

Dokumentation

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen

*12. Tagung des Netzwerkes
Frauen/Mädchen und Gesundheit
Niedersachsen
am 7. Dezember 2000 in Hannover*



Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales

LANDESVEREINIGUNG
FÜR GESUNDHEIT
NIEDERSACHSEN E.V.



Inhalt

Marita Riggers

Gender Mainstreaming in Niedersachsen	3
--	---

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes	9
--	---

Prof. Dr. Irmgard Vogt

Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen?	31
---	----

Dr. Ursula Matschke

Gender Mainstreaming: Vom Gemeinschaftsziel zur messbaren Umsetzung in der Stadtverwaltung	49
---	----

Prof. Dr. Klaudia Winkler

Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit	61
--	----

Dr. Christine Färber

Gender-Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung in der Gesundheitsplanung in Sachsen-Anhalt	76
---	----

Weitere Literatur zu Gender Mainstreaming	91
--	----

Wie bewerten die Veranstaltungsteilnehmenden die Tagung „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“?	93
--	----

Informationen zum Netzwerk	95
-----------------------------------	----

Marita Riggers,

Referatsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Gender Mainstreaming in Niedersachsen

Die Wochenzeitschrift DER SPIEGEL veröffentlichte im September eine dreiteilige Titelgeschichte „Das wahre Geschlecht – die Geheimnisse des weiblichen Körpers –“. Forscherinnen aus den USA – Anthropologinnen, Archäologinnen, Affenforscherinnen und Ärztinnen – haben in den Laboren und draußen im Feld – so DER SPIEGEL – das männliche Deutungsmonopol in den Naturwissenschaften exorziert.

Ohne den Begriff Gender Mainstreaming auch nur ein einziges Mal zu erwähnen, werden Beispiele dafür gebracht, wie besonders in den so genannten weichen Wissenschaften mit Interpretationsspielraum die männliche Sichtweise bis heute fort gilt. Zwei Zitate aus diesem SPIEGEL-Artikel veranschaulichen dies:

- „Aus weiblicher Sicht ist es z. B. unerklärlich, warum eine Primatengruppe mit einem Männchen und vielen Weibchen automatisch „ein Harem“ sein soll. Unbewusst verbindet jeder Beobachter damit das Bild eines mächtigen Gebieters, der sich eine Reihe von Geishas, Callgirls, Konkubinen zulegt, die allesamt einzig seinem Vergnügen zu dienen haben. Die Primatologin Jolly schlägt vor, eine solche Menschenaffen-Clique „Gigolo“-Gruppe zu nennen. Ohne, dass sich an der beobachteten Realität etwas ändert, verschiebt sich die Sicht: Ein Gigolo (Eintänzer) ist einer, der von den Weibchen geduldet, aktiv gewählt und benutzt wird.
- Auch die Archäologie hat Beispiele für Geschlechtsblindheit und stereotype Rollenbilder zu bieten: Warum werden Handelsgüter in einem Frauengrab als Teile ihres Haushalts gedeutet, gelten aber in einer Männergruft als Zeichen dafür, das er den Handel kontrollierte? Warum ist ein Stößel in einem Frauengrab ein Beweis dafür, dass die Frau damit Korn zermörsert hat, in einem Männergrab aber ein Hinweis darauf, dass der Tote ihn hergestellt hat?“

Beispiele für die Geschlechtsblindheit oder Rollenzuschreibungen könnten wir in beliebig vielen Wissenschaftsgebieten und Handlungsfeldern der Politik finden.

Auch in der Gesundheitspolitik ist es heute noch so, dass das Leben hauptsächlich aus der Perspektive von Männern betrachtet wird.

Was ist jetzt unter Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen zu verstehen? Welche Zielsetzung muss eine Gesundheitspolitik haben, die beiden Geschlechtern gerecht wird? Die praktische Vorstellung davon, wie die Gleichberechtigung am Ende tatsächlich aussieht, ist eher ungenau. Ein sinnvolles Ziel wäre es, Männern und Frauen gleichermaßen Zugang zu den Ressourcen zu verschaffen, die sie brauchen, um ihr jeweiliges Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen.

Die bisherige mangelnde Berücksichtigung der Geschlechtszugehörigkeit führt zu einer inadäquaten medizinischen Behandlung von Frauen. Dabei geht es nicht nur darum, Frauen und Männer gleich zu behandeln und ihnen genau die gleichen medizinischen Möglichkeiten zugänglich zu machen. Selbstverständlich müssen gesundheitliche Grundbedürfnisse erfüllt sein, daneben gibt es aber je nach Geschlecht unterschiedliche Bedürfnisse für eine angemessene Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung.

Dies wird plausibel, wenn wir uns folgende geschlechtsspezifischen Unterschiede vor Augen führen:

- Es geht einmal um Krankheiten, die aufgrund physiologischer Voraussetzungen nur Frauen betreffen (z. B. weibliche Geschlechtsorgane, Schwangerschaftsbeschwerden).
- Daneben gibt es Krankheiten, die bei Frauen weit häufiger auftreten als bei Männern wie z. B. Rheuma, Depressionen, Essstörungen und Medikamentenabhängigkeit.
- Schließlich sind Krankheiten zu nennen, die bei Männern und Frauen unterschiedlich entstehen und verschieden verlaufen, z. B. Herz-Kreislaufkrankungen.

Und hier gilt es, für beide Geschlechter genau hinzuschauen um Ungleichgewichte oder Ungerechtigkeiten überhaupt zu ermitteln. Ein ganz entscheidendes Merkmal der Gender Mainstreaming-Strategie liegt darin, dass Modelle und Methoden erst entwickelt werden können, wenn eine Ist-Analyse vorausgegangen ist.

Einen wichtigen Aspekt müssen wir dabei ständig im Auge behalten:

Viele der gesundheitlichen Probleme von Frauen stehen nicht in direktem Zusammenhang mit ihren spezifischen biologischen Eigenschaften. Es ist vielmehr das Ergebnis oder die Folge

fortdauernder Diskriminierung oder Benachteiligung. Folgende Stichworte mögen dies verdeutlichen:

- Bei Frauen ist die Gefahr, aufgrund materieller Benachteiligung zu verarmen, besonders groß.
- Die geschlechtliche Aufteilung des Arbeitsmarktes und die einseitige Arbeitsaufteilung bei Haus- und Familienarbeit bedeutet für die meisten Frauen eine generelle wirtschaftliche Schlechterstellung und Verzicht auf Befriedigung bestimmter Grundbedürfnisse wie Ausruhen und Regenerieren.
- Frauen erfahren weniger körperliche und emotionale Sicherheit.
- Fast ausschließlich Frauen und Kinder sind von häuslicher Gewalt und sexuellen Übergriffen betroffen.

Zur Erreichung echter Gleichstellung und Chancengleichheit im Gesundheitswesen ist es unabdingbar, zunächst die vorhandenen unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern wahrzunehmen. Insoweit besteht für den Bereich Frauengesundheit noch ein großer Nachholbedarf. Nur wenn wir Fakten über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Ursache, Gestaltung, Ausprägung, Symptomatik und Empfindungen von Gesundheit und Krankheit erhalten, können Krankheiten schneller diagnostiziert und behandelt werden.

Gender Mainstreaming geht aber noch einen Schritt darüber hinaus: Es muss innerhalb der vermeintlich homogenen Gruppe der Frauen und der Gruppe der Männer weiter differenziert werden. Es geht langfristig um eine Politik, die Geschlechterrollen nicht stereotypisiert.

Bevor unsere Referentinnen gleich zu Wort kommen, erlauben Sie mir einige Sätze zum Stand der Implementation des Gender Mainstreaming-Ansatzes in Niedersachsen:

Die niedersächsische Landesregierung fördert seit nunmehr zwei Jahren aktiv den Prozess der Implementierung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in alle Politikbereiche und hat damit eine Vorreiterrolle in der Bundesrepublik übernommen. Wir können bereits auf eine Reihe von konkreten Veranstaltungen, Initiativen und Maßnahmen verweisen, die von unserem Haus durchgeführt wurden.

Besonders hervorzuheben ist die im Oktober vergangenen Jahres durchgeführte dreistündige Unterrichtung des Kabinetts. Der Ministerpräsident, die Ministerinnen und Minister zusam-

men mit ihren Staatssekretärinnen und Staatssekretären haben an einer Informationsveranstaltung zu Gender Mainstreaming teilgenommen. Ein bis heute einmaliger Vorgang in der Bundesrepublik Deutschland, auf den wir auch ein wenig stolz sind. Die grundlegenden Texte der Kabinettunterrichtung sind in einer Broschüre („Gender Mainstreaming – Information und Impulse“) zusammengefasst. Auf Anfrage kann die Veröffentlichung Ihnen zugeleitet werden.

Neben der Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Gender Mainstreaming für Beschäftigte, vor allem auch Führungskräfte der Niedersächsischen Landesverwaltung, der Entwicklung von Fortbildungsmodulen für Führungskräftebildungen, verfolgen wir zurzeit zwei Schwerpunkte im Rahmen des Implementierungsprozesses zu Gender Mainstreaming:

- Um die Effizienz der Umsetzung von Gender Mainstreaming zu steigern, ist unter der Federführung des MFAS im Mai 2000 eine interministerielle Planungsgruppe eingerichtet worden, die den Umsetzungsprozess beobachtet, steuert und unterstützt. Zurzeit erarbeitet die Planungsgruppe ein Rahmenkonzept zur weiteren systematischen Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in der Landesregierung.
- Desweiteren sind wir bestrebt, die konkrete Umsetzung vor Ort voranzutreiben. In Zusammenarbeit mit der niedersächsischen Landeszentrale für politische Bildung wurde eine einjährige Fortbildungsreihe konzipiert zum Thema „Wie bringe ich Gender Mainstreaming ins Tagesgeschäft? – eine Qualifizierung zur Verbindung von Projektmanagement und Gender Mainstreaming“. Da das Konzept des Gender Mainstreaming auf strukturelle Änderung hin ausgelegt ist, indem letztlich geschlechtsdiskriminierende Strukturen erkannt und beseitigt werden sollen, erweist sich die Verbindung des Erlernens der Anwendung des Genderansatzes mit der Qualifizierung zum Projektmanagement als eine sehr fruchtbare Verbindung. Alle Ministerien waren aufgefordert, sich mit konkreten Projektideen zu bewerben.

