien in verschiedenen Ländern wiederholt und brachten ähnliche Ergebnisse:

- Beim Symptom Magenbeschwerden werden bei Männern umfangreiche diagnostische Maßnahmen (Labor, Röntgen, Endoskopie) vorgeschlagen.
  Frauen dagegen gibt man eher Empfehlungen zur Lebensführung und schlägt die Verordnung von Psychopharmaka vor.
- Eine Frau und ein Mann berichteten im Rahmen einer Studie 71 ausgewählten Ärzten über ihre Knieprobleme. Die Symptome deuteten auf eine Kniegelenksarthrose hin. Obwohl beide Personen ihre Probleme identisch darstellten und identische Röntgenbilder vorlegten, empfahlen 67 Prozent der Ärzte dem Mann, eine Operation vornehmen zu lassen, aber nur 33 Prozent der Ärzte empfahlen der Frau, sich operieren zu lassen – also nur die Hälfte.

Worin liegen die Ursachen dafür, dass bei gleichen Symptomen die Behandlungsansätze für Frauen und Männer so unterschiedlich gewählt werden?
Was geschieht hier eigentlich?

Von Unconscious Bias zu Gender bias

Forschungen in den letzten zwei Jahrzehnten führten zu der Erkenntnis, dass es sich hierbei um Ergebnisse und Folgen von Unconscious Bias handelt, d.h. um unbewusste Verzerrungen der Wahrnehmung, Voreingenommenheiten oder Vorurteile über eine soziale Gruppe.
Unter Gender Bias als einer spezifischen Form des „unconscious bias“, wird eine Wahrnehmungsverzerrung in Bezug auf die soziale Geschlechterrolle und die Geschlechtermerkmale verstanden. Unbewusst wird das zugeschrieben, was in einer Kultur als typisch für den Mann oder für die Frau angesehen wird, was mit „männlich“ bzw. „weiblich“ assoziiert wird, zum Beispiel in Bezug auf Kleidung, Beruf, Verhalten, Erwartungen.

Definitionen:
Bias, bedeutet aus dem Englischen übersetzt „Voreingenommenheit“, „Vorurteil“ und auch „Schieflage“. Bias findet sich seit einigen Jahren im Zentrum der Vorteilsforschung und von Anti-Diskriminierungsmaßnahmen, womit schon auf die eindeutig negative Seite dieser „Wahrnehmungsverzerrung“ hingewiesen wird. Diese können bewusster und unbewusster (engl. unconscious) Art sein, wobei davon ausgegangen wird, dass der unbewusste Anteil zwischen 70 und 80% liegt.

Der Begriff *Gender* (engl.) bezeichnet als Konzept die soziale, gesellschaftlich konstruierte oder psychologische Seite des Geschlechts einer Person im Unterschied zu ihrem biologischen Geschlecht (engl. sex). Der Begriff wurde aus dem Englischen übernommen, um auch im Deutschen eine Unterscheidung zwischen sozialem („gender“) und biologischem („sex“) Geschlecht treffen zu können, da das deutsche Wort Geschlecht in beiden Bedeutungen verwendet wird.

Die Normalität von Gender Bias

Unconscious bzw. Gender Bias begleiten unser Leben, denn mit ihrer Hilfe bewältigen wir unseren Alltag und können uns schnell darin orientieren. Sie reduzieren Komplexität, lassen uns rasch und ohne nachzudenken einteilen, zuordnen und reagieren. Wir haben es mit relativ emotionslosen, neutralen Erwartungen und Vorstellungen zu tun, wie sich Mitglieder von Gruppen verhalten, wie sie aussehen und sich kleiden oder welche Fähigkeiten sie haben. Wir schreiben Menschen aufgrund bestimmter Merkmale wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe u.a. unbewusst Eigenschaften zu, die zwar nicht direkt beobachtet, aber instinktiv mit der jeweiligen sozialen Gruppe verbunden werden: Frauen sind einfühlsam, Männer sind gute Techniker, Alte sind weise, Schwule sind kreativ und Schwarze können schnell laufen.
Diese Art der Kategorisierung des „Schubladendenkens“ führt letztlich zu „blinden Flecken“, denn letztlich wird es schwierig einer Person „gerecht“ zu werden. Wir betrachten Dinge, Sachverhalte und Personen voreingenommen – und verlieren den Blick für das Besondere, das oft hinter augenscheinlichen und oberflächlichen Merkmalen verborgen liegt.

Wir haben alle unsere „Blinden Flecken“, unabhängig von Geschlecht, Bildung, sozialem Status oder sonstigen Merkmalen. Es wird uns daher selten gelingen, vollkommen vorurteilsfrei und rational die Menschen zu sehen, mit denen wir privat oder im Beruf zu tun haben. Aber all das muss nicht zwangsläufig zu negativen Vorurteilen oder gar Diskriminierungen gegenüber Mitgliedern von sozialen Gruppen führen.
Sind unsere Wahrnehmungsverkürzungen jedoch mit Emotionen behaftet, können sie zu Vorurteilen führen, d.h. zu persönlichen negativen und positiven Bewertungen gegenüber bestimmten Gruppen, kurz, zu Diskriminierung.
Es gibt zwar einen Mechanismus, das bewusste Denken, mit dem wir unsere Stereotypen und Vorurteile kontrollieren können, aber eben nur den kleinen Teil, der uns bewusst ist. Schwieriger ist es jedoch mit den Unconscious Bias, unseren unbewussten Vorannahmen. Diese können unseren Kontrollmechanismus umgehen und so zu unbewussten Diskriminierungen führen.

Gleichstellungsbeauftragte/-stellen sind Wächter-Institutionen, die insbesondere den offensichtlichen, bewussten Anteil von Diskriminierung in den Blick nehmen im Sinne einer fairen und geschlechtergerechten Verteilung von Chancen und Ressourcen. Auf dieser Ebene bewegen sich in Deutschland die meisten Gender-Mainstreaming-Programme und –maßnahmen.

Definition:
Gender-Mainstreaming, auch Gender Mainstreaming geschrieben, bedeutet, die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bei allen Entscheidungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu berücksichtigen, um so die Gleichstellung der Geschlechter durchzusetzen. Der Begriff wurde erstmals 1985 auf der 3. UN-Weltfrauenkonferenz in Nai-robi diskutiert und zehn Jahre später auf der 4. UN-Weltfrauenkonferenz in Peking weiterentwickelt. Seit den Amsterdamer Verträgen von 1997/1999 ist Gender-Mainstreaming ein erklärtes Ziel der Europäischen Union. Gender-Mainstreaming unterscheidet sich von expliziter Frauenpolitik dadurch, dass beide Geschlechter gleichermaßen einbezogen werden sollen.

An dieser Stelle soll es aber zunächst um den unbewussten Anteil gehen, wobei völlig offen ist, welche Wirkungen und Folgen damit verbunden sind. Im laufe dieser Darstellung wird deutlich, dass es häufig nicht um negative Vorurteile oder Vorannahmen im Sinne von Diskrimierung geht.
Grundsätzlich ist dieser Sachverhalt auch nicht problematisch, solange wir keine Schlüsse daraus ziehen, auf deren Grundlage wir Einschätzung von konkreten Menschen vornehmen und daraus Handlungen für diese ableiten. Auch wenn es vielleicht nur selten um Diskriminierung geht, die Folgen bzw. Wirkungen von Gender Bais sind dennoch überall zu beobachten, wirken subtil und werden meistens unterschätzt.

Woher kommen unsere Wahrnehmungsverzerrungen? - Ursachen

Über die Gründe und die Entstehung unserer blinden Flecken, unser Schubladendenken oder Wahrnehmensverzerrungen, seien sie bewusst oder unbewusst, haben sich verschiedenen Forschungszweige wie die Sozialisationsforschung, Vorurteilsforschung und in den letzten Jahren insbesondere die Hirnforschung Gedanken gemacht und empirische Untersuchungen durchgeführt.
Einige Erklärungsansätze für die Ursachen von „unconscoius bias/gender bias“ sind:

- Wir finden sie in unseren traditionellen Normen, Haltungen und Einstellungen, die wir uns schon in der Kindheit aneignen und lernen.
- Basierend auf unseren Erfahrungen, unserer Sozialisation schon seit frühester Kindheit und kulturellen Einflüssen konstruieren wir die Wirklichkeit um uns herum. Um die unendliche Komplexität unserer Umwelt zu reduzieren, verwenden wir Schubladen und Stereotype. So reduzieren wir die vielen Informationen, die täglich auf uns einprasseln, und fassen sie in handhabbare Kategorien zusammen. Solche Vereinfachungen und Kategorisierungen sind menschlich – uns häufig aber nicht bewusst.
- Diese Unconscious Bias sind biologische Pfade, die tief in unserem Gehirn gespeichert sind. Sie werden durch unser Leben und unsere Erfahrungen geebnet. Sobald wir einen Unconscious Bias verankert haben, fallen wir immer wieder in dieses Muster zurück, wodurch dieser Bias immer weiter verstärkt wird.

Was immer auch die Ursachen sein mögen, wir kommen nur sehr schlecht an unsere unbewussten Wahrnehmungsverzerrungen heran.

Kapitel 2: Gender Bias in der Gesundheitswirtschaft

Erste Forschungen zu Gender Bias gibt es in den 1980er Jahren, in der Gesundheitswirtschaft insbesondere in der Medizin verstärkt zum Ende des 20.Jahrunderts. Ging es anfänglich noch um missverständliche sprachliche Verallgemeinerungen, so wird heute Gender Bias als ein systematischer Fehler angesehen, der darin besteht, dass das Thema “Geschlecht” falsch verstanden und daraus falsche Schlüsse gezogen werden:

Wie zeigt sich Gender Bias? – Grundlegende Varianten

Die vier folgenden geschlechtsbezogenen Verzerrungseffekte können in diesen Hauptformen auftreten, oft aber stehen sie nebeneinander und verstärken dann das Problem.

1. Es werden geschlechtsspezifische Unterschiede gesehen oder übertrieben, wo es keine gibt.

Doppelte Bewertungsmaßstäbe liegen vor, wenn identische Situationen für Männer und Frauen ohne weitere Prüfung als per se unterschiedlich behandelt werden. Dies passiert, wenn Geschlechter als gänzlich voneinander getrennte Gruppen behandelt werden, anstatt auch übergreifende Eigenschaften in den Blick zu nehmen (Geschlechterdichotomisierung). Es liegt auch vor, wenn Geschlechterstereotypen dazu führen, dass identisches Verhalten bei Frauen und Männern unterschiedlich bewertet wird (Geschlechterstereotypisierung).

Beispiel:
Bei einem Body-Mass-Index (BMI) von 25 haben Ärzte Frauen empfohlen abzunehmen, für Männer gilt diese Empfehlung erst ab einem BMI von 30.
Es stellt sich die Frage, inwiefern Ärzte das Idealbild einer schlanken Frau verinnerlicht haben.

2. Es werden geschlechtsspezifische Unterschieden nicht gesehen, wo es sie tatsächlich gibt.

a) Es wird von *Geschlechtsinsensibilität oder Geschlechtsblindheit* gesprochen, wenn z.B. pauschal von einer gleichen Betroffenheit von Frauen und Männern ausgegangen wird, ohne dass hierüber zuverlässiges Wissen existiert. Oder es wird ignoriert, dass sich ähnliche Situationen unterschiedlich auswirken können.

Beispiel:
In einer Pflegeeinrichtung wurde festgestellt, dass deutlich mehr Männer als Frauen einen elektrischen Rollstuhl erhielten, obwohl keinerlei physiologische Gründe dafür sprachen. Auf erste Nachfragen war die allgemeine Einschätzung beim Personal etwa so: Männer sind normalerweise stärker als Frauen und müssen deshalb nicht motorisiert unterwegs sein.

Erst eine genauere Analyse innerhalb der Einrichtung brachte zu Tage, dass das Personal viel häufiger vorschlug, dass Männer einen elektrischen Rollstuhl erhalten sollen als Frauen, weil sie dachten "Diese Bewohnerin kommt mit einem elektrischen Rollstuhl nicht klar". Auf der anderen Seite trauten sich auch die betroffenen Frauen nicht, einen elektrischen Rollstuhl zu verlangen, während die Männer viel häufiger als Frauen nach einem elektrischen Rollstuhl fragten. Nicht die auf physiologischen Gründen basierende Notwendigkeit führte zu einer Entscheidung über das elektrische Hilfsmittel, sondern unbewusste Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster.

b) Eine *Verallgemeinerung (Androzentrismus/Gynozentrismus)* liegt vor, wenn eine männliche oder weibliche Perspektive unzulässig generalisiert wird. Es werden z.B. Ergebnisse aus Studien, in denen nur Männern untersucht wurden, auf Frauen übertragen. Oder Behandlungsmethoden, die für Frauen entwickelt wurden, werden auch für Männer empfohlen.

