

Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich



**Materialien und Instrumente zur systematischen
Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht**

Projekt: Entwicklung eines Kriterienkatalogs für geschlechtergerechte Projektförderung
im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes
Nordrhein-Westfalen

Projektleiterin: Prof. Dr. Petra Kolip

Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht

Autorin: Dr. Ingeborg Jahn

September 2004



Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung

Linzer Straße 8-10
28359 Bremen

Telefon: ++49 (0)421 / 59 59 652

Telefax: ++49 (0)421 / 59 59 668

Email: jahn@bips.uni-bremen.de

<http://www.bips.uni-bremen.de>

Inhalt

1	EINFÜHRUNG.....	4
1.1	WELCHE AUFGABEN SOLL DAS MATERIAL ERFÜLLEN?.....	4
1.2	WIE IST DAS MATERIAL ENTSTANDEN?.....	5
1.3	WAS ENTHÄLT DAS MATERIAL UND WIE KANN ES VERWENDET WERDEN?	7
2	HINTERGRUND: GENDER MAINSTREAMING IM GESUNDHEITSBEREICH.....	9
2.1	GRUNDIDEEN DES GENDER MAINSTREAMING.....	9
2.1.1	<i>Entstehungszusammenhang und aktuelle Rechtslage</i>	9
2.1.2	<i>Zielrichtungen</i>	10
2.1.3	<i>Ausgangspunkt: Gender Bias</i>	11
2.1.4	<i>Strukturelle Veränderungen</i>	13
2.1.5	<i>Gender Mainstreaming und Gleichstellung der Geschlechter</i>	14
2.1.6	<i>Geschlechter- und Soziallagen gehören zusammen</i>	14
2.2	WAS GENDER MAINSTREAMING NICHT IST	14
2.2.1	<i>Gender Mainstreaming ist nicht Frauenpolitik</i>	14
2.2.2	<i>Frauenspezifische Projekte sind nicht automatisch Gender Mainstreaming-Projekte</i>	14
2.2.3	<i>Gender Mainstreaming ist keine Konkurrenz zu Qualitätssicherung</i>	14
2.2.4	<i>Gender Mainstreaming ist keine „Männerpolitik“ per se</i>	14
2.2.5	<i>Gender Mainstreaming-Prozesse sind nicht nebenbei zu erledigen</i>	14
2.3	GENDER – WAS IST DAS?.....	14
2.3.1	<i>Sex und Gender</i>	14
2.3.2	<i>Gender und Geschlechterverhältnisse</i>	14
2.3.3	<i>Doing Gender</i>	14
2.3.4	<i>Gender und weitere soziale Differenzierungen</i>	14
2.4	WIE KÖNNEN INSTITUTIONEN UND ORGANISATIONEN DES GESUNDHEITSWESENS MIT DER UMSETZUNG VON GENDER MAINSTREAMING BEGINNEN?.....	14
2.4.1	<i>Institutionelle Voraussetzungen</i>	14
2.4.2	<i>Beispiele für die Einführung von Gender Mainstreaming</i>	14
2.4.3	<i>Themen und Handlungsfelder</i>	14
3	UMSETZUNG: DIE GENDER-MATRIX ALS ALLGEMEINES INSTRUMENT ZUR SYSTEMATISCHEN BERÜCKSICHTIGUNG DER GENDER-PERSPEKTIVE IM GESUNDHEITSBEREICH	14
3.1	KONZEPTIONELLE ÜBERLEGUNGEN.....	14
3.2	DIMENSIONEN EINER INTEGRIERTEN GENDERPERSPEKTIVE	14
3.2.1	<i>Geschlechterthema und Gleichstellungsziel</i>	14
3.2.2	<i>Sex/Gender-Aspekte</i>	14
3.2.3	<i>Theorien und Konzepte</i>	14
3.2.4	<i>Methoden</i>	14
3.2.5	<i>Partizipation</i>	14
3.3	DIE GENDER-MATRIX ALS ALLGEMEINES ANALYSE-INSTRUMENT	14
4	SCHLUSSBEMERKUNG.....	14

5	KURZFASSUNG: FÜR EILIGE LESERINNEN UND LESER	14
5.1	GRUNDIDEEN VON GENDER MAINSTREAMING.....	14
5.2	WAS GENDER MAINSTREAMING NICHT IST	14
5.3	GENDER – WAS IST DAS?	14
5.4	WIE KÖNNEN INSTITUTIONEN UND ORGANISATIONEN DES GESUNDHEITSWESENS MIT DER UMSETZUNG VON GENDER MAINSTREAMING BEGINNEN?.....	14
5.5	WELCHE ASPEKTE SIND BEI EINER GENDER-ANALYSE ZU BERÜCKSICHTIGEN.....	14
5.6	DIE GENDER-MATRIX ALS ALLGEMEINES ANALYSE-INSTRUMENT	14
5.7	SCHLUSSBEMERKUNG.....	14
6	LITERATUR.....	14
7	ANHANG	14

1 Einführung

1.1 Welche Aufgaben soll das Material erfüllen?

Im Rahmen der EntschlieÙung der 10. Landesgesundheitskonferenz NRW „Soziale Lage und Gesundheit“ wurde das Thema „Geschlechtsspezifische Fragen von Gesundheit“ behandelt. In dieser EntschlieÙung wurden einige für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen wichtige Bereiche genannt und Empfehlungen zu speziellen Krankheiten und Versorgungsbedarfen sowie Rahmenbedingungen formuliert. Ein Bereich sind Herzkreislaufkrankheiten, in dem verstärkte Prävention zur Verringerung des Risikos, eine bessere Versorgung, eine Förderung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Frauen sowie verstärkte Erforschung offener Fragen angestrebt werden. (MfFJFG NRW 2001)

In struktureller Perspektive soll darauf hingewirkt werden, dass „in Forschungs- und Praxisprojekten (...) die geschlechtsspezifischen Aspekte im Sinne des Gender Mainstreaming verstärkt berücksichtigt werden.“ (ebenda, S.10) Zur Umsetzung einer grundsätzlichen, systematischen Prüfung des Gender-Ansatzes in Gesundheitsprojekten soll „das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (...) die Entwicklung eines (...) Kriterienkatalogs als Instrument zur Überprüfung des geschlechtsspezifischen Ansatzes in Auftrag geben.“ (ebenda)

Im Mai 2003 erhielt das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) den Auftrag, „in enger Zusammenarbeit mit den im Lande beteiligten Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens passende Instrumente zu entwickeln, die zukünftig besser ermöglichen, bei der Planung, Entwicklung, Implementierung und Förderung von Projekten und Maßnahmen das Geschlecht als wichtige Kategorie zu berücksichtigen.“ Der Auftrag bezieht sich auf einen Projektvorschlag des BIPS, demzufolge allgemeine Instrumente die Aufgabe haben, für unterschiedliche Akteurinnen und Akteure nutzbar zu sein, um sich für die Fragestellung zu sensibilisieren und erste Hinweise zu bekommen, in welche Richtung die Entwicklung von Konzepten und Projekten gehen kann (BIPS 2002).

Als Aufgabenstellung dieses Projektes kann somit zusammengefasst werden, ein allgemeines Instrumentarium für die Planung, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation zu entwickeln, das in möglichst vielen gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern einsetzbar ist: Gesundheitspolitik, Entwicklung von Programmen zur Umsetzung gesundheitspolitischer Zielsetzungen, Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung.

1.2 Wie ist das Material entstanden?

Erster Projektschritt war eine Bestandsaufnahme national und international vorhandener einschlägiger Materialien und Konzepte¹ sowie der bei den Akteurinnen und Akteuren in Nordrhein-Westfalen vorhandenen Erfahrungen und Bedarfe bezüglich der Einbeziehung der Kategorie Geschlecht in ihre Aktivitäten und Maßnahmen. Die Erhebung der Erfahrungen und Bedarfe der Akteurinnen und Akteure in NRW erfolgte im Rahmen einer schriftlichen Befragung der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz (über die Mitglieder des Vorbereitenden Ausschusses) sowie der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (über deren Geschäftsstellenleitungen). Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Befragung in Nordrhein-Westfalen werden in einem Extrabericht präsentiert. (Jahn 2004)

Im zweiten Schritt wurde eine Handreichung konzipiert, die Hintergrundinformationen sowie ein allgemeines Instrument - die sogenannte Gender-Matrix - enthält. Der Entwurf dieser Materialien und Instrumente wurde am 27. Januar 2004 dem Vorbereitenden Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz erläutert und anschließend allen Mitgliedern zur Verfügung gestellt.² Bei dieser Veranstaltung wurde die Durchführung eines Erprobungsworkshops mit interessierten Akteurinnen und Akteuren, d.h. zukünftigen Anwenderinnen und Anwendern, verabredet. Dieser Workshop fand am 11. Mai 2004 unter der Leitung der Autorin statt. Beteiligt waren 17 Vertreterinnen von 14 Institutionen/Organisationen.³

Von den Teilnehmerinnen des Workshops wurden Hindernisse und Problematiken, aber auch Ansatzpunkte für die praktische Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich genannt:

- In den Institutionen fehlen häufig die Grundvoraussetzungen, insbesondere der politische Wille und die notwendigen Ressourcen.
- Es fehlen Daten und Wissen zu Geschlechterunterschieden im Gesundheitsbereich, z.B. zu unterschiedlichen Wirkungen von Arzneimitteln bei Frauen und Männern.

¹ Aus der inzwischen unüberschaubaren Fülle von Materialien vgl. SIDA (1997/2000) (Schweden); Jahn & Kolip (2002), Kolip et al. (2003) (Deutschland/Schweiz); Eichler et al. (2000, 2002) (Canada/Deutschland); Health Canada (2003) (Canada); LÖGD (2003) (Deutschland/NRW); Sellach et al. (2003) (Deutschland). Ein Review von 17 international vorhandenen Tools ist WHO (2002).

² Vgl. Power Point-Präsentation des Vortrags im Anhang.

³ Vgl. Programm und Ergebnisse der Evaluation des Workshops im Anhang. Ich danke Frau Zirkel und Frau Dr. Weihrauch aus dem Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW recht herzlich für die Einladung der Teilnehmer/innen und die Organisation dieses Workshops.

- Die Umsetzung von Gender Mainstreaming geht weit über die Möglichkeiten einzelner Institutionen hinaus (z.B. sind im Bereich Arzneimittelversorgung gesetzliche Regelungen, z.B. gender-bezogene Zulassungskriterien oder auch Verpflichtungen der Pharmaindustrie zur Offenlegung von Daten erforderlich).
- Ein Hinderungsgrund sind Desinteresse und Widerstände (von Männern/Entscheidungs-trägern), die jedoch themenabhängig unterschiedlich ausgeprägt sind. Widerstände werden bezüglich der Berücksichtigung frauenspezifischer Erkrankungen als eher geringer, bezüglich einer Diskussion um Gehaltsgruppen und Aufstiegschancen als eher größer eingeschätzt.
- GM geht an den Menschen/Frauen mit Behinderungen vorbei. Von Bedeutung ist hier besonders das Verhältnis von „Behinderung“ und „Geschlecht“.
- GM beinhaltet Prozesse, die ein grundlegendes Umdenken erforderlich machen. Solche Prozesse sind nur schrittweise zu vollziehen, d.h. sie brauchen Zeit. NRW ist nicht mehr am Punkt Null (z.B. geschlechterdifferenzierender Gesundheitsbericht).
- Das Verhältnis von Gender Mainstreaming und Frauenpolitik ist ambivalent: einerseits hat sich noch nicht die Erkenntnis durch-gesetzt, dass mit GM nicht Frauenpolitik gemeint ist, andererseits sind häufig Frauenpolitikerinnen und Gleichstellungsbeauftragte Motor von GM-Projekten und –prozessen.
- Die Akzeptanz von GM ist größer, wenn diese „neue Politikform“ von Anfang an mit eigenen Verantwortlichkeiten umgesetzt wird.
- Es gibt in etlichen Bereichen geschlechterdifferenzierte Daten, die Ausgangspunkt für die Formulierung konkreter Ziele sein können, z.B. zu Koronarer Herzkrankheit (KHK).
- Einige Institutionen haben bereits politische Beschlüsse gefasst und Ansprechpartnerinnen bzw. Verantwortliche benannt. Diese können als Vorbild dienen.
- Wichtig für die Umsetzung von GM sind konkrete Projekte. Die Zielsetzung dieser Projekte muss so gewählt werden, dass sie innerhalb der eigenen Institution auch umsetzbar ist.

Der Materialentwurf und die Gender-Matrix wurden insgesamt positiv aufgenommen. Kritik und Vorschläge für Veränderungen bezogen sich insbesondere auf die Konkretisierung des Materials durch Beispiele sowie auf die Verdeutlichung der Anwendung der Gender-Matrix. Es wurde versucht, die Anregungen bei der hier vorgelegten Überarbeitung der Materialien und Instrumente zu berücksichtigen. Das Material soll als flexibles Instrumentarium dienen, das in der Anwendungspraxis geformt, angepasst und weiter konkretisiert werden kann und muss.

1.3 Was enthält das Material und wie kann es verwendet werden?

Der aktuelle Bezugsrahmen für dieses Material ist die Strategie des Gender Mainstreaming. In **Abschnitt 2** werden zunächst Hintergrundinformationen zum Gender Mainstreaming zusammengefasst. Nutzer/innen dieser Materialien, die sich bislang noch nicht so intensiv mit diesem Thema beschäftigt haben oder grundlegende Informationen in knapper Form wünschen, wird empfohlen, mit diesem Abschnitt einzusteigen. Nutzer/innen, die mit der Materie bereits vertraut sind, können diesen Teil dazu nutzen, Argumente zu einzelnen Themen und/oder die Sichtweisen der Autorin kennen zu lernen.

Es werden die begrifflichen Grundlagen sowie verschiedene Facetten der Strategie des Gender Mainstreaming dargestellt und auf den Gesundheitsbereich bezogen. (**Abschnitt 2.1**) Nach der Skizzierung der Grundideen erfolgt eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Argumenten und zum Teil auch Missverständnissen, denen man in Bezug auf die Umsetzung von Gender Mainstreaming häufig begegnet. (**Abschnitt 2.2**) Nach der Definition der zentralen Grundbegriffe (**Abschnitt 2.3**) werden Ansatzpunkte dafür dargestellt, wie die Strategie des Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich umgesetzt werden kann (**Abschnitt 2.4**).

In **Abschnitt 3** folgen zunächst einige Überlegungen zu der Frage, was eine systematische Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht ausmacht und welchen Anforderungen das zu entwickelnde Instrumentarium genügen muss (**Abschnitt 3.1**). Im Anschluss daran wird die Anforderung des Gender Mainstreaming, die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht auf allen Ebenen anzuwenden, in Dimensionen aufgegliedert, anhand derer systematisch auf jeder Ebene und in jedem Prozessschritt Gender-Anknüpfungspunkte identifiziert und bearbeitet werden können. (**Abschnitt 3.2**)

Diese Prüfdimensionen werden ausführlich erläutert und, soweit möglich, anhand von Fragen konkretisiert, die für die Umsetzung relevant sind. Die Lektüre dieser Erläuterungen ist Voraussetzung für das Verständnis und die Umsetzung der Gender-Matrix. Praktische Versuche haben auch gezeigt, dass die Erläuterungen gut zum „Immer-wieder-Nachschielen“ benutzt werden können.

Zusammenfassend wird als allgemeines Instrument die Gender-Matrix vorgestellt, mit deren Hilfe die Genderbezüge von Fragestellungen und Projektschritten im Gesundheitsbereich systematisch analysiert werden können und die Umsetzung dieser Matrix anhand eines Beispiels erläutert (**Abschnitt 3.3**)⁴. Dieses Instrument ist

⁴ Bereits hier sei angemerkt, dass die Darstellung als Matrix dabei nicht zwingend ist. Anwender/innen, die z.B. gerne mit Mind Maps arbeiten, können die Prüfdimensionen z.B. als Hauptäste einer Mind Map verwenden.

sowohl für die retrospektive Bewertung von vorhandenen Konzepten und Materialien als auch für die Planung neuer Projekte einsetzbar. Es bezieht sich auf zentrale Prüfdimensionen, die prinzipiell auf alle Themen, Verfahrensabläufe und Projektschritte angewendet werden können. Für spezifische Anwendungen ist eine fachliche Konkretisierung erforderlich.

Abschnitt 4 beinhaltet Kurzfassungen ausgewählter Abschnitte und ist für eilige Leserinnen und Leser gedacht, die sich schnell einen Überblick verschaffen möchten.

2 Hintergrund: Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Wie in der Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz formuliert, besteht der aktuelle politische Bezugsrahmen für die Entwicklung des Kriterienkatalogs in der Strategie des Gender Mainstreaming. Einige Aspekte der Bedeutung von Gender Mainstreaming für den Gesundheitsbereich werden im Folgenden angesprochen.