Im Rahmen dieser Fortbildung finden sich z. B. folgende Projekte:

- Frauen und Männer in der Psychiatrie, eine Befragung von Patientinnen und Patienten
- Umstrukturierung des Landesgesundheitsamtes unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Auswirkungen

- Erarbeitung eines Personalentwicklungskonzeptes
- Arbeitszeit unter Berücksichtigung des GM in der Steuerverwaltung

Wir stehen mit dieser Fortbildungsveranstaltung erst am Beginn. Anhand konkreter Projekte zeigt sich, dass die konsequente Anwendung des Gender Mainstreaming neben Wissen und Erfahrung zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen vor allem eine positive Sensibilisierung und einiges an Phantasie zum Thema Gleichstellung benötigt.

Wir haben begonnen den Gender Mainstreaming-Ansatz auch auf die Durchführung dieser Fortbildung anzuwenden und damit zu experimentieren. So wurden beispielsweise die Ergebnisse einer Übung zur Teamqualifikation der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch nach geschlechtsspezifischen Kriterien ausgewertet, bzw. eine Phantasiereise ins „Genderland“ erprobt oder Gruppenübungen etwa zum Thema Widerstände in geschlechtshomogenen Gruppen durchgeführt. Auf diese Weise ergeben sich geschlechtsspezifische Sensibilisierungsprozesse und Reflexionen, die mehr zum Thema Gleichstellung bewirken als ein gut ausgearbeiteter Vortrag.

Lassen Sie mich eines dieser Projekte näher beschreiben: Im Rahmen der oben dargestellten Fortbildungsreihe wird ein Projekt in Zusammenarbeit des Psychiatriereferates des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales mit einem niedersächsischen Landeskrankenhaus durchgeführt. Eine wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Universität Osnabrück, da einer Studentin der Universität die Möglichkeit gegeben wird, im Rahmen des Projektes eine psychologische Diplomarbeit „Geschlechtsspezifische Krankheits- und Behandlungskonzepte bei Psychiatriepatienten“ zu schreiben.

Anhand von vier ausgewählten Stationen, die einen repräsentativen Durchschnitt für das Landeskrankenhaus bieten, soll eine Erhebung differenziert nach Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Behandlungsdauer und Aufnahmemodus durchgeführt werden. Durch eine Patientinnen- und Patientenbefragung sollen Informationen zu folgenden Themen erhoben werden:

- Zu geschlechtsspezifischen Bedürfnissen bzw. Wünschen und deren konzeptionelle Berücksichtigung.
- Zu wahrgenommenen Diskriminierungen wie z. B. einem unterschiedlichen Zugang zu psychotherapeutischen, ergotherapeutischen oder anderen Ressourcen.

- Eine Beschreibung des jeweiligen stationären Settings unter Aspekten des Gender Mainstreaming.
- Vorschläge für Veränderungen auf den Stationen von Patientinnen/Patienten und von Beschäftigten, die es Frauen und Männern eher ermöglichen könnten, Gleichwertigkeit zu erfahren.
- Medikation von Frauen bzw. Männern differenziert nach einzelnen Medikamentengruppen (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer).

Zusätzlich ist ein Experiment zur tatsächlichen bzw. wahrgenommenen Gender-Sensitivität psychologischer Persönlichkeitstests geplant.

So weit durch die Untersuchungen Möglichkeiten der Verbesserung der Chancengleichheit erkannt werden, ist beabsichtigt, diese mit der Klinikleitung umzusetzen.

Ergebnisse der einzelnen Projekte liegen noch nicht vor. Es ist jedoch bereits jetzt zu konstatieren, dass der konkrete Umsetzungsprozess ein langer und beschwerlicher Weg sein wird. Beschwerlich auch deshalb, da Gender Mainstreaming den selben Vorbehalten und Widerständen begegnet, mit denen sich Frauen- und Gleichstellungspolitik stets konfrontiert sieht. Da die Frage der Durchsetzung geschlechtsspezifischer Interessen sich durch Gender Mainstreaming jetzt in allen Politikfeldern stellt, gilt es viel Überzeugungsarbeit zu leisten auf allen Ebenen und in allen Bereichen. Letztlich wird sich der Einsatz jedoch lohnen, da eine moderne, innovative und gerechte Gesellschaft nach meiner Überzeugung nur eine auch in der Geschlechterfrage gleichgestellte Gesellschaft sein kann.

Die niedersächsische Landesregierung verfolgt bewusst die Doppelstrategie des Gender Mainstreamings einerseits und der spezifischen Frauenpolitik andererseits. Dabei müssen wir im Auge behalten, dass es nicht nur die Frauenministerin, die Frauenabteilung oder die Frauenbeauftragten sind, die das Thema Gleichstellung der Geschlechter bearbeiten, sondern, dass es ein Thema ist, das letztlich von allen in den Blick genommen werden muss.

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit und freue mich mit Ihnen auf kommende Vorträge.

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider,

Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes

Ich bin gebeten worden, mich auf dem Hintergrund meiner Forschungserfahrungen im Bereich der Frauengesundheit mit dem vom Europarat propagierten Konzept des Gender Mainstreaming auseinander zu setzen und zu diskutieren, ob dieses auch ein zukunftsweisendes Modell für die Gesundheitspolitik – und daraus abgeleitet für die Gesundheitsversorgung, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitsforschung sein kann. Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich schon seit geraumer Zeit zusammenarbeite, kennen mich als eine Wissenschaftlerin, die sich stets für die Interessen und Bedürfnisse der Frauen im Hinblick auf ihre Gesundheit eingesetzt hat.

Ausgangspunkte meiner Arbeit waren:

- die fehlende Berücksichtigung der Frauenperspektive in der Forschung, der Forschungsförderung und der Gesundheitsberichterstattung,
- die Fehl- oder Überversorgung der Frauen in der Medizin – etwa im Bereich der Medikalisierung durch Psychopharmaka oder der Hormonersatztherapie in der Menopause –, und
- die mangelnde Repräsentanz von Frauen in Leitungsfunktionen im Gesundheitswesen und in der Wissenschaft.

Ist die Gender Mainstreaming-Strategie auf dem Hintergrund der vielfach aufgezeigten Defizite und der Ungleichbehandlung der Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen vielleicht ein Konzept, in dem diese engagierte Frauenposition aufgegeben und zugunsten einer stets beide Geschlechter berücksichtigenden Strategie verwässert wird? Sollen nun die Bedürfnisse der Männer in der Gesundheitsversorgung in den Vordergrund gerückt und die Frauen nur noch im Vergleich der Geschlechter ihre politische und gesellschaftliche Bedeutung erlangen?

Ich habe mich in den letzten Wochen sehr sorgfältig mit verschiedenen Papieren zum Gender Mainstreaming befasst. Dabei ist erkennbar, dass offensichtlich noch viele Missverständnisse hinsichtlich des Konzepts und der Umsetzungsstrategie des Gender Mainstreaming bestehen. Ich orientiere mich deshalb an einem von einer Expertinnen-Gruppe des Europarates 1998 herausgegebenen Papier, in dem eine politisch sehr klare Definition des Konzepts formuliert und mögliche Fehlinterpretationen aufgegriffen und geklärt werden. Um das Ergebnis meiner Überlegungen vorweg zu nehmen: Ich bin zu dem Schluss gelangt, dass Gender Mainstreaming in der Tat eine wichtige und zentrale Strategie sein kann, die Ungleichbehandlung der Geschlechter und die Diskriminierung von Frauen zu bekämpfen. Dazu sind aber bestimmte Voraussetzungen nötig, von denen wir im deutschen Gesundheitswesen noch weit entfernt sind. Gender Mainstreaming baut auf den Politiken zur Gleichstellung von Frauen in der Gesellschaft auf, setzt sie sogar voraus. Sie geht aber darüber hinaus und stellt die Geschlechterfrage in allen Politik- und Entscheidungsbereichen – nicht nur in solchen, die für die Frauen besonders brisant sind. Ich möchte versuchen, in meinem Vortrag zu zeigen, wie dies in der Gesundheitspolitik, -versorgung und -forschung geschehen könnte, wo wir heute stehen und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssten, um das Gender Mainstreaming-Konzept erfolgreich umzusetzen. Dabei werde ich auf folgende Fragen eingehen:

- Wie ist das Gender Mainstreaming-Konzept bestimmt und welche Ziele sollen damit verfolgt werden?
- Welche Defizite in der Gesundheitspolitik, -versorgung und -forschung müssen Ausgangspunkt der Gender Mainstreaming-Strategie sein? Welche Methoden brauchen wir, um diese Defizite systematisch herauszuarbeiten?
- Ich möchte dann die von einer Expertinnengruppe des Europarates vorgeschlagenen Schritte zur Umsetzung des Gender Mainstreaming aufgreifen und auf den Gesundheitsbereich beziehen. Dabei stelle ich dar, welche Strategien zur Umsetzung des Gender Mainstreaming notwendig sind und welche Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssen.
- Am Ende nehme ich eine abschließende Bewertung des Verhältnisses zwischen einer auf Frauen orientierten Gesundheitsversorgung und dem Gender Mainstreaming-Konzept vor.

Wie ist das Gender Mainstreaming-Konzept bestimmt und welche Ziele sollen damit verfolgt werden?

Das Gender Mainstreaming-Konzept des Europarates (Council of Europe 1998) hat zum Ziel, alle Politikbereiche grundsätzlich unter der Geschlechterperspektive zu betrachten. In dem von einer Expertinnenkommission 1998 herausgegebenen Papier zum „Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken“ lautet die Definition wie folgt:

„Gender Mainstreaming ist die (Re)organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung grundsatzpolitischer Prozesse, mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle normalerweise an politischen Entscheidungen beteiligten Akteure einzubringen.“ (ebd., S. 14)

Dabei geht es nicht primär um eine formale oder juristische Gleichbehandlung von Frauen und Männern, sondern Ausgangspunkt dieser Politik ist die Ungleichbehandlung von und Ungerechtigkeiten gegenüber Frauen, denen mit dieser Strategie entgegengewirkt werden soll. Häufig besteht ein falsches Verständnis des Gender Mainstreamings in der Forderung, dass immer dann, wenn über die Situation der Frauen berichtet oder Entscheidungen getroffen werden, parallel dazu die Männer zu berücksichtigen sind. Hinter dieser Vorstellung steht ein sehr formaler Gerechtigkeitsbegriff, der suggeriert, dass eine quantitativ gleiche Verteilung von Themen und Aufmerksamkeit automatisch zu mehr Gerechtigkeit und Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern führe.