Beispiel:
Die jahrzehntelang gepflegte Annahme, dass der Herzinfarkt eine „typische Männerkrankheit" sei mit all ihren „typischen Anzeichen für den Herzinfarkt" - massives Engegefühl in der Brust und starke Schmerzen, die in die Arme ausstrahlen können – führte zu „Unwissenheit" bei den betroffenen Frauen und dem Personal in der Notfallambulanz bzw. dem Rettungsdienst. 2004 glaubten noch 61% der Frauen, dass Infarkte vor allem Männer bedrohen und nur 30% der Befragten, dass Herzkreislauferkrankungen

die häufigste Todesursache bei Frauen sind. Zahlreiche betroffene Frauen taten selbst ihre eigenen Symptome als unbedeutend ab und gingen nicht rechtzeitig zum Arzt. Ebenso war das Rettungsdienstpersonal oder das der Notfallambulanz auf „typische" Anzeichen von Herzinfarkten jahrelang geschult worden - die Ergebnisse zu den „typischen Symptomen" stammten aus Studien, die nur mit Männern durchgeführt wurden. Frauen mit akutem Myokardinfarkt klagen häufiger über Nacken- und Schulterschmerzen und leiden an Übelkeit und Erbrechen. Diese Symptome wurden bei den Frauen nicht mit einem möglichen Herzinfarkt in Verbindung gebracht und so wurde versäumt, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Der Infarkt wird möglicherweise immer noch häufig zu spät erkannt. Im Schnitt kommen Frauen rund eine Dreiviertelstunde später in die Klinik als männliche Patienten. Ihre Überlebenschancen sinken damit dramatisch. 2004 starben in Deutschland rund 87.000 Frauen gegenüber 78.000 Männer an Herzinfarkt.

- Warum werden Frauen beim Leistenbruch mit einer Technik operiert, die für Männer entwickelt wurde?
- Warum werden männlichen Bewohnern im Altenpflegeheim Präventionsangebote zur Mobilisation gemacht, die sich bei Bewohnerinnen bewährt, aber von den Männern nicht angenommen werden?

3. Es wird davon ausgegangen, dass Patientinnen und Patienten *für ihr Geschlecht typisch* sind.

Jeder einzelne konkrete Mann ist ein typischer Mann und jede einzelne konkrete Frau eine typische Frau. Und auch Paare haben eine typische Geschlechteraufteilung. Ausnahmen, Besonderheiten oder Individualität haben hier wenig Platz

Beispiel:
Die Hebammen einer Entbindungsstation eines Krankenhauses machten die zunächst verwirrende Erfahrung, dass mit Zunahme von gleichgeschlechtlichen, d.h. lesbischen bzw. schwulen Paaren, die als angehende Eltern in der Klinik waren, ihr gewohnheitsmäßiges Vorgehen für „normale Paare" wie die Ansprache der Paare (Ehemann / Ehefrau, Vater / Mutter), die Durchführung von Informationsveranstaltungen insbesondere für die männlichen Partner und auch ihre eigenen Erwartungen an das Verhalten der Paare nicht mehr angemessenen waren. Die Hebammen mussten Schritt-für-Schritt

lernen, wie die jeweiligen Partner der homosexuellen Paare angesprochen werden wollen, dass es dort keine allgemeine Form der Ansprache gibt. Zudem waren anders als bei den heterosexuellen Paare, beide Ehepartner bzw. Ehepartnerinnen für die Entbindung ausgesprochen gut vorbereitet und informiert.
Die Folge für das Krankenhaus war die Einrichtung einer in Nordeuropa einzigartigen Entbindungsstation für gleichgeschlechtliche Paare.

Die Wirkungen von Gender Bias

Wie deutlich geworden ist, gilt es, ein differenzierteres Bild von seinen Patientinnen und Patienten zu gewinnen und nicht von unpräzisen Voraussetzungen auszugehen, sondern Unterschiede dort wahrzunehmen, wo es sie gibt, um eine soweit wie möglich individuelle und angemessene, das heißt begründbare Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.
Es können diese Verzerrungseffekte des Gender Bias in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft auftreten: in der Personalorganisation, in der medizinischen Versorgung, im direkten Kontakt zwischen Pflegefachpersonen und Patienten und Patientinnen, in der eigenen persönlichen Wahrnehmung.
An andere Stelle wurde schon darauf hingewiesen, dass Gender Bias als reine Wahrnehmungsverzerrung noch nicht per se zu einem Problem werden muss. In der Regel werden aber auf dessen Grundlage Schlüsse gezogen, wir nehmen Einschätzung von konkreten Menschen vor, leiten für diese daraus Handlungen ab und treffen Entscheidungen, und zwar immer mit Folgen, mal mehr, mal weniger gravierend für die betreffenden Personen.
Die beschriebenen Beispiele verdeutlichen die Spannweite der Folgen von Gender Bias, die nicht immer gravierend sein müssen, häufig haben sie Einfluss auf die Verteilung von pflegerischen Aufmerksamkeiten, bewirken Maßnahmen, die manchmal keinen medizinisch-pflegerischen Wert haben oder entscheiden über die Zuwendung von Ressourcen, die unnötige Kosten verursachen u.a.m.
Deutlich wird bei fast allen Beispielen aus der Praxis, den Erfahrungen mit Gender Bias, dass zu Beginn nicht viel auf eine verzerrte Wahrnehmung mit den dazu gehörenden Maßnahmen hindeutet und dass Gender Bias dazu beiträgt, dass „objektive“ Gründe, medizinisch belegbare Expertise unterlaufen werden.

Kapitel 3: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias? – eine Spurensuche

Mit dem Blick insbesondere auf die Wirkungen von Gender Bias liegt es nahe, Maßnahmen nach dem Erkennen und Vermeiden von Gender bias in den Mittelpunkt der weiteren Überlegungen zu rücken.
Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Formen von Gender Bias hauptsächlich unbewusst wir-ken, sie sich der direkten Betrachtung entziehen. In der Regel sind es nur die Ergebnisse, die Folgen, die uns gegenüber treten, ohne dass damit sofort verwertbare Erkenntnisse verbunden sind und wir eine klare Vorstellung davon bekommen haben, wo wir im Sinne von Vermeidung ansetzen können.

Beispiel:
Das Personal einer Hautklinik wurde befragt, ob es Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männer kenne und/oder Auffallendes beobachtet habe. Alle Befragten sagten, dass sie solche Unterschiede nicht kennen. Nach einer gewissen Zeit und nach weiteren Fragen sagte eine Pflegefachperson zögerlich: “Ich glaube nicht, dass es eine Bedeutung hat, ich habe aber oft festgestellt, dass die Wäschesäcke in den Zimmern, in denen Männer sind, viel voller mit schmutzigen Handtüchern sind als in den Zimmern mit Frauen”. Dies wurde von ihren Kolleg/innen bestätigt. Das weitere Gespräch darüber förderte aber keine schlüssigen Erklärungen darüber zu Tage, ob es grundsätzlich so sei und was es damit auf sich habe.Erst eine breit angelegte Untersuchung (statistische Auswertungen, Interviews) in der gesamten Klinik erbrachte folgendes Ergebnis: Es wurde bestätigt, dass bei den Patienten fast doppelt soviel Handtücher verbraucht wurden wie bei den Patientinnen. Beide Gruppen waren aufgrund des gleichen Krankheitsbildes (Psoriasis) mit identischen Symptomen zum Aufenthalt in der Klinik, die Behandlungen waren aber bei Männern und Frauen auffallend unterschiedlich:

- Die Männer wurden in der Regel in der Klinik behandelt, die Frauen wurden ambulant betreut.
- Die Männer bekamen häufigere und intensivere Lichtbehandlungen als die Frauen.

- Die Männer bekamen teure Salben und Cremes verabreicht und wurden anschließend vom Pflegepersonal intensiv betreut (z.B. nach der Behandlung mit Handtüchern abgetrocknet), bei den Frauen wurde davon ausgegangen, dass sie das alleine zuhause hinbekommen.

Unter medizinischen Gesichtspunkten stellte sich der Sachverhalt so dar: Die Männer wurden “überbehandelt”, die Frauen dagegen eher „unterbehandelt“.
Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden die pflegerischen Arbeitsroutinen im Sinne einer angemessenen medizinischen Versorgung beider Patientengruppierungen verändert:

- Die Frauen bekamen bessere Salben und Crème, mehr Lichtbehandlung und wurden mehr gepflegt.
- Die Behandlung der Männer wurde angemessener.
- Trotz die Mehrbehandlung der Frauen war die jährliche Kostenersparnis beträchtlich. Die Veränderungen gingen mit einer jährlichen Kostenersparnis von rund 10% einher.

An diesem Beispiel, in der Forschung bekannt unter dem Namen „Laundry-Report“, lässt sich gut die Problematik des Erkennens und Vermeidens verdeutlichen. Zu Beginn haben wir nur subjektive Beobachtungen über ungleichmäßig angefüllte Wäschesäcke bei Männern und Frauen, die sich zur Behandlung in einer Klinik aufhalten. Auch wenn dann im ersten Schritt diese Beobachtung durch eine systematische Erhebung bestätigt wird, wissen wir auch nur, dass es wahrnehmbare quantitative Unterschiede gibt, aber über die Qualität dieser Unterschiede wissen wir noch nichts. Die Anzahl der nachvollziehbaren Deutungen sind hier zahlreich, denn die Wirklichkeit ist häufig vielfältiger und komplizierter als wir manchmal wahrhaben wollen, deshalb hilft auch keine kritische Reflexion, das reine Hinterfragen des bisher bekannten Sachverhalts weiter.
Erst die weitere Untersuchung durch breit angelegte Befragungen des Pflegepersonals, der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen führten zu verwertbaren Erkenntnissen. Und diese ausgewerteten Interviews förderten zwei aufschlussreiche Ergebnisse zutage:

1. Die tatsächlich unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen, ohne dass medizinische bzw. pflegerische Gründe dafür sprachen,
2. und die Bilder der Pflegefachpersonen, die zu über 80% aus Frauen bestanden, über die vermeintliche Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen. Männer müssen sorgsam gepflegt werden, während Frauen das schon irgendwie selbst hinbekommen. Aber auch über ihre eigene Rolle, ihr Selbstbild als Pflegefachperson sagt es et-was aus, denn von Seiten der Männer gibt es keine wörtlich ausgesprochene Forderung nach „besonders viel Pflege“, sondern das Bild eines „pflegebedürftigen Mannes“ trifft auf eine Bereitschaft von weiblichen Pflegefachpersonen.
   - Wir urteilen unbewusst nicht nur vorschnell über das jeweilig andere Geschlecht, sondern unsere verzerrte Wahrnehmung trifft auch das eigene Geschlecht und uns selbst.

Das, was wir zunächst wahrnehmen und beobachten können, sind häufig nicht die entscheidenden Wirkungen von Gender Bias und es führt in der Regel nicht direkt zu den Gründen. Uns fällt etwas auf, was auf den ersten Blick nicht erklärbar ist. Wir müssen uns dann auf die Spurensuche begeben oder wie es im Schwedischen heißt „Att vända på stena“, das bedeutet „Steine umdrehen“.

Kapitel 4: Handlungsmöglichkeiten

An dem Beispiel „Laundry Report“ wurde die Problematik des Erkennens und des Vermeidens von Gender Bias verdeutlicht, die auf der einen Seite Pflegefachpersonen und ihre Handlungsmöglichkeiten betreffen, auf der anderen Seite aber insbesondere den Weg zu einer systematischen und organisationsübergreifenden Herangehensweise. Als Vorreiter in Europa für diesen Ansatz sind die skandinavischen Länder, insbesondere Schweden zu nennen.

Die Arbeit zu Gender Bias in Schweden - ein Modell für uns

Schon früh, Anfang der 1980er Jahre, hat sich Schweden auf den Weg gemacht und Fragen der Gleichstellung von Männern und Frauen und der Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf breiter gesellschaftliche Ebene anzugehen. 1982 trat das Gleichstellungsgesetz in Kraft und zeitgleich wurden politisch unabhängige Organisationen geschaffen, die Bemühungen unterstützte und initiierten, die Gleichstellung auf nationaler und regionaler Ebene fördern, indem sie Methoden für die Integration und Durchführung einer geschlechtsspezifischen Perspektive in allen politischen Bereichen entwickelt. In den 1990er Jahren wurde dann Gender-Mainstreamingprozesse eingeleitet, die alle gesellschaftlichen Bereiche erfassten. Der Gender Mainstreaming Prozess hatte in Schweden neben der Gleichstellung im Sinne von Fairness und Gleichberechtigung aber immer auch schon ein Erkenntnisinteresse an der kritischen und differenzierten Betrachtung der Geschlechter. Damit verbunden waren zahlreiche Forschungen zu Fragen der Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, und eben auch zu den damit verbundenen Wahnehmungsverzerrungen, dem Gender Bias. Anders als in vielen anderen Ländern, wurden auch die Männer sehr schnell in diesen Auseinandersetzungenprozess eingebunden. Es geht letztlich darum die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern bei allen Entscheidungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu berücksichtigen, um so die Gleichstellung der Geschlechter durchzusetzen.