2.1 Grundideen des Gender Mainstreaming

2.1.1 Entstehungszusammenhang und aktuelle Rechtslage

Begriff und Konzept des Gender Mainstreaming wurden zuerst im Zusammenhang mit der Entwicklungspolitik ausgearbeitet und verwendet. Als wichtige Meilensteine in der Karriere des Begriffs gelten die Weltfrauenkonferenzen in Nairobi (1985) und insbesondere in Peking (1995). Mit der Pekinger Aktionsplattform haben 189 Staaten die Verpflichtung angenommen, die Dimension Chancengleichheit in alle Politikbereiche und Maßnahmen zu integrieren und sicherzustellen, dass vor politischen Entscheidungen deren Auswirkungen auf Frauen und Männer analysiert werden. Mit dem Amsterdamer Vertrag von 1997 wurde das Prinzip Gender Mainstreaming zur Förderung der Gleichstellung und Einbeziehung der Dimension Chancengleichheit förmlich in der EU-Politik festgeschrieben. Entsprechend dem Amsterdamer Vertrag beziehen sich die Zielstellungen von Gender Mainstreaming sowohl auf die Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen wie auch auf die Beseitigung von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern. Im Juni 1999 beschloss das Bundeskabinett die Übernahme dieses Leitprinzips und richtete zu dessen Umsetzung eine interministerielle Arbeitsgruppe beim Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend ein. (BMFSFJ 2003) Inzwischen haben auch einige Bundesländer Gender Mainstreaming als Leitprinzip anerkannt (vgl. Weg 2002) und Strategien zur Umsetzung entwickelt und eingeleitet. In Nordrhein-Westfalen beschloss der Landtag am 15. November 2002 mit dem Entschließungsantrag „Gender Mainstreaming – gleiche Chancen für weibliche und männliche Lebensentwürfe“ Geschlechtergerechtigkeit in der Landespolitik und in der Landesverwaltung umzusetzen (Landtag Nordrhein-Westfalen 2002a+b).

Geschichte des
Gender
Mainstreaming

2.1.2 Zielrichtungen

Die Strategie des Gender Mainstreaming hat **zwei Zielrichtungen**: Einerseits bezieht sie sich auf den geschlechterpolitischen Fokus der Chancengleichheit, andererseits auf das Ziel der Verbesserung der Maßnahmenqualität auf allen Ebenen und in allen Handlungsfeldern. Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitsbereich zielt somit auf eine – möglichst hochwertige – insbesondere aber für Frauen und Männer gleichwertige gesundheitliche Versorgungsqualität, so dass beide Geschlechter ihre Gesundheitspotentiale entfalten können (vgl. Doyal 2000). Dazu gehört die gleichwertige Beteiligung von Frauen und Männern und ihren Problemsichten an allen für die Gesundheit relevanten Entscheidungen. Das Mittel zum Erreichen dieses Ziels ist, die potentiellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Altersgruppen sowie in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (z.B. Sozialschichten, Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung), bei allen Aktivitäten, Maßnahmen und Projekten von Anfang an (und nicht erst, nachdem Entscheidungen bereits getroffen wurden) angemessen zu berücksichtigen. Das ist keine Frage der Moral oder der politischen Überzeugung, sondern, wie Prof. Agneta Stark, eine der führenden Genderberaterinnen in Schweden, sagt: „...eine Frage der Effizienz.“ (Stark 2000) Auf dieser Grundlage können Maßnahmen auf hohem Qualitätsniveau, d.h. passgenau und zielgruppengerecht gestaltet werden und so zum Abbau von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beitragen.

Werden biologische oder sozial und kulturell bedingte Geschlechterunterschiede nicht berücksichtigt, führt dies zu Qualitätsproblemen sowohl in der Gesundheitsforschung (eingeschränkte Validität und Generalisierbarkeit) als auch in der Versorgung. Das heißt: die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive ist eine fachliche Frage und betrifft somit alle Akteurinnen und Akteure. Die Qualität der Versorgung kann auch dadurch eingeschränkt sein, dass Problemsichten einzelner Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend einbezogen werden. So werden in männerdominierten Kulturen und Institutionen in der Regel weibliche Problemsichten oder Lebenslagen in den Entscheidungsprozessen unzureichend berücksichtigt. Dies kann z.B. die Frage betreffen ob eine räumliche Konzentration von Versorgungsangeboten Frauen anders betrifft als Männer, weil Frauen aufgrund ihrer Lebenssituation (z.B. als Mütter) spezifische zeitliche oder die Mobilität betreffende Einschränkungen aufweisen, z.B. auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind.

Gender
Mainstreaming ist
zielorientiert
(**ergebnisorientierte
Perspektive**).

2.1.3 Ausgangspunkt: Gender Bias

Gender Mainstreaming geht davon aus, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt. Gesellschaftliche Vorhaben betreffen immer Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen, die sich in unserer Gesellschaft strukturell und systematisch nach der Geschlechtszugehörigkeit unterscheiden. Männer und Frauen unterscheiden sich in ihren Lebensverhältnissen, in den ihnen zugeschriebenen und den von ihnen ausgefüllten Rollen. Außerdem sind soziale Einheiten wie Institutionen (Krankenhäuser, Verbände), Arbeits- und Berufsbereiche etc. durch Geschlechterkulturen geprägt (Liebig 2000). In der wissenschaftlichen Literatur werden Wissenslücken oder Verzerrungen, die dadurch entstehen, dass Frauen und Männer bzw. die Variable Geschlecht nicht oder nicht angemessen berücksichtigt wurden, als Gender Bias (seltener als Sex Bias) bezeichnet. (vgl. Jahn 2002, 2003)

Die Genderperspektive fokussiert auf die Frage, wie geschlechtsbezogene Lebensrealitäten sich auf die Gesundheit und auf die Teilhabechancen von Frauen und Männern auswirken. Im Gesundheitsbereich sind sowohl die - systematisch nach Geschlecht - unterschiedlichen Lebenslagen, d.h. die sozialen Lebensverhältnisse (Gender), als auch die unterschiedliche Biologie (Sex) von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen. (Zur Unterscheidung von Sex und Gender vgl. Abschnitt 2.3.) Insofern kann Gender Mainstreaming auch übersetzt werden als geschlechtergerechte Arbeitsweise auf allen Ebenen, von allen Beteiligten und bei allen Vorhaben. In manchen Bereichen sind die Unterschiede besonders deutlich oder erscheinen selbstverständlich, z.B. bei frauen- oder männerspezifischen Erkrankungen. In anderen Bereichen sind mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern bislang weniger im Blickfeld. Da auch die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung – wie zahlreiche Studien zeigen konnten – bislang die Geschlechterunterschiede zu wenig berücksichtigt hat, fehlt in vielen Bereichen das Wissen darüber, ob und wie sich Geschlechterunterschiede auswirken. Hier ist eine verstärkte Sensibilisierung für die jeweils fachlich bedeutsamen Geschlechteraspekte erforderlich.

Gender
Mainstreaming
bedeutet, dass auf
allen Ebenen, von
allen Beteiligten und
bei allen Vorhaben
geschlechtergerecht
gearbeitet wird
(**integrierte
Perspektive**).

Eine Möglichkeit, sich der Probleme und Fallstricke einer nicht angemessenen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bewusst zu werden, ist, sich die Ursachen und Formen des Gender Bias anzuschauen.

Nach Ruiz und Verbrugge (1997) können grundsätzlich zwei Formen des Gender Bias unterschieden werden: (1) es wird eine Gleichheit oder Ähnlichkeit von Männern und Frauen angenommen, wo diese nicht vorhanden ist⁵ und (2) es werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen angenommen, wo (möglicherweise) keine existieren.

Margrit Eichler, eine kanadische Wissenschaftlerin, die sich seit Jahren sowohl theoretisch als auch praktisch (z.B. als Beraterin von Regierungen) mit dem Phänomen des Gender Bias beschäftigt hat, unterscheidet verschiedene Ursachen und Formen (Eichler 1988, 1998):

Geschlechtsinsensibilität: Damit ist gemeint, dass bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten und Maßnahmen überhaupt nicht mitgedacht wird, dass Geschlechterunterschiede eine Rolle spielen können. Diese Form des Gender Bias ist relativ häufig. Sie ist recht leicht daran zu erkennen, dass in der Projektplanung, -durchführung und -beschreibung keine Unterscheidung zwischen Frauen/Mädchen und Männern/Jungen gemacht wird.

Androzentrismus: Geschlechtsinsensibilität geht häufig mit einer weiteren Form des Gender Bias einher, dem Androzentrismus. Erkennbar ist diese Form daran, dass Probleme, Risikofaktoren und Sichtweisen untersucht bzw. bearbeitet werden, die vorrangig Männer betreffen. Zugleich werden männliche Verhaltensweisen als Norm gesetzt und weibliche entweder als Abweichung davon bewertet oder es wird selbstverständlich davon ausgegangen, dass der beschriebene Sachverhalt bei Frauen gleich ist. Auch das Gegenstück, der Gynozentrismus, die Vorrangigkeit von Fragestellungen, die Frauen betreffen, führt zu verzerrten Sichtweisen.

Doppelter Bewertungsmaßstab: Dieser liegt vor, wenn unkritisch bei Frauen/Mädchen und Männern/Jungen verschiedene Maßstäbe zur Beschreibung oder Behandlung von im Wesentlichen gleichartigen Situationen angewendet werden. Dabei besteht die Gefahr, dass Geschlechterstereotype reproduziert werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bestimmte Persönlichkeitseigenschaften von vornherein nur Frauen/Mädchen (typisch weiblich) oder nur Männern/Jungen (typisch männlich) zugeordnet werden. Dies führt zu einer Diskriminierung bzw. einer nicht angemessenen Betrachtung von Frauen/Mädchen und Männern/Jungen, die nicht ins vorgegebene Bild passen. Ein doppelter Bewertungsmaßstab liegt auch vor; wenn z.B. Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper bei Frauen/Mädchen (positiv) als gute Körperwahrnehmung und Symptomaufmerksamkeit, bei Männern/Jungen (negativ) als Eitelkeit oder gar Weinerlichkeit angesehen wird.

Von **Überverallgemeinerung** wird gesprochen, wenn Ergebnisse auf der Basis eines Geschlechts gewonnen wurden, aber auf beide Geschlechter übertragen werden, ohne dass der Nachweis der Gültigkeit für beide Geschlechter geführt wurde. Überverallgemeinerung ist ein wichtiges Thema beim Stichwort Evidence Based Medicine. Bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz muss immer auch die Frage beantwortet werden, für welche Gruppen Untersuchungen mit welchen Ergebnissen vorliegen, was bislang viel zu selten beachtet wurde. (Rogers 2004a+b, Mykhalovskiy und Weir (2004), Hayes (2002))

⁵ Abel et al. (2001) konnten z.B. zeigen, dass verschiedene Indikatoren für „physical activity“ im Geschlechtervergleich zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

2.1.4 Strukturelle Veränderungen

Gender Mainstreaming bezieht sich auf **strukturelle Veränderungen**. Dies wird in der allgemein gebräuchlichen Definition deutlich: „Gender Mainstreaming besteht in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung der Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, dass die an politischer (und gesundheitlicher, ij) Gestaltung beteiligten Akteurinnen und Akteure den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen.“ (Mückenberger und Tondorf 2001)

Während im sich vorigen Abschnitt der Blick vor allem auf die Betroffenen, z.B. auf Patientinnen und Patienten oder Zielgruppen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, richtete, bezieht sich die Forderung nach strukturellen Veränderungen insbesondere darauf, dass zum Erreichen der Ziele geschlechtergerechter Arbeit auch Verfahren, Prozesse und Ablaufstrukturen etc. ggfs. verändert werden müssen. Sind z.B. die unterschiedlichen Bedürfnisse nach Privatheit und Intimität in den therapeutischen Settings gewährleistet? Werden in Organisationen Beteiligte in unterschiedlichen Lebenssituationen (z.B. Mütter, Väter) durch die zeitliche Strukturierung von Aktivitäten systematisch ausgeschlossen, indem z.B. wichtige Sitzungen regelmäßig nachmittags stattfinden, wenn teilzeiterwerbstätige Mütter (oder auch Väter) zu Hause bei ihren Kindern sind? Diese Problematik wird im Kontext von Gender Mainstreaming nicht mehr als Frauenproblem (bzw. als Problem der Betroffenen) begriffen, sondern als Bedingung, die verändert werden kann, wenn Frauen oder Männer dadurch in problematische Situationen und Positionen versetzt werden. (vgl. dazu auch Stiegler 2002)

Gender
Mainstreaming
bedeutet strukturelle
Veränderungen
(**prozessorientierte
Perspektive**).

2.1.5 Gender Mainstreaming und Gleichstellung der Geschlechter

Gender Mainstreaming zielt auf **faktische Gleichstellung**, in dem Sinne, dass Gleiches gleich und Unterschiedliches unterschiedlich behandelt wird. Demgegenüber hat rechtliche Gleichstellung häufig formalen Charakter, da sie das Problem beinhaltet, dass Ungleiches gleich behandelt wird.

Im Bereich Gesundheit ist diese Unterscheidung besonders wichtig: Diagnosestellung oder Behandlung müssen sich ebenso wie Gesundheitsförderungsangebote auch auf biologisch unterschiedliche Bedingungen bei Frauen und Männern beziehen und ggfs. entsprechend unterschiedlich sein. Gleichstellung meint sowohl den Abbau von Benachteiligungen (Diskriminierung) wie auch gleiche Teilhabe an Ressourcen im Sinne echter Wahlfreiheit (Partizipation). Bezogen auf Gesundheit gehört hierzu vor allem auch eine gleichwertige Chance von Frauen und Männern, die für sie persönlich bestmöglichen Grad an Gesundheit zu erreichen und zu erhalten. Dies soll u.a. durch einen gleichen bzw. gleichwertigen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe erreicht werden.

Die Perspektive einer größeren Wahlfreiheit ist besonders wichtig, um Stereotypisierungen in männlich/weiblich zu vermeiden. Gender Mainstreaming muss sich sowohl auf den Ist-Zustand geschlechtsbezogener Lebensverhältnisse und daraus entstehender Bedürfnisse und Bedarfe beziehen (die sich z.B. aus der Erziehung von Kindern ergeben, die aktuell überwiegend von Frauen geleistet wird), als auch deren Veränderung im Sinne von mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit anstreben. In diesem Sinne passt es zur Strategie des Gender Mainstreaming, Teilzeitarbeit für Frauen anzubieten, die Beruf und Familie auf diese Weise vereinbaren wollen. Gleichzeitig darf man die dahinter liegenden, als ungleich zu bewerteten Lebenssituationen, nicht aus den Augen verlieren, z.B. dass Frauen für die Erziehung von Kindern zuständig gemacht werden. Dies bedeutet z.B. darauf hinzuwirken, dass auch Männer bessere Möglichkeiten erhalten, Familien- und Erziehungsaufgaben zu übernehmen.

In den Worten von Pimminger (2001): „Eine strategische Perspektive heißt, das Mögliche und das Wünschenswerte gleichzeitig zu denken und in kurz- wie langfristiger Perspektive zu handeln.“ (S. 18) Pimminger erläutert am Beispiel der Arbeitsmarktpolitik pragmatische (kurzfristige) und strategische (langfristige) Perspektiven, die hier zitiert werden, weil sie auch den Gesundheitsbereich betreffen. Pragmatische Bedürfnisse und Ziele sind demnach: Arbeitsplätze, Existenzsicherung, Teilzeitarbeitsplätze um Beruf und Familie vereinbaren zu können, Kinderbetreuungseinrichtungen (Öffnungszeiten, Erreichbarkeit, Qualität). Strategische Perspektiven können sein: Abbau der horizontalen und vertikalen Segmentation des Arbeitsmarktes; gleiches Einkommen für gleichwertige Leistung; gleiche Verteilung der Betreuungsarbeit auf Frauen und Männer; gleiche Verteilung von Teilzeitarbeit auf Frauen und Männer; ein Beschäftigungssystem, in dem Teilzeitarbeit keine Schlechterstellung, z.B. bezüglich Karrierechancen, mit sich bringt; eine Arbeitsorganisation, die die Übernahme von Betreuungsarbeit ohne Nachteile zulässt.

Gender
Mainstreaming zielt
auf faktische
Gleichstellung
(**Gleichstellungs-
perspektive**).

2.1.6 Geschlechter- und Sozillagen gehören zusammen

Die Herstellung tatsächlicher Chancengleichheit in allen Bereichen bedeutet auch, über die Unterscheidung zwischen den Geschlechtern hinaus die unterschiedlichen zielgruppenspezifischen Konstellationen und Interessenlagen innerhalb der Geschlechter zu betrachten, d.h. die **Verwobenheit von Geschlechter- und Sozillagen** anzuerkennen (Mückenberger und Tondorf 2001). Das heißt: Es gibt keine Konkurrenz zwischen den Zielen Geschlechtergerechtigkeit und Orientierung auf benachteiligte Zielgruppen. Im Gegenteil: Die Berücksichtigung von Lebenslagen, wie sie im Genderkonzept (siehe dazu weiter unten) angelegt ist, erfordert genaues Hinschauen auf verschiedene Faktoren sozialer Differenzierung: Lebenssituation und Geschlecht interagieren (Frauen und Männer mit Migrationshintergrund, Frauen und Männer in Einletern-Familien, obdachlose Frauen und Männer, junge und alte Frauen und Männer, Frauen und Männer mit Behinderungen etc.).