Die Ursprünge des Gender Mainstreaming-Konzepts lassen sich demgegenüber bis in die Frauenbewegung zurückverfolgen: Gemeinsamer Ausgangspunkt ist die Vernachlässigung der Frauenperspektive in Politik, Administration, Versorgung und Medizin, die Marginalisierung und Diskriminierung von Frauen in der Gesellschaft, die Ausgrenzung aus gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen und die tief greifende Nichtachtung der Bedeutung des Geschlechterverhältnisses für alle gesellschaftlichen Prozesse. Diesem soll mit der neuen Strategie entgegengewirkt werden. In Abgrenzung zu der bisherigen Frauenpolitik sollen aber nicht nur Einzelthemen, die ausschließlich Frauen betreffen (im Gesundheitsbereich z. B. sexualisierte Gewalt, reproduktive Gesundheit, Familienplanung oder Brustkrebs), zum Gegenstand gemacht werden, vielmehr ist eine umfassende, alle Bereiche einschließende Gesamtstrategie in der Gesundheitspolitik zu entwickeln.

Dabei geht es jedoch nicht darum, die Unterschiedlichkeit von Frauen und Männern zu ignorieren oder auszugleichen – diese besteht sowohl hinsichtlich sozialer als auch biologischer Merkmale. Ihr muss sogar besonders Rechnung getragen werden, wenn es etwa um Unterschiede zwischen Frauen und Männern je nach sozialer Lage, ethnischer Herkunft oder im Leben mit chronischer Krankheit oder Behinderung geht, denn diese Unterschiede können für Frauen und Männer mit geschlechtsspezifisch ungleich verteilten Chancen verbunden sein.

Fokus des Gender Mainstreaming ist die sozial konstituierte Definition des Geschlechterverhältnisses. Erst durch die Herausarbeitung der in dem Geschlechterverhältnis begründeten Benachteiligungen können Entscheidungssituationen ausreichend analysiert, die Defizite herausgearbeitet und Lösungsstrategien entwickelt und umgesetzt werden. Gender Mainstreaming erhält seine spezifische Bedeutung auf dem Hintergrund der Grenzen der bisherigen Gleichstellungspolitik. Dieser lag oft ein zu enger, juristischer Begriff zugrunde und sie konzentrierte sich auf Themen, bei denen für die Frauen ein besonderer Nachholbedarf bestand, wie etwa bei Maßnahmen zur Gleichstellung im Beruf. Gender Mainstreaming thematisiert demgegenüber beide Geschlechter in ihrem Bezug zueinander und entwirft ein alle gesellschaftlichen Bereiche umfassendes politisches Konzept.

Defizite in der Gesundheitspolitik, -versorgung und -forschung als Ausgangspunkte der Gender Mainstreaming-Strategie

Lassen Sie mich nun zu der Frage kommen, welche Defizite in der Gesundheitspolitik, -versorgung und -forschung Ausgangspunkt der Gender Mainstreaming-Strategie sind. Die englische Politikwissenschaftlerin Lesley Doyal (1999) hat in einem Vortrag im vergangenen Jahr herausgearbeitet, dass die Strategie des Gender Mainstreaming und neuere Politikkonzepte zu Public Health auf europäischer Ebene bislang voneinander getrennt diskutiert und entwickelt wurden. Dieser Mangel ist auch für die BRD erkennbar: Hier hat die Gender Mainstreaming-Diskussion weder in der politischen Public Health-Debatte noch in der gesundheitspolitischen Diskussion und den Reformbestrebungen allgemein einen Stellenwert. Zwar wurde von einigen engagierten Frauen die Berücksichtigung dieser Fragen immer wieder eingefordert. Im Ernstfall gehörten sie jedoch zu den ersten, die in der Prioritätenliste hinten angestellt wurden.

Dabei lassen sich aus dem Versorgungsbereich ungezählte Beispiele anführen, wo Defizite hinsichtlich der Berücksichtigung der Geschlechterperspektive zu einer heute so heftig diskutierten Über-, Unter- oder Fehlversorgung geführt haben. So war bereits Ausgangspunkt der Frauengesundheitsbewegung die Kritik an der Medizin, dass diese – etwa im Bereich der Reproduktionstechnologie – die Frauen von der Selbstbestimmung über den eigenen Körper entmündigt habe. Aufgegriffen wurden zunächst solche Themen, in denen die Nichtachtung und Diskriminierung von Frauen besonders gravierend und erkennbar waren, wie im Bereich von körperlicher und sexualisierter Gewalt oder der freien Entscheidung über Schwangerschaft und Geburt. Mit der Frauengesundheitsforschung kamen dann solche Themen dazu, wo durch blinde Flecken der herkömmlichen Forschung und dem Fehlen einer Geschlechterperspektive Frauenbelange gar nicht in den Blick gekommen waren. Es wurden Fragen aufgegriffen, die im Grundsatz sowohl für Frauen als auch Männer von Bedeutung sind, die aber nie aus der Frauenperspektive heraus thematisiert worden waren. Dazu gehörten Fragen der Bedingungsfaktoren und Ursachen für das Paradox, dass Frauen zwar länger leben als Männer, aber einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand haben als diese; dazu gehörte die Frage der Bedingungen und Hintergründe des höheren Medikamentenkonsums von Frauen im Bereich psychoaktiver Substanzen und die Frage angemessener Konzepte für Frauen in der psychosozialen Beratung und der Gesundheitsförderung.

Zunehmend sind in den letzten Jahren – stark beeinflusst durch die US-amerikanische Diskussion – die so genannten Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebs ins Blickfeld gerückt. So konnte gezeigt werden, dass für Frauen spezifische Risiko- und Schutzfaktoren für die bislang vornehmlich für die Männer untersuchten Herz-Kreislauf-Krankheiten bestanden und erstmalig wurden in den USA im Rahmen großer Forschungsprogramme Ursachen und Bedingungsfaktoren für Brustkrebs bei Frauen untersucht.

Dabei lag der Fokus zunächst darauf, die Besonderheiten der Frauen ins Visier zu nehmen, um die aus den Bestandsanalysen deutlich gewordenen Forschungs- und Versorgungsdefizite bzgl. der Frauen in Angriff zu nehmen. Es zeigte sich jedoch, dass die einseitige Orientierung auf die Frauen bei der Beantwortung spezifischer Fragen an ihre Grenzen stieß. Viele Fragen – etwa die zu den Ursachen für die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern – lassen sich erst im Vergleich der Geschlechter und bei konsequenter

Betrachtung des Geschlechterverhältnisses beantworten. So ist zum Beispiel der Einfluss biologisch-hormoneller Faktoren auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten erst im Vergleich von Männern und Frauen richtig verstehbar; der Einfluss der Familie als Belastung und Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden ist zwar für die Frauen gut untersucht – wie sieht er jedoch bei den Männern aus? Wie lässt sich die höhere Rate von *Suicidversuchen* bei Frauen gegenüber der höheren *Suicidrate* bei Männern erklären? Wieso bekommen Frauen insgesamt mehr psychoaktive Medikamente verschrieben, aber die Gesamtkosten für diese Therapien liegen bei den Männern höher, weil sie weniger aber teurere Medikamente erhalten? Liegt hier eine bessere Versorgung der Männer vor oder haben diese ein anderes Krankheitsbild, das anders behandelt werden muss?

Methoden geschlechtssensibler Forschung – ein Beispiel für Gender Mainstreaming?

Diese Fragen sind nur zu beantworten, wenn zwei Schritte abgearbeitet werden:

- Erstens ist die bisherige gesundheitswissenschaftliche und medizinische Forschung daraufhin abzuklopfen, ob und in welcher Weise Frauen- und Geschlechterfragen darin untersucht wurden.
- Zweitens sind Konzepte und Methoden zu entwickeln, mittels derer ggf. geschlechtsspezifische Verzerrungen in der Forschung vermieden werden und eine den Besonderheiten und Unterschieden der Geschlechter angemessene Methodik in der Forschung und in der gesundheitlichen Planung implementiert werden kann.

Die amerikanische Wissenschaftlerin Rosser (1993) hat in einer Wissenschaftsanalyse herausgefunden, dass sich fünf Phasen in der Entwicklung geschlechtssensibler Forschung beobachten lassen:

- In der ersten Phase sind Frauen als spezifische Untersuchungseinheit in der Medizin – ausser in Bezug auf die reproduktive Gesundheit und gynäkologische Erkrankungen – nicht präsent.
- In der 2. Phase werden Frauen schrittweise in Untersuchungsdesigns mit aufgenommen, aber der männlichen Norm entsprechend beforscht.
- Phase 3 ist die Kritik dieser falschen Normierung aus feministischer Perspektive;

- in Phase 4 wird ein eigenständiger Forschungsschwerpunkt Frauengesundheit entwickelt und
- Phase 5 ist schließlich der Ausgleich zwischen den Geschlechtern und die Integration frauen- und geschlechtsspezifische Fragestellungen in alle Forschungsbereiche.

Transformationsphasen	Geschlechtssensible Gesundheitsforschung
1. Frauen kommen in der Forschung nicht vor	Die Biologie des Mannes gilt als die unhinterfragte Norm.
2. Androzentrismus: Frauen werden an der männlichen Norm gemessen	Frauen werden in Studien mit eingeschlossen, aber der männlichen Norm entsprechend beforscht.
3. Kritik des Androzentrismus	Erkenntnis, dass die Erforschung der Gesundheit der Frauen nicht an der männlichen Norm gemessen werden kann; Erarbeitung von Methoden zur Identifikation geschlechtsspezifischer Verzerrungen (gender bias)
4. Frauen als Focus	Entwicklung eines eigenen Forschungsschwerpunkts „Frauen und Gesundheit“; Aufgreifen von Themen, die für die Frauen besonders wichtig sind
5. Geschlechtssensible Forschung	Integration des Geschlechts in alle gesundheitsbezogenen Forschungsfragen und -gebiete

Abb. 1: Phasenmodell der Entwicklung einer geschlechtssensiblen Gesundheitsforschung (nach Rosser 1993)

Für die Forschung stellt sich auf diesem Hintergrund die Frage, was zu tun ist, um diesen Entwicklungsprozess in Gang zu bringen. Wie können wir herausfinden und belegen, dass Frauen in der Forschung nicht vorkommen oder dass Konzepte und Ergebnisse, die für Männer gewonnen wurden, unhinterfragt auf die Frauen übertragen werden? Wie können wir der Frauenperspektive besser Geltung verschaffen und welche Methoden und Konzepte brauchen wir, damit – i. S. des Gender Mainstreaming in der Wissenschaft – die Geschlechterperspektive und das Geschlechterverhältnis konsequent in allen Erkenntnisprozessen mit berücksichtigt werden?