Auf Grundlage zahlreicher Studien, deren Ergebnisse hier schon vereinzelt vorgestellt wurden, entwickelten schwedische Universitäten und Institute „Werkzeuge“ (Tools) und Methoden, mit deren Hilfe Gender Bias aufgedeckt und produktiv für Organisationen und ihrer Belegschaft bearbeitet werden können, mit dem Ziel der Verbesserung der Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten im Sinne eines Qualitäts-Check-up.

Positive Effekte für und in der Organisation

Die vorgestellten Werkzeuge sind für die Arbeit in den Organisationen, nicht nur der Gesundheitswirtschaft, entwickelt worden. Sie sind praxisnah, mitarbeiterorientiert und können auch ohne externe Unterstützung umgesetzt werden. Die Erfahrungen mit diesen Methoden und Werkzeugen haben gezeigt, dass sie positive Wirkungen nicht nur auf die Patientenzufriedenheit haben, wie die dargestellten Beispiele gezeigt haben, sondern auch auf die Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es kommen Instrumente zum Einsatz, die die Kommunikation zwischen der Belegschaft und die Teamarbeit fördern, die es ermöglichen, bewusster arbeiten zu können, um die Qualität der Arbeit und dessen Ergebnis zu erhöhen; Effizienz der Arbeit sind dabei durchaus gewünschte Nebeneffekte ohne aber an der Qualität der Arbeit Abstriche machen zu müssen.

Systematische Umsetzung in der Organisation

Was machen Krankenhäuser, Kliniken und Pflegeeinrichtungen, um die Behandlungen der Patientinnen und Patienten unter qualitativen Gesichtspunkten zu optimieren? Wie gelingt es ihnen, Gender Bias zu vermeiden?
Wie deutlich geworden ist, gilt es, ein differenzierteres Bild von seinen Patientinnen und Patienten zu gewinnen, das nicht von unpräzisen Voraussetzungen ausgeht, sondern Unterschiede dort wahrnimmt, wo sie bestehen, um eine soweit wie möglich individuelle und angemessene, das heißt begründbare Behandlung und Betreuung zu ermöglichen. Die systematische Bearbeitung von Gender Bias kann als organisationsübergreifender Gender-Mainstreaming-Prozess iniitiert werden oder als eigenständiges Projekt an einzelnen Fragestellungen oder als Teil der Qualifizierungsentwicklung im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems.

Kapitel 5: Die Methoden und Instrumente

Vereinzelte Instrumente, die in Schweden entwickelt wurden, haben schon in einzelnen Ländern wie Österreich, Kanada und auch Deutschland Einzug in das Repertoire von Gender-Mainstream-Handbüchern gefunden. Im Rahmen des ***Projekts AMPAQ*** wurde die Bandbreite der Instrumente des schwedischen Ansatzes stark erweitert und für die Arbeit in deutschen Organisationen der Gesundheitswirtschaft überarbeitet. Eine kleine Auswahl an Methoden und Werkzeugen, die in der Regel miteinander kombiniert werden, wird im folgenden vorgestellt und anschließend mit Beispielen aus dem praktischen Alltag von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verdeutlicht.

Als erfolgreiches Vorgehen hat sich der Einsatz folgender Instrumente, die unter dem Begriff ***AMPAQ Reflexion*** versammelt sind, in einer bestimmten Reihenfolge von 5 Schritten bewährt:

- Reflexionssitzung 1
- Gender Statisitk
- Genderspezifische Textanalyse
- Interview / Beobachtung
- Reflexionssitzung 2

5 einfache Schritte:

Reflexions-sitzung 1

Geschlechter-getrennte Statistik

Geschlechter-gerechte Textanalyse

Interview / Beobachtung

Reflexions-sitzung 2

Reflexionssitzung 1

In den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind die Arbeitsroutinen seit längerer Zeit festgelegt. Sie basieren auf Tradition und Gewohnheit. Der Alltag ist oft stressig. Deshalb werden die Arbeitsabläufe selten in Frage gestellt. Die Reflexionssitzung ist ein Mittel, die Macht der Gewohnheit zu mindern.

In den Kliniken ist der Alltag oft stressig und überfüllt mit Aktivitäten. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind froh, überhaupt die Möglichkeit zu haben, die vorgesehene Pause zu bekommen. Manchmal muss die Pause für Regelung privater Sachen genutzt werden. Zeit zum Nachdenken gibt es kaum. Außerdem sind die Arbeitsroutinen oft seit Jahren festelegt und dadurch "selbstverständlich" geworden. Diese in Frage zustellen ist nicht einfach oder nicht erwünscht. Die Kombination dieser beiden Tatsachen - stressiger Alltag und "Festgezurrte Arbeitsroutinen" - macht es schwer, Erneuerung zu diskutieren und ev. zu testen. Die Reflexionssitzung kann diese "Blockade" brechen.

So wird´s gemacht:
Einige der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Station werden - durch organisatorischen Maßnahmen - die Möglichkeit bekommen, an einer Reflexionssitzung teilzunehmen. Ihre Vorgesetzte werden nicht teilnehmen.

Die Zeit: Normalerweise 90 Minuten. Genügend lang, um Zeit zu haben nachzudenken und ein Thema vernünftig zu besprechen, genügend kurz, um vielen MitarbeiterInnen die Chance zu geben, teilzunehmen.

Der Raum: Besprechungsraum. Kaffee, Tee, Saft und belegte Brötchen / Plätzchen. Ungestörte, ruhige und offene Atmosphäre. Ein Moderationskoffer ist nicht erforderlich.

Der Vorgang: Die Moderatorin/Der Moderator stellt zuerst die Frage: Haben Sie etwas was auf der Seele brennt / Probleme, Private oder berufliche. (Ist der Hund krank, etwas mit der Mutter, den Kindern, ..) und lässt so den TeilnehmerInnen die Chance, den Kopf frei zu machen.

Danach sagt sie/er: "Lassen Sie uns ein bißchen nachdenken. Wenn wir den Patientinnen und Patienten bzw. den Angehörigen begegnen, machen wir es dann richtig? Ich nenne ein paar Beispiele: ..... Eine andere wichtige Frage ist: Gibt es etwas, was auffällt?

Geschlechtsspezifische Statistiken

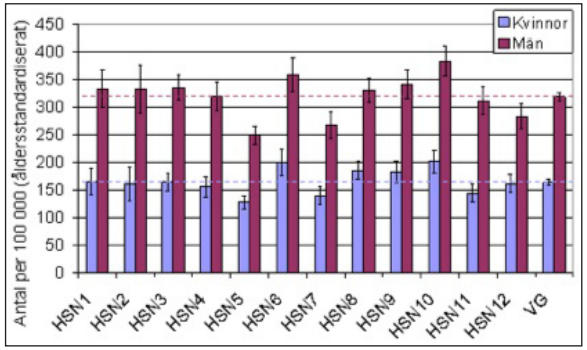
Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, sollte das Personal geschlechtsspezifische Verhältnisse kennen. Das Werkzeug "**geschlechtsspezifischee Statistiken**" ist ein gutes Hilfsmittel, um Zustände zu entdecken, die man auf dem ersten Blick nicht sieht. Durch die Auswertung messbarer Einheiten (Minuten, Stunden, Tagen, Zentimeter, Gramm, usw.) kann das Thema Gender in der Organisation sichtbarer und greifbarer gemacht werden. Es wird möglich, konkrete Ziele und Handlungspläne festzulegen und diese intern zu kommunizieren.

Ausgangspunkt der statistischen Auswertungen sind in der Regel die schon vorhandenen Daten in der jeweiligen Organisation, etwa Jahresstatistiken und Patientenunterlagen, zu denen Krankenhausentlassungsberichte, Arztbriefe, Befundberichte, ärztliche Gutachten, Röntgenaufnahmen oder auch Pflegedokumentation zählen. In Tabellen und Diagrammen sollen die Angaben zu Frauen und Männern deutlich zuzuordnen und gut zu vergleichen sein. In der hier gezeigten Tabelle sieht man nicht nur, wie das Verhältnis zischen Frauen und Männern ist, sondern auch in den verschiedenen Altersgruppen. Das macht das Gesamtbild deutlich.

Antal västragötalänningar som slutenvårdats med stroke som huvuddiagnos 2008

	Kvinnor	Män	Totalt
0 - 39 år	21	25	46
40 - 64 år	190	437	627
65 - 79 år	628	879	1507
80 – år	1181	800	1981
Alla åldrar	2020	2141	4161

Im Diagramm 2 zeigen die Stapel mit unterschiedlichen Farben für Frauen und Männer sehr deutlich, dass es Geschlechterunterschiede gibt.



Es wird mit messbaren Einheiten gearbeitet, wie zum Beispiel Wartezeit, Dosierung, Textlänge, Besuchszeit, Schmerzintensität und Materialverbrauch.

In der Anlage finden Sie Fallbeispiele.

Geschlechtergerechte Textanalyse

Grundsätzlich unterscheidet man in diesem Zusammenhang zwischen zwei Typen von Textanalysen: quantitative und qualitative. Im ersten Fall wird festgestellt, ob Texte, etwa Patientenunterlagen, die über Männer geschrieben wurden, kürzer oder länger sind als die Texte über Frauen. Ebenso gilt es festzustellen, inwiefern Texte, die von Männern geschrieben wurden, sich von jenen unterscheiden, die von Frauen geschrieben wurden – und zwar in doppelter Hinsicht:

- Frauen schreiben über Frauen
- Frauen scheiben über Männer
- Männer schreiben über Frauen
- Männer schreiben über Männer

Ett verktyg som identifierar ojämlikheter, normer och föreställningar i texter och bilder

Man kann bei so einer Analyse erstaunliche Unterschiede feststellen. Ein gutes Beispiel finden wir im Praxisbeispiel Södermalms Hemtjänst (s. Anlage). Hier hat man bei einer Prüfung der Akten gesehen, dass die Texte, die Frauen über Männer geschrieben haben, deutlich länger, detaillierter und umfangreicher waren, als die Texte, die sie über Frauen geschrieben haben.

Bei der qualitativen Analyse geht es um die im Text verwendeten Ausdrucksweisen. Werden sie den Patientinnen und Patienten gerecht oder sind sie – wenn auch nur unterschwellig – von Voreingenommenheit geprägt? Es geht um die Ausdrücke im Text. Sind sie geschlechtergerecht? Ein Beispiel finden wir im Praxisbeispiel Entbindungsstation, Danderyds Krankenhaus (s. Anlage). Hier lassen viele homosexuelle Paare ihre Kinder zur Welt kommen. Diese Personen sind besonders empfindlich, wenn es um Wörter wie "Ihr Mann", "Ihre Frau" geht.

Es bedarf keiner Kenntnisse der empirischen Sozialforschung, um dieses Instrument anwenden zu können. In der quantitativen Analyse können Wörter, Sätze und Seitenanzahl gezählt und in einem Auswertungsraster notiert werden. Bei der qualitativen Auswertung werden Unterschiede und Auffälligkeiten notiert.

Diese Analyse kann von einer oder mehreren Personen durchgeführt werden. Für eine Analyse geeignet sind personenbezogene Daten wie zum Beispiel die Pflegedokumentation oder Fallbeschreibungen.

Interview / Beobachtung

Das Instrument Interview macht es möglich, einen Direktanschluss an die Gedanken und Haltungen einiger Personen zu bekommen. Der Zweck ist, herauszufinden, wie diese Personen denken, agieren und argumentieren - und warum?

Interviews können verwendet werden, um versteckte Werte der befragten Personen näher kennenzulernen. Hier muss aber berücksichtigt werden, wer fragt und wer antwortet:

- Frau befragt Frau
- Frau befragt Man
- Man befragt Frau
- Man befragt Man

Situationsbedingt werden Inteerviews mit vorgefertigten Fragebögen oder mit offenen Fragen durchgeführt.

Situationsbedingt werden auch zwischen Einzelinterviews oder Gruppeninterviews gewählt.

Die Reflexionsmethode bietet hier mehrere Möglichkeiten:

- Kollege/Kollegin befragt Kollege/Kollegin
- Krankenschwester befragt Patient/Patientin
- Krankenschwester befragt Angehörige
- Krankenschwester befragt Patient/Patientin und Angehörige zusammen

Gruppen-Interviews
Dieser Form von Interviews basiert auf Interaktion, Dialog und Partizipation. Die Antworten einzelner Personen werden von den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehört. Dadurch entsteht normalerweise ein interaktiver Dialog mit Argumenten und Gegenargumenten. Dieser Dialog kann befruchtend sein.