Die Diversity-Perspektive wird auch in neueren Management-Konzepten zur Realisierung von Chancengleichheit verfolgt (Diversity-Management). Nach Krell (2001) unterscheidet sich Diversity-Management gegenüber herkömmlicher Frauenförderung vor allem in vier Punkten: (1) es werden nicht nur Frauen als potentiell Diskriminierte berücksichtigt, (2) es handelt sich um ein individualisierendes Konzept, in dem nicht pauschal nach Geschlechtszugehörigkeit differenziert wird, (3) wird vor allem struktureller Entwicklungsbedarf gesehen (Organisationskultur, Personalpolitik, Führungskräftekompetenz), der (4) ein systematisches Vorgehen erfordert. Gemeinsamkeiten zur Strategie des Gender Mainstreaming liegen insbesondere in den unter 3. und 4. genannten Umsetzungsstrategien: Gegenüber dem 1. und 2. Punkt gibt es deutliche Unterschiede. Das Gender Mainstreaming-Konzept geht entschieden von systematischen sozialen Unterschieden zwischen den Geschlechtern aus, die vielfach – aber nicht immer⁶ – mit Diskriminierungen von Frauen verbunden sind, sieht jedoch gleichwohl auch wesentlich zu berücksichtigende Unterschiede innerhalb der Geschlechter, z.B. nach Lebensphasen, Sozillagen etc. (Zu den Unterschieden von Frauenförderung und Gender Mainstreaming vgl. Abschnitt 2.2.1)

Da die Geschlechtszugehörigkeit eng mit anderen Faktoren sozialer Unterscheidung, z.B. nach Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, verbunden ist, sind auch diese Faktoren einzubeziehen (**Diversity-Perspektive** von Gender Mainstreaming).

⁶ Als Beispiel sei hier angeführt, dass Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung bislang ganz offensichtlich Frauen eher ansprechen als Männer, die diese jedoch keinesfalls weniger benötigen (vgl. dazu Kolip und Koppelin 2002, Altgeld 2004).

2.2 Was Gender Mainstreaming nicht ist

2.2.1 Gender Mainstreaming ist nicht Frauenpolitik

Gender Mainstreaming ist nicht gleichzusetzen mit Frauenpolitik (und Frauenförderung), wie sie seit den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts institutionalisiert wurde. Allerdings: Ohne die Frauenbewegung gäbe es Gender Mainstreaming nicht. Gender Mainstreaming ist eine Strategie der internationalen Frauenbewegung. Sie wurde entwickelt, weil die in vielen Ländern etablierte Frauenpolitik als Sonderpolitik zunehmend als wenig erfolgreiche Strategie bewertet wurde, um die geschlechterbezogenen Benachteiligungen in allen gesellschaftlichen Bereichen wirklich grundlegend und nachhaltig zu verändern.

Gleichstellungsstellen, Frauen- und Geschlechterforscherinnen, Arbeitskreise „Frauen und Gesundheit“ etc. spielen bei der Einführung und Umsetzung der Strategie des Gender Mainstreaming eine herausragende Rolle. Diese Institutionen verfügen über umfassendes Genderwissen und Gleichstellungserfahrungen, sie initiieren und motivieren Projekte und Maßnahmen und sind auch über ihren eigenen Bereich hinaus wirksam, wenn sie z.B. in Gesundheitskonferenzen die Geschlechterperspektive einbringen.⁷ Auch im Gesundheitsbereich wurde die geschlechterdifferenzierende Wissensbasis insbesondere im Kontext von Frauenpolitik sowie Frauen- und Geschlechterforschung grundlegend erweitert (vgl. zum Beispiel den Bundesfrauengesundheitsbericht (BMFSFJ 2001), und den geschlechtervergleichenden Gesundheitsbericht NRW (MFJFG 2000a)). Zudem wurden Strategien für den Abbau von Ungleichheit (Frauenförderung, Quotierung etc.) entwickelt, auf die in Gender Mainstreaming-Prozessen Bezug genommen werden sollte.

Gender Mainstreaming und Frauenförderpolitik sind unterschiedliche Strategien, die sich jedoch hervorragend ergänzen⁸. Beide Ansätze beinhalten jeweils Potentiale, Geschlechterungleichheiten in Gesellschaft und Gesundheit abzubauen. Sie bieten verschiedene Optionen, die parallel und unabhängig voneinander, aber auch als kombinierte Strategie eingesetzt werden können.

Zur Verdeutlichung der Unterschiede werden im Folgenden einige Aspekte einander gegenübergestellt. In der Realität wurden zentrale Elemente, die heute unter dem Stichwort Gender Mainstreaming diskutiert werden, im Rahmen der „klassischen“ Frauenpolitik entwickelt, z.B. sind Frauengesundheitszentren entstanden, um für

⁷ Vgl. dazu auch Jahn (2004).

⁸ Dies gilt auch für das Verhältnis von Gender Mainstreaming und sich entwickelnden Ansätzen von Männergesundheitsförderung (vgl. Altgeld 2004).

Frauen frauengerechte Angebote bereitzustellen, die im Leistungsspektrum des „Mainstream“ fehlen (Defizitansatz). Die Arbeitsweise der Frauengesundheitszentren war und ist zugleich vom Empowerment-Gedanken (die Potentiale und Ressourcen stärken) getragen.

Unterschiede zwischen Frauenförderpolitik und Gender Mainstreaming

(vgl. Jung und Küpper 2001, Pimminger 2001, Stiegler 2002)

Frauenförderpolitik

- Frauenpolitik
- Sondermaßnahmen (Frauenprojekte)
- Thema ist soziale Rolle der Frauen
- orientiert an der Zielgruppe Frauen
- unterstützt Frauen in besonderen Problemlagen
- Frauen sind zuständig für die Lösung von Frauenproblemen
- Punktuelle Veränderung der Rolle von Frauen
- Chancengleichheit soll über den Abbau von Diskriminierungen erreicht werden (Defizitansatz)

Gender Mainstreaming

- Geschlechterverhältnispolitik
- Integrationsstrategie: Chancengleichheit ist zentrales Politikziel
- Soziale Rolle beider Geschlechter wird thematisiert, Veränderungspotentiale bei Männern sind ebenfalls im Blick
- orientiert am Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern
- stellt sicher, dass die Bedürfnisse von Frauen und Männern in allen Politikbereichen und bei allen Maßnahmen berücksichtigt werden
- Frauen und Männer übernehmen Verantwortung für die Veränderung der Geschlechterverhältnisse
- Nachhaltige Veränderung im Geschlechterverhältnis durch strukturelle Veränderungen
- Aktivierung von Chancengleichheit für Frauen und Männer durch Nutzung von Fähigkeiten (Potentialansatz, Empowerment)

2.2.2 Frauenspezifische Projekte sind nicht automatisch Gender Mainstreaming-Projekte

Gender Mainstreaming wird vielfach verkürzt im Sinne der Bearbeitung frauenspezifischer Fragen verstanden („dann machen wir noch ein Angebot für Frauen“). Tatsächlich fokussiert es jedoch auf Gleichstellung als Ziel. Im Vordergrund steht somit die Wirkung einer Aktivität bzw. Maßnahme, nicht die Zielgruppe. Es reicht also nicht aus, Frauenprojekte (ggfs. auch Männerprojekte) durchzuführen, entscheidend ist der Beitrag, den die konkreten Projekte zum Erreichen eines definierten Gleichstellungsziels leisten.

Die Tatsache, dass Frauen etwas tun (z.B. als Ärztinnen oder als Wissenschaftlerinnen) oder dass Frauen die Zielgruppe sind (z.B. in der gynäkologischen Forschung), belegt weder a priori die Qualität einer Aktivität noch die Angemessenheit der Versorgung von Frauen.⁹ Wichtigstes Kriterium für eine frauen- bzw. geschlechtergerechte Herangehensweise ist die Frage, ob Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe, die sich z.B. aus der spezifischen Lebenssituation ergeben können, einbezogen werden. Auch für die Qualität der Versorgung kann das Geschlecht der Beteiligten von Bedeutung sein, z.B. wenn eine geschlechtshomogene therapeutische Beziehung in der Psychiatrie oder in der Suchtrehabilitation gewünscht wird oder sinnvoll ist (vgl. z.B. Enders-Dräger 2002)¹⁰

2.2.3 Gender Mainstreaming ist keine Konkurrenz zu Qualitätssicherung

Gender Mainstreaming steht nicht in Konkurrenz zu anderen Bestrebungen, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern bzw. zu erreichen. Im Gegenteil: Die angemessene Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht verbessert die Qualität und Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung und korrespondiert somit mit Bemühungen der Qualitätsverbesserung, wie z.B. Zielgruppenorientierung, mehr Partizipation von Patientinnen und Patienten, Evidence Based Medicine etc. So ist immer zu fragen, für welche Personengruppen welche Evidenz vorhanden ist bzw. fehlt und ob Patientinnen und Patienten strukturell unterschiedliche Informations- und Entscheidungsbedürfnisse und Bedarfe haben (vgl. Rogers 2004a+b, Mykhalovskiy und Weir 2004, Hayes 2002). Auch bei der Einführung neuer Steuerungskonzepte im Gesundheitswesen, wie DRGs und DMPs, ist darauf zu achten, ob und ggf. wie strukturelle Unterschiede zwischen Frauen und Männern berücksichtigt werden müssen. (vgl. z.B. Kuhlmann 2003)

Gender
Mainstreaming ist
ein zentraler Teil von
Qualitätssicherung.

⁹ Diese Aussage gilt in gleicher Weise für Männer. So wird die Frage gestellt, welche Defizite die „herrschende“ Gesundheitsversorgung in Bezug auf die Bedürfnisse und Bedarfe aufweist (vgl. Altgeld 2004)

¹⁰ Darüber hinaus ist vielfach nachgewiesen worden, dass das Geschlecht der Akteure und Akteurinnen und die Inhalte in engem Zusammenhang miteinander stehen (vgl. z.B. Schulz & Hummel 2001, Schiebinger 1993)

2.2.4 Gender Mainstreaming ist keine „Männerpolitik“ per se

Wie bereits ausgeführt, bezieht sich Gender Mainstreaming auf Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und deren Abbau. Gender Mainstreaming-Prozesse sind insofern damit verbunden, Benachteiligungen auszugleichen, ggfs. auch durch geschlechtsspezifische (männer- und/oder frauenspezifische) und geschlechtergerechte Maßnahmen. Gender Mainstreaming geht damit über die bisherige Frauenpolitik hinaus und bezieht explizit die „männerpolitische“ Perspektive systematisch mit ein.¹¹

Wenngleich unbestreitbar ist, dass auch im Gesundheitsbereich die strukturellen Ungleichheiten häufiger zu Lasten von Frauen gehen, gibt es doch zahlreiche Beispiele, die als eine Benachteiligung des männlichen Geschlechts interpretiert werden können: Die größte Aufmerksamkeit gilt hierbei der Tatsache, dass in fast allen Ländern der Erde Männer eine durchschnittlich niedrigere Lebenserwartung haben als Frauen. In der Forschung zur reproduktiven Gesundheit spielen Männer als Forschungssubjekte kaum eine Rolle. Dies wird jedoch seltener als Nachteil für Männer interpretiert. Im Rahmen von Gender Mainstreaming-Prozessen rücken auch die sozialen Lebensbedingungen von Männern ins Blickfeld.

Gefragt wird z.B. nach den Ursachen von und möglichen Präventionsstrategien gegen die größere Frühsterblichkeit der Männer, die sowohl in den sozialen Lebensbedingungen (Risikoverhalten etc.) als auch in biologischen Unterschieden zu finden sind. Damit Gender Mainstreaming auch Männerpolitik in diesem Sinne wird, ist es erforderlich, dass Männer selbst ein Interesse an der Veränderung ihrer eigenen Alltags- und Berufspraxis entwickeln (Höying 2002). Auch in Bezug auf Männerpolitik ist Schweden führend mit Programmen zu „Männer und Familie“, zur Integration von Männern in Berufe, die bislang frauendominiert sind sowie das „Male Network for Men Against Violence“. (Ministry of Industry, Employment and Communications 1999).

Es ist erforderlich, dass Männer selbst ein Interesse an der Veränderung ihres Alltags entwickeln.

¹¹ In Ansätzen hat es diese Politik auch schon gegeben, bevor das GM-Konzept Verbreitung fand, z.B. sind familienpolitische Bemühungen, die Möglichkeiten von Müttern **und** Vätern zur Vereinbarung von Kindererziehung und Erwerbstätigkeit – ggfs. durch unterschiedliche Maßnahmen für Frauen und Männer – zu verbessern, Gender Mainstreaming-Politik.

2.2.5 Gender Mainstreaming-Prozesse sind nicht nebenbei zu erledigen

Wie bereits angesprochen, sind Gender Mainstreaming-Prozesse häufig mit der Veränderung organisatorischer Prozesse und Ablaufstrukturen verbunden. Weiterhin reicht es nicht aus, sich ein bisschen Genderwissen anzueignen oder sich dieses mittels Beratung durch externe Expertinnen oder Experten zu kaufen. Genderwissen ist Teil des Fachwissens. Das heißt, jedes Fachwissen braucht eigenes Genderwissen, das zukünftig auch im Rahmen der Ausbildung gelernt werden muss. Dies trifft gerade auch im Bereich Gesundheit zu. In der Pharmakologie sind andere Geschlechteraspekte relevant als im Arbeitsschutz oder der Kinder- und Jugendgesundheit. In der Pharmakologie kommt es beispielsweise auf biologische Unterschiede im Stoffwechsel von Männern und Frauen an oder die hormonelle Situation spielt eine Rolle. Medikamente können mit Genussmitteln – Alkohol, Kaffee – interagieren, deren Gebrauchsmuster bei Frauen und Männern unterschiedlich sind. Im Arbeitsschutz ist die geschlechtsspezifische Teilung von Erwerbstätigkeit besonders relevant, die sich z.B. auf die Art und Höhe von Expositionen gegenüber Schadstoffen auswirken kann. Dies bezieht sich sowohl auf die Verteilung von Vollzeit- und Teilzeitarbeit in den verschiedenen Bereichen als auch auf die Unterschiede in der Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern. So sind im Reinigungsbereich, in dem z.B. für Lungenkrebs erhöhte Risiken bestehen, nach Geschlecht unterschiedliche Arbeitsfelder zu identifizieren: Während Männer als Gebäude-, Maschinen- und Behälterreiniger sowie in der Straßenreinigung beschäftigt sind, liegen die Erwerbsbereiche von Frauen in Chemisch-Reinigungen und in der Raum- und Hausratsreinigung (Jahn et al. 2003).

Genderwissen ist Fachwissen und muss in die alltägliche Arbeit integriert werden.

2.3 Gender – was ist das?

Frauen und Männer, Mädchen und Jungen unterscheiden sich biologisch voneinander. Für die Positionen in der Gesellschaft, für Lebenschancen und Lebenspläne sind jedoch nicht die biologischen Merkmale entscheidend, sondern die mit Frau-Sein und Mann-Sein verknüpften Rollenerwartungen sowie zugeschriebenen Eigenschaften und Stereotype. Einer Frau wird nicht deshalb die Rolle „Mutter“ zugewiesen, weil sie biologisch in der Lage ist, Kinder zu gebären, sondern weil die Gesellschaft mit dieser Fähigkeit die Erwartung verknüpft, dass eine Frau sich in den ersten Lebensjahren um ihr Kind kümmert.

Während die deutsche Sprache nur den Begriff „Geschlecht“ zur Verfügung stellt, gibt es in der englischen Sprache zwei verschiedene Begriffe: „Sex“ bezieht sich auf das biologische Geschlecht, mit „Gender“ werden hingegen die sozialen Rollen, Lebenslagen und Lebensweisen, Rechte und Pflichten, zugeschriebenen Eigenschaften von Frauen und Männern wie auch die Selbstwahrnehmung von Personen als männlich oder weiblich (Gender-Identität) bezeichnet.

Im Folgenden wird auf unterschiedliche Facetten der Diskussion eingegangen: die Unterscheidung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht, die Bedeutung der Geschlechterverhältnisse und deren alltägliche Herstellung („Doing Gender“) sowie den Stellenwert der Kategorie Geschlecht im Kontext sozialer Differenzierungen.

2.3.1 Sex und Gender

Die Unterscheidung zwischen Sex und Gender wurde vor allem von Feministinnen aufgegriffen, um auf die Veränderbarkeit der Frauen und Männern zugeschriebenen Rollen und Lebenskonzepte hinzuweisen. Seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff Gender auch im deutschen Sprachraum verwendet. Sex, das biologische Geschlecht, das sich auf physiologische und anatomische Charakteristika von Frauen und Männern, auf angeborene Geschlechtsmerkmale bezieht, ist meist – je nach Indikator mehr oder weniger – eindeutig und nicht bzw. nur mit großem Aufwand veränderbar. Der Begriff Gender meint die sozialen, psychologischen und kulturellen Dimensionen der Geschlechtszugehörigkeit. Es schwingt immer eine politische Bedeutung mit, denn wenn das Geschlecht sozial und kulturell geprägt ist, bedeutet dies zugleich, dass Geschlechtsrollen und Geschlechterhierarchien, das was als typisch männlich oder typisch weiblich gilt, veränderbar sind. Zwei Beispiele:

- War es vor 30 Jahren noch ziemlich unvorstellbar, dass sich ein Mann entscheidet, die Familienarbeit zu übernehmen, während die Frau einer Erwerbsarbeit nachgeht – von wenigen belächelten „Hausmännern“ einmal abgesehen – haben sich diese Rollenvorstellungen heute durchaus aufgeweicht. Zwar ist es noch lange

Sex =
das biologische
Geschlecht

Gender =
das soziale
Geschlecht

nicht selbstverständlich, dass Paare sowohl die Erwerbs- als auch die Familienarbeit unter sich aufteilen, aber die Zahl derer, die ein solches Modell – zumindest zeitweise – ausprobieren, nimmt zu.

- Auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind mit Vorstellungen von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ verbunden und auch hier können wir Veränderungen in den Bewertungen beobachten. So hat Rauchen in den westeuropäischen Ländern inzwischen seine Funktion als Männlichkeitssymbol eingebüßt. Heute rauchen gleich viele Mädchen wie Jungen.

Soziales und biologisches Geschlecht sind eng miteinander verwoben, aber nicht identisch. „Männliche“ und „weibliche“ Lebensweisen knüpfen an die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern an, z.B. an die Fähigkeit, Kinder zu gebären, sind jedoch nicht vollständig auf biologische Notwendigkeiten rückführbar. Auch im Alltagsgebrauch sind die Wahrnehmung von „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ nicht absolut an die biologische Geschlechtszugehörigkeit geknüpft:

Ein Beispiel: In manchen Berufen bzw. für manche Tätigkeiten sind bestimmte biologische Voraussetzungen, z.B. bezüglich Körpergröße und Körperkraft, erforderlich. In der Realität wird aus dem Sachverhalt, dass Männer durchschnittlich größer und kräftiger sind als Frauen, die Konstruktion „typischer Männerberuf“. Das heißt, aus dem biologischen Erfordernis wird eine soziale Zuschreibung zu den Geschlechtern. Dies hat zur Konsequenz, dass auch die Frauen, die die biologischen Voraussetzungen erfüllen, keinen oder einen erschweren Zugang haben, während bei Männern zunächst von einer Eignung ausgegangen wird. Dass dies für beide Geschlechter potentiell mit Nachteilen verbunden ist, liegt auf der Hand: Körperlich starke Frauen werden von dem Beruf ausgeschlossen und körperlich schwache Männer werden gesundheitlich überfordert.

Die Notwendigkeit, biologisches und soziales Geschlecht getrennt zu sehen, zeigen beispielsweise die Ergebnisse einer empirischen Studie zu Geschlechtsrollenorientierung und Gesundheit: Unabhängig vom biologischen Geschlecht war Maskulinität mit besserer, Femininität mit schlechterer Gesundheit assoziiert (Annandale und Hunt 1990).

Krieger (2003) schreibt: „Yet, we do not live as a 'gendered' person one day and a 'sexed' organism the next; we are both, simultaneously, and for any given health outcome, it is an empirical question, not a philosophical principle, as to whether diverse permutations of gender and sex matter – or are irrelevant.“ (S. 653)¹². Sie liefert zahlreiche Beispiele, wie Sex und Gender wirken, einzeln und/oder gemeinsam.

Soziales und biologisches Geschlecht sind eng miteinander verwoben, aber nicht identisch.

¹² „Wir leben noch nicht als eine „gegenderte“ Person an einem und als ein biologischer Organismus am anderen Tag. Wir sind beides zugleich und für alle gesundheitlichen outcomes ist es eine empirische Frage, nicht ein philosophisches Prinzip, ob verschiedene Permutationen des Verhältnisses von Gender und Sex wirksam sind oder irrelevant.“ (Übersetzung ij)

2.3.2 Gender und Geschlechterverhältnisse

Die Kategorie Geschlecht beinhaltet nicht nur die Frage der sozialen Zuordnung bestimmter Lebensweisen zu Frauen/Mädchen und Männern/Jungen, sie bezieht sich auch auf die Beziehungen zwischen den Geschlechtern, die durch Ungleichheit, Machtasymmetrien und Hierarchie gekennzeichnet sind, wobei in vielen Fällen nach wie vor der Mann/Männlichkeit als Norm unterstellt wird (Androzentrismus). Dies wird z.B. offensichtlich in der unterschiedlichen Wahrnehmung und Bewertung von Arbeit: (Männlicher) Erwerbstätigkeit wird in westlichen Industrienationen mehr Wert zugeschrieben als (weiblicher) Hausarbeit. Ein Beispiel, das in der Frauenbewegung immer eine herausragende Rolle gespielt hat, ist das Thema "Häusliche Beziehungsgewalt", die überwiegend eine Gewalt von Männern an Frauen ist. Während die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Gewalt und die daraus erwachsenden Versorgungsbedarfe lange Zeit nur im Rahmen der Frauen-Gesundheits-Bewegung Thema waren (z.B. Notrufe für Frauen, Frauenhäuser), werden diese inzwischen allgemein anerkannt. Die Gender Mainstreaming-Perspektive ermöglicht auch hier neue Herangehensweisen, auch für Männer (vgl. das bereits zitierte schwedische Beispiel: „Male Network for Men Against Violence“, Hagemann-White und Lenz 2002). Stehen die Beziehungen zwischen den Geschlechtern im Mittelpunkt der Betrachtung, wird statt Gender häufig der Begriff Geschlechterverhältnisse bevorzugt (vgl. Schofield et al. 2002).

Mit "Gender" sind auch die Beziehungen zwischen den Geschlechtern gemeint

2.3.3 Doing Gender

In der neueren wissenschaftlichen Diskussion um die Geschlechterverhältnisse wird vor allem gefragt, wie sich bestimmte Geschlechterrollen-Ordnungen herausbilden, d.h. sozial konstruiert werden. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden im gegenseitigen Miteinander, in der sozialen Praxis, produziert und dauerhaft verfestigt. In diesem Prozess der Konstruktion von Geschlechterrollen und -zuständigkeiten spielen gesellschaftliche Institutionen – wie z.B. der Arbeitsmarkt oder das Gesundheitswesen – ebenso eine Rolle wie die Individuen selbst. Das heißt: Gender ist einerseits verfestigte Struktur, z.B. in Form von Berufen, die überwiegend von Frauen und von Männern ausgeübt werden, oder in Form der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in Familien. Andererseits ist es zugleich alltägliche Handlung. Wenn z.B. Frauen die Ausübung bestimmter Berufe bevorzugen, bestimmte Tätigkeiten gleichsam „anziehen“, oder die Erziehung von Kindern überwiegend übernehmen, stellen sie geschlechterbezogene gesellschaftliche Arbeitsteilung immer wieder auch neu her. Und Männer tun dies ebenso. Eine wesentliche Rolle für dieses Doing Gender spielen unsere Vorstellungen davon, wie Frauen und Männer sind bzw. sein sollten (persönliche Gender Theorien). Bin ich z.B. als Entscheider/in in einer Institution persönlich davon überzeugt, dass es wichtig ist und

ggf. Vorteile mit sich bringt, Menschen mit Kindern zu beschäftigen, werde ich anders handeln (z.B. Modelle der Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern) als wenn ich der Auffassung bin, dass Mütter kleiner Kinder besser nicht oder allenfalls teilzeit erwerbstätig sein sollten.

Sich des persönlichen Doing Gender und der persönlichen Gender-Theorien und -Praxen und deren Bedeutung für das eigene Handeln bewusst zu werden, ist ein wichtiger Schritt im Rahmen von Gender Mainstreaming-Prozessen.

2.3.4 Gender und weitere soziale Differenzierungen

Gegen die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht wird häufig eingewendet, dass weitere soziale Differenzierungen (Alter, soziale Schicht, ethnische Zugehörigkeit, Vorhandensein von Behinderungen etc.) ebenfalls von Bedeutung sind. Dazu ist zu sagen, dass das eine das andere nicht ausschließt, ganz im Gegenteil: Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bringt notwendigerweise eine Berücksichtigung weiterer Faktoren sozialer Differenzierung mit sich und schließt diese gerade nicht aus. Für jede Fragestellung, für jeden Untersuchungsgegenstand, für jeden Anwendungsbereich muss geprüft werden, welche Rolle der Kategorie Geschlecht zukommt. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern gleicher sozialer Schichtzugehörigkeit können geringer sein als die Unterschiede zwischen sozialen Schichten innerhalb eines Geschlechts¹³: Andererseits ist bei der Untersuchung spezifischer sozialer Gruppen immer auch die Kategorie Geschlecht einzubeziehen: obdachlose Frauen sind z.B. in einer vielfach anderen Situation als obdachlose Männer.

Geschlechter-
ungleichheit
ist ein Teil
von sozialer
Ungleichheit

¹³ Zur Notwendigkeit Gender und weitere strukturelle Differenzierungen in der Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Männern gemeinsam zu untersuchen vgl. z.B. Arber und Cooper (1999).

2.4 Wie können Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens mit der Umsetzung von Gender Mainstreaming beginnen?

Der Gesundheitsbereich gehört ähnlich wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung zu den Schlüsselbereichen der Umsetzung des Gender Mainstreaming. Anders als im Bereich Arbeitsmarkt und Beschäftigung, wo es bereits viele Erfahrungen gibt (Maier 2002, für NRW auch Jung und Küpper 2001), steht die Einführung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich noch am Anfang (vgl. Jahn 2004).

In diesem Abschnitt werden einige Ansatzpunkte für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens dargestellt.

Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich kann als Instrumentarium bezeichnet werden, das dazu dienen soll, Chancengleichheit im Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen in praktisches Handeln umzusetzen (Riedmüller 2002). Dies betrifft alle Ebenen und alle Personengruppen des Gesundheitssystems. Es bezieht sich einerseits auf die Versorgten bzw. zu Versorgenden: Patientinnen und Patienten; Versicherte, Bürgerinnen und Bürger (z.B. als Zielgruppe von Gesundheitsförderung) und andererseits auf die im Gesundheitswesen Beschäftigten sowie auch auf die im privaten Rahmen überwiegend von Frauen geleistete Versorgungsarbeit. Wesentlich sind, so die Planungshilfe „Gender als Prinzip in der Gesundheitsversorgung“ „eine geschlechterdifferenzierte Versorgung und die stärkere Fokussierung auf Zielgruppen – insbesondere in der Prävention ..., (wodurch) ... bestehende Benachteiligungen abgebaut werden (können)“ (LÖGD 2003).

Ausgangspunkte für Gender Mainstreaming-Prozesse in Institutionen können sehr verschieden sein.

- Initiativen von außen, wie z.B. gesetzliche Vorgaben (z.B. das Landesgleichstellungsgesetz), Anforderungen von Auftraggebern oder Kooperationspartnern, Forschungsergebnisse (zum Beispiel zu koronaren Herzerkrankungen: Härtel 2002, Kuhlmann 2003) oder die Gesundheitsberichterstattung (z.B. MFJFG 2000a, BMFSFJ 2001). Nicht zuletzt sind die Europäischen und nationalen Commitments zum Gender Mainstreaming zu nennen (vgl. oben).
- Initiativen von innen, z.B. seitens der Gleichstellungsbeauftragten oder anderer Mitglieder der Organisation/Institution, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Leitungspersonen oder -gremien.

Ausgangspunkte
für Gender
Mainstreaming-
Prozesse
in Institutionen/
Organisationen

Der Ablauf von Gender Mainstreaming-Prozessen ist letztlich dem Ablauf anderer Prozesse der Ergänzung oder Umorientierung von Arbeitsschwerpunkten oder Organisationsstrukturen vergleichbar, wie z.B. Organisationsentwicklungs-Prozessen. Dies wird zum Beispiel auch an dem in Deutschland häufig zitierten 6-Schritt-Modell von Tondorf (2001) deutlich:

1. Definition gleichstellungspolitischer Ziele
2. Analyse der Probleme und der Betroffenen
3. Entwicklung von Optionen (Welche Alternativen bestehen hinsichtlich der Erreichung des Ziels?)
4. Analyse der Optionen (Welche Option lässt den höchsten Zielerreichungsgrad erwarten?)
5. Umsetzung der getroffenen Entscheidung (Implementierung von Projekten)
6. Erfolgskontrolle und Evaluation (Wurden die Ziele erreicht? Welche Ursachen sind für Nicht- oder Teilerreichung verantwortlich zu machen?)

Im Folgenden werden Voraussetzungen und Schritte der Einführung von Gender Mainstreaming dargestellt.

2.4.1 Institutionelle Voraussetzungen

Die bisherigen nationalen und internationalen Erfahrungen haben wesentliche Voraussetzungen deutlich gemacht, die zur Einführung von Gender Mainstreaming-Prozessen erfüllt sein müssen. Auf diese wird im Folgenden eingegangen:

1. Der politische Wille bzw. der Wille der Leitung einer Organisation bzw. Institution muss vorhanden sein. Wie und wo dies verankert wird, hängt von den Bedingungen in der jeweiligen Organisation ab (Satzung, Leitbild, Ziele etc.). Dazu gehört in jedem Fall eine klare Vorstellung über die Gleichstellungsziele, die erreicht werden sollen.
2. Es müssen Ressourcen bereitgestellt werden. Das ist nicht notwendig mit zusätzlichen Ausgaben verbunden. Werden Gender Mainstreaming-Prozesse in aufgabenkritische Re-Organisationsmaßnahmen integriert, kommt es häufig zur Re-Definition von Aufgabenzuschnitten. Als wesentliche Voraussetzung und Ressource für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in einer Organisation hat sich eine klare und verbindliche Übernahme von Verantwortung auf der Leitungsebene erwiesen. Auch die Institution von Genderbeauftragten wird empfohlen.

Schritt 1:
Institutionelle
Voraussetzungen
schaffen:
politischer Wille,
Ressourcen, Wissen,
Integration in alle
Arbeitsbereiche
sichern.

3. Das notwendige Fach- und Genderwissen muss vorhanden sein. Aus diesem Grund stehen am Anfang häufig so genannte Gender Trainings. Nationale und internationale Erfahrungen weisen darauf hin, dass Gender Trainings, in denen die eigene Fachlichkeit bezüglich der Genderperspektive erweitert wird, besonders wichtig und erfolgreich sind, das heißt z.B. Vermittlung von fachspezifischem Genderwissen für verschiedene Facharztgruppen, für Ökonominen und Ökonomen oder im Arbeitsschutz etc. (Baume et al. 2001).
4. Ferner muss gewährleistet sein, dass die Genderperspektive prozessorientiert eingeführt wird, d.h. sowohl die Planung (Problemanalyse, Zielformulierung, Strategieentwicklung) als auch die Umsetzung (Entwicklung, Auswahl, Durchführung von Maßnahmen) und Evaluierung (Überprüfung der geschlechterspezifischen Wirkungen und der Chancengleichheitsziele) von Maßnahmen umfasst.

2.4.2 Beispiele für die Einführung von Gender Mainstreaming

Sind die institutionellen Voraussetzungen geschaffen, können konkrete Projekte geplant und umgesetzt werden. (Evaluation nicht vergessen). Welche Projekte und Maßnahmen dies sind, hängt wiederum von den individuellen Möglichkeiten und Gegebenheiten ab. Im Folgenden werden einige Möglichkeiten vorgestellt:

- Häufig beginnen Institutionen mit einem oder mehreren Pilotprojekten. Wichtig ist hierbei, dass es nicht darum geht, ein frauen- oder männerspezifisches Projekt zu initiieren, sondern ein Projekt, das ein definiertes, umsetzbares und nachprüfbares Gleichstellungsziel hat. Ein solches Projekt kann (muss aber nicht) frauen- oder männerspezifisch sein, wenn es für das Gleichstellungsziel opportun ist. Das heißt, ob ein Frauen-, ein Männer- oder ein geschlechtervergleichendes Projekt angemessen ist, hängt von den entwickelten Gleichstellungszielen ab.
- Eine weitere Möglichkeit ist es, die Genderperspektive in bestimmte Routineprozesse zu integrieren, z.B. die Konzeption von und die Werbung für Fortbildungsangebote oder Führungskonzepte zu verändern. Letzteres könnte z.B. bedeuten, Mitarbeiter/innen-Bewertungen und -beurteilungen zu analysieren und zu verändern (Kühne und Oechsler 2001).
- Eine Institution könnte auch mit der systematischen Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache beginnen (vgl. dazu Justizministerium NRW et al. 1993, Stahlberg und Sceszny 2001).