Margrit Eichler (2000) hat uns dafür – ausgehend von feministischen Theorien – ein Konzept und eine Methodik geliefert. Auf der Theorieebene arbeitete sie drei Formen der Nichtberücksichtigung des Geschlechts in der Wissenschaft heraus: den Androzentrismus, die Geschlechtsinsensibilität und den doppelten Bewertungsmaßstab. Diese Quellen des „gender bias“ bestimmt sie wie folgt:

- **Androzentrismus** umfasst die Annahme der männlichen Sichtweise und die Durchführung der Forschung und der gesundheitlichen Versorgung aus einer männlich bestimmten Perspektive, d. h. Männer stehen im Vordergrund, Frauen werden an ihnen gemessen. Studienergebnisse, -zugänge, -methoden, die für Männer gewonnen wurden oder angebracht sind, werden ohne zu hinterfragen auf Frauen übertragen. Hierdurch können unangemessene Schlüsse gezogen werden. So wurden z. B. Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen zunächst v.a. für Männer untersucht, und angenommen, dass für Frauen die gleichen Risikofaktoren gelten. Erst später stellte sich heraus, dass bei Frauen auch andere Faktoren, z. B. die weiblichen Geschlechtshormone (Östrogene) auf das Erkrankungsrisiko wirken.

Eine Unterform des Androzentrismus ist die **Übergeneralisierung**. Sie bedeutet, dass Studienergebnisse, die an Männern gewonnen wurden, auf Frauen ungeprüft übertragen werden. Beispielsweise wurde ein neues medikamentöses Verfahren an Männern getestet und hat sich dort als wirksam erwiesen. In der Versorgung wird dieses Medikament jedoch auch bei Frauen angewandt, obwohl bei diesen weder die Wirksamkeit erwiesen ist noch abgeklärt wurde, ob das Verfahren bei Frauen eventuell unerwartete Nebenwirkungen haben könnte.

- **Geschlechtsinsensibilität** heißt, dass das biologische und das soziale Geschlecht als bedeutsame Faktoren in dem jeweiligen Untersuchungszusammenhang ignoriert werden, bzw. mangelndes Bewusstsein in der Forschung und Versorgung besteht, dass beide Geschlechter differenzierend betrachtet werden müssen. So ist die Behandlung und Diagnostik bei Verdacht auf Herzinfarkt bei Frauen und Männern unterschiedlich. Da Frauen oft eine andere Symptomatik aufweisen als Männer, wird bei ihnen weniger häufig der Verdacht auf Herzinfarkt geäußert und insgesamt seltener invasive Diagnostik angewendet.
- **Doppelter Bewertungsmaßstab** ist die unterschiedliche Behandlung oder Evaluierung gleicher Situationen auf der Basis des Geschlechts und die Beforschung, Messung, Evaluierung oder gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern mit unterschiedlichen Methoden, Zugängen, Konzepten oder Versorgungsangeboten. Beispielsweise stellte die Untersuchung des Einflusses der beruflichen Belastung auf die Gesundheit einen wichtigen Bereich für die Beforschung der Gesundheit von Männern dar; für Frauen wurde dieser Bereich bislang weniger untersucht; hier wird der Schwerpunkt auf die familiären Belastungen gelegt. Für beide Geschlechter ist aber die Erforschung beider Bereiche von Bedeutung.

Eichler betont, dass geschlechtsspezifische Verzerrungseffekte in vielfältiger Weise in jeder Phase des Forschungsprozesses (von der Formulierung der Forschungsfrage über die Datensammlung bis zu den Schlussfolgerungen) vorkommen können. Daher sollte für jede einzelne Phase kritisch geprüft werden, in welcher Art und Weise hier Verzerrungseffekte (gender bias) auftreten können, um diese im Hinblick auf die Qualität der Ergebnisse zu vermeiden. Dafür gibt sie einen Fragenkatalog vor, der in der folgenden Tabelle in Kurzform wiedergegeben ist.

Phasen des Forschungsprozesses	Fragestellungen/Kriterien
Forschungsfrage	Sind in die Forschungsfrage Frauen mit eingeschlossen? Falls nicht, wie wird das begründet?
Theoretischer Rahmen	Sind geschlechtsspezifische Unterschiede in der Theorie angemessen angesprochen?
Literaturreview	Wurden in die Literaturübersicht Forschungen zu beiden Geschlechtern mit einbezogen? Falls ja, sind sie angemessen dargestellt?
Studiendesign und Stichprobe	Sind Frauen in die Stichprobe mit eingeschlossen?
Instrumente	Werden Erhebungsinstrumente verwendet, die geschlechtsspezifische Unterschiede angemessen erfassen?
Datensammlung	Ermöglichen die Methoden der Datensammlung geeignete Zugänge zu beiden Geschlechtern?
Datenanalyse	Sind die statistischen Methoden geeignet, geschlechtsspezifische Aspekte angemessen herauszuarbeiten?
Datenpräsentation	Werden die Ergebnisse geschlechtsspezifisch dargestellt?
Schlussfolgerungen und Empfehlungen	Werden in den Schlussfolgerungen und Empfehlungen die Unterschiede in den Lebenswelten von Männern und Frauen angemessen berücksichtigt?

Abb. 2: Fragenkatalog zur Erfassung von Gender Bias im Forschungsprozess

Mit diesem Fragenkatalog steht also ein Instrument zur Identifikation von geschlechtsspezifischen Verzerrungen in der bestehenden Forschung zur Verfügung. Zum anderen lassen sich daraus jedoch auch Forschungsrichtlinien und Methoden entwickeln, die Vorgaben für eine geschlechtssensible Forschung machen. So können wir den Fragenkatalog nicht nur im Nachhinein zur Bewertung durchgeführter Forschung verwenden, sondern ihn in der Planung und Durchführung von Studien bereits in allen Phasen quasi als Merkposten für die Arbeit und Prüfung des Vorgehens anlegen. Der Fragebogen kann auch Ausgangspunkt für die Entwicklung von Forschungsguidelines der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sein. Im Rah-

men eines aktuell laufenden Forschungsprojektes der Public Health-Forschung (Maschewsky-Schneider 2000) erstellen wir eine Bestandsaufnahme zur Geschlechtssensibilität bzw. -insensibilität in der Public Health-Forschung der vergangenen 10 Jahre in Deutschland und beabsichtigen, in Kooperation mit der Kollegin Eichler ein Richtlinienwerk für die Gesundheitsforschung in Deutschland zu entwickeln.

Bezieht man diese Arbeiten auf die Diskussion zum Gender Mainstreaming, dann wäre dies als ein erster Schritt in der Umsetzung des Gender Mainstreaming-Konzepts in der Gesundheitsforschung zu verstehen. Bezogen auf die Diskussion Frauenforschung versus Geschlechterforschung lässt sich an Eichlers Konzept zeigen, wie beide Hand in Hand gehen müssen. d. h., zunächst sind – im Sinne der Phasen von Rosser – die Defizite der Forschung aufzudecken, dann sind Fragen und Instrumente zu entwickeln, mittels derer wir in die Lage versetzt werden, die bislang vernachlässigten Fragen zur Frauengesundheit zu untersuchen. Auf einer dritten Ebene ist dann dafür Sorge zu tragen, dass diese Instrumente und Zugänge gewährleisten, dass die Situation der Geschlechter in ihren unterschiedlichen und gemeinsamen Bedingungsfaktoren methodisch und theoretisch angemessen, d. h. objektiv und valide repräsentiert sind.

Geschlechtssensible Methoden in der Planung und Entwicklung

Eichlers Konzept und Methoden beziehen sich zunächst auf die Forschung. Für die Planung und Entwicklung im Gesundheitswesen ist es jedoch nicht nur wichtig, sich auf geschlechtssensible Forschungsergebnisse als Wissensbasis beziehen zu können, vielmehr muss der gesamte Planungs- und Umsetzungsprozess in Hinblick auf seine Geschlechtssensibilität geprüft und gelenkt werden. Wie das aussehen könnte, möchte ich kurz umreißen. Der Planungs- und Implementationsprozess lässt sich in folgende Phasen einteilen:

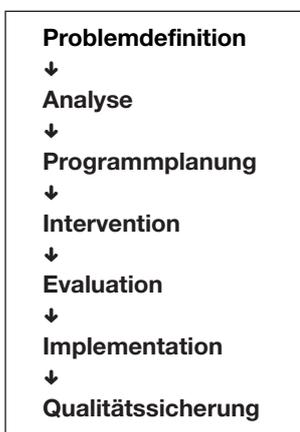


Abb. 3: Phasen des Planungs- und Implementationsprozesses

Um in all diesen Phasen zu gewährleisten, dass die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedingungen bei Frauen und Männern und die möglicherweise unterschiedlichen Programmwirkungen herausgearbeitet werden können, sind analog zu den Phasen des Forschungsprozesses analytische Fragen zu formulieren, die in der folgenden Übersicht dargestellt sind.