Auch in diesen Fall muss die Teilehmerzusammensetzung beachtet werden:

- Nur Frauen
- Nur Männer
- Gemischt

Beobachtung

Der Unterschied zwischen Interviews und Beobachtungen ist, daß im ersten Fall wird festgehalten, was die Person(en) sagen, im zweiten, **was sie tun**. Deshalb ist eine Kombination der beiden Intstrumente manchmal hilfreich, um die Wahrheit herauszufinden.

Beobachtung ist besonders passend, wenn es um Prozesse geht, die recht schwer in Worten zu beschreiben sind. Ein Beispiel: Die Interaktion zwischen Menschen.
Es gibt zwei Varianten:

- Beobachter macht mit
- Beobachter auf der Seite

Die Geschlechterrollen erscheinen sehr früh im Leben. In einer Schule in Göteborg wurde bei Beobachtungen schnell klar, dass die Kinder in der ersten Klasse die traditionellen Geschlechtermuster zeigten (Jungen spielen mit Autos, Mädchen mit Puppen). Noch interessanter war aber, wie die Lehrerinnen und Lehrer ihre Zeit für die Kinder verteilten: Auch wenn sie wussten, dass sie beobachtet wurden und auch wenn sie Vorkenntnisse in der Sache Gleichberechtigung besaßen, war das Ergebnis deutlich: die Jungen hatten deutlich mehr Zeit bekommen. Auch wenn die Mädchen mehr verbal sind und mehr reden, haben die Jungen mehr Zeit (sprechen und zuhören) bekommen. Die Lehrerinnen und Lehrer waren ziemlich überzeugt, dass sie ungefähr die gleiche Zeit verteilt haben und waren deshalb überrascht.

In einem separaten Dokument folgen Beispiele, die zeigen, welche Ergebnisse die Methode Reflexion bringen kann, z. B. in einer Hautklinik, einer Herzklinik, einer Klinik für Innere Medizin oder einem Brust- oder Darmzentrum. Oft sind die Ergebnisse überraschend.

Reflexionssitzung 2

Die zweite Reflexionssitzung wird etwas anders gestaltet als Reflexionssitzung 1. Jetzt wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, worum es geht. Sie haben nachgedacht und Daten und Fakten gesammelt: Statistiken und Texte analysiert, Interviews durchgeführt und Beobachtungen gemacht. Jetzt geht es darum, die vorhandenen Informationen zu besprechen, z. B. mit Hilfe dieser Fragestellungen:

- Werden die Ressourcen, die wir für unsere Patientinnen und Patienten in unserer Klinik nutzen (Zeit, Geld, Ausrüstung etc.) gerecht verteilt?
- Haben sich die Patientinnen und Patienten bzw. die Angehörigen zu diesem Thema geäussert?
- Was macht unsere Klinik, die Behandlungen der Patientinnen und Patienten unter qualitativen Gesichtspunkten zu optimieren? Wie gelingt es uns, Gender Bias zu vermeiden?

Die Moderatorin/Der Moderator stellt auch die Frage: Haben Sie seit letztem Mal etwas nachgedacht?

Diese Reflexionssitzung läuft etwas länger (etwa 2 Stunden). Genügend lang, um Zeit zu haben nachzudenken und das Thema vernünftig zu besprechen, genügend kurz, um vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Chance zu geben, teilzunehmen. Auch in diesem Fall soll Kaffee, Tee, Saft und belegte Brötchen / Gebäck angeboten werden. Die Atmosphäre: ruhig, offen und ungestört.

Die Methode **Reflexion** ist Teil des Projektes **ampaq**. Eine andere Methode, die eine Vitalisierung der Personalorganisation ermöglicht, heisst **ampaq-balance.** Weitere informationen finden Sie unter www.ampaq.de

ampaq

Die ***Methode Reflexion*** wird in einer Klinik (z. B. Herz- oder Hautklinik, Innere Medizin, Brust- oder Darmzentrum etc.) in der Regel folgendermaßen angewandt:

1. Die Klinikleitung lädt interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, an einer Reflexionssitzung teilzunehmen. An der Sitzung sollen nicht weniger als 6 und nicht mehr als 12 Personen teilnehmen.

2. In der Reflexionssitzung 1 erklären sich einige Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter bereit, an den weiteren Schritten mitzuwirken:

   - eine(r) wird die Krankenakten durchleuchten, um zu sehen, ob die **Statistiken** geschlechtergetrennt aufgeteilt sind und ob es auffällige Unterschiede gibt,
   - eine(r) wird die Krankenakten und andere Unterlagen durchleuchten, um zu sehen, ob die **Texte** unterschiedlich lang für Frauen und Männer sind bzw. ob die Ausdrucksweise gendergerecht ist.
   - eine(r) wird einige kleine **Interviews** machen - mit Kollegen/ Kolleginnen, mit Patienten/Patientinnen und/oder mit Angehörigen. Und eine(r) wird einige Beobachtungen machen.
   - eine(r) wird sich bereit erklären, eine zweite Reflexionssitzung zu organisieren und leiten

Etwa 6 bis 8 Wochen später findet die Reflexionssitzung 2 statt.

Es gilt, ein differenzierteres Bild von den Patientinnen und Patienten zu gewinnen, das nicht von unpräzisen Voraussetzungen ausgeht, sondern Unterschiede dort wahrnimmt, wo sie bestehen, um eine soweit wie möglich individuelle und angemessene, das heißt begründbare Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Es gilt auch, einige Impulse für die weitere Verbesserungsarbeit zu bekommen.

Einladungsmitteilung (Entwurf)

Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

Forschungen schwedischer Universitäten haben gezeigt, dass Unconscious Bias, also Unbewusste Vorurteile, eine größere Rolle in den Kliniken spielen, als bisher angenommen.

In den schwedischen Kliniken wurde eine mitarbeiterorientierte Methode entwickelt, die als ein „Selbst-Check / Selbst-TÜV“ funktioniert und zur besseren Qualität beiträgt - aber auch zur Steigerung sowohl der Mitarbeiter- als auch der Patientenzufriedenheit. Die Organisation „Charta der Vielfalt“ berichtet über die Forschung und die Methode in ihrem aktuellen Dossier.

Wir möchten Sie gern zu einer

REFLEXIONSSITZUNG
am ..... um 14.00 bis 15.30 Uhr

einladen, in der Sie gemeinsam mit Ihrer Kolleginen / Ihren Kollegen über dieses Thema nachdenken.

Die Methode basiert auf dem Ausdruck “Die Macht der Gewohnheit”. Sie ist ein Instrument, um bewusster arbeiten zu können. Ein Augenöffner besonderer Art. Deshalb trägt sie auch zu mehr ***Mitarbeiterzufriedenheit*** *bei.*

Die Methode wurde entwickelt, um Geschlechterunterschiede in der Behandlung der Patientinnen und Patienten deutlicher zu berücksichtigen. Später wurde sie auch für andere Unterschiede erfolgreich benutzt, z.B. Herkunft, Wohnort und Alter. Die Methode wurde so eine Art “Allzweckwaffe” zur ***Qualitätsverbesserung****.*

Die Methode ist ein Mittel, um das zu entdecken, was man im normalen Alltag nicht sieht. Deshalb wurde die Methode in Schweden auch “Att vända på stenar” (Steine umdrehen) genannt. Eine andere Bezeichnung ist “Die Reflexionsbrille”. Es ist ein systematischer Prozess.

MeldenSie sich bitte bei Frau ..... an. Die Anzahl Plätze ist begrenzt.

Neben der hier kurz beschriebenen Vorgehensweise in fünf Schritten können Sie aber auch ohne vorherige klare Reihenfolge innerhalb Ihrer Organisation eine „Forschungsreise“ initieren, in dem eine Organisationsebene, Arbeitsbereich oder ein Team sich auf die Spurensuche begibt und versucht „Steine umzudrehen“.
Die schon beschriebenen Methoden und Instrumente, neben den „üblichen“ Arbeitsmethoden wie Moderation und Präsentationstechniken, sind auch hier zentral. Fragestellungen wie folgende können hilfreich sein:

- Gibt es ein Problem, ein Thema, das aufgefallen ist oder das Team beschäftigt und sie sich fragen, ob es etwas mit den Unterschieden zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die zu Pflegenden oder das Personal zu tun hat? Oder es werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt, können diese aber nicht erklären?
- In einem weiteren Schritt kann das Thema in einer größeren Runde, Klasurus, Teambesprechung oa. besprochen werden. Hier geht es zunächst noch um einen von Beobachtungen und noch um vorschnelle Erklärungen.
- Je nach Fragestellung bzw. Problematik ergibt sich dann das weitere Vorgehen, ob etwas mit der Statistik gezählt und ausgewertet werden kann, Texte analysiert werden sollten oder aber eine Befragung sinnvoller ist.

Natürlich haben nicht alle Probleme und auch Fragestellungen mit der Genderthematik zu tun.

Kapitel 6: Praxisbeispiele

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auswahl an Beispielen aus dem praktischen Alltag von Kliniken, Pflegeeinrichtungen und anderen Organisationen. Diese Beispiele verdeutlichen zum einen die Anwendung der vorgestellten Instrumente ***ampaq-reflexion,*** zum anderen zeigen sie die damit erarbeiteten Ergebnisse auf.

Es ging zu Anfangs immer um das Erkennen und Vermeiden von *Gender Bias / Unconscious Bias* (Unbewusste Vorurteile) mit dem Ziel, die Qualität der Arbeit in den jeweiligen Organisationen bzw. Bereichen zu erhöhen. Die dargestellten Beispiele zeigen deutlich die Vielfältigkeit der Anwendungsbereiche und die zahlreichen für die Arbeit relevanten Ergebnisse auf.

Wie lange warten die Patienten bei der MRT-Untersuchung? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?

Röntgenabteilung, Södertälje Krankenhaus

In der Röntgenabteilung des Krankenhauses Södertälje wollte man genauer wissen, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wartezeiten bei der MRT-Untersuchung gibt. Einzelheiten von **Daten aus der Datenbank** wurden untersucht, bezüglich wie lange die Patienten warten mussten vor, während und nach der MRT-Untersuchung. Folgende Angaben wurden entnommen für den Zweck festzustellen, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.

- Personenkennzeichen, um festzustellen ob es sich um einen Mann oder um eine Frau handelt.
- Untersuchungscode, um zu wissen was gemacht wurde.
- Überweisungsdatum, um zu sehen wann die Überweisung ausgeschrieben wurde.
- Untersuchungsdatum, um herauszufinden wie lange der Patient warten musste ehe die Untersuchung zustande kam.
- Ankunftszeit, um zu sehen wann der Patient ins Wartezimmer kam.
- Startzeit, um zu sehen wie lange der Patient im Wartezimmer sitzen musste.
- Stoppzeit, um zu sehen wie lange die Untersuchung dauerte.
- Zeitpunkt wann der Patient das Wartezimmer wieder verlassen konnte.
- Vorläufige Unterzeichnung, um zu sehen wie lange es dauerte ehe eine Antwort vorlag.
- Endgültige Unterzeichnung, um zu sehen wie lange es dauerte ehe die Antwort verbindlich war.
- Doppelprüfung, um zu sehen wann die Untersuchung abgeschlossen wurde und die Rechnung erstellt werden konnte.

Ergebnis

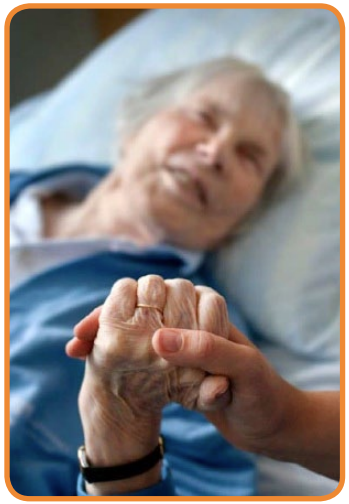
Es dauert eine Woche länger für eine Frau einen MRT-Termin zu bekommen nachdem die Überweisung ausgeschrieben ist. Dieses bedeutet, dass die Antwort auf der Untersuchung für die Frau eine Woche später vorliegt. Warum müssen Frauen eine Woche länger auf ihre Untersuchung warten? Kann es daher kommen, dass Frauen oft ihre Termine umbuchen wegen Probleme mit den Arbeitsbedingungen, mit Kinderhüten, mit Fahrgelegenheiten zum Krankenhaus usw., oder ist es die Behandlung, die den Unterschied verursacht? Oder aber kann es so sein, dass die Wartezeit für Männer dadurch beschleunigt wird, weil dessen Ärzte, Arbeitgeber oder weibliche Angehörige anrufen und die Behandlung in so hohem Ausmaß beschleunigen, dass es die Statistik beeinflusst?