Schritt 2:
Konkrete Projekte planen, umsetzen und evaluieren

Pilotprojekte planen, durchführen und evaluieren

Einzelne Routinen verändern

Geschlechtergerechte Sprache einführen

Statistiken überarbeiten

Gender-Analysen durchführen

- Voraussetzung für die Initiierung von Veränderungen im Sinne einer besseren Angemessenheit der Aktivitäten einer Institution ist die Kenntnis der Fakten, die zu einem großen Teil aus den Routinestatistiken stammt. Vielfach – auch die Befragung im Rahmen dieses Projektes zeigt das (Jahn 2004) – liegen in den Institutionen noch nicht alle Statistiken nach Geschlechtern getrennt vor. Ein erstes Projekt könnte deshalb sein, die Routinestatistiken zu überarbeiten.
- Zentral für die Einführung von Gender Mainstreaming ist eine sog. Gender-Analyse zur Bestandsaufnahme in einem Handlungsfeld.¹⁴ Wesentlich ist auch hier die Orientierung am Ziel der Gleichstellung. Das bedeutet, dass eine Analyse der Projekte und Maßnahmen in einem speziellen Handlungsbereich immer im Hinblick auf ihre Wirkungen auf die Gleichstellung der Geschlechter erfolgt. Ggf. vorhandene frauenspezifische Projekte und Maßnahmen der Gleichstellungsabteilung bzw. Frauenprojekte können in einem weiteren Schritt dazu in Bezug gesetzt werden. Aus der Gender-Analyse lassen sich Handlungsfelder ableiten, die in weiteren Umsetzungsschritten bearbeitet werden können. Wesentlich für eine Gender-Analyse ist es, nicht nur die Inhalte; sondern auch die Handlungsabläufe, Verfahren etc. auf ihre Gleichstellungswirkungen hin zu überprüfen.

Im dritten Schritt ist zu entscheiden, wie die im Rahmen von Projekten gemachten Erfahrungen voll in die Arbeit der Organisation integriert werden können: Wie auch die Bestandsaufnahme in NRW (Jahn 2004) zeigt, ist dieser Schritt sicherlich im Moment noch Zukunftsmusik.

Eine Empfehlung aus dem internationalen Feld ist, die Initiierung und Realisierung von Gender Mainstreaming-Prozessen in einen Kommunikationsprozess einzubinden (Aufbau einer Unterstützungsstruktur) und wissenschaftlich zu begleiten: Hierzu können auch kontinuierliche Dialoge zwischen den Beteiligten und mit akademischen Expertinnen bzw. Experten beitragen (Verloo 1999). Ein Beispiel dafür sind die sogenannten jährlichen Dachtagungen im Rahmen der Umsetzung des sogenannten „Gleichstellungsreglements“ in der Stadt Zürich (Burger 2001). Aus Schweden stammt die Institution der sogenannten „Flying Experts“, mobilen Gender-Beraterinnen, die bei Bedarf hinzugezogen werden können.

Schritt 3:
Volle Integration der
Gender-Perspektive
in die Organisation

¹⁴ Ein Beispiel für eine solche Herangehensweise ist das Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen (vgl. <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/forschung/2305.cfm>, Zugriff am 26.08.04)

2.4.3 Themen und Handlungsfelder

Im Prinzip bieten sich alle Themen- und Handlungsfelder im Gesundheitswesen für die Einführung von Gender Mainstreaming-Prozessen an. So können auch die Ergebnisse der Institutionenbefragung interpretiert werden (Jahn 2004). Hierin werden z.B. genannt: Krebsfrüherkennung, Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen, Suchtprävention, Unfälle, spezielle Situation von psychisch kranken Menschen, Optimierung von Versorgungsstrukturen, Arzneimittelgebrauch. Jede Institution sollte sich die Handlungsfelder auswählen, die eine besondere Relevanz für sie haben, wobei besonders darauf geachtet werden sollte, dass ausreichend Ressourcen für das oder die vorgesehene/n Projekt/e vorhanden sind. Wenn die Ressourcen für ein umfangreicheres Projekt nicht ausreichen, ist es auf jeden Fall besser, klein, aber umsetzbar zu beginnen.

Weitere Ansatzpunkte liefern in Nordrhein-Westfalen vorliegende Materialien und Publikationen, vor allem die zehn vorrangigen Gesundheitsziele (MAGS 1995) und darauf bezugnehmende Dokumente (MFJFG NRW 2000b, 2001a+b, 2002), die bislang weitgehend geschlechtsneutral formuliert sind und bislang kaum explizite geschlechterpolitische Zielstellungen enthalten. Wesentliche Basis für eine geschlechtersensible Umsetzung von Gesundheitszielen ist der Bericht zur Gesundheit von Frauen und Männern (MFJFG NRW 2000a) sowie die Publikation „Gender als Prinzip in der Gesundheitsversorgung“ (LÖGD 2003). Dort werden als vorrangige Themenfelder genannt: „Versorgung und Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen, Zusammenhang von Gesundheit und Armut bei Männern und Frauen, gesundheitliche Belastungen in Frauen- und in Männerberufen, Frauen und Männer in Gesundheitsberufen.“ (ebenda, S.22)

3 Umsetzung: Die Gender-Matrix als allgemeines Instrument zur systematischen Berücksichtigung der Gender-Perspektive im Gesundheitsbereich

Im Rahmen dieses Abschnitts werden die Ausführungen zum Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen aus Abschnitt 2 konzeptionell verdichtet und daraus die Notwendigkeit einer integrierten, prozess- und kontextbezogenen Gender-Analyse abgeleitet. Damit ist der Rahmen für allgemeine Instrumente (Kriterienkatalog etc.) abgesteckt. Dieser allgemeine Rahmen wird als Gender-Matrix dargestellt. Die einzelnen im Rahmen der integrierten prozessbezogenen Gender-Analyse systematisch zu berücksichtigenden Dimensionen werden ausführlich erläutert und anhand von Fragestellungen konkretisiert.

Dieses Material kann als Basis eines sogenannten Werkzeugkastens für die Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich gesehen werden, auf dessen Grundlage in folgenden Projekten weitere Module, z.B. für bestimmte gesundheitliche Themen- und Handlungsfelder, entwickelt werden können.

3.1 Konzeptionelle Überlegungen

Das zu entwickelnde Instrumentarium soll dabei unterstützen, Gleichstellungsaspekte und Genderfragen in allgemeine Abläufe zu integrieren. Ein allgemeines, d.h. verfahrensübergreifendes Instrument kann keine Verfahrensvorschriften für konkrete Anforderungen bieten. Es kann aber eine Systematisierung der Problembereiche enthalten sowie Anregungen für eigene Bemühungen geben.¹⁵

Die Gender-Matrix mit den Prüfdimensionen liefert einen allgemeinen systematischen Rahmen, der für die Anwendung in verschiedenen Handlungsfeldern konkretisiert werden muss.

Als allgemeine Grundlagen der systematischen Berücksichtigung der Genderperspektive können zusammengefasst werden:

Eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik, -forschung und -förderung bezieht sich auf beide Aspekte der Geschlechtergleichstellung: Sowohl auf die gleichwertige Partizipation von Frauen und Männern bei den Akteurinnen und Akteuren (quantitativ) als auch auf die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bei Inhalten, Konzepten und Methoden (qualitativ). Die qualitative Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht betrifft sowohl weibliche und männliche Lebenswelten und Problemsichten als auch biologische Unterschiede zwischen Frauen und Männern. In der internationalen

¹⁵ Es gibt auch verfahrensbezogene Instrumente. Ein Beispiel dafür ist die „Arbeitshilfe zu § 2 GGO: Gender Mainstreaming in Forschungsvorhaben (Ressortforschung) der Bundesregierung“ (o.V. 2003).

Literatur wird die Partizipation von Frauen und Männern auch „Gender Composition“ und alle inhaltlichen Aspekte auch „Gender Contents“ genannt (Schultz und Hummel 2001, Weller und Fischer 2003). (**integrierte Sichtweise**)

Eine geschlechtergerechte Arbeit – oder anders ausgedrückt: die Vermeidung von geschlechterbezogenen Verzerrungen – betrifft grundsätzlich alle Phasen der Produktion von Wissen, von Projekten und von Politik. Für die Entwicklung von allgemeinen Instrumenten folgt daraus, dass diese in der Lage sein müssen, differenziert auf einzelne Prozessschritte einzugehen. So reicht es nicht aus, bei der Formulierung von Fragestellungen oder bei der Ausschreibung von Programmen oder Projekten die Kategorie Geschlecht zu berücksichtigen. Es muss auch gefragt werden, wie die Umsetzung und Evaluierung im Detail geschlechtergerecht erfolgen soll. Für einzelne Prozessschritte sind jeweils andere Aspekte der Kategorie Geschlecht wichtig und unterschiedliche Genderfragen zu stellen. (**prozessorientierte Sichtweise**)

Beispiel: Wenn Projektausschreibungen lediglich einen Satz enthalten wie „Es wird besonderer Wert darauf gelegt, dass Frauen und Männer berücksichtigt werden“; ist dies in zweifacher Hinsicht unzureichend: Erstens kommt es – wie oben ausgeführt – darauf an, ein Gleichstellungsziel zu formulieren, an dem sich auch die Auswahl der Zielgruppe orientiert. Zweitens müsste – durch entsprechende Review-Kriterien – auch gesichert sein, wie erreicht werden soll, dass nur Projekte, die das entsprechende Ziel zu erreichen in der Lage sind, berücksichtigt werden. Ein entsprechender Satz in der Ausschreibung könnte etwa lauten: „Es ist darzulegen, wie das Ziel der Ausschreibung, z.B. die Unterschiede/Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern beim Zugang zum Versorgungsangebot X auszugleichen, mit dem konkreten Projektvorschlag erreicht werden soll. Eine auch in dieser Hinsicht schlüssige Begründung des Designs der Studie (z.B. Definition der Zielgruppe/n, theoretische Grundlagen, anzuwendende Instrumente und Methoden) ist zentrales Auswahlkriterium.“ Weiterhin müsste, z.B. durch entsprechende Auswahl von Frauen und Männern in Begutachtungsgremien und die Vorgabe klarer Beurteilungsrichtlinien, die Prüfung der Umsetzung dieser Vorgaben gewährleistet sein.

Die Forderung, die Kategorie Geschlecht angemessen zu berücksichtigen, gilt sowohl für jeden einzelnen Projektschritt als auch für Projekte als Ganzes. Auf einer übergeordneten Ebene kommt es ebenfalls darauf an, den Gesamtzusammenhang der Aktivitäten (z.B. für einen Themenkomplex) zu beurteilen. Dies kann bedeuten, das Maßnahmenbündel zu betrachten und in seinem gemeinsamen Beitrag zum Erreichen bestimmter Gleichstellungsziele zu bewerten. Ein Beispiel: Zur Verbesserung der Unfallprävention werden Projekte zur Vermeidung von Verkehrsunfällen (eher männliche Domäne) sowie von Unfällen im häuslichen Umfeld (eher weibliche Domäne) durchgeführt. Einerseits sollte jedes einzelne Projekt geschlechterangemessen durchgeführt werden, das heißt die – ggf. unterschiedliche – Betroffenheit von Frauen und Männern in den jeweiligen Präventionsfeldern berücksichtigen. Andererseits ist der gleichstellungspolitische Impact dieser Projekte nur im Kontext der verschiedenen Projekte angemessen zu beurteilen. (**kontextbezogene Sichtweise**)

3.2 Dimensionen einer integrierten Genderperspektive

Im Folgenden werden fünf Prüfdimensionen erläutert, die für eine integrierte Gender-Analyse wesentlich sind. Diese sind im Prinzip für jedes Handlungsfeld, für jedes Projekt und für jeden einzelnen Prozessschritt bedeutsam.

- (1) das Geschlechterthema bzw. die Gleichstellungs-Zielsetzung (Kurzform: Thema/Ziel),
- (2) die zu berücksichtigenden biologischen und sozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern (Kurzform: Sex/Gender),
- (3) die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen (Kurzform: Theorie),
- (4) die verwendeten Methoden (Kurzform: Methoden) sowie
- (5) die Teilhabe von Frauen und Männern (bzw. von weiblichen und männlichen Problemsichten (Kurzform: Partizipation).

Die Unterscheidung dieser Prüfdimensionen soll eine systematische Analyse erleichtern.

3.2.1 Geschlechterthema und Gleichstellungsziel

Wie bereits ausgeführt, ist das Ziel von Gender Mainstreaming-Prozessen im Gesundheitsbereich ein doppeltes: Es geht sowohl um den Abbau von als ungerecht bewerteten Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern (Lebenserwartung, ungleiche Erwerbs- und Entscheidungsmöglichkeiten etc.) als auch um eine qualitativ verbesserte Gesundheitsversorgung durch adäquate Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse und Bedarfe von Frauen und Männern.

Beide Aspekte können Geschlechterthema eines Projektes sein, für das jeweils Zielsetzungen zu formulieren sind.

Das Geschlechterthema besteht in der Beschreibung der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, auf die Bezug genommen wird, mit dem Gleichstellungsziel wird dargelegt, welcher Beitrag zum Abbau der Ungleichheit geleistet werden soll.

In der Regel haben Projektphasen und Arbeitsschritte ihre jeweils spezifischen Geschlechterthemen und Gleichstellungszielsetzungen, die sehr unterschiedlich sein können: Für ein Gesamtprojekt ist beispielsweise darzustellen, welcher Beitrag zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit in dem spezifischen Bereich (z.B. Verbesserung des Gesundheitsverhaltens) geleistet werden soll.

Auf der konkreten Umsetzungsebene könnte es ein Ziel sein, Maßnahmen so zu entwickeln, dass im Rahmen des Projektes Mädchen/Frauen und Jungen/Männer gleichermaßen angesprochen werden und profitieren. Für die Entwicklung konkreter Präventions- und/oder Gesundheitsförderungsangebote - z.B. in den zentralen Präventions-Bereichen Ernährung, Rauchen, Bewegung - wäre jeweils zu prüfen, welche wissenschaftliche Evidenz für einzelne Angebote vorliegt und auf dieser Grundlage die Frage zu beantworten, ob es zum Erreichen der Ziele z.B. unterschiedlicher Angebote für unterschiedliche Zielgruppen bedarf (Qualitätssicherung).

Auch im Bereich der Teilhabe bei den Projektakteurinnen und -akteuren bedarf es Gleichstellungszielsetzungen, z.B. ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei allen Akteursgruppen, die Möglichkeit für Teilnehmer und Teilnehmerinnen, eine/n Ansprechpartner/in des eigenen Geschlechts im Projektteam zu finden, wenn dies gewünscht wird etc.

Themen und Ziele fallen nicht vom Himmel, sondern sind Ergebnis von Entscheidungsprozessen. Deshalb ist auch das Verfahren der Zielfindung genderkritisch zu hinterfragen; wobei als Richtschnur an den Genderdimensionen orientierte Fragestellungen dienen:

- Wer ist an der Entscheidung über die Themen und Ziele beteiligt?
- Welche relevanten biologischen und sozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern müssen bei der Themen- und Zielfindung berücksichtigt werden?
- Sind die verwendeten Methoden der Themen- und Zielfindung geeignet bzw. welche Methoden müssen verwendet werden, um die Beteiligung aller wichtigen Zielgruppen und Problemsichten (einschließlich Frauen und Männer) zu gewährleisten?
- Welche Vorstellungen (Theorien) – z.B. über männliches und weibliches Gesundheitsverhalten - spielen eine Rolle? Welche Bedeutung haben diese für die Themen- und Zielfindung?

Welche Anforderungen werden an Kooperationspartner/innen bezüglich des Umgangs mit geschlechterpolitischen Zielen gestellt?

3.2.2 Sex/Gender-Aspekte

Zu dieser Dimension gehören alle im Themenbereich (potentiell) wichtigen frauen- und mÄnnerspezifischen biologischen und sozialen Aspekte sowie ggf. Unterschiede zwischen Frauen und MÄnnern. In den meisten FÄllen wird dies den Hauptteil der Gender-Analyse ausmachen. Die Hauptfragen lauten:

- Welche biologischen Unterschiede sind relevant, z.B. hormonelle Situation oder biologisch begründete unterschiedliche Wirkungen von Expositionen (z.B. von krebserzeugenden Arbeitsstoffen)?
- Ist die Studienlage zur Einschätzung potentieller biologischer Unterschiede ausreichend? Gibt es Unterschiede bezüglich der Evidenz für Frauen und MÄnner, evtl. auch in verschiedenen Altersgruppen, Lebensphasen?
- Welche Gender-Aspekte sind relevant, z.B. geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, Geschlechterunterschiede in der Teilhabe an Entscheidungsprozessen sowie im Zugang zu Versorgungsangeboten, in PrÄvalenz und Inzidenz von Erkrankungen etc.?
- Ist die Studienlage zur Einschätzung potentieller sozialer, psychologischer und kultureller Unterschiede ausreichend? Gibt es Unterschiede bezüglich der Evidenz für Frauen und MÄnner, evtl. auch in verschiedenen Altersgruppen, Lebensphasen?
- In welchem VerhÄltnis stehen biologische und soziale Gender-Faktoren? (Diese Frage verweist auch auf Modelle, Theorien.)

Die Analyse der relevanten biologischen und sozialen Gender-Faktoren steht im Allgemeinen im Zentrum der Analyse der Gender-Inhalte eines Themas, einer Fragestellung etc. Aus diesem Grund wird darauf im Folgenden noch genauer eingegangen: Es werden relevante Bereiche der Dimension Sex/Gender dargestellt, die eine Systematisierung der Suche nach relevanten Sex/Gender-Faktoren für die jeweilige Aufgabe erleichtern sollen. Auch hier gilt, dass eine abschließende Darstellung nicht beabsichtigt und auch nicht möglich ist. Im konkreten Fall können auch andere Fragen bezüglich biologischer und sozialer Unterschiede zwischen MÄnnern und Frauen wichtig sein. Zur Entscheidung darüber, welche Sex/Gender-Faktoren wichtig sind, bedarf es in der Regel umfangreichen fachbezogenen Genderwissens.