Problemdefinition	<p>Wurden Frauen in dem Themenbereich bislang überhaupt berücksichtigt?</p> <p>Welche Versorgungsbereiche sind für Frauen von besonderer Relevanz und wurden sie dort bisher angemessen berücksichtigt?</p> <p>Gibt es Versorgungsbereiche, in denen Frauen bislang besonders vernachlässigt wurden?</p> <p>Sind Frauen und Männer in der gleichen Weise von dem Phänomen betroffen?</p> <p>Brauchen wir für sie unterschiedliche Zugänge und Versorgungsmaßnahmen?</p>
Analyse	<p><i>Epidemiologie:</i></p> <p>Unterscheiden sich Frauen und Männer hinsichtlich der Prävalenz (der Krankheit, Risikofaktoren)? Gibt es jeweils unterschiedliche Risikogruppen, bzw. biologische/soziale Risiken und Ressourcen?</p> <p>Wurden Ergebnisse/Versorgungsmodelle, die für Männer gewonnen wurden, ungeprüft auf Frauen übertragen? Welche unterschiedlichen Wirkungen sind bei Frauen und Männern bekannt?</p> <p><i>Struktur:</i></p> <p>Welche Institutionen des Gesundheitswesens erreichen welche Zielgruppen? Welche Zielgruppen werden gar nicht erreicht?</p> <p>Wer hat den Versorgungsauftrag für wen? Sind die Institutionen sensibel in Hinblick auf die Geschlechterfrage?</p>

	<p><i>Bereitschaft:</i></p> <p>Besteht bei beiden Geschlechtern die gleiche Bereitschaft, Akzeptanz, sich an dem Programm zu beteiligen? Wie kann diese ggf. geweckt werden?</p>
Programmplanung	<p><i>Struktur:</i></p> <p>Welche Akteure/Institutionen müssen beteiligt werden, um einen angemessenen Zugang zu beiden Geschlechtern zu gewährleisten?</p> <p>Sind diese für beide Geschlechter gleich? Bestehen Vernetzungen, über die der Geschlechterzugang besonders hergestellt werden kann?</p> <p><i>Programm:</i></p> <p>Wie müssen die Maßnahmen gestaltet werden, damit Frauen und Männer gleichermaßen erreicht werden und sie gleichermaßen wirksam sind?</p> <p>Gibt es für beide Geschlechter gleiche Finanzierungswege (z. B. Rehabilitation, arbeitsbedingte Erkrankungen) bzw. wo können ggf. solche Quellen erschlossen werden?</p> <p>Ist die Maßnahme geeignet, Ungleichheiten und ggf. Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern auszugleichen?</p>
Evaluation	<p>Kann die Maßnahme bei Frauen und Männern unterschiedliche Effekte haben?</p> <p>Ist das Evaluationsdesign geeignet, diese herauszuarbeiten? (s.a. Fragen zur Identifikation des Gender Bias in der Forschung)</p>
Implementation	<p>Wie muss das Programm entsprechend den Evaluationsergebnissen (für Männer und Frauen) angepasst werden?</p>
Qualitätssicherung	<p>Müssen für Frauen und Männer unterschiedliche Kriterien für die Sicherung der Qualitätsstandards definiert werden?</p> <p>Wie können diese laufend geprüft werden?</p>

Abb. 4: Fragen zur Erfassung des gender bias im Planungs- und Implementationsprozess

Schon auf der Ebene der Problemdefinition sollte die Frage nach den möglichen unterschiedlichen Problemlagen bei Frauen und Männern gestellt werden. Wenn z. B. das Ausgangsproblem eine schlechte gesundheitliche und soziale Versorgung von drogenabhängigen, HIV-infizierten bzw. AIDS-kranken Menschen ist, dann sollte in der Problemdefinition von Beginn an enthalten sein, dass Unterschiede zwischen Frauen (z. B. durch Schwangerschaft und Geburt; erhöhte Gefährdung durch sexuelle Gewalt) und Männern (z. B. Gefährdung durch körperliche Gewalt oder im Sexualverkehr) bestehen, die bei einer bedarfsgerechten Versorgung berücksichtigt werden müssen.

In der Analyse der bestehenden Versorgungssituation und ihrer Defizite sind die möglichen Geschlechterunterschiede auf allen Ebenen zu berücksichtigen, d. h., bezogen auf die epidemiologische Datenbasis, die strukturellen Rahmenbedingungen und Akteure und bezogen auf die mögliche Akzeptanz und Bereitschaft für die Annahme eines neuen Versorgungskonzepts. Dies gilt in gleicher Weise für die Programmplanung, die Implementation und die spätere Qualitätssicherung. Für die wissenschaftliche Evaluation sind die von Eichler für die Forschung entwickelten Kriterien anzulegen.

Eine weitere Ausarbeitung des hier nur grob dargestellten Konzepts zur Identifikation und Vermeidung von gender bias im Planungs- und Implementationsprozess – analog zu Eichlers Forschungsrichtlinien – wäre eine dringende Aufgabe. So hätten wir eine Methode für die Gesundheitsversorgung, einschließlich der Gesundheitsförderung und -beratung und der Rehabilitation, mittels derer die Geschlechterperspektive im Sinne des Gender Mainstreaming systematisch berücksichtigt werden kann.

Strategien zur Umsetzung einer umfassenden Strategie des Gender Mainstreaming in der Politik

Ich habe mit der bisherigen Darstellung versucht, deutlich zu machen, wie die geschlechtsspezifischen Verzerrungen (gender bias) in der Forschung identifiziert und vermieden und die von Eichler dafür entwickelten Fragen und Methoden auch auf die Planung und Entwicklung von spezifischen Gesundheitsförderungs- und Versorgungsmodellen umgesetzt werden könnten. Ich möchte jetzt über die dritte Ebene, die Politik und die Integration von Gender Mainstreaming auf allen Entscheidungsebenen sprechen.

In dem bereits zu Beginn dieses Artikels zitiertem Papier der Expertinnen-Gruppe des Euro-
parates geben die Autorinnen konkrete Schritte an, die für die Umsetzung des Gender Main-
streaming in verschiedenen Sektoren zu gehen sind. Diese sind auf vier Ebenen anzusiedeln:

1. den Voraussetzungen, die für die Entwicklung einer Gender Mainstreaming-Politik gegeben sein müssen
2. Inhalte und Schwerpunktsetzungen für die Gender Mainstreaming-Politik
3. Techniken und Methoden des Gender Mainstreaming
4. Akteure und Strukturen, die für die Umsetzung von Gender Mainstreaming einbezogen werden müssen.

Diese vier Schritte oder Ebenen zielen auf die Entwicklung einer politischen Gesamtstrategie in den jeweiligen Politikbereichen. Wenn wir diese von der Expertinnengruppe aufgeführten Ebenen auf die Gesundheitspolitik beziehen, sollte es uns möglich sein, die Barrieren und Chancen für eine am Gender Mainstreaming ausgerichtete Gesundheitspolitik in Deutschland aufzuzeigen. Wie das aussehen könnte, habe ich versucht, in der anliegenden Übersicht darzustellen.

1. Ebene	
Voraussetzungen für die Entwicklung der Gender Mainstreaming-Politik	
1.1 Besteht der politische Wille zur Realisierung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik?	
Akteure Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Länderministerien, Interessens- und Berufsverbände, Forschungsförderer	
Entschlüsseungen, Verordnungen	

1.2 Bestehen bereits Ansätze für eine frauenspezifische Gesundheitspolitik? Welche Bereiche betrifft das und welche Akteure spielen dabei eine wichtige Rolle?	
Bereiche Gesetze, Versorgungsstrukturen in der Medizin oder Rehabilitation, Gesundheitsförderung und -beratung, Projekte, Modell(versuche), Forschungsprogramme, Lehre	
Akteure Ministerien, Leistungsträger, Verbände, Lobbygruppen, Forschungsförderer	

1.3 Welches Wissen und welche Erkenntnisse zum Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit gibt es bezogen auf die BRD (und international)?	
Forschung	
Gesundheitsberichterstattung für Deutschland (z. B. Gesamtbericht, Frauengesundheitsbericht, Spezialberichte)	
Struktur des Gesundheitswesens (z. B. Finanzierung, bedarfsgerechte Versorgung)	
Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Angebote, Akzeptanz, Wirkungen)	

1.4 In welcher Weise und in welchem Ausmaß sind Frauen in Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik/im Gesundheitswesen integriert?	
Politik (Bund, Länder, Kommunen)	
Versorgungssystem	
Verbände/Organisationen/Lobbygruppen	
Forschung/Lehre	

1.5 Welche Finanzquellen stehen für die Implementation der GM-Strategie zur Verfügung?	
Initiierungsphase Politik, Forschung	
Implementationsphase Leistungsträger im Gesundheitswesen	

2. Ebene Inhalte und Gegenstandsbereiche, auf die sich die Gender Mainstreaming-Politik beziehen sollte (Gesundheit ist bereits ein prioritärer Gegenstandsbereich)
--

2.1 Welches sind innerhalb des Gesundheitswesens prioritäre Bereiche?	
Gesetze	
Gesundheitsziele	
Behandlungsleitlinien	
Qualitätssicherung	
Evaluation im Gesundheitswesen	
Gesundheitsberichterstattung	
Forschung (Medizin, Gesundheitswissenschaften)	

3. Ebene

Welche Techniken und Methoden müssen für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik entwickelt und eingesetzt werden?

3.1 Analytische Methoden

Statistiken	
Erhebungen/Prognosen	
Forschungen	
Kosten-Nutzen-Analysen	
Leitsätze/Richtlinien	
Checklisten	
Gender Impact Assessment (Gleichstellungsverträglichkeitsprüfung)	

3.2 Pädagogische Methoden

Kurse/Schulungen	
Supervision/Beratung	
Leitfäden/Handbücher	
Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit	

3.3 Konsultative und partizipative Methoden

Lenkungsgruppen (Bund, Länder, Kommunen, bsd. Sektoren, Forschung)	
Arbeitsgruppen (nach Inhalten und Aufgaben)	
Organisationspläne	
Hearings	
Konferenzen/Seminare	

4. Ebene
Welche Akteure werden für die Umsetzung des Gender Mainstreaming gebraucht und welche Funktionen können sie erfüllen?

4.1 Rolle der Politik	
4.2 Rolle der Verwaltung	
4.3 Rolle der Gleichstellungsmechanismen	
4.4 Rolle der Leistungsträger Kassen, Rentenversicherungsträger, Wohlfahrtsverbände	
4.5 Rolle der Leistungserbringer ambulanter und stationärer Bereich, Pflege, ÖGD, Einrichtungen der Gesundheitsförderung	
4.6 Rolle von Wissenschaft und Experten	
4.7 Rolle der NGOs, Interessensgruppen, Patientenvertretung	
4.8 Beitrag der Medien	
4.9 Rolle der supranationalen Institutionen	

Abb. 5: Strategien und Aufgaben zur Umsetzung des GM (European Council 1998) in die Gesundheitspolitik in Deutschland

Natürlich ist diese Übersicht unvollständig und nicht alle ggf. zu berücksichtigenden Akteure, Themen, Strukturen und Techniken sind aufgeführt. In der linken Spalte der Übersicht sind die für die Gesundheitspolitik und -planung zu berücksichtigenden Handlungsbereiche und Akteure aufgeführt. In der rechten Spalte wären die Informationen und Daten über die Bundesrepublik Deutschland zusammenzutragen, die wir für die Vorbereitung der Politikstrategien brauchen, bzw. die spezifischen Techniken und Methoden zu benennen, die zur Umsetzung eingesetzt werden sollen.