Werden weibliche und männliche Angehörige gleichermaßen in der Pflege einbezogen?

Geriatrie/Palliativ-Abteilung, Sahlgrendska Universitätskrankenhaus

In der Palliativ-Abteilung werden Menschen gepflegt, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, z. B. Krebs. Die Angehörigen verbringen hier ziemlich viel Zeit. Die Mitarbeiter möchten erfahren, ob sie die Erwartungen der Angehörigen erfüllen, ob sich u. a. angehörige Männer und Frauen gleichermaßen in die Pflegearbeit einbezogen fühlen.

Eine Hypothese der Mitarbeiter(innen) lautet:
Männer werden nicht so oft wie Frauen in die Pflegearbeit einbezogen und/oder wirken nicht so intensiv mit. Um sich Klarheit zu verschaffen, wurde von den Mitarbeiter/innen ein Projekt gestartet. Mit Hilfe von **Interviews** zweier Gruppen und den **Auswertungen von Statistiken** soll herausgefunden werden, ob die Hypothese stimmt oder nicht und wenn ja, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen. Außerdem sollen die schriftlich festgehaltene Vision und das Wertefundament der Abteilung überprüft werden.



Ergebnis

Die Ergebnisse liegen noch nicht vor. Eine Hypothese aufzusetellen und verfolgen, kann zu neuen Erkenntnissen führen.

Warum bekommen die Patientinnen und Patienten aus dem Stadtteil Huddinge eine schlechtere Behandlung?

Schlaganfallklinik, Södersjukhuset Krankenhaus

Im Krankenhaus Södersjukhuset in Stockholm hat man eine Projektgruppe gebildet, um zu versuchen, die Ergebnisse der Behandlung von Schlaganfällen zu verbessern. Man weiss, dass Zeit eine sehr wichtige Rolle spielt: je schneller ein Schlaganfallpatient in die Behandlung kommt, desto besser. Deshalb wurden die Rettungswagen auf- und umgerüstet, so dass die Patienten schon im Wagen eine professionelle Hilfe bekommen können. Diese Maßnahme hat Erfolge gebracht. Eine **Analyse der Statistiken** zeigt aber, dass Patienten aus der Stadtteil Huddinge deutlich schlechtere Erfolgsergebnisse haben. Warum?

Ergebnis

Interne Interviews und Interviews mit Patienten und Angehörigen zeigten, dass in dieser Stadtteil überdurchschnittlich viele Einwanderer aus den Ländern Iran und Irak wohnen und dass diese Personen eine große Angst vor dem Rettungswagen hatten. (Aus dem Heimatland hatte man die Erfahrung, dass Personen, die mit dem Rettungswagen abgeholt wurden, nie wieder gesehen waren. Sie verschwanden einfach).

Die Konseqvenz war, eine Informationskampagne im Stadtteil Huddinge zu starten. Mit Hilfe von Vereinen, Behörden, Schulen und Verbänden wurde die wichtige Funktion des Rettungswagens erläutert. Mit Hilfe von Vorführungen versuchte man, die Angst vor dem Rettungswagen zu reduzieren.

Gibt es im OP bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Unterschied in der Auffassung von Putzen und Auffüllen der Tische und der Anästhesie-Ausstattung?

Anästhesieklinik, Södersjukhuset Krankenhaus

Im Anästhesieklinik des Krankenhauses Södersjukhuset ist das Ziel, dass alle Mitarbieterinnen und Mitarbeiter die gleiche Einstellung haben zu der Bedeutung von Putzen und Auffüllen im OP-Saal. Ist es so?

In der Anästhesie-Abteilung herrschte Verärgerung unter den Mitarbeitern, bezüglich der Art und Weise wie Putzen und Auffüllen von Material in den OP-Sälen gehandhabt wurde. Da die Patientensicherheit beeinträchtigt werden konnte bei Mängeln in der Hygiene oder wenn Ausstattung fehlte, war es wichtig, diese Frage zu klären.

Die Zusammensetzung von Männern und Frauen in der Arbeitsgruppe hatte sich verändert und war mehr ausgeglichen dadurch, dass die Anzahl männliche Anästhesie-Krankenpfleger kräftig zugenommen hatte.
Eine Umfrageuntersuchung wurde bei 97 Mitarbeitern in der Zeit von Mai 2011 bis September 2011 durchgeführt, mit Fragen zu Putzroutinen und Auffüllung in den OP-Sälen.

Ergebnis

Gut die Hälfte, 57 Personen, antworteten auf die Umfrage, 48 Frauen und 9 Männer. Aus der Gleichstellungs-Perspektive war ein klarer Unterschied zwischen den Geschlechtern zu erkennen, wie geantwortet wurde. Es war auch ein Unterschied in den Altersgruppen, Frauen über 40 Jahre fühlten sich mehr enttäuscht, wenn die Putzroutinen nicht funktionierten.
Die Mehrheit war der Ansicht, dass Putzen von Ausstattung und Anästhesie-Tischen sehr wichtig ist. Vielen gaben auch praktische Tipps, wie man eine andere Kollegin informierte, wenn man selbst nicht die Zeit hatte, den eigenen Tisch und Ausstattung in Ordnung zu bringen.
Viele fragten nach einer Unterschriftsliste, um an die eigene Verantwortung erinnert zu werden, um Feedback zu geben und dass ein Inhaltsverzeichnis da sein und befolgt werden sollte.
Weniger Antworten als erwartet, trotz immerwährende aktuelle Frage. Die Männer fühlten nicht die gleiche Enttäuschung wie ihre weiblichen Kolleginnen, wenn Tische und Ausstattung nicht ordnungsgemäß gepflegt waren.

Werden die Schlaganfall-Patientinnen und Patienten gleich behandelt?

Medizinklinik, Mölndals Krankenhaus

In der Medizinklinik des Krankenhauses Mölndal wollte man herausfinden, ob es geschlechterbedingte Unterschiede in der Behandlung der Patientinnen und Patienten gibt. Eine Untersuchung wurde eingeleitet: 147 Schlaganfall-Fälle, davon 83 weibliche und 64 männliche, wurden untersucht.
Eine Arbeitsgruppe stellten **Informationen aus verschiedenen Quellen** (Krankenakten etc.) zusammen, z. B. die Zeit zwischen Ankunft in der Notaufnahme und Aufnahme in der Schlaganfall-Station. Und wie viel Zeit die Patientinnen und Patienen an den Ronden bekommen haben.

Ergebnis

“Das Ergebnis war absolut nicht alamierend”, sagt Eva Regnell, Projektleiterin. “Unsere Behandlungen sind mehr oder weniger geschlechtsneutral. Wir haben eine Quitton bekommen, dass wir richtig vorgehen”.
Die Untersuchung führte aber zu weiteren Gedanken. Man hatte z. B. gesehen, dass Frauen einen längeren Auftenhalt im Krankenhaus hatten als Männer und man fragte sich, warum. In einer weiteren **Reflektonssitzung** hat man gemeinsam die Erklärung gefunden: Frauen waren einerseits im Durchschnitt älter als Männer (und brauchten deshalb mehr Behandlung), andereseits waren die Frauen öfter alleinstehend. Männer hatten öfter eine Partnerin zuhause und konnten deshalb früher nach Hause geschickt werden.

Eine andere Erkenntnis war, dass die Wartezeit für die Patientinnen und Patienten zwischen Ankunft in die Notaufnahme und Behandlung in der Schlaganfall-Station im Medizinklinik auffallend lang war - besonders in den Fällen wo nur ein loser Verdacht auf Schlaganfall vorhanden war. Es wurde beschlossen, die **Wartezeiten** weiter zu untersuchen. Auch wenn die Antwort auf die erste Frage keine Unterschiede in der Behandlung zeigte, folgten neue Fragestellungen, die zu anderen Erkenntnissen führten. Die **Reflexionsmethode** öffnet Türen, die in der Alltagsarbeit oft verschlossen bleiben.

Werden Männer schlechter behandelt als Frauen in der Nierenklinik?

Nierenklinik, /Dialysabteilung, Klinik Skaraborg

Es wurde in der Abteilung vermutet, dass Männer nicht die richtige Dialysedosierung bekommen. Ziel ist, dass diese auf den Bedarf jeder einzelnen Person anzupassen ist. Deshalb müssen die Arbeitsroutinen regelmässig analysiert und eventuell verändert werden.

Die Patienten bekommen eine Dialysebehandlung drei bis fünf Mal pro Woche und für drei und fünf Stunden. Eine neue Software wird eingesetzt, um die Steuerung dieser Behandlungen zu verbessern. Die **Statistiken** werden dazu beitragen.
Die Dialysedosis jedes Patient wird durch eine Blutprobe kontrolliert. Das **statistische Material** zeigt, dass Männer ungenügend große Dosen bekommen - auch wenn sie öfter behandelt werden.

Ziel dieser Arbeit ist, herauszufinden, warum Männer schlechter behandelt werden als Frauen. Aufgrund von Körpergröße und Körpergewicht? Oder sind andere Faktoren im Spiel? Welche Rolle spielt die Restnierenfunktion? Die Arbeit soll diese Fragen beantworten und zu neuer Arbeitsweise führen.

Wie sollen die Partnerin bzw. der Partner angespochen werden und wie soll man vom Neugeborenen sprechen?

Entbindungsstation, Danderyds Krankenhaus

Die Entbindungsstation im Krankenhaus Danderyd ist einzigartig in Nordeuropa, weil die Aktivität Regenbogen integriert ist. Regenbogen ist die Entbindungsaktivität für gleichgeschlechte Paare (Lesben und Schwule).

Die Hebame Helen Faehreus sagt: “Wir mussten Schritt-für-Schritt lernen, wie wir die Partner dieser Paare ansprechen bzw. nennen. Hier in der Station haben wir auch “normale Paare” und nutzen dann die Bezeichnungen “wife” und “husband”. Das geht aber nicht bei den homosexuellen Paaren.

Frau Faehreus weiter: “Außerdem haben wir gelernt, dass diese Paare das Kind gern mit einer neutralen Bezeichnung nennt. In der schwedischen Sprache gibt es “han” für “er”, “hon” für “sie”. Die homosexuelle Paare möchten aber gern “hen” sagen. So etwas gibt es nicht in der schwedischen Sprache. Mindestens noch nicht.”

Warum sehen die Berichte so unterschiedlich aus?

Södermalms Äldreomsorg, Stockholm

An einer **Reflektionssitzung** des Personals im Södermalms Äldreomsorg (Ambulante Pflege) in Stockholm, hat eine Mitarbeiterin erwähnt, dass es auffallend ist, dass die Berichte über Männer anders aussehen als die Berichte über Frauen. Es wurde beschlossen, bis zu der nächsten Sitzung **einige Berichte rückwirkend zu analysieren**.
Die Mitarbeiterin hatte tatsächlich recht: die Berichte über Männer waren deutlich umfassender als die Berichte über Frauen.
In den Berichten über Männer wurde umfassend über Lebenslauf, Familie, Verwandtschaft und Hobbies berichtet. In den Bereichten über Frauen stand im Prinzip nur die Fakten (Alter, Adresse usw.). Man fragte sich: Wie kommt es zu diesen Unterschieden?

Ergebnis

SAMTALSRAPPORT

Namn: Sven Gustavsson
Adress: Östgötagatan 15, Södermalm
Född: 1928-05-12

Genomfört av: Elisabeth Svensson
Datum: 2011-08-21

SITUATION

Sven Gustavsson är ensamstående sedan 2007, då hans fru gick bort. Han har inga allvarliga sjukdomar, men är skröplig p.g.a. ålder. Han använder rullator även inne i lägenhet. Sven bor kvar i den tvårumslägenhet som han och hans fru har bott i sedan 40 år tillbaka - i stort sett med samma möbler.
Sven har två söner - 56 och 53 år gamla - och 4 barn barn. Han har även en bror, som är tre år yngre an han själv.
Sven är utbildad lokförare och arbetade på SJ till pensioneringen. Han har fortfarande kontakt med två av sina tidigare arbetkamrater. De spelar schack tillsammans.
Sven har hittills fått hjäl med inköp av sina barn och barnbarn.Han går sällan ut. Han har rätt till färdtjänst.
Synen och hörseln har försämrats under de senaste två åren. Han planerar att skaffa hörapparat.

BEDÖMNING OCH FÖRSLAG

Sven Gustavsson är i behov av hjälp. Hans orienteringsförmåga tyder på början till demens.