3.2.2.1 Haupt-Analyse-Fragen

Für die Analyse der einzelnen Faktoren sind drei grundlegende Fragestellungen zu unterscheiden:

1. Ist der Faktor relevant (und warum)?
2. Welche wissenschaftliche Evidenz liegt vor?
Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern?
3. Welche Schlussfolgerungen sind aus der Analyse der genderrelevanten Faktoren für die eigene Arbeit, das Programm, das Projekt etc. zu ziehen (Fragestellung, Design, Theorie, Methoden etc.)?

3.2.2.2 Sex/Gender-Faktoren

Biologische Faktoren

Eine wesentliche Aufgabe geschlechtergerechter Gesundheitsforschung und -versorgung ist es, die biologischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu berücksichtigen.

- Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich des reproduktiven Systems,
- Schwangerschaft und Geburt,
- sexuell übertragbare Krankheiten,
- genetische Unterschiede, Unterschiede im Hormonsystem und im Stoffwechsel,
- geschlechtsspezifische Erkrankungen,
- biologische Unterschiede in Inzidenz, Symptomen und Prognose verschiedener Gesundheitsprobleme (HIV/AIDS, Autoimmunerkrankungen, Koronare Herzkrankheiten; Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Migräne, psychische Erkrankungen etc.)

Unterschiede in den Zielgruppen:

Frauen (und Männer) treten im Gesundheitswesen in verschiedenen Rollen auf:

- als Patientinnen und Patienten, als Versicherte, als Bürgerinnen und Bürger,
- als Beschäftigte im Gesundheitswesen, wobei insbesondere die geschlechtsspezifische Segmentation (Berufs- und Einkommensgruppen, Hierarchieebenen) zu berücksichtigen ist,
- als Gesundheitsressource im privaten Rahmen: als Mütter und Väter, in Bezug auf die Gesundheit der Kinder und Angehörigen insgesamt, als pflegende Angehörige.

Unterschiede im Krankheitsspektrum:

Hier können ebenfalls verschiedene Formen unterschieden werden:

- Frauen- und mänderspezifische Erkrankungen,
- Erkrankungen, die bei Frauen und Männern auftreten können, mit höherer Inzidenz oder Prävalenz bei Männern,
- Erkrankungen, die bei Frauen und Männern auftreten können, mit höherer Inzidenz oder Prävalenz bei Frauen.
- Weiterhin ist der Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit zu unterscheiden:
 - Reproduktive Gesundheit bezieht sich bislang zu eng auf die Gesundheit von Müttern und Kindern, was die davon unabhängigen Gesundheitsbedürfnisse von Frauen ebenso ignoriert wie die sexuellen und reproduktiven Rechte und Verantwortlichkeiten von Vätern.
 - Anders ist die Situation bezüglich HIV/AIDS, wo die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen eher seltener berücksichtigt werden.

Gesundheitsbedürfnisse und –bedarfe sowie Gesundheitsrisiken und -ressourcen, die sich aus verschiedenen sozialen Unterschieden zwischen Frauen und Männern ergeben:

- Unterschiede in der personellen Autonomie (z.B. physische und sexuelle Gewalt, reduzierte Möglichkeiten, sich gegen sexuell übertragbare Krankheiten zu schützen).
- Unterschiede aufgrund der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Gesellschaft (häusliche und berufliche Gesundheitsrisiken, geschlechtsspezifisch segmentierter Arbeitsmarkt).
- Unterschiede, die aus den unterschiedlichen Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit entstehen. Zum Beispiel wird davon ausgegangen, dass die bei Männern fehlende Bereitschaft, Schwäche zu zeigen, dazu führt, dass sie bei Problemen seltener (oder zu spät) ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.
- Unterschiede in den Armutrisiken (alle inerziehende Mütter, Obdachlosigkeit etc.).
- Unterschiede im Gesundheits- und Risikoverhalten und in der Selbstsorge.
- Unterschiede in den zentralen Bereichen von Prävention und Gesundheitsförderung: Ernährung, Rauchen, Bewegung.

Geschlechterbezogener Zugang zur Gesundheitsversorgung

- Finanzielle Kosten, sofern der Zugang davon abhängig ist.
- Opportunitätskosten, durch entfernt liegende Versorgungsangebote, problematische Transportmöglichkeiten oder dadurch, dass die Öffnungszeiten nicht den zeitlichen Möglichkeiten von Frauen entsprechen. Die Opportunitätskosten sind auch dann höher, wenn Versorgungsangebote als nicht bedürfnisangemessen wahrgenommen werden.
- Soziale Kosten, z.B. wenn eine Frau lieber von einer Frau behandelt werden möchte, dies aber nicht möglich ist.

Geschlechterbezüge in der gesundheitlichen Versorgung

- Bedeutung des Geschlechterverhältnisses im therapeutischen Setting (Arzt-Patient, Arzt-Patientin, Ärztin-Patient, Ärztin-Patientin).
- Unterschiedliche Symptomwahrnehmung und/oder Darstellung durch Frauen und Männer.

3.2.3 Theorien und Konzepte

Diese Dimension beinhaltet alle Arten von Theorien und Konzepten, also Vorstellungen über Zusammenhänge und deren Veränderungsmöglichkeiten, sowohl wissenschaftlicher Art als auch so genannte Alltags- oder Lientheorien sowie Wertesysteme. Für jeden analysierten Bereich sind die jeweils relevanten Theorien und Konzepte einzubeziehen.

Für die Planung und Konzeption von Studien ist zu fragen, ob die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Theorien und Konzepte, eine geschlechtersensible Herangehensweise ermöglichen. Das heißt z.B.: ob und in welcher Weise die verwendeten Theorien soziale Zusammenhänge, soziales Verhalten berücksichtigen. Wie müssen in der Medizin dominierende biomedizinisch orientierte Modellvorstellungen ergänzt werden, damit die Berücksichtigung auch sozialer Dimensionen möglich ist? (vgl. z.B. Krieger und Zierler 1996, Degenhardt und Thiele 2002).

Weiterhin kommt es auch darauf an, Alltags- oder Lientheorien zu berücksichtigen, da diese – häufig unbewusst – das alltägliche Handeln beeinflussen (Doing Gender, s.o.). Für eine geschlechtergerechte Wissenschafts- und Politikpraxis ist es erforderlich, dass die Akteure und Akteurinnen ihre eigenen Vorstellungen davon, wie Frauen und Männer sind oder sein sollen, im Hinblick auf deren Bedeutung für ihr Handeln reflektieren.

3.2.4 Methoden

Hier sind wiederum die für den jeweiligen Bereich oder Prozessschritt zutreffenden Methoden einer genderkritischen Analyse zu unterziehen. Mit dem Stichwort Methoden sind also nicht nur Forschungsmethoden oder Methoden der Gesundheitsförderung gemeint, sondern auch Organisations- und Management-Methoden, Verfahren und Handlungsabläufe, Berichtswesen und Evaluationsmethoden.

Im Bereich Gesundheitsförderung sind z.B. folgende methodenbezogene Fragestellungen möglich:

- Werden Frauen und Mädchen bzw. Jungen und Männer gleichermaßen von dem Angebot erreicht oder müssen geschlechtsspezifische Zugangswege gewählt werden?
- Ist das Informationsmaterial für beide Geschlechter gleichermaßen geeignet?
- Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen den Lebenswelten von Frauen/Mädchen bzw. Männern/Jungen?
- Haben Sie die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen? Können die gleichen Methoden für beide Geschlechter verwendet werden?
- Werden für die Evaluation Instrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden?

Geht es darum, Entscheidungsprozesse unter Gender-Kriterien zu reorganisieren, sind die dafür relevanten Methoden zu betrachten. In anderen Bereichen ist die Art der Leistungserbringung wichtig.

Unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe von Frauen an Entscheidungs- und Führungspositionen, zum Beispiel in Krankenhäusern, sind wiederum andere Methodenfragen zu stellen. Während aus der Perspektive der Frauenförderung im Mittelpunkt stand, Wege zu finden, Frauen in vorhandene Strukturen einzubeziehen, werden in der Perspektive des Gender Mainstreaming diese Strukturen selbst analysiert. Es geht also darum, Organisationsmethoden, Führungskonzepte etc. kritisch zu hinterfragen und ggf. zu verändern.

3.2.5 Partizipation

Im Mittelpunkt dieser Dimension steht die Teilhabe der Geschlechter und ihrer Problemsichten. Das heißt: es geht sowohl um die quantitative Beteiligung der Geschlechter als auch um Partizipation als Handlungsprinzip sowie um die qualitative Bedeutung der Beteiligung von Männern und Frauen und von verschiedenen Beteiligten-Gruppen (Projektleiter/innen und -mitarbeiter/innen, Projektteilnehmer/innen).

Aus dieser Perspektive ist eine Reflexion über mögliche inhaltliche Konsequenzen einer nicht angemessenen Beteiligung weiblicher und männlicher Problemsichten erforderlich. Ist eine entsprechende quantitative Beteiligung der Geschlechter mit dem vorhandenen Personal nicht möglich, sollte die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Problemsichten auf andere Weise kreativ gesichert werden.

Für die quantitative Beteiligung von Frauen und Männern können in manchen Bereichen bereits bestehende Gleichstellungsregelungen (auch Quoten) Richtschnur sein.

Folgende Fragen können bei der Analyse hilfreich sein:

- Wie ist die Geschlechterverteilung unter den Beteiligten, z.B. in der Projektleitung und im Projektteam?
- Welche Auswirkungen hat die Geschlechterverteilung im Projektteam auf die Zielsetzung und Durchführung des Projektes, z.B. ist die Kategorie Geschlecht in der therapeutischen Beziehung relevant?¹⁶
- Wie wird, z.B. bei der Diskussion der Projektziele sowie bei der Durchführung des Projektes gewährleistet, dass die Geschlechter gleichwertig bzw. angemessen beteiligt werden?
- Gibt es partizipative Elemente bei der Qualitätssicherung und Evaluation und werden hier die Geschlechter angemessen berücksichtigt?
- Wie sind Begutachtungsgremien besetzt? Wie kann eine geschlechterproportionale Besetzung erreicht werden?
- Wie wird gewährleistet, dass weibliche und männliche Problemsichten auf allen Ebenen von Entscheidungsprozessen angemessen berücksichtigt werden?
- Gibt es spezielle (Gender-)Trainings, Fortbildungsmaßnahmen oder Beratungsangebote für die Projektbeteiligten?
- Welche Anforderungen werden an Kooperationspartner/innen bezüglich Qualifikation und Geschlechterzusammensetzung gestellt?

¹⁶ Der Zusammenhang von Akteuren und Wissensinhalten ist seit langem bekannt und belegt (z.B. Schiebinger 1993). Aktuelle Studien zeigen, dass bei Beteiligung von Frauen die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass Projekte geschlechtersensibel geplant und durchgeführt werden (vgl. Schultz und Hummel 2001).

3.3 Die Gender-Matrix als allgemeines Analyse-Instrument

Aus den konzeptionellen Überlegungen kann als allgemeines Analyse-Schema ein Prozessmodell mit den verschiedenen Prüfdimensionen abgeleitet werden, das im Folgenden als Gender-Matrix dargestellt wird¹⁷.

Gender-Matrix – Beispiel: Überprüfung von verschiedenen Projekten eines Maßnahmebündels

Dimensionen Elemente/ Prozess- schritte	Thema / Ziele	Sex/Gender	Theorien/ Konzepte	Methoden	Partizipation
Projekt A					
Projekt B					
Projekt C					
...					
Gesamt- bewertung					

Im Rahmen der Gender-Analyse mit der Gender-Matrix werden die Gender-Prüfdimensionen, parallel (d.h. integriert) für jeden einzelnen Projektschritt, für einzelne Projekte oder auch für Maßnahmebündel systematisch geprüft. Je nach Analyseerfordernis werden die Gender-Dimensionen spezifisch operationalisiert. Hierzu können später auch spezifische Checklisten als Module entwickelt werden.

Im Folgenden wird versucht, die Anwendung der Gender-Matrix an einem Beispiel zu erläutern. Dabei wird jedoch nicht der Anspruch verfolgt, ein Projekt bzw. Maßnahmenbündel umfassend fachlich und organisatorisch zu planen. Es soll beispielhaft an ausgewählten Projektschritten verdeutlicht werden, wie die in der Gender-Matrix vorgeschlagene Struktur für die Gender-Analyse genutzt werden kann.

¹⁷ Die Matrixform ist nicht zwingend. Anwender/innen, die z.B. gerne mit Mind Maps arbeiten, können die Prüfdimensionen z.B. als Hauptäste verwenden.

Beispiel: Entwicklung von geschlechtergerechten Bewegungsangeboten für Kinder und Jugendliche

Ausgangslage

Eine Kommune möchte sich stärker in der Gesundheitsförderung engagieren und ein Bewegungsprogramm für Kinder und Jugendliche entwickeln und anbieten, das vor allem folgenden Zielen gerecht wird:

- Das Programm soll einen Beitrag zum Abbau sozialer Ungleichheit leisten und insofern insbesondere vulnerable und sozial benachteiligte Zielgruppen erreichen.
- Die eingesetzten Ressourcen sollen Mädchen und Jungen bzw. weiblichen und männlichen Jugendlichen in gleichem Umfang zugute kommen.
- Mit diesem Programm wird das langfristige Ziel verfolgt, durch Bewegungsmangel mitbedingte gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen zu vermeiden. Es wird davon ausgegangen, dass es zum Erreichen dieses langfristigen Ziels im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitsverhaltens besonders darauf ankommt, die Freude an der Bewegung und ein positives Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln und zu fördern.

Projektschritt A:

Auswahl von Bewegungsangeboten für Kinder und Jugendliche der anzusprechenden Zielgruppen, die geeignet sind, die Bewegungslust zu steigern und das Verhältnis zum eigenen Körper positiv zu beeinflussen

Hierzu muss in der Regel eine Recherche erfolgen, deren Ergebnisse anhand der genannten Prüfdimensionen beschrieben werden kann:

1. **Geschlechterthema bzw. Gleichstellungsziel:** ist im o.g. Auftrag beschrieben
2. **Sex/Gender-Aspekte:** Anhand der Recherche sollten Antworten auf die Frage gegeben werden können, ob und wenn ja, welche biologischen und sozialen Unterschiede berücksichtigt werden müssen, um das o.g. Ziel der Angebote zu erreichen.
3. **Theorien/Konzepte:** Welche Vorstellungen über Bewegungsinteressen und die Förderung von Bewegungslust bei Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Schichten bieten einen konzeptionellen Hintergrund für die zu entwickelnden Angebote? Welche Rolle spielen Vorurteile darüber, was Kinder und Jugendliche aus benachteiligten sozialen Schichten mögen (Mädchen mögen nicht nur Ballett oder Bodenturnen und nicht alle Jungen wollen Fußballspielen oder Skateboardfahren).

4. **Methoden:** Welche Sport- und Bewegungsarten sind sinnvoll? In welchem organisatorischen Rahmen sollten die Angebote erfolgen (zeitlich, räumlich, welches Setting etc.)? Sollten geschlechtsspezifische Angebote für Jungen und/oder Mädchen gemacht werden, wenn ja, welche? Wie kann gewährleistet werden, dass Mädchen/Jungen Trainer/innen bzw. Ansprechpersonen des eigenen Geschlechts zur Verfügung haben?
5. **Partizipation:** Wie wird gesichert, dass Mädchen und Jungen gleichermaßen profitieren? Welche Modelle gibt es, die Zielgruppen in die Planungsprozesse einzubeziehen? Welche Bedeutung hat das Geschlecht von Anleiter/innen bzw. Trainer/innen?

Grundlage für die Beantwortung dieser Fragen könnte eine gender- und zielgruppensensible Analyse und Bewertung der Literatur sein (evidenzbasierte Gesundheitsförderung). Hierzu werden vorliegende Studien und Publikationen anhand der Gender-Matrix ausgewertet. Dabei wird schnell deutlich, dass für die fachliche Bewertung Wissen über geschlechtsspezifisches und sozialschichtspezifisches Bewegungsverhalten und dessen Einflussfaktoren erforderlich ist, das in der Regel nur entsprechende Fachleute besitzen. (Verbindung von Genderwissen und Fachwissen)

Nicht für alle Themen und Fragen wird man in der Literatur ausreichend nach Geschlecht und Zielgruppen differenzierendes Material bzw. Antworten finden. Ein nächster Schritt könnte sein, eine Runde von Expertinnen und Experten zusammenzuholen und diese nach ihrer Meinung zu befragen. Beide Verfahren können – mit jeweils angepassten Fragen - mit der Gender-Matrix strukturiert werden. Dies wird im Folgenden anhand einiger Beispielfragen erläutert:

1. Hat die Untersuchung ein Geschlechterthema bzw. Gleichstellungsziel? Wenn ja, welches?

Müssen Unterschiede nach Geschlecht und sozialer Schicht berücksichtigt werden und welche sind dies? Wird dies in der Projektbeschreibung angemessen dargestellt? Für die Bewertung der Angemessenheit kann an dieser Stelle und auch bei den weiteren Prüfdimensionen auf die möglichen Ursachen von geschlechterbezogenen Verzerrungen nach Eichler (vgl. oben) zurückgegriffen werden, d.h.