Insgesamt stellt diese Übersicht eine erste Orientierung für die Aufstellung eines komplexen Organisations- und Entwicklungsplans für diese neu zu implementierende Politik dar. Dabei spielt es im Grunde keine Rolle, ob Gender Mainstreaming in nur einem Sektor (z. B. in der Rehabilitation) umgesetzt werden soll oder, ob es um eine politische Gesamtstrategie für die Bundesrepublik Deutschland geht. Erkennbar wird jedoch, dass es deutlich mehr erfordert, als sich einen Bereich herauszusuchen und dort ein spezifisches Angebot für Frauen zu entwickeln.

Versuch einer Gesamtbewertung des Verhältnisses von Frauengesundheit und Gender Mainstreaming

Abschließend möchte ich eine zusammenfassende Bewertung des Verhältnisses von einer ausschließlich auf Defizite in der Versorgung von Frauen ausgerichteten Frauengesundheitspolitik bzw. -forschung und -versorgung gegenüber dem Gender Mainstreaming vornehmen. Es konnte gezeigt werden, dass es gleitende Übergänge zwischen einer ausschließlich auf Forschungs- und Versorgungsdefizite ausgerichteten Frauengesundheitspolitik und dem Gender Mainstreaming gibt. Beide bedingen einander, denn einerseits setzt eine erfolgreiche Gender Mainstreaming-Strategie eine engagierte Frauenpolitik voraus, andererseits erschließen sich viele Fragen erst im konsequenten Geschlechtervergleich.

Die Geschichte der Frauengesundheitsforschung (s. Rosser) zeigt, dass unter bestimmten Bedingungen und in einer bestimmten Entwicklungsphase eine ausschließliche Orientierung auf frauenspezifische Fragen notwendig ist:

- Erstens, wenn für eine Krankheit, deren Ursachen und Bedingungen entweder keine Kenntnisse über die Frauen vorliegen oder wenn Kenntnisse über Männer ungeprüft auf die Frauen übertragen werden. Eine Betrachtung nur der Frauen ist auch dann notwendig, wenn ein Versorgungsangebot Frauen bisher ausschloss bzw. Versorgungsmodelle für Männer ungeprüft auf die Frauen übertragen werden.
- Zweitens ist eine Konzentrierung auf die Gesundheit der Frauen dann angemessen, wenn es sich um Bedingungen und Krankheiten handelt, die ausschließlich Frauen betreffen, wie etwa im Bereich der reproduktiven Gesundheit oder gynäkologischen Erkrankungen. Aber auch die Forschungen zu diesem Thema sind einer systematischen Methoden- und Theorieanalyse zu unterziehen, wenn nämlich aus einer androzentristischen Sichtweise heraus diese Bereiche einseitig beforscht wurden und es gilt, diese Verzerrungen aufzudecken. Geschlechtssensible Gesundheitsforschung setzt also eine theoretisch und methodisch engagierte Frauenposition voraus, so wie die politische Strategie des Gender Mainstreaming eine bereits bestehende Frauengesundheitspolitik voraussetzt.

Gender Mainstreaming ist auf diesem Hintergrund als konsequente Weiterentwicklung der Frauengesundheitsbewegung und -politik zu verstehen. Sie dringt in alle Forschungsbereiche und auf alle Entscheidungsebenen ein, öffnet aber den Blick auf die Beziehung der Geschlechter zueinander. Damit wird es möglich, blinde Flecken und einseitige Zugänge, die durch Vorurteile darüber geprägt sind, wie Frauen und Männer sein sollen, in den Blick zu nehmen.

Sie mögen die von mir heute dargestellten Konzepte für visionär halten und sich fragen, welche Umsetzungschancen wir für eine solche umfassende Gesundheitspolitik und -versorgung haben. Besteht in Deutschland überhaupt ein ausreichender politischer Wille für Gender Mainstreaming? Welche Akteure sind dafür zu gewinnen und von wo könnte dafür eine Initialzündung ausgehen? An welchen Sektoren des Gesundheitswesens wäre prioritär anzusetzen und wie könnte Gender Mainstreaming in der Forschung, der Forschungsförderung und der Versorgung aussehen?

Diese Fragen lassen sich hier und heute nicht beantworten: Ich hoffe jedoch, dass es mir gelungen ist, zumindest Sie davon zu überzeugen, dass es sich lohnt, über Gender Mainstreaming etwas genauer nachzudenken und zu überlegen, welchen Beitrag Sie persönlich im Rahmen ihres Aufgabengebietes dazu leisten könnten.

Literatur

- Council of Europe (ed) (1998): Gender Mainstreaming – Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Schlussbericht über die Tätigkeit der Group of Specialists on Mainstreaming (EG-S-MS). Strasbourg. German Version. EG-S-MS (98) 2
- Doyal, L. (1999): Gender Equity and Public Health in Europe. A Discussion Document. Prepared for European Institute for Women's Health, Dublin, September 2000
- Eichler, M. (2000): Moving Toward Equality: Recognizing and Eliminating Gender Bias in Health. Manual for Health Canada
- Maschewsky-Schneider, U., Fuchs, J. (2000): Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: David, M, Borde, Th. (Hrsg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Mabuse Verlag (Frankfurt/M), S. 27–42
- Rosser, SV (1993): A Model for a Speciality in Women's Health. Journal of Women's Health 2: 222–224

Prof. Dr. Irmgard Vogt,

FHS Frankfurt/Main

Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen?

1. Gender Mainstreaming als Leitorientierung

Nimmt man Gender Mainstreaming als Leitorientierung im Gesundheitsbereich ernst (Sonntag 1999), dann eröffnen sich neue Perspektiven zur Untersuchung geschlechtsspezifischer Fragen in allen Praxisfeldern, so auch im Suchtbereich. Orientiert man sich dabei an dem Modell von Eichler (2000), auf das Maschewsky-Schneider in ihrem Beitrag ausführlich eingeht, dann stehen folgende methodische Schritte an:

- Problemdefinition,
- Analyse, z. B. der vorliegenden epidemiologischen Daten,
- Programmplanung,
- Evaluation,
- Implementation und
- Qualitätssicherung.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die ersten beiden Schritte, also auf die Problemdefinition und die Analyse von epidemiologischen Daten sowie eine damit verbundene kritische Prüfung der Ergebnisse im Lichte von Gender Mainstreaming.

2. Problemdefinition

Phänomene des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Alkohol oder von Opium sind alt; sie sind vielfach beschrieben worden und haben u. a. einen festen Platz in der Kunst (Spode 1993, Schivelbusch 1980). Erst in den letzten drei Jahrhunderten sind wissenschaftliche Abhandlungen dazugekommen. In der Regel sind es Männer, die als Trunkenbolde oder als Opiumesser dargestellt worden sind und die das Interesse der Wissenschaft hervorgerufen haben. Gelegentlich kommen in den künstlerischen Darstellungen, in Epen, Dramen und vereinzelt in der Malerei auch Frauen vor, jedoch als ganz besonders abschreckende Beispiele

vor allem der Trunksucht. Jahrhundertlang war also der Diskurs um Exzesse, Rausch und schließlich Sucht männerzentriert. Erst in den letzten 50 Jahren sind Frauen mit Suchtproblemen zum Gegenstand der Forschung geworden.

Die Männerzentriertheit der Diskussion um Sucht kommt nicht von ungefähr. Die Anfälligkeit für Sucht variiert nämlich systematisch mit dem Geschlecht, wie aus Tabelle 1 hervorgeht. Wie alle Studien belegen, trinken Männer im Durchschnitt erheblich mehr Alkohol als Frauen, ebenso nehmen sie sehr viel mehr illegale Drogen als diese. Damit steigt ihr Risiko, von diesen Stoffen abhängig zu werden. Und wie die Daten aus den einschlägigen ambulanten und stationären Einrichtungen belegen, werden auch sehr viel mehr Männer als Frauen als Substanzabhängige diagnostiziert und in entsprechende Behandlungen überwiesen.

	Männer	Frauen	Gesamt
Alkohol	1.750.000	750.000	2.500.000
Illegale Drogen	100.000	50.000	150.000

Tabelle 1: Schätzungen über Abhängige von psychotropen Substanzen in der Bundesrepublik Deutschland. Quelle: Jahrbuch Sucht '98, 1997.

So pauschal diese Daten zunächst einmal sind, so zeigen sie dennoch sehr gut, wie ungleich die Risiken zwischen den Geschlechtern verteilt sind, wenn es um Sucht geht. Ganz offenbar haben Männer ein im Vergleich zu Frauen erheblich höheres Risikopotential für Sucht.

Diese sehr pauschale Aussage ist sogleich zu differenzieren. Wie neue Studien zeigen, lassen sich vor allem bei Jugendlichen Angleichungsprozesse beobachten: Jungen und Mädchen beginnen etwa in der derselben Altersspanne mit dem selbständigen Konsum von alkoholischen Getränken. Sie gleichen sich in gewissem Umfang aneinander an, was die Getränkepräferenzen in dieser Lebensphase angeht, auch, wenn es um das Trinken bis zum Rausch geht (Kolip 1997). Allerdings differenzieren sich die Getränkepräferenzen und die Trinkmuster zwischen den Geschlechtern nach einer kurzen Anfangsphase. Bei den 20-jährigen lassen sich folglich die typischen geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen (Kraus & Bauernfeind 1998), insbesondere was die Menge, die Getränkeart sowie die Frequenz des Konsums betrifft. Wiederum sind es die Frauen, die im Vergleich zu den Männern sehr viel weniger Alko-

hol konsumieren. Was hier für Alkohol sehr kurz beschrieben worden ist, gilt in ähnlicher Weise für die illegalen Drogen (Soellner 2000).

Was für den Alkohol und die illegalen Drogen gilt, gilt nicht für Zigaretten, die für Frauen etwa bis zur Altersklasse der 40- bis 50-jährigen heute mindestens so attraktiv sind wie für Männer (Vogt 2000). Das Risikopotential für Sucht variiert demnach nicht nur systematisch mit dem Geschlecht, sondern auch mit den Substanzen. Aus Gründen der Vereinfachung werde ich im Folgenden auf die Besonderheiten, die mit dem Rauchen verbunden sind, nicht eingehen. Für eine im Zuge von Gender Mainstreaming anvisierte Neuorientierung der Gesundheitsforschung sind diese Entwicklungen jedoch von großer Bedeutung.