Es stellte ich heraus, dass alle Hausbesuche und entsprechende Berichte von Frauen gemacht und geschieben wurden. Diese hatten wohl das Gefühl, dass “man sich mehr um die Männer kümmern muss”, also eine Art Muttergefühl. Es wurde beschlossen, eine Gesprächscheckliste zu erstellen - mit den Angaben “wer führt das Gespräch (Man/Frau) und wer nimmt an dem Gespräch teil (Man/Frau). 19 verschiedene Themen wurden aufgelistet, u. a. Gesundheit, Bekleidung, Hygiene, Gefühle, Wetter, Verwandtschaft, Religion, Sport, Erinnerungen, Nachrichten (TV, Radio, Zeitung), Ökonomie, Aktivitäten, Gesellschaft.
An der nächsten Sitzung berichtet eine Mitarbeiterin erstaunt: “Ich fing an, mit einer 92-jährigen Frau über Sport zu reden. Sie war erstaunlich gut informiert und auch sehr interessiert. Es stellte sich heraus, dass sie in jüngeren Jahren eine Thai-Boxerin war!”.

An einer weiteren **Reflektionssitung** wurde das Thema “Angehörige kontaktieren” erörtert. Deutlich war, dass fast immer die Töchter kontaktiert wurden, nicht die Söhne.

Eine recht einfache **Textanalyse** in Kombination mit einigen **Interviews**, können die Arbeitsroutinen ins neuen Licht bringen.

Empfinden Frauen und Männer Arztbesuche in der plastischen Chirurgie unterschiedlich?

Karolinska Universitätskrankenhaus

Eine **Patientenumfrage**, die früher an 200 Patienten verschickt wurde, die in der plastischen Chirurgie gewesen waren, wurde nachträglich untersucht. 128 Personen antworteten, wovon 69 % Frauen und 28 % Männer waren. 3 % von denen die antworteten, machten keine Angaben zum Geschlecht. Zweck ist zu untersuchen, ob Frauen und Männer ihre Arztbesuche in der Chirurgie auf verschiedener Weise empfinden.

Ergebnis

Folgende Unterschiede wurden bei der Durchsicht der Patientenumfragen festgestellt:

Behauptung/Frage	Männer %	Frauen %
Ich rief selbst an und vereinbarte Zeit	3	24
Ich wurde sofort verbunden	9	22
Hatten Sie die Möglichkeit, den Tag und den Zeitpunkt für den Besuch zu beeinflussen?	3	16
Erkundigte sich der Arzt über frühere Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die für den Besuch von Belang sein könnten?	57	38
Als Sie den Arzt nach etwas für Sie Wichtigem gefragt hatten, haben Sie eine verständliche Antwort darauf bekommen?	83	74
Hatten Sie Fragen zu Ihrer Pflege oder Behandlung die Sie dem Arzt stellen wollten, aber doch nicht stellten?	9	17
Wenn Sie Unruhe oder Angst verspürten über Ihren Zustand oder Ihre Behandlung, hatten Sie die Möglichkeit, mit dem Arzt darüber zu sprechen?	51	41
Hatten Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt?	89	73
Hatten Sie genügend Zeit beim Arzt?	89	77

- Frauen beeinflussen aktiver den Zeitpunkt des Arztbesuches als Männer.
- Frauen empfinden die Zeit für den Besuch als ungenügend, um wichtige Fragen aus deren Sicht beantwortet zu bekommen.
- Der Zeitmangel kann dazu beitragen, dass das Vertrauen der Frauen zu dem Arzt geringer ist.

Warum bekommen Männer deutlich öfter einen elektrischen Rollstuhl als Frauen?

Pflege Karlskoga, Värmland

In einer Pflegeeinrichtung in Karlskoga wurden die **Statistiken** über die Nutzung von Rollstühlen neu analysiert - dieses Mal mit einer Aufteilung auf Männer und Frauen. Das Ergebnis war für das Personal etwas erstaunlich: deutlich mehr Männer als Frauen bekamen einen elektrischen Rollstuhl, auch wenn eine umgekehrte Situation zu erwarten war: Männer sind normalerweise stärker als Frauen und müssen deshalb nicht motorisiert unterwegs sein.

In einer **Reflektionssitzung** des Personals stellte man sich die Frage: Welche waren die Ursachen?
Danach folgten **Interviews** mit ausgewählten Angestellten, mit Patienten (Nutzern) und mit Anghörigen.
Dadurch wurde das Bild klarer.

Ergebnis

- Männer fragten viel öfter als Frauen nach einem elektrischen Rollstuhl
- Frauen trauten sich nicht, einen elektrischen Rollstuhl zu verlangen
- Das Personal schlugen viel öfter einen elektrischen Rollstuhl für Männer als für Frauen vor, weil auch sie dachten “Die Frau schafft es nicht”.

Die Routinen für die Vergabe von Rollstühlen wurde komplett überarbeitet. Neue Fragefor-muläre wurden erstellt und eine Information über die Nutzung von Rollstühlen wurde neu geschrieben.
Das Personal hat danach bewusster auf Geschlechterunterschiede geachtet. Eine weitere Analyse zeigte, dass Männer in vielen Fällen nicht unbedingt einen teueren elektrischen Rollstuhl benötigt hätten. Hier gab es Kosteneinsparungspotenziale.

ampaq-reflexion basiert auch auf dem Ausdruck “Die Macht der Gewohnheit”. Sie ist ein Instrument, um bewusster arbeiten zu können. Ein Augenöffner besonderer Art. Deshalb trägt sie auch zu mehr **Mitarbeiterzufriedenheit** bei. Die Methode wurde entwickelt, um Geschlechterunterschiede in der Behandlung der Patientinnen und Patienten deutlicher zu berücksichtigen.

Bekommen schwer kranke Frauen und Männer einen Arzt gleich schnell zu sehen und werden sie gleich schnell in der Notaufnahme betreut?

Notaufnahme, Huddinge Krankenhaus

An einer **Reflexionssitzung** in der Notaufnahme des Krankenhauses Huddinge wurde diese Fragen gestellt: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede was die Wartezeit betrifft, einen Arzt anzutreffen? Gibt es Unterschiede in der Zeit, die es dauert, die richtigen Antibiotika zu bekommen?
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wussten, schwere Sepsis und septischer Schock sind schwere Infektionszustände und mit sehr hoher Sterblichkeitsrate verbunden: bis 60 % laut einigen Untersuchungen. Frühe korrekte Behandlung von diesen Patienten ist entscheidend, um das Risiko zu sterben zu mindern. Einige Untersuchungen wiesen aus, dass dies überhaupt keine Bedeutung hat, andere Untersuchungen, dass die Sterblichkeit bei Männern höher ist. Weitere Untersuchungen wiederum zeigten, dass für das weibliche Geschlecht ein erhöhtes Risiko zu sterben besteht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu identifizieren ist von großer Bedeutung und zeigen, dass ökologische wie auch biologische Faktoren das Ergebnis für diese Patienten beeinflussen. Eventuelle geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Betreuung der Patienten zu entdecken und zu dokumentieren. Und, für den Fall, dass es Unterschiede gibt, aktiv zu arbeiten um das Problem zu beleuchten, Haltungsveränderung und Arbeitsroutinen durchzuführen, mit dem Ziel eventuelle geschlechtsspezifische Unterschiede zu reduzieren. Eine **rückwirkende Untersuchung der Krankenakten** von 43 Patienten, die anfänglich in der Notaufnahme der Infektionsklinik, mit schwerer Sepsis und septischer Schock behandelt wurden.

Ergebnis

43 Patienten wurden einbezogen, 60 % Männer und 40 % Frauen. Das Durchschnittsalter war 63 Jahre und die Schwere der Erkrankung war die gleiche bei beiden Geschlechtern (laut APACHE-score). Folgende drei Bewertungen wurden analysiert:

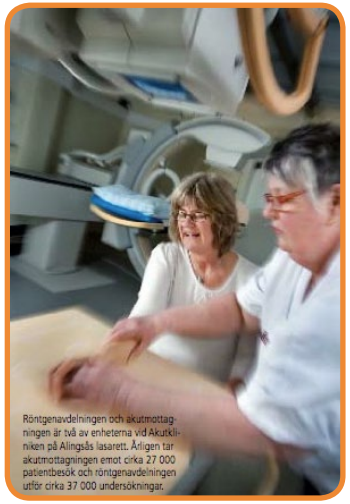
- Die Zeit, die es dauerte bis ein Arzt kam.
- Die Zeit, die es dauerte bis Antibiotika verschrieben wurde nach der Ankunft in der Notaufnahme.
- Die Zeit, die es dauerte bis Antibiotika eingenommen werden konnte, nachdem der Patient vom Arzt beurteilt wurde.

Die Medianzeit um einen Arzt anzutreffen war 20 Minuten. Die meisten Patienten, 63 %, wurden innerhalb von 30 Minuten vom Arzt beurteilt und 98 % innerhalb von 60 Minuten. Weibliche Patienten warteten 32 Minuten auf eine Beurteilung vom Arzt, im Vergleich zu den männlichen Patienten, die 12 Minuten warten mussten. Das ist ein signifikanter Unterschied. Antibiotika wurde Innerhalb von 76 Minuten nach Beurteilung vom Arzt gereicht. Das galt für die ganze Gruppe. Die weiblichen Patienten mussten bedeutend längere Zeit warten um Antibiotika zu bekommen, eine Medianzeit von 144 Minuten im Vergleich zu 67 Minuten für die männlichen Patienten. Es gab keinen Unterschied in der Diagnose zwischen den beiden Gruppen.

Ist die Schmerzlinderung gerecht?

Notfall- undRöntgenstation, Alingås, Krankenhaus

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Frauen und Männer unterschiedliche Schmerzen-Schwellen und -Toleranz haben und dass sie über ihre Schmerzen unterschiedlich berichten. Wenn ein(e) Patient(in) mit einem vermuteten Bruch des Schlüsselbeins, Ellenbogens oder Handgelenks zur Anmeldung kommt, wird er in die Röntgenabteilung weitergeschickt. Hier muss der Arm für die Untersuchung oft gedreht werden, was Schmerzen verursacht.
In einer **Reflektionssitzung** haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Frage gestellt: Bekommen Männer und Frauen unterschiedliche Schmerzenbehandlung beim Röntgen? Eine Arbeitsgruppe hat Informationen gesammelt und **statistisch aufgearbeitet**. Der ganze Arbeitsprozess (von der Anmeldung bis zu den durchgeführten Untersuchungen) wurde dabei berücksichtigt.



Ergebnis

Das Ergebnis zeigt u. a., dass 75% der Patienten überhaupt nichts zur Schmerzlinderung erhielten, 33% der Frauen und 14% der Männer bekamen Schmerzmittel. Die Ergebnisse wurden sämtlichen Mitarbeiter(innen) der beiden Abteilungen vorgelegt.

Gemeinsam wurden eine Konsequenzanalyse und ein Handlungsplan für Verbesserungen erstellt. So konnte jede Patientin / jeder Patient eine für sie / ihn angepasste und bessere Behandlung bekommen. Die **Qualität der Behandlungen** wurden erhöht.

Wie werden unsere Patientinnen und Patienten abgeholt und behandelt?

Universitätskrankenhaus Sahlgrenska, Göteborg

Eine ganz einfache Frage hat die Routinen in der Notaufnahme/Rettungswagen betreffend Hüftfrakturpatienten (collum) völlig verändert. Hüftfrakturpatienten ist die größe Patientengruppe mit orthopedischen Verletzungen für die Notaufnahme/Rettungswagen an der Universitätskrankenhaus Sahlgrenska. Diese Patientengruppe hat eine recht hohe Tödlichkeitsrate.

An einer **Reflexionssitzung** hat man beschlossen, eine Analyse zu starten, um die drei genannten Fragen zu beantworten. Die **Analyse** zeigte: 75% der Patienten waren Frauen mit einem Durschschnittsalter von 85 Jahren. Diese Patientinnen wurden niedriger prioritiert als Männer und bekamen weniger oft Schmerzlinderung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fragten sich verwundert: Wie kann es so sein?

Ein Test wurde gestartet: Einige der Maßnahmen, die in der Notaufnahme gemacht werden, wurden in den Rettungswagen verlagert (dieser wurde dafür ausgerüstet). Alle Patientinnen und Patienten bekamen sofort Schmerzlinderung, egal ob sie sich über Schmerzen beklagten oder nicht. Die Hüfte wurde gleich im Wagen fixiert und aus dem Wagen wurde die Röntgenabteilung über den Fall informiert. Der Patient wurde dann direkt an die Röntgenabteilung transportiert - statt zuerst an die Notaufnahme. Und alle Patientinnen und Patienten bekamen bei der Abholung neue Bekleidung. (Wenn ein älterer Mensch fällt und die Hüfte bricht, tut es normalerweise so weh, dass er/sie Wasser lassen muss. Außerdem liegen ältere Menschen oft lange unentdeckt und werden naß und kall). Als diese Menschen in der Notaufnahme keine richtig hohe Priorität haben, bleiben sie auch dort länger liegen. Das kann Druckwunden und andere Verletzungen verurschachen.