- Geschlechterinsensibilität: Die Kategorie Geschlecht spielt keine Rolle.
- Androzentrismus/Gynozentrismus: es wird auf männliche bzw. weibliche Sichtweisen und Probleme Bezug genommen, bzw. diese werden als Norm gesetzt.
- Doppelter Bewertungsmaßstab: (z.B. bei der Bewertung von Körperwahrnehmung).
- Überverallgemeinerung: Es wird ausschließlich oder vorrangig ein Geschlecht untersucht, aber die Ergebnisse werden allgemein präsentiert.

2. Welche Sex/Gender Aspekte werden berücksichtigt? Ist das angemessen?

Gibt es biologische Unterschiede, die für Bewegung und Bewegungsförderung wichtig sind (z.B. körperliche Entwicklungsprozesse) und werden diese angemessen berücksichtigt?

Gibt es in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen begründete Unterschiede, die wichtig sind und werden diese angemessen berücksichtigt? Wird z.B. darauf eingegangen, dass Mädchen und Jungen unterschiedliche Sport- und Bewegungsarten mögen, dass sie ggfs. unterschiedlichen zeitlichen und räumlichen Bedingungen unterliegen (z.B. haben Mädchen größere Zugangsprobleme bei Angeboten am Abend)?

3. Theorien und Konzepte

Welches Geschlechterbild liegt in den verwendeten Theorien und Konzepten zugrunde? Gibt es Aussagen zum Zusammenhang von Geschlecht und Bewegung? Sind diese Vorstellungen geeignet, gegebenenfalls zielgruppenspezifische Voraussetzungen, Spaß an Bewegung und Sport zu entwickeln, geschlechtersensibel zu berücksichtigen?

4. Methoden

Welche Angebote (bzw. Interventionen) wurden in dem zugrunde liegenden Projekt verwendet? Gibt es geschlechterdifferenzierte Angebote? Wird mit den Angeboten bevorzugt auf die Lebenssituation eines Geschlechts eingegangen oder wird differenziert auf beide Geschlechter Bezug genommen? Werden geschlechtsspezifisch unterschiedliche Vorlieben und Zugänge berücksichtigt? Zu welcher Tageszeit fanden die Angebote statt? Hat das Einfluss auf die Zugangsmöglichkeiten unterschiedlicher Gruppen? Werden methodische Aussagen zu Angeboten nach Zielgruppen / Geschlechtern getrennt dargestellt? Welche Ergebnisse bezüglich der Methoden und Angebote hat die Studie zu den im Projekt anvisierten Zielgruppen?

5. Partizipation

Wie ist die Geschlechterverteilung in der Studiengruppe? Sind die Daten geschlechtsspezifisch ausgewertet? Werden Aussagen dazu gemacht, welche Bedeutung das Geschlecht von Trainer/innen bzw. Bezugspersonen hat? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das eigene Projekt, z.B. für die Beteiligung der Zielgruppen bei der Konzeptionierung der Angebote?

4 Schlussbemerkung

Vielfältige Erfahrungen zeigen, dass das Vorhandensein von schriftlichen Handreichungen alleine nicht ausreicht, die Praxis zu verändern (vgl. z.B. Bero et al. 1998). Dies gilt auch für das hier vorgelegte Material, das eine allgemeine, für verschiedene Akteurinnen und Akteure sowie vielfältige Projekte und Maßnahmen anwendbare Richtschnur sein soll. Dieses Material muss zur Förderung der Handhabbarkeit an die konkreten Anforderungen in der Praxis angepasst werden. Dieser Prozess sollte unterstützt und begleitet werden, in dem das Material den potentiellen Anwenderinnen und Anwendern vorgestellt und bekannt gemacht wird und indem die Anwendung in der Praxis, z.B. durch spezielle Workshops angeleitet und begleitet wird. (Dissemination und Implementation) Ein Projektvorschlag zur Praxiseinführung wurde vorgelegt (BIPS 2004).

5 Kurzfassung: für eilige Leserinnen und Leser

5.1 Grundideen von Gender Mainstreaming

- Gender Mainstreaming verfolgt zwei Zielsetzungen: Den Abbau von Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern und die Verbesserung der Maßnahmequalität.
- Diese Zielsetzungen sollen dadurch erreicht werden, dass von Anfang an die potentiellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bedacht und berücksichtigt werden.
- Das Ziel „Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitsbereich“ bezieht sich sowohl auf die Qualität der Versorgung als auch auf die Beteiligung beider Geschlechter auf allen Akteursebenen.
- Gender Mainstreaming bedeutet somit, dass auf allen Ebenen, von allen Beteiligten und bei allen Vorhaben geschlechtergerecht gearbeitet wird (integrierte Perspektive).
- Die Genderperspektive fokussiert auf die Frage, wie geschlechterbezogene Lebensrealitäten sich auf die Gesundheit und auf Teilhabechancen von Frauen und Männern auswirken.
- Im Gesundheitsbereich sind sowohl die systematisch nach Geschlecht unterschiedlichen Lebenslagen, d.h. sozialen Lebensverhältnisse (Gender), wie auch die unterschiedliche Biologie (Sex) von Bedeutung.
- Gender Mainstreaming bezieht sich auf strukturelle Veränderungen, d.h. Organisationsstrukturen, Verfahren und Prozesse müssen daraufhin untersucht (und ggfs. zu verändert) werden, ob diese sich im Hinblick auf die gleichwertige Beteiligung bzw. Berücksichtigung der Geschlechter als (un-)günstig erweisen. (prozessorientierte Perspektive).
- Gender Mainstreaming zielt auf faktische Gleichstellung in dem Sinne, dass Gleiches gleich und Unterschiedliches unterschiedlich behandelt wird.
- Gender Mainstreaming berücksichtigt die Tatsache, dass Geschlechter- und Soziallagen (z.B. nach Schicht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter) eng verwoben sind und insofern diese Faktoren zusammen betrachtet werden müssen.

5.2 Was Gender Mainstreaming nicht ist

Gender Mainstreaming ist nicht gleichzusetzen mit Frauenpolitik und Frauenförderung. Beide Strategien ergänzen sich hervorragend.

Unterschiede zwischen Frauenförderpolitik und Gender Mainstreaming

Frauenförderpolitik

- Frauenpolitik
- Sondermaßnahmen (Frauenprojekte)
- Thema ist soziale Rolle der Frauen
- orientiert auf die Zielgruppe Frauen
- unterstützt Frauen in besonderen Problemlagen
- Frauen sind zuständig für die Lösung von Frauenproblemen
- Punktuelle Veränderung der Rolle von Frauen
- Chancengleichheit soll über den Ausgleich von Diskriminierungen erreicht werden (Defizitansatz)

Gender Mainstreaming

- Geschlechterverhältnispolitik
- Integrationsstrategie: Chancengleichheit ist zentrales Politikziel
- Soziale Rolle beider Geschlechter wird thematisiert,
- orientiert auf das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern
- stellt sicher, dass die Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigt werden
- Frauen und Männer übernehmen Verantwortung für die Veränderung der Geschlechterverhältnisse
- Nachhaltige Veränderung im Geschlechterverhältnis durch strukturelle Veränderungen
- Aktivierung von Chancengleichheit für Frauen und Männer durch Nutzung von Fähigkeiten Potentialansatz (Empowerment)

Gender Mainstreaming ist keine Konkurrenz zu Qualitätssicherung. Im Gegenteil: Die angemessene Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht verbessert die Qualität und Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung und korrespondiert mit Bemühungen der Qualitätsverbesserung, wie Zielgruppenorientierung, mehr Partizipation von Patientinnen und Patienten, Evidence Based Medicine etc.

Gender Mainstreaming bezieht die Männerperspektive explizit mit ein, aber auch hier gilt dasselbe wie für die Frauenperspektive. Ein Männerprojekt ist nicht per se ein Gender Mainstreaming-Projekt.

5.3 Gender – Was ist das?

Frauen und Männer, Mädchen und Jungen unterscheiden sich biologisch voneinander. Für die Positionen in der Gesellschaft, für Lebenschancen und Lebenspläne sind jedoch nicht die biologischen Merkmale entscheidend, sondern die mit Frau-Sein und Mann-Sein verknüpften Rollenerwartungen sowie zugeschriebenen Eigenschaften und Stereotype.

Während die deutsche Sprache nur den Begriff „Geschlecht“ zur Verfügung stellt, gibt es in der englischen Sprache zwei verschiedene Begriffe:

- „Sex“ bezieht sich auf das biologische Geschlecht, d.h. auf physiologische und anatomische Charakteristika von Frauen und Männern, auf angeborene Geschlechtsmerkmale. Es ist meist – je nach Indikator mehr oder weniger – eindeutig und nicht bzw. nur mit großen Aufwand veränderbar.
- Mit „Gender“ werden hingegen die sozialen Rollen, Lebenslagen und Lebensweisen, Rechte und Pflichten, zugeschriebenen Eigenschaften von Frauen und Männern wie auch die Selbstwahrnehmung von Personen als männlich oder weiblich (Gender-Identität) bezeichnet. Diese kulturell und sozialen geprägten Geschlechtsrollen und -hierarchien sind veränderbar.

Soziales und biologisches Geschlecht sind eng miteinander verwoben, aber nicht identisch. Im Gesundheitsbereich ist es jedoch wichtig, zu unterscheiden, ob etwas biologisch und/oder sozial bedingt ist, weil die daraus folgenden Interventionsmöglichkeiten unterschiedlich sind.

Frauen und Männer sind nicht isoliert zu betrachten, auch die Beziehungen zwischen den Geschlechtern müssen berücksichtigt werden (Geschlechterverhältnisse).

In der neueren wissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, dass Geschlechterrollen-Ordnungen sowohl strukturell verankert sind (Geschlechterkulturen) als auch im gegenseitigen Miteinander alltäglich hergestellt werden, z.B. wenn Männer oder Frauen die Ausübung bestimmter Berufe bevorzugen oder Tätigkeiten gleichsam „an sich ziehen“ oder zugewiesen bekommen. Dieser Prozess ist mit dem Begriff „Doing Gender“ gemeint.

Sich des persönlichen Doing Gender bewusst zu werden, ist ein wichtiger Schritt im Rahmen von Gender Mainstreaming-Prozessen.

5.4 Wie können Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens mit der Umsetzung von Gender Mainstreaming beginnen?

Der Gesundheitsbereich gehört - ähnlich wie Arbeitsmarkt und Beschäftigung - zu den Schlüsselbereichen der Umsetzung des Gender Mainstreaming; steht allerdings im Vergleich noch sehr am Anfang (vgl. Jahn 2004).

Eine Möglichkeit, Gender Mainstreaming in Institutionen umsetzen, ist es, sich nach dem 6-Schritt-Modell von Tondorf (2001) zu richten:

1. Definition gleichstellungspolitischer Ziele
2. Analyse der Probleme und der Betroffenen
3. Entwicklung von Optionen
4. Analyse der Optionen und Entscheidung
5. Umsetzung der getroffenen Entscheidung
6. Erfolgskontrolle und Evaluation

Die bisherigen Erfahrungen haben wesentliche Voraussetzungen deutlich gemacht, die zur Einführung von Gender Mainstreaming-Prozessen erfüllt sein müssen:

Schritt 1:

Institutionelle Voraussetzungen schaffen: Verpflichtung der Leitung, Bereitstellung von Ressourcen, Wissen aufbauen, Integration in alle Arbeitsbereiche sichern.

Schritt 2:

Konkrete Projekte planen, umsetzen und evaluieren, z.B.: Pilotprojekte initiieren, Genderperspektive in ausgewählte Routineprozesse integrieren, Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache verbindlich einführen, Routinestatistiken überarbeiten und sichern, dass alle Daten nach Geschlechtern getrennt vorliegen, Gender-Analyse in einem bestimmten Handlungsfeld durchführen.

Schritt 3:

Volle Integration der Genderperspektive in die Organisation.

Im Prinzip bieten sich alle Themen- und Handlungsfelder im Gesundheitswesen für die Einführung von Gender Mainstreaming-Prozessen an. Jede Institution sollte sich die Handlungsfelder auswählen, die eine besondere Relevanz für sie haben, wobei darauf geachtet werden sollte, dass ausreichend Ressourcen für das oder die vorgesehene/n Projekte vorhanden sind. Wenn die Ressourcen für ein umfangreicheres Projekt nicht ausreichen, ist es besser, klein, aber umsetzbar, zu beginnen.

5.5 Welche Aspekte sind bei einer Gender-Analyse zu berücksichtigen

Es wird davon ausgegangen, dass geschlechterbezogene Verzerrungen sich auf verschiedenen Ebenen abspielen, die im Prinzip für jedes Handlungsfeld, für jedes Projekt und für jeden einzelnen Projektschritt bedeutsam sind:

1. Es muss ein Geschlechterthema vorhanden sein, für das ein Gleichstellungsziel entwickelt werden kann.

Beispiele dafür sind:

- Das Geschlechterthema besteht in der Beschreibung der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, auf die Bezug genommen wird.
- Es ist darzulegen, welcher Beitrag zum Abbau der identifizierten Ungleichheit zwischen den Geschlechtern geleistet werden soll (z.B. Verbesserung der Prognose von jungen Frauen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, Entwicklung eines günstigeren Gesundheitsverhaltens zur Senkung der unfallbedingten Mortalität bei Männern).
- Es sollen Präventionsangebote, z.B. zu Ernährung, Bewegung, entwickelt und angeboten werden, von denen Jungen und Mädchen, Männer und Frauen gleichermaßen angesprochen werden und profitieren oder die eingesetzten Ressourcen sollen Frauen/Mädchen und Männern/Jungen in gleichem Umfang zugute kommen.

2. Sex / Gender-Aspekte

- Welche biologischen Geschlechter-Aspekte sind relevant und wie können diese angemessen berücksichtigt werden?
- Welche sozialen Geschlechter-Aspekte sind relevant und wie können diese angemessen berücksichtigt werden?
- In welchem Verhältnis stehen biologische und soziale Geschlechter-Faktoren?

Beispiele für Gender Faktoren sind:

- In welcher Funktion sind Frauen und Männer angesprochen (als Patientinnen und Patienten, als Beschäftigte im Gesundheitswesen, als Gesundheitsressource im privaten Rahmen (pflegende Angehörige)?
- Gesundheitsbedürfnisse und –bedarfe sowie Gesundheitsrisiken und –ressourcen, die sich aus verschiedenen sozialen Unterschieden zwischen Frauen und Männern ergeben (z.B. arbeitsbedingte Risiken und Ressourcen (Erwerbsarbeit/Hausarbeit), Gesundheitsverhalten, Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit).

- Geschlechterbezogener Zugang zur Gesundheitsversorgung (z.B. Frauen sind tendenziell weniger mobil als Männer und haben deshalb evtl. größere Zugangsbarrieren zu räumlich weiter entfernt liegenden Gesundheitsangeboten).
- Geschlechterbezüge in der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Arzt/Ärztin – Patient/Patientin-Beziehung)

3. Theorien und Konzepte

Diese Dimension beinhaltet alle Arten von Theorien und Konzepten, also Vorstellungen über Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit und deren Veränderungsmöglichkeiten, sowohl wissenschaftlicher Art als auch Alltags- oder Laientheorien sowie Wertesysteme. Für jeden zu analysierenden Bereich sind die jeweils relevanten Theorien und Konzepte einzubeziehen. In Bezug auf Personalentscheidung spielt z.B. eine Rolle, welche Vorstellungen darüber vorhanden sind, welche Vorzüge (oder Nachteile) es hat, einen Mann oder eine Frau einzustellen (z.B. bezüglich zeitlicher Flexibilität, Karriereaspirationen etc.). Dies beinhaltet auch die Frage, wie die in der Medizin dominierenden biomedizinischen Modellvorstellungen ergänzt werden müssen, damit die Berücksichtigung auch sozialer Dimensionen möglich ist.

4. Methoden

Hier sind wiederum die für den jeweiligen Bereich oder Prozessschritt zutreffenden Methoden einer genderkritischen Analyse zu unterziehen. Es sind also nicht nur Forschungsmethoden oder Methoden der Gesundheitsförderung gemeint, sondern auch Organisations- und Management-Methoden, Verfahren und Handlungsabläufe. Hier ist auch die Frage zu beantworten, ob geschlechtsspezifische (Frauen- und/oder Männerprojekte) zum Abbau der identifizierten Ungleichheiten sinnvoll sind.

Unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe von Frauen an Entscheidungs- und Führungspositionen, z.B. in Krankenhäusern, ist in der Gender Mainstreaming-Perspektive zu fragen, wie Strukturen verändert werden können, damit Teilhabe von Männern und Frauen möglich ist. (In der Perspektive der Frauenförderung steht und stand oft im Mittelpunkt, Wege zu finden, wie Frauen in vorhandene Strukturen einbezogen werden können, ohne die Strukturen selbst in Frage zu stellen.)