In der Suchtforschung spielt die Tatsache, dass Frauen gegenüber Sucht erheblich widerstandsfähiger bzw. resilienter sind als Männer, kaum eine Rolle. Es gibt keine Forschung darüber, was Frauen vor Sucht schützt, was sie gegen Sucht widerstandsfähig macht, was ihnen in dieser Hinsicht ihre Gesundheit erhält. Das ist ein erstes und ganz erhebliches Problem der Suchtforschung. Sie konzentriert sich vielmehr ganz traditionell auf die Erforschung der Faktoren, die Männer krank machen können, und vernachlässigt darüber die Untersuchung der protektiven Faktoren, die die Frauen vor Sucht schützen. Der geschlechtsspezifische Bias, der die männerzentrierte Suchtforschung bestimmt, hat sehr viele Konsequenzen.

Nicht zuletzt geht die bis heute anhaltende und zum Teil heftig geführte Diskussion über die „verdeckten Süchte“ der Frauen auf diesen Bias zurück. Kernthese der Diskussion ist die Behauptung, Frauen seien mindestens so süchtig wie Männer. Sie würden lediglich andere Süchte als diese bevorzugen, z. B. Stoffe, deren Konsum sich leichter verheimlichen ließen. Gemeint sind damit die psychotropen Medikamente, und von diesen insbesondere die Beruhigungs- und Schlafmittel. Weiterhin verweist man auf die Ess-Störungen, die als Varianten von Sucht verstanden werden. Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Positionen, die hier nicht in aller Breite geführt werden kann, macht deutlich, dass sie einer genauen Prüfung nicht standhalten.

Ohne jeden Zweifel gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Medikamenten. Frauen kaufen mehr Medikamente als Männer und sie erhalten auch mehr Rezepte für psychotrope Medikamente als Männer. Besonders auffallend sind die Unterschiede im Umfang der Rezeptverordnungen für Frauen und Männer in den Altersgruppen ab 60 Jahren.

Bis heute fehlen allerdings differenzierte Studien darüber, wie Frauen mit den verordneten Medikamenten im Alltag umgehen, wie viele Frauen tatsächlich von diesen abhängig werden, welche Auswirkungen damit verbunden sind und wie viele die Medikamenteneinnahme z. B. nach Absetzen des Rezepts problemlos beenden usw. In den 90er Jahren ist lediglich eine Studie durchgeführt worden, in der die über die AOK abgerechneten Rezeptverordnungen genauer analysiert worden sind (v. Ferber 1994). Auf Grund theoretischer Überlegungen und davon abgeleiteter Berechnungen behaupten die Autoren (v. Ferber & Ihle 1994), dass ca. 1 Million Frauen in Deutschland von Beruhigungs- und Schlafmitteln aus der Gruppe der Benzodiazepine abhängig sein sollen und 400.000 Männer. Eine empirische Überprüfung der Hochrechnungen hat nicht stattgefunden. Es ist also nicht ausgemacht, ob die Verordnungen tatsächlich in dem von den Autoren errechneten Umfang zur Abhängigkeit geführt haben. In anderen Kontexten macht man deshalb Unterschiede zwischen Hochrechnungen und der Realität. Tatsache ist jedenfalls, dass sich der Anteil der Frauen und Männer, die wegen Medikamentenabhängigkeit Hilfe suchen, nicht zugenommen hat. Das spricht dafür, dass die Einnahme von Medikamenten nicht umstandslos zu Abhängigkeit führt und, dass selbst dann, wenn diese vorliegt, Verlauf und Ausstieg anderen Gesetzmäßigkeiten folgt als z. B. bei Alkohol. Inzwischen haben sich zudem die Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte und Ärztinnen erheblich verändert und das heißt, dass die Hochrechnungen aus den 90er Jahren mittlerweile veraltet sind. Wie die Dinge liegen, hat man es mit einem Problemfeld der Suchtforschung zu tun, das im Zuge von Gender Mainstreaming zu bearbeiten ist.

Schließlich noch einige Anmerkungen zu den Ess-Störungen. Nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) und DSM-IV (Saß et al. 1996) sind Ess-Störungen eigene Krankheitsbilder, die sich in wesentlichen Dimensionen von denen der Substanzabhängigkeit unterscheiden. Beide diagnostischen Schemata beruhen auf deskriptiven Kriterien. Sie gehen somit von beobachtbarem Verhalten aus, das sie entsprechend zusammenfassen und einordnen. Akzeptiert man dieses Vorgehen, versteht es sich von selbst, dass eine Subsumtion von Ess-Störungen unter die Substanzabhängigkeit („Sucht“) ausgeschlossen ist. Alle empirischen Studien belegen, dass weitaus mehr Frauen als Männer unter Ess-Störungen leiden (vgl. Brunner & Franke 1997). Die Gründe für das im Vergleich zu den Männern ungleich höhere Risiko der Frauen für Ess-Störungen sind aber andere als diejenigen für das höhere Risiko der Männer für Substanzabhängigkeit.

Wie hier gezeigt worden ist, zwingt Gender Mainstreaming dazu, Probleme neu zu justieren. Damit kommen neue Fragen ins Blickfeld der Forschung und über diese in die Praxis, und das bedeutet auf lange Sicht gesehen eine Entwicklung hin zu mehr Geschlechtergerechtigkeit. Um die Diskussion weiter voranzutreiben, sollen daher im Folgenden ausgewählte epidemiologische Daten über substanzabhängige Frauen und Männer dargestellt, analysiert und kritisch beleuchtet werden.

Aus pragmatischen Gründen werde ich das Thema Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf einer Substanzabhängigkeit nicht behandeln. Dazu ist an anderer Stelle bereits viel geschrieben worden (u. a. Schmidt 2000, Vogt 1994, 1996, 1998). Das Thema hat im Übrigen seinen Platz in der Forschung gefunden. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Forschungsprojekte in der Zukunft auf den Weg gebracht werden und dass mit neuen Ergebnissen gerechnet werden können.

3. Analyse ausgewählter epidemiologischer Daten über substanzabhängige Frauen und Männer

Im Folgenden werde ich Daten aus der Hamburger Basisdokumentation der Jahre 1997 bis 1999 vorstellen (Schmid et al. 1998, 1999, 2000). Es handelt sich um Daten von Frauen und Männern, die in diesem Zeitraum in den ambulanten Einrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige in Hamburg beraten und betreut wurden. Die Erhebung der personenbezogenen Daten fand im Rahmen alltäglicher Beratung statt; sie orientierte sich in gewissem Umfang am Beratungsbedarf. Dieses Vorgehen hat eine Reihe von Vorteilen – die Daten spiegeln die Interessen des Klientel sowie der Beratenden wider –, aber auch einige Nachteile. Dazu gehört, dass die Datenerhebung sehr oft unvollständig ist, da bestimmte Themen in der Auseinandersetzung mit einer ganz bestimmten Klientin bzw. einem ganz bestimmten Klienten nicht zur Sprache kamen. Fehlende Angaben (so genannte missings) in einem Datensatz sind ein statistisches Problem, das sich jedoch bearbeiten lässt. Darüber hinaus machen sie auf Gender Bias in der Beratung aufmerksam. Es lässt sich nämlich zeigen, dass sich die fehlenden Angaben oft nicht zufällig verteilen, sondern systematisch (Vogt 2001). Darauf wird an entsprechender Stelle eingegangen.

Alter der Klientel und Altersverteilung

Frauen und Männer mit Alkohol- oder Drogenproblemen, die in der Zeit von 1997 bis 1999 in einer einschlägigen ambulanten Einrichtung in Hamburg beraten oder betreut wurden,

gehören unterschiedlichen Altersgruppen an. Das lässt sich am Durchschnittsalter der Gruppen in den verschiedenen Jahren ablesen. Dazu kommen signifikante Differenzen des Altersdurchschnitts bei Frauen und Männern mit Drogenproblemen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Substanz	Jahr	Frauen	Männer
Alkohol	1997	44,6	43,3
	1998	44,0	44,1
	1999	44,3	43,8
Illegale Drogen	1997	29,2	32,3*
	1998	29,8	32,4*
	1999	30,6	33,1*

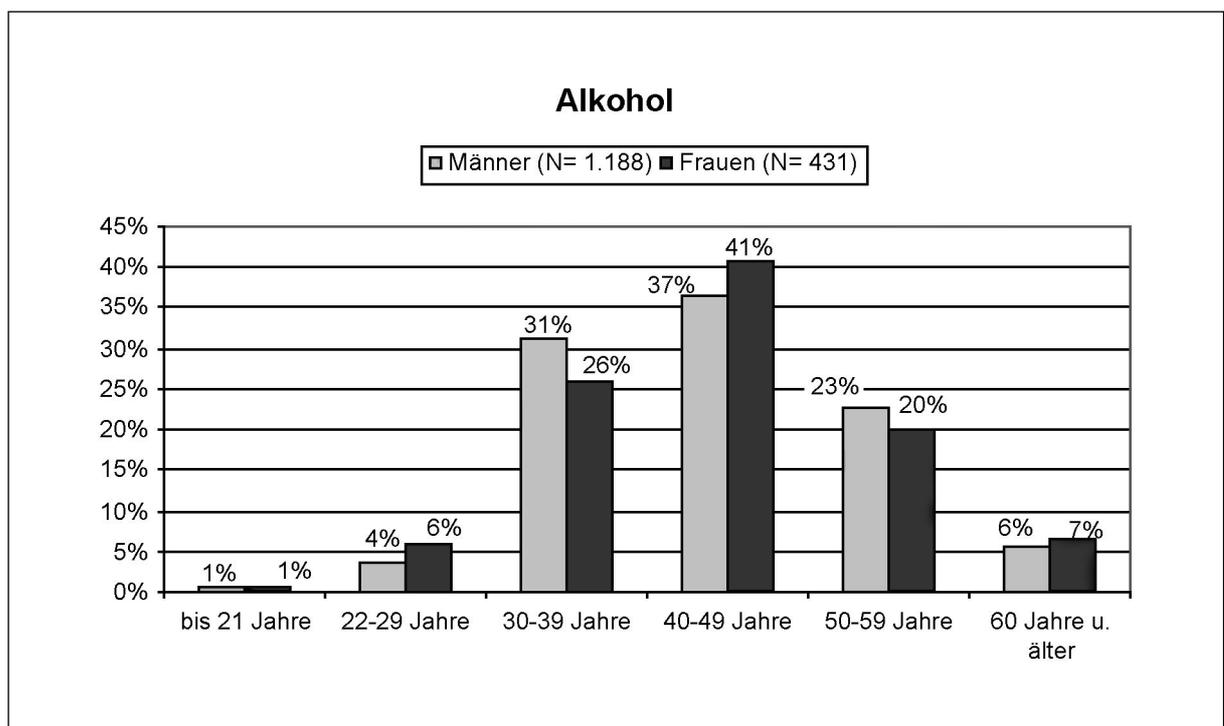
Tabelle 2: Durchschnittsalter nach Hauptdroge und Geschlecht. *p < 0,001 (t-Test). Quellen: Schmid et al. 1998, 1999, 2000.