Ergebnis

- 27 Minuten längere Arbeitszeit im Rettungswagen hat zu einer mehrstündigen Wartezeitverkürzung in der Notaufnahme geführt
- Weniger Umbettungen für die Patienten
- Weniger Druckwunden
- Die Anzahl der Verwirrungen sank von 50 bis 20%. (Ein Verwirrungszustand verlängert die Aufenthalt im Krankenhaus)

Die neuen Arbeitsroutinen führen u. a. dazu, dass die Patienten schneller nach Hause kommen (kürzere Aufenthalt im Krankenhaus) und dass weniger Patienten in die Rehaklinik umsiedeln müssen.
Die Abteilung Notaufnahme/Rettungswagen wird jetzt auch die Patientengruppen Herzinfarkt, Schlaganfall und Geriatrik auf eine ähnliche Weise untersuchen.

Werden die Männer während der Entbindung genügend einbezogen?

Entbindungs-Station, NÄL Krankenhaus, Trollhätten

Die Entbindungsstation im Krankenhaus NÄL führt jährlich etwa 3.300 Entbindungen durch. Das Personal hat in einer **Reflexionssitzung** darüber diskutiert, wie weit die männlichen Partner in die Entbindungsarbeit einbezogen sind. Einige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer meinten: “nicht genügend”. Einige andere meinten: “Das Stationspersonal sieht den Mann nur als Coach für die Frau. Die Eltern sehen sich aber als Team, das gemeinsam ein Baby bekommen wird”.
Es zeigte sich auch, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwar meinten, dass es wichtig ist, den Mann in der Entbindungsarbeit zu “intergrieren”. Wenn es aber zu der täglichen Arbeit kam, hiess es “es ist ja doch die Frauen, die Geburt ... “, “wollen wir jetzt auch die Männer pflegen” und “wenn wir mehr Zeit für die Männer nutzen, dann wird es entsprechend weniger für die Frauen”. Es gab einige solche Argumente. Man hat aber auch eingesehen, dass wenn unruhige Männer immer wieder den Klingel benutzen, um zu hören wie es geht, dann stören sie. Die Frauen spüren dann diese Unruhe, die auf die Frauen überträgt.

Stina Wolme und Maria Gjertsen arbeiten mit in der Entwicklungsarbeit für bessere Integration der Männer. “Wir müssen uns mehr um die **Attitüde** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Projekt kümmern”, sagen sie. “Einige arbeiten damit, die praktische Sachen zu verbessern (Übernachtungsmöglichkeiten für die Männer und auch Möbeln, Essen usw.) Wir müssen aber auch die Einstellung der MItarbietrinnen und Mitarbeiter verändern. Es hilft, wenn sie mehr mit den Männern reden”.

Durch einer **Befragung** der Kolleginnen und Kollegen wurde dieses bestätigt. Auch die neuen Eltern (Männer und Frauen) wurden **interviewt**. Zusätzlich hat eine Arbeitsgruppe Forschungsergebnisse und Studien zu diesem Thema in die Analysearbeit mit einbezogen.

Ergebnis

Die Forschungsergebnisse und Studien zeigten, dass sich das Risiko für Scheidungen verringert und sich die Entwicklungschancen für das Kind verbessern, wenn eine frühe und enge Einbeziehung des Mannes gewährleistet ist.

Behandeln wir Frauen und Männer in der Herzklinik gleich?

Herzklinik, Sahlgrenska Universitätskrankenhaus, Trollhätten

An einer **Reflektionssitzung** im Herzklinik des Universitätskrankenhauses Sahlgrenska hat man diese Frage gestellt: Behandeln wir Frauen und Männer gleich? Die Antwort war Nein. Diese Antwort ist aber biologisch erklärbar und vertretbar. Die Herzkranzgefässe eines Mannes sind größer als die einer Frau. Deshalb kommt es öfter vor, dass ein Mann ein Pacemaker bekommt bzw. andere, teuere Medikamente bekommt. Die Anzahl bypass-Operationen sind an Frauen weniger als an Männer. (Die Frauen bekommen mehr PCI (Ballongerweiterung) - eine billigere Variante). Auch dies ist biologisch erklärbar und vertretbar. Man stellte dann die Frage: Wie sieht es aus, wenn wir die ganze Kette im Betracht nehmen: Was passiert mit den Patienten bevor sie zu uns kommen und was passiert danach (in der Reha)? Dann wurde man fündig.

Ergebnis

Die Frauen wurden in der Notaufnahme anders diagnostisiert als die Männer. Die Ursachen waren, dass die Frauen nicht so eindeutige Symptome hatten. Sie wurden deshalb öfter als bei den Männer an die Medizinklinik (statt an die Herzklinik) remmitiert und mussten auch länger auf Röntgen warten.

Auch eine andere Sache wurde in der Analyse sichtbar: Altersdiskriminierung. 75% aller Patienten im Herzklinik sind Männer. Erst ab einer Alter von 75 Jahre kommen Herzprobleme gleich oft vor bei Frauen und Männer. Prof. Ekström, Leiter der Herzklinik, sagt: “Wir haben uns gefragt, ob es richtig ist, alle Patienten gleich zu behandeln - ohne Berücksichtigung des Alters? Wahrscheinlich sollten wir ältere Patienten etwas anders behandeln. Und eine Sache ist klar: Ältere Personen, egal ob Frau oder Mann, sollen öfter PCI (Ballongerweiterung) bekommen.”

Die Konsequenz war, dass Männer “überbehandelt” waren.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen “Nichterscheinen” in der Jugend und im Erwachsenenalter?

Zahnarztklinik, Stockholm

Zu einer **Reflektionssitzung** hat eine Mitarbeiterin frühere vorgestellte Untersuchungen mitgebracht. Sie zeigten, dass Jungen zwischen 3 und 19 Jahren in höheren Maßen von den geplanten Zahnarztbesuchen ausblieben als Mädchen im gleichen Alter. Die Frage entstand, ob das Ausbleiben von geplanten Zahnarztbesuchen auch im erwachsenen Alter gilt.

Drei Kliniken wurden ausgewählt in der Untersuchung teilzunehmen; Täby kyrkby, Solna und Hallonbergen. Das Journalsystem T4 wurde verwendet um **die gebuchten Termine zu analysieren**. Der Zeitraum der Messung erstreckte sich über Zahnarztbesuche von 2006 bis 2009, (der gleiche Zeitraum wie die frühere Kinderuntersuchung). 113952 einmalige Besuche wurden in Bezug auf Geschlecht und sozioökonomischen Gebieten **analysiert**.

Ergebnis

Es ergab ein erhöhtes Risiko für das Nichterscheinen junge Männer in der Altersgruppe von 20 bis 29 Jahren im Vergleich zu Frauen im gleichen Alter. Sozioökonomisch schwache Gebiete zeigten größere Probleme mit dem Nichterscheinen als die sozioökonomisch stabileren Gebiete.Die gesamte Sorge mit dem Nichterscheinen nach geplantem Zahnarztbesuch ist in der erwachsenen Altersgruppe im Verhältnis klein.

Frühe Bemühungen bei der Zahnpflege in der Kinder- und Jugendzeit, ganz nach dem Vorschlag bei früheren Untersuchungen, können dazu führen, dass auch bei den Erwachsenen weniger geplante Zahnarzttermine platzen.

Der “Eiermann”

Ambulante Pflege Karlskoga, Värmland

An einer **Reflexionssitzung** in der Ambulante Pflege der schwedischen Stadt Karlskoga wurde das Instrument **4R** benutzt, um herauszufinden, ob die Ressourcen gendermässig gerecht verteilt werden. Das heisst u. a. diese Frage zu beantworten: Bekommen Männer und Frauen dieselbe Pflegezeit?

An der Diskussion fragte einer der Pflegekräfte: Was ist mit Herrn Karlsson? Die meisten rund um den Tisch wussten, was sie meinte. Herr Karlsson lebte allein außerhalb der Stadt. Seine Frau war verstorben. Er war recht fit und brauchte nicht besonders viel Pflege, aber jeden Morgen fuhr eine Mitarbiteerin 30 km hin und zurück, um für Herrn Karlsson Frühstück zu machen. Der Grund war, dass alle Jahre davor hat seine Frau Frühstück mit einem exakt 4,5-minuten-Ei gemacht und Herr Karlsson schaffte es nicht, so ein Ei zu kochen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nannten ihn deshalb “Der Eiermann”.

An der Diskussion fragte jemand: Hätten wir wirklich diesen Aufwand gemacht, wenn Herr Karlsson eine Frau wäre? Die meisten meinten “Nein”.
Es wurde beschlossen, weitere Fälle zu untersuchen und nicht nur auf der Zeitaufwand zu achten, sonderrn auch auf andere Ressourcen wie z. B. “gefahrene Kilometer”.
Eine **Reflexionssitzung** kann neue Fragen auslösen.

Auf den nächsten Seiten folgen Beispiele, die zeigen, dass die Methode Reflexion auch für andere Unterschiede erfolgreich verwendet werden kann: Information, Standort und Schneeräumung.

Warum stellen die Patientinnen / Patienten und die Angehörigen so viele Fragen?

Kungälvs Krankenhaus, Kungälv

An einer **Reflektionssitzung** in der Notaufnahme des Kungälvs Krankenhaus stellte eine Krankenschwester die Frage: Im Empfangsteil der Notaufnahme gibt es Plakate auf den Wänden mit Information über die Vorgehensweise in der Notaufnahme. Trotzdem stellen die Patienten sowie auch die Angehörigen sehr viele Fragen. Warum? Können sie nicht lesen?

Nach einer weiteren Diskussion wurde festgehalten:

- Die Personen, die in die Notaufnahem kommen (Patienten und Angehörigen) sind in einer Stresssituation. Der Patient hat Schmerzen und der Angehörige ist beunruhigt.
- Unter den Patienten sind in den letzten Jahren immer mehr Personen mit einer anderen Herkunft als schwedisch.
- Eine Überprüfung der Texte auf den Plakaten zeigte, dass die Texte recht bürokratisch geschrieben waren.

Aus diesen Gründen kann man nicht davon ausgehen, dass die Personen aufstehen, um Plakate auf den Wänden zu lesen.
Es wurde beschlossen, eine kleine Broschüre zu erstellen - mit vielen sprechenden Bildern (Symbole etc.) und einfachen Texten. Diese Broschüre bekommen alle Personen in der Notaufnahme (Patienten und Angehörige) in die Hand gedrückt. Sie können dann während der Wartezeit in Ruhe die Broschüre durchblättern.

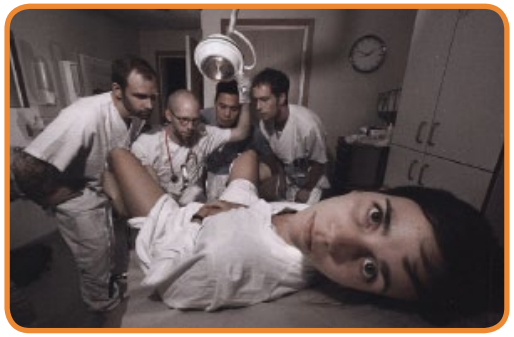
Ergebnis

Die Anzahl Fragen der Patienten und Angehörigen wurde deutlich reduziert. Die Patienten und die Angehörigen wurden ruhiger und sie hörten besser zu, wenn der Arzt seine Diagnose stellte.
Es ist wichtig, sich in der Lage der Patientinnen und Patienten zu versetzen, um herauszufinden, warum sie in einer gewissen Situation auf eine gewisse Weise reagieren.

Sind die Behandlungen der Patienten in unseren 5 Krankenhäuser unterschiedlich?

Region Norrbotten, Schweden

Im Gesundheitsregion Norrbotten gibt es fünf Krankenhäuser. In einer **Reflexionssitzung** auf Regionalniveau wurde diese Frage gestellt: “Wir sprechen über gleichberechtigung und Gleichstellung. Wie ist es mit unseren 5 Krankenhäusern - bekommen dort die Patientinnen und Patienten vergleichbare Behandlung?” Es wurde beschlossen, die Sache näher zu untersuchen - und zwar mit gleichzeitiger Berücksichtigung der eventuellen Geschlechtsunterschiede.



Für 5 unterschiedlich Diagnosegruppen wurde **Journale untersucht** - gleich viele für Frauen und Männer. Kriterien waren **Wartezeiten**, z. B. wie viele Tage für eine Augenoperation, Aufenhalt im Krankenhaus (wie lange) usw.