5. Partizipation

Im Mittelpunkt dieser Dimension steht die Teilhabe der Geschlechter und ihrer Problemsichten. Das heißt: es geht sowohl um die quantitative Beteiligung der Geschlechter als auch um Partizipation als Handlungsprinzip sowie um die qualitative Bedeutung der Beteiligung von Männern und Frauen und von verschiedenen Beteiligtengruppen (Projektleiter/innen, Mitarbeiter/innen, Teilnehmer/innen). In dieser Perspektive ist eine Reflexion über inhaltliche Konsequenzen einer nicht angemessenen Beteiligung weiblicher und männlicher Problemsichten erforderlich.

5.6 Die Gender-Matrix als allgemeines Analyse-Instrument

Als allgemeines Analyse-Schema wurde ein Prozessmodell mit den verschiedenen Prüfdimensionen abgeleitet, das als Gender-Matrix dargestellt wird¹⁸.

Gender-Matrix – Beispiel: Überprüfung von verschiedenen Projekten eines Maßnahmebündels

Dimen- sionen Elemente/ Prozess- schritte	Thema / Ziele	Sex/Gender	Theorien/ Konzepte	Methoden	Partizipation
Projekt A					
Projekt B					
Projekt C					
...					
Gesamt- bewertung					

Im Rahmen der Gender-Analyse mit der Gender-Matrix werden die Gender-Prüfdimensionen, parallel (d.h. integriert) für jeden einzelnen Projektschritt, für einzelne Projekte oder auch für Maßnahmebündel systematisch geprüft. Je nach Analyseerfordernis werden die Gender-Dimensionen spezifisch operationalisiert. Hierzu können später auch spezifische Checklisten als Module entwickelt werden.

In Abschnitt 3.3 wird beispielhaft verdeutlicht, wie die Gender-Matrix für Gender-Analysen genutzt werden kann.

5.7 Schlussbemerkung

Vielfältige Erfahrungen zeigen, dass das Vorhandensein von schriftlichen Handreichungen alleine nicht ausreicht, die Praxis zu verändern (vgl. z.B. Bero et al. 1998). Dies gilt auch für das hier vorgelegte Material, das eine allgemeine, für verschiedene Akteurinnen und Akteure sowie vielfältige Projekte und Maßnahmen anwendbare Richtschnur sein soll. Dieses Material muss zur Förderung der Handhabbarkeit an die konkreten Anforderungen in der Praxis angepasst werden. Dieser Prozess sollte unterstützt und begleitet werden, in dem das Material den potentiellen Anwenderinnen und Anwendern vorgestellt und bekannt gemacht wird und indem die Anwendung in der Praxis, z.B. durch spezielle Workshops angeleitet und begleitet wird. (Dissemination und Implementation) Ein Projektvorschlag zur Praxiseinführung wurde vorgelegt (BIPS 2004).

¹⁸ Die Matrixform ist nicht zwingend. Anwender/innen, die z.B. gerne mit Mind Maps arbeiten, können die Prüfdimensionen z.B. als Hauptäste verwenden.

6 Literatur

- Abel, T; Graf, N; Niemann, S (2001). Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Sozial- und Präventivmedizin* 46, S. 268-272
- Altgeld, T (Hg.) (2004). *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Juventa: Weinheim München
- Annandale, E; Hunt, K (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness*, 12 (1), S. 24-46
- Arber, S; Cooper, H (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science & Medicine*, 48 (1), S. 61-76
- Baume, E; Juarez, M; Standing, H (2001). Gender and health equity network. Gender and equity resource guide. Institute of Development, University of Sussex, U.K.
<http://www.ids.ac.uk/gheh/resources/papers/Geneq.pdf> (Zugriff am 27.08.04)
- Bero, LA, Grilli, R, Grimshaw, JM, Harvey, E, Oxman, AD, Thomson, MA, on behalf of the cochrane Effective Practice and organization of Care Review Group (1998): Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 317:465-468
- Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) (2002). Projektvorschlag: Entwicklung eines Kriterienkatalogs für geschlechtergerechte Projektförderung. Exposé von Kolip, P und Jahn, I, Stand Juni. Bremen
- Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) (2004). Projektvorschlag: Praxis-einführung der „Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht“: Exposé von Jahn, I, Stand August. Bremen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer: Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2003). Gender Mainstreaming – Was ist das? (Broschüre) Stand November.
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=5376.html> (Zugriff am 12.8.2004)
- Burger, A (2001). Praxisbeispiel Stadt Zürich: Handlungsfelder, Strategien und Instrumente zur Umsetzung der Gleichstellung von Frau und Mann. In: Krell, G (Hrsg.), *Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen*. Gabler: Wiesbaden, S. 131-138
- Degenhardt, A; Thiele, A (2002). Biomedizinische und biopsychosoziale Modelle. In: Hurrelmann, K; Kolip, P (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 87-103
- Doyal, L (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51 (6), S. 931-939
- Doyal L (2004) Sex und Gender: Fünf Herausforderungen für Epidemiologinnen und Epidemiologen. *Gesundheitswesen* 66: 153-157
- Eichler, M (1988). *Nonsexist research methods: a practical guide*. Allen & Unwin: London et al.

- Eichler, M (1998). Offener und verdeckter Sexismus: methododisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Nord-deutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 34-49
- Eichler, M; Fuchs, J; Maschewsky-Schneider, U (2000). Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8 (4), S. 293-310
- Eichler, M et al. (2002). Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung (deutsche Bearbeitung). BZPH Blaue Reihe, Berlin
http://www.bzph.de/content/e4/e91/reihe_name99/public_Item541/2002-04_ger.pdf (Zugriff am 17.8.2004)
- Enders-Drägässer, U (2002). Was kann Gender Mainstreaming in der stationären Psychiatrie bedeuten? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, (3), S. 531-540
- Faltermeier, T (2004). Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In: Altgeld, T (Hrsg.), Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Juventa: Weinheim München, S. 11-33
- Hagemann-White, C; Lenz, H-J (2002). Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In: Hurrelmann, K; Kolip, P (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 460-487
- Härtel, U (2002). Ist-Analyse Prävalenz der Herz-Kreislaufkrankungen bei Frauen in NRW. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“. http://www.landtag.nrw.de/WWW/GB_I/I.1/EK/EK2/Gutachten%20H%E4rtel.pdf (Zugriff am 26.08.04)
- Hayes, SN (2002). Evidence-based medicine and treatment of hypertension in women: results of trials. Journal of Hypertension 20 (Suppl. 2), S. 47-51
- Health Canada (2003) Exploring Concepts of Gender and Health.
<http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/exploringconcepts.htm> (Zugriff am 17.08.2004)
- Höying, S (2002). Gleichstellungspolitik als Klientelpolitik greift zu kurz. Die Möglichkeiten von Gender Mainstreaming aus dem Blickwinkel von Männern. In: Bothfeld, S; Gronbach, S; Riedmüller, B (Hrsg.), Gender Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis. Politik der Geschlechterverhältnisse, Band 18. Campus: Frankfurt New York, S. 199-228
- Jahn, I (2002). Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann, K; Kolip, P (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 142-156
- Jahn, I (2003). Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/activities/program/spp3/spp3_GenderGlossar_03.pdf (Zugriff am 24.08.2004)
- Jahn, I (2004). Bestandsaufnahme über Gender Mainstreaming-Aktivitäten in Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse einer Befragung. Ms.-Entwurf August 2003, BIPS, Bremen.
- Jahn, I; Bammann, K; Ahrens, W; Kreuzer, M; Pohlabein, H; Brüske-Hohlfeld, I; Wichmann, HE; Jöckel, KH (2003). Geschlechterunterschiede und Lungenkrebsrisiken bei Tätigkeiten im Reinigungs- sowie Gaststättengewerbe in Deutschland. Gesundheitswesen, 65 (8/9), S. A7-A8

- Jahn, I; Kolip, P (2002). Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Ms Bremen
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/apply/pro_geschlecht_kriterium_kolip_d.pdf
(Zugriff am 23.08.04)
- Jung, D; Küpper, G (2001). Gender Mainstreaming und betriebliche Veränderungsprozesse. Kleine: Bielefeld
- Justizministerium NRW et al. (1993). Gleichstellung von Frau und Mann in der Rechts- und Amtssprache. Runderlass des Justizministeriums ... des Ministerpräsidenten und aller Landesministerien vom 24.03.1993. In: Ministerialblatt Nordrhein-Westfalen, 1993, Nr. 31
- Kolip, P; Jahn, I; Summermatter, D (2003). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Prävention 26 (4), S. 107-110
- Kolip, P; Koppelin, F (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann, K; Kolip, P (Hrsg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S 491-504
- Krell, G (2001). Chancengleichheit durch Personalpolitik: Von „Frauenförderung“ zu „Diversity Management“. In: Krell, G (Hrsg.), Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen. Gabler: Wiesbaden, S. 17-37
- Krieger, N (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? International Journal of Epidemiology, 32 (4), S. 652-657
- Krieger, N; Zierler, S (1996). What explains the public's health? - A call for epidemiologic theory. Epidemiology, 7(1), S. 107-109
- Kühne, D; Oechsler, WA (2001). Diskriminierungsfreie Beurteilung von Mitarbeiterinnen. In: Krell, G (Hrsg.), Chancengleichheit durch Personalpolitik: Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen. Gabler: Wiesbaden, S. 175-189
- Kuhlmann, E (2003). Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen – Das Beispiel Koronare Herzerkrankung. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ms. Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann/expertise.pdf> (Zugriff am 16.8.2004)
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) NRW (Hrsg.) (2003). Gender als Prinzip in der Gesundheitsversorgung. Planungshilfen für Koordination und Management B 11, Ms. Bielefeld
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2002a). Drucksache 13/3225: Gender Main streaming - gleiche Chancen für weibliche und männliche Lebensentwürfe. Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit in der Landespolitik und in der Landesverwaltung. Entschließungsantrag zu den Drucksachen 13/713 und 13/2374.
http://www.landtag.nrw.de/WWW/Webmaster/GB_I/I.4/Dokumentenarchiv/dokument.php?Id=MMD13/3225&quelle=alle&anhang=0 (Zugriff am 26.08.04)
- Landtag Nordrhein-Westfalen (2002b). Drucksache 13/3224: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Frauenpolitik zur Drucksache 13/713.
http://www.parlamentsspiegel.de/WWW/Webmaster/GB_I/I.4/Dokumentenarchiv/dokument.php?pl=MM&part=D&pnr=13/3224&quelle=parla (Zugriff am 26.08.04)
- Liebig, B (2000). Organisationskultur und Geschlechtergleichstellung. Eine Typologie betrieblicher Geschlechterkulturen. Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien 18 (3), S 47–66
- Maier, F (2002). Gibt es eine frauenpolitische Wende durch die europäische Beschäftigungsstrategie? In: Bothfeld, S; Gronbach, S; Riedmüller, B (Hrsg.), Gender Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis. Politik der Geschlechterverhältnisse, Band 18. Campus: Frankfurt New York, S. 159 -184

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1995). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. LÖGD: Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000a). Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht. LÖGD: Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000b). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen. Ziel 2: Krebs bekämpfen, Umsetzungskonzept. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. LÖGD: Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001a). Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen: Evaluationskonzept, Grundlagen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. LÖGD: Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001b). Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31.08. 2001: Soziale Lage und Gesundheit.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2002). Erklärung der 11. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen: Kooperation und Integration in der gesundheitlichen Versorgung - Kernstück einer zukünftigen Gesundheitsreform. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. LÖGD: Bielefeld
- Ministry of Industry, Employment, and Communications, Sweden (1999). Fact sheet: men and gender equality. <http://naring.regeringen.se/> (Zugriff ???)
- Mückenberger, U; Tondorf, K (2001). Das Konzept des Gender Mainstreaming. In: Krell, G; Mückenberger, U; Tondorf, K (Hrsg.), Gender Mainstreaming. Informationen und Impulse. Herausgegeben vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.
- Mykhalovskiy, E; Weir, L (2004). The problem of evidence-based medicine: directions for social science. *Social Science & Medicine* 59 (5), S. 1059-1069
- o.V. (2003) Arbeitshilfe zu § 2 GGO. „Gender Mainstreaming in Forschungsvorhaben (Ressortforschung). Stand 25.06.2003
http://www.genderkompetenz.info/inhalte/instr_ah_forschung.pdf (Zugriff am 12.8.2004)
- Pimminger, I (2001). Handbuch Gender Mainstreaming in der Regionalentwicklung. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur: Wien.
- Riedmüller, B (2002). Einleitung: Warum Geschlechterpolitik?. In: Bothfeld, S; Gronbach, S; Riedmüller, B (Hrsg.), Gender Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis. Politik der Geschlechterverhältnisse, Band 18. Campus: Frankfurt New York, S. 7-16
- Rogers, WA (2004a). Evidence based medicine and justice: a framework for looking at the impact of EBM upon vulnerable or disadvantaged groups. *Journal of Medical Ethics* 30, S. 141-145
- Rogers, WA (2004b). Evidence-based medicine and women: do the principles and practice of EBM further women's health? *Bioethics* 18 (1), S. 50-71
- Ruiz, MT; Verbrugge, LM (1997). A two way of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51 (2), S. 106-109
- Sellach, B; Enders-Drägässer, U; Baer, S; Kuhl, M; Kreß, B (2003). Wissensnetz Gender Mainstreaming für die Bundesverwaltung. Ms. Frankfurt/M. und Berlin
<http://www.gender-mainstreaming.net/RedaktionBMFSFJ/RedaktionGM/Pdf-Anlagen/wissensnetz-komplettfassung.property=pdf.pdf> (Zugriff am 23.08.04)

- Schiebinger, L (1993). *Schöne Geister: Frauen in den Anfängen der modernen Wissenschaft*. Klett-Cotta: Stuttgart
- Schofield, T; Connell, RW; Walker, L; Wood, JF; Butland, DL (2002). Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis. In: Hurrelmann, K; Kolip, P (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Hans Huber: Bern Göttingen Toronto Seattle, S. 67-81
- Schultz, I; Hummel, D (2001). Der Zusammenhang von Gender und Technik. Ergebnisse einer Gender-Analyse des EU-Programms „Environment and Sustainable Development“. *Technikfolgenabschätzung* 11 (2), S. 36-44, <http://www.itas.fzk.de/tatup/022/schu02a.htm> (Zugriff am 24.08.2004)
- Stahlberg, D; Sceszny, S (2001). Effekte des generischen Maskulinus und alternativer Sprachformen auf den gedanklichen Einbezug von Frauen. *Psychologische Rundschau* 52, S. 131-140
- Stark, A (2000). Erfahrungen mit Gender Mainstreaming in der Regierung Schwedens. Universität Linköping. http://www1.ms.sachsen-anhalt.de/frauenimpulse/files/openspace_agnetastark.pdf (Zugriff am 25.08.2004)
- Stiegler, B (2002). Wie Gender in den Mainstream kommt. In: Bothfeld, S; Gronbach, S; Riedmüller, B (Hrsg.), *Gender Mainstreaming - eine Innovation in der Gleichstellungspolitik. Zwischenberichte aus der politischen Praxis. Politik der Geschlechterverhältnisse, Band 18*. Campus: Frankfurt New York, S. 19-40
- Swedish International Development Agency (SIDA) (1997/2000). *Handbook for mainstreaming: a gender perspective in the health sector*. <http://www.sida.se/Sida/jsp/polopoly.jsp?d=168&a=604> (Zugriff am 25.08.2004)
- Tondorf, K (2001). Die Umsetzung des Gender Mainstreaming. In: Krell, G; Mückenberger, U; Tondorf, K (Hrsg.), *Gender Mainstreaming. Informationen und Impulse*. Herausgegeben vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.
- Verloo, M (1999). *Gender mainstreaming: practice and prospects*. Report prepared for the Council of Europe EG (99) 13
- Verloo, M (2002). The development of gender mainstreaming as a political concept for Europe. Conference Gender Learning, Leipzig 6-8 September <http://www.bpb.de/files/XUWTOH.doc> (Zugriff am 26.08.04)
- Weg, M (2002). *Gender Mainstreaming in den Bundesländern: Zwischenbilanz und Perspektiven*. Referat auf dem Workshop „Gender Mainstreaming in den Förderprojekten der Europäischen Strukturfonds“ am 18. April in Berlin. <http://www.spisg.com/gender/pdf/MarianneWeg.pdf> (Zugriff am 26.08.04)
- Weller, I; Fischer, K (2003). *Gender Impact Assessment der Angewandten Umweltforschung Bremen (GIA)*. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben 134, gefördert durch das Förderprogramm „Angewandte Umweltforschung“ des Landes Bremen, Stand Oktober, Ms. Universität Bremen
- WHO (2002) *Gender Analysis in Health. A Review of Selected Tools*. Department of Gender and Women's Health. World Health Organization <http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf> (Zugriff am 26.08.04)

7 Anhang

Power-Point-Präsentation des Vortrags vor dem Vorbereitenden
Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz am 27. Januar 2004.

Programm und Evaluation des Initialworkshops am 11. Mai 2004