Durch diese **Analyse** wurden auch andere Sachen sichtbar, z. B.:

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren der Meinung, dass es für männliche Patienten schwieriger ist, wieder Wasser zu lassen nach einer OP. Das Untersuchungsergebnis zeigte, dass es umgekehrt ist - Es ist schwieriger für Frauen.

- Eine Erklärung für die Tatsache, dass Männer Fiebersenkendes intravenös bekommen, auch wenn Tabletten empfohlen werden, wurde nicht gefunden. (Frauen bekommen Tabletten).

Die Projektleiterin Elsa Lehtonen sagt: “Geschlechtsunterschiede werden erst dann entdeckt, wenn man die eigene Tätigkeit in Detail untersucht - mit “Werkzeugen” wie **geschlechtsspefizische Statistik** und **Textanalyse** mit **Reflexionsbrille**.

Die Geschlechtsmuster entstehen früh im Leben. Mit Hilfe von Beobachtungen können sie erkannt werden - s. nächste Seite.

Wie sprechen wir mit Kindern?

Trulsegårdens Schule, Göteborg

Trulsegården ist eine Schule für kleine Kinder: Vorschule + die Klassen 1 bis 3. Rektor Eva Berg sagt: “ Die Schule ist recht neu und wir wollten so früh wie möglich uns mit den **Wertegrundlagen** beschäftigen. Gleichberechtigung ist ein wichtiger Baustein dieser Grundlage.
Eine Fokusgruppe wurde gebildet. Die Gruppe hat sich jede dritte Woche getroffen. Frau Berg weiter: “In unserer Schule gibt es aktiven und bewussten Lehrerinnen und Lehrer, die gern wissen wollten, ob sie richtig arbeiten. Das heisst: Wie begegnen wir die Kinder und wie viel Zeit und Aufmerksamkeit geben wir Mädchen bzw. Jungen”. Um das herauszufinden, haben die Lehrerinnen und Lehrer **einander beobachtet**, als sie mit den Kindern in Gruppen gesprochen haben, z. B. zum Thema Sprache. Eine Lehrerin/ein Lehrer haben beobachtet - und Notizen gemacht - wie die Kollegin/der Kollegen gearbeitet hat. Dieses wurde 3 bis 4 mal gemacht. Die Notizen wurden dann zusammengefügt, ausgewertet und in einem Workshop besprochen.

Überraschung

Das Ergebnis war überraschend: Auch wenn die Lehrerinnen/Lehrer wussten, dass sie beobachtet wurden und sie Vorkenntnisse über Gleichberechtigung besaßen, war das Ergebnis deutlich: die Jungen hatten deutlich mehr Zeit bekommen. Auch wenn die Mädchen mehr sprachlich orientiert sind, haben die Jungen mehr Zeit (sprechen und zuhören) bekommen. Die Lehrerinnen und Lehrer waren davon überzeugt, dass sie ungefähr die gleiche Zeit verteilt haben.
Der zweite Teil des Projektes war, herauszufinden, wie die Kinder spielten. Zuerst wurden die Kinder **beobachtet**, wie sie spielten. Die Jungen haben meistens mit Lego spielt, um etwas zu bauen, die Mädchen haben gemalt und gebastelt. Die **Geschlechtsmuster** wurden hier deutlich. Die Kinder haben mit den gewohnten Kameraden gespielt.
Die Lehrerinnen und Lehrer haben dann “Spielkarten” erstellt - ähnlich wie Memory-Karten. Auf der Rückseite wurden Bilder geklebt: Klötze, Autos, Puppen, Malpinsel usw. Die Kinder mussten eine Karte ziehen und mindestens 10 Minuten mit den abgebildeten Sachen spielen. Das führte dazu, dass sie sich mit Sachen beschäftigten, die sie normalerweise nicht kannten und dass sie es mit neuen Spielkameraden machten. Frau Berg sagt: “Jetzt haben wir Jungen in der dritten Klasse, die Perlketten anfertigen und Mädchen, die zimmern/hammern und bauen Boote.
Die Arbeitsgruppe fand die Ergebnisse so interessant, dass es beschlossen wurde, fortzusetzen. “Wir **beobachten** uns selber”, sagt eine Lehrererin, “und passen auf, dass wir morgens die Mädchen nicht so begrüßen “Guten Morgen, was für ein schönes Kleid Du hast heute” sondern mehr neutral: “Schön Dich zu sehen”.
Die nachhaltige Gleichberechtigungsarbeit läuft wie ein roter Faden durch den Wertegrund.

In welcher Reihenfolge räumen wir den Schnee?

Stadt Karlskoga, Schweden

Auch in der Stadtverwaltung der schwedischen Stadt Karlskoga wurde das Instrument **Reflexionssitzung** verwendet. In einer dieser Sitzungen wurde die Frage gestellt: Wird die Schneeräumung gleichberechtigt gemacht?"
Keiner der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten bis jetzt an diese Sache gedacht. Jetzt folgte eine lebhafte Diskussion. Man fragte sich: "Was passiert morgens früh nach einer Nacht mit Schneefall?" Die Antwort war: Zuerst wird die Straße geräumt und danach den Bürgersteig. Man fragte sich dann "Wer nutzt das?" Die Antwort war: "In einer normalen Familie setzt sich der Mann ins Auto und fährt zu Arbeit. Die Frau nimmt den Kinderwagen und geht zu Kita. Sie nutzt dann den Bürgersteig, der noch nicht geräumt ist.

Ergebnis

Dieser Einsicht hat zu einer Neuordnung geführt. Die Schneeräungsroutine wurde umgestellt: Zuerst den Bürgersteig, danach die Straße. Alle waren überrascht, dass diese Umstellung problemlos durchgeführt werden konnte.

4R für die Reflexionssitzung

Zentrales Anliegen der 4R-Methode ist, durch die Erfassung und Analyse täglicher Routineabläufe bestehende Ungleichheiten aufzudecken. „Wer erledigt welche Arbeiten unter welchen Bedingungen?" und „Wer greift in welchem Umfang auf welche Mittel zurück?" sind hierfür sehr geeignete Leitfragen. Am Ende der Analyse steht ein Einblick in tiefer liegende Verteilungsmuster und Ideen, wie eventuelle Ungleichheiten verändert werden können. Das Ressourcen-Werkzeug **4R** ist für den Start einer **Reflexionssitzung** gut geeignet. Dabei geht es um die Frage, inwiefern finanzielle, personelle und maschinelle Ressourcen geschlechtermäßig verteilt sind. Die vier Komponenten der Methode sind als einander ergänzend zu betrachten und sollen gemeinsam verwendet werden. Bei den ersten beiden Komponenten handelt es sich um statistische Analysen. Sie bilden die Basis für die beiden anderen Komponenten.

Die Schrittfolge sieht folgendermaßen aus:

R1 – Repräsentation: In diesem ersten Abschnitt werden die Organisation sowie die Aktivität und deren Zielgruppe bestimmt und hinsichtlich der Repräsentanz der beiden Geschlechter untersucht: Wie gestaltet sich Geschlechterverteilung auf den verschiedenen Hierarchieebenen der Organisation? Wie ist ihr Einfluss auf die Entscheidungen?

R2 – Ressourcen: Im zweiten Schritt der 4R-Methode wird die Frage der Verteilung von Ressourcen zwischen den Geschlechtern gestellt: Wie sind die Ressourcen (Zeit, Geld, Fläche, Ausrüstung) zwischen Frauen und Männern verteilt? Ermittelt wird die Ressourcen-Verteilung zwischen den Geschlechtern.

R3 – Realia: In diesem dritten Abschnitt werden nach dem Bedingungsgefüge von Ungleichverteilung der Ressourcen gefragt und geschlechtsspezifische Muster der Ressourcenzuteilung herausgearbeitet: Wie ist diese Verteilung zustande gekommen? Warum sind die Ressourcen so verteilt? Welche Normen haben welche Rolle gespielt?

R4 – Realisierung: In diesem vierten Abschnitt werden die Visionen und operativen Ziele der Organisation unter dem Eindruck der Analyse reformuliert und die Aktivitäten und Strukturen neu beschrieben: Die Antworten auf die Fragen in den drei ersten Punkten werden in einem Handlungsplan mit Zielen, Aktivitäten und Zeitplan erfasst.

ampaq

Kapitel 7: Nachweise

Literatur

Andersson, J., Salander, P., Hamberg, K. (2013). Using patients‘ narratives to reveal gender stereotypes among medical students , Academic Medicine, 88(7): 1015 – 1021

Bischof, K. (2006). Erfolgsbedingungen in der Betreuung Demenzerkrankter. Eine Untersuchung zu kritischen Erfolgsfaktoren in stationären Pflegeeinrichtungen, Kassel, S. 114 ff.

Borsi, G.M., Schröck, R. (1998). Pflegemanagement im Wandel: Perspektiven Und KontroversenTaschenbuch, S. 3ff

Förster, J. (2007). Kleine Einführung in das Schubladendenken. Über Nutzen und Nachteil des Vorurteils, München

Graubner, G. (o.J.). Gender-Mainstreaming Konzept für Unternehmen der Pflege- und Gesundheitsbranche (http://hatools.whpr.net/files/GenderMainstreaming/Gender_Mainstreaming_Konzept.pdf)

Habermacher, A., Peters, T., Ghadiri, A. (2014). Das Gehirn, Entscheidungen und Unconscious Bias. In: Vielfalt erkennen – Strategien für einen sensiblen Umgang mit unbewussten Vorurteilen. Charta der Vielfalt e.V.: Berlin

Hamberg, K., Bäckström, B. & Schulte Hemming, A. (2014). Gender Bias in der Gesundheitswirtschaft - Empirische Ergebnisse und instrumente der praktischen Anwendung in Organisationen. In: Vielfalt erkennen - Strategien für einen sensiblen Umgang mit unbewussten Vorurteilen, hrsg. von Charta der Vielfalt e.V., Berlin, S. 70-75

Hamberg. K. (2008). Gender bias in medicine. Womens Health (Lond Engl). 4, 237 – 243

Hamberg, K., Risberg G., Johansson, E. E.(2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias. A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. Scand. J. Publ. Health 32, 144 – 152

Kahnemann, D. (2011). Schnelles Denken, Langsames Denken. München

Nigl-Heim, U. R. (2004). Die Bedeutung von Gender Care für die Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift. Vol. 57, Nr. 10, p. 10-13

Risberg, G., Johansson, e., Westman, G. et al. (2008). Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden. BMC Medical Education, 26(8), 10 – 21

Risberg, G., Hamberg, K., Johansson, E. E. (2010). „Important but with low status“: male teachers´attitudes to and experiences of gender issues in medicine, BMC Medical Education

Risberg, G., Johansson, E. E., Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine, International Journal for Equity in Health, 8, 28 – 28

Rohstock, N. & Riesner, C. (Hrsg.) (2014). Gender in der Pflege. Stuttgart

Vielfalt erkennen - Strategien für einen sensiblen Umgang mit unbewussten Vorurteilen, hrsg. von Charta der Vielfalt e.V., Berlin 2014.

Links

http://gender.charite.de/institut (Institut für Geschlechterforschung in der Medizin)

http://herz.charite.de/schwerpunkte/frauengesundheit/

http://www.apotheken-umschau.de/Medizin/GenderMedizin-Herzinfarkt-bei-Frauen-211217.html

http://web.archive.org/web/20040723064659/www.gender-mainstreaming.net/gm/Wissensnetz/instrumente-und-arbeitshilfen,did=16602.html (Stand: 07.01.2014)

Methoden

Gender mainstreaming manual. A book of practical methods from the Swedish Gender Mainstreaming Support Committee (JämStöd). (2007) (Statens offentliga utredningar, 2007:15). Stockholm: Fritzes.

Hedman, B., Perucci, F. & Sundström, P. (1996). Engendering statistics. A tool for change. Stockholm, Örebro: Statistics Sweden; Statistics Sweden, Publication Services [distributor].

Nationella sekretariatet för genusforskning. (07. Juni 2013). 3R method, Nationella sekretariatet för genusforskning.

Nationella sekretariatet för genusforskning. (07. Juni 2013). 4R method, Nationella sekretariatet för genusforskning.

Nationella sekretariatet för genusforskning. (07. Juni 2013). Gender statistics, Nationella sekretariatet för genusforskning. Verfügbar unter http://jamstall.nu/en/how/gender-statistics/.

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2012, 24. September). The Ladder, Nationella sekretariatet för genusforskning. Verfügbar unter http://includegender.org/how/the-ladder/.

Bilder/Grafiken/Beispiele

Sveriges Kommuner och landsting (SKL), www.skl.se

Göteborgs Universitet, Jämställ nu, www.jamstall.nu

Gertrud Åström, Stockholm, gertrud.astrom@helahut.se