Die Daten belegen, dass Frauen mit Alkoholproblemen im Durchschnitt 15 Jahre älter sind als Frauen mit Drogenproblemen („Probleme mit Alkohol oder illegalen Drogen“ steht hier alternativ für Substanzabhängigkeit). Bei den Männern liegt die Differenz zwischen beiden Gruppen eher bei 10 Jahren. Weiterhin sind Frauen mit Drogenproblemen im Durchschnitt signifikant jünger als Männer mit Drogenproblemen. Alkoholprobleme massieren sich bei Frauen wie bei Männern in der Dekade zwischen 40 und 50 Jahren, Probleme mit illegalen Drogen in den Dekaden zwischen 20 und 40 Jahren.

Die Altersunterschiede zwischen den Gruppen der Abhängigen werden besonders deutlich, wenn man die Daten nach Altersgruppen aufschlüsselt. Der Einstieg in die Alkoholabhängigkeit zieht sich demnach über mehrere Altersgruppen hin. Für die Männer zeichnet sich in der Gruppe der 30- bis 39-jährigen ein erster Gipfel ab, für Frauen und Männer ein weiterer Gipfel bei den 40- bis 49-jährigen. Aber auch bei den 50- bis 59-jährigen findet man noch eine recht große Gruppe, die wegen ihrer Alkoholprobleme in einschlägigen Beratungsstellen betreut werden.

Geht es um illegale Drogen, dann verlagert sich der Einstieg in die Karriere in die jüngeren Altersgruppen. Auffallend ist der hohe Anteil der jungen Frauen in der jüngsten Altersgruppe (bis 21 Jahre). In der nächsten Altersgruppe, den 22- bis 29-jährigen, ist das relative Geschlechterverhältnis ausgeglichen. In den folgenden Altersgruppen verringert sich jedoch der Anteil der Frauen signifikant. Je älter Frauen werden, umso eher steigen sie aus der Gruppe der Abhängigen von illegalen Drogen aus. Das heißt, dass Frauen entweder ganz aus der Drogenkarriere aussteigen oder, dass sie umsteigen auf Medikamente (in erster Linie auf Substitutionsmittel), vielleicht auch auf Alkohol. Da detaillierte Studien fehlen, ist unbekannt, worauf die rückläufigen Raten der Frauen mit Drogenproblemen in den Altersgruppen ab ca. 35 Jahren zurückzuführen sind.

Allein diese wenigen Daten machen deutlich, dass man mit gutem Grund von unterschiedlichen Entwicklungen der Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Frauen und bei Männern ausgeht. Selbstverständlich gibt es innerhalb dieser beiden großen Gruppen von Abhängigen dann noch eine Reihe von Binnendifferenzierungen (vgl. u. a. Wilde Hilde & Spreyermann 1997, Vogt 1994), auf die im Folgenden noch etwas detaillierter einzugehen ist.



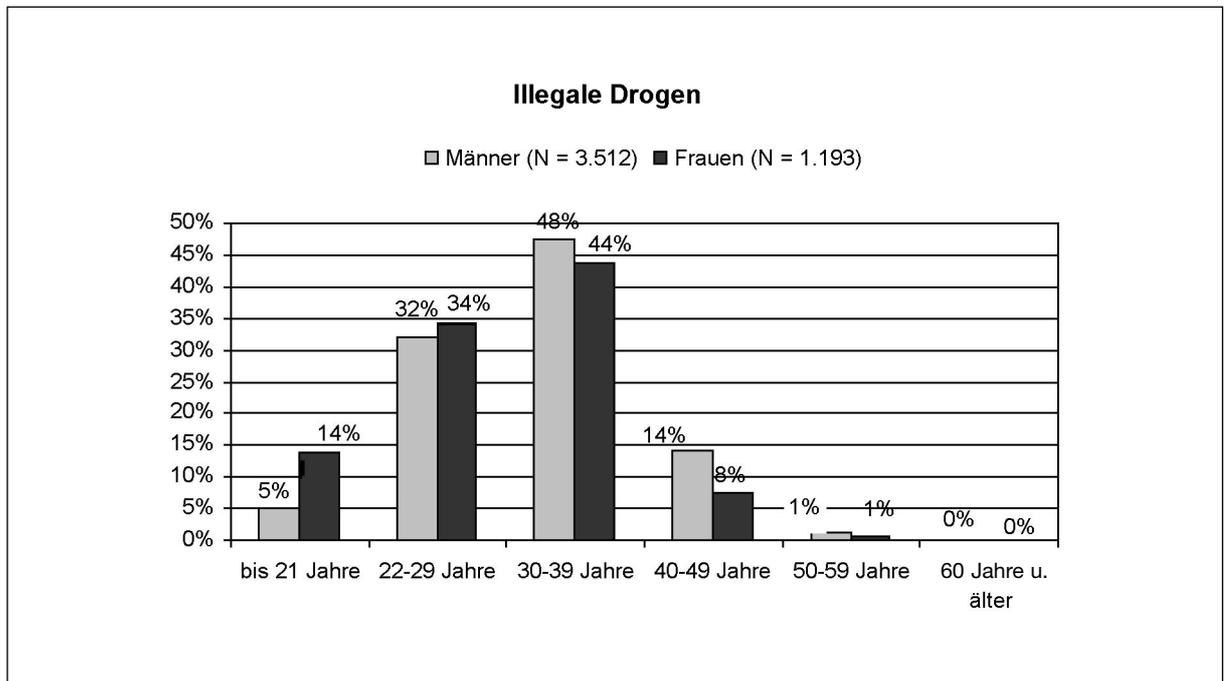


Abbildung 1: Altersklassen nach Hauptdroge und Geschlecht. Quelle: Schmid et al. 1999.

Eine erste kritische Analyse der Daten ergibt, dass junge Frauen und Männer, die Probleme mit psychotropen Substanzen haben, die Einrichtungen in vergleichsweise geringer Zahl in Anspruch nehmen. Besonders auffallend ist das in den Alkoholberatungsstellen, die von Frauen und Männern unter 30 Jahren kaum aufgesucht werden. Aber auch die Drogenberatungsstellen haben offenbar Schwierigkeiten, Jugendliche, die mit Drogen experimentieren, zu erreichen. Auch wenn man berücksichtigt, dass es hier Überschneidungen zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe gibt, ist nicht zu übersehen, dass die meisten erst dann in die Einrichtungen kommen, wenn sie älter als 20 Jahre sind und in der Regel bereits massive Probleme mit illegalen Drogen haben. Immerhin weisen die Daten darauf hin, dass Mädchen und Frauen schon verhältnismäßig früh in ihrer Drogenkarriere Hilfe in den Einrichtungen suchen. Unbekannt ist allerdings, ob sie dort die Hilfe finden, die sie für sich erhoffen.

Angaben zu Lebensformen

Vergleicht man die Angaben zum Familienstand miteinander, dann zeigt sich, dass der Anteil der Verheirateten bei den Frauen und Männern mit Alkoholproblemen weit höher liegt, als der bei den Abhängigen von illegalen Drogen.

	Alkohol*				Illegale Drogen*			
	Frauen		Männer		Frauen		Männer	
	BADO	EBIS	BADO	EBIS	BADO	EBIS	BADO	EBIS
Ledig	32	20	38	36	69	68	77	78
Verheiratet	34	50	35	44	16	18	12	15
Geschieden	29	23	25	18	14	13	10	7
Verwitwet	5	7	2	2	1	1	0	0

Tabelle 3: Geschlecht und Familienstand nach Substanzabhängigkeit (in %). *p < 0,001. Quellen: Strobl et al. 2000, Schmid et al. 2000.

Geht es um Alkohol, belegt der Vergleich mit den Daten aus der Datensammlung EBIS einen besonderen Großstadteffekt: In Hamburg ist der Anteil der Verheirateten mit Alkoholproblemen sehr viel niedriger (BADO-Daten) als in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt (EBIS-Daten). Einen vergleichbaren Effekt findet man bei den Drogenabhängigen nicht. Hier fällt auf, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Gruppe – bei den Frauen ca. 70 % und bei den Männern ca. 80 % – nicht verheiratet ist oder war.

Ganz grob kann man den Zivilstand als einen Indikator für die Beziehung zum anderen Geschlecht bzw. für Beziehungsfähigkeit nehmen. Folgt man dieser Annahme, dann belegen die Daten systematische und hochsignifikante geschlechtsspezifische und substanzspezifische Differenzen. Demnach lassen sich Frauen eher auf feste Beziehungen zum anderen Geschlecht ein als Männer, und alkoholabhängige Frauen sehr viel häufiger als drogenabhängige Frauen. Entsprechende Ergebnisse findet man auch bei Partnerschaften; wiederum sind es die Frauen, die signifikant häufiger mit einem festen Partner zusammenleben als die Männer. Das Ergebnis passt zu den Befunden über Geschlechterdifferenzen im Hinblick auf Beziehungsfähigkeit. Es sind im Allgemeinen Frauen, auch substanzabhängige Frauen, die sich stärker auf Beziehungen einlassen und daher häufiger als die Männer in Beziehungen

leben. Nimmt man weiter an, dass die Kehrseite von Beziehungsfähigkeit soziale Isolation ist, dann heißt das, dass substanzabhängige Männer stärker sozial isoliert sind als substanzabhängige Frauen. Für diese Annahme sprechen wiederum die Daten über Kinder und das Zusammenleben mit diesen.

	Alkohol*		Illegale Drogen*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Kein Kind	31	43	58	69
Eines und mehr				
Kinder	69	57	42	31

Tabelle 4: Frauen und Männer mit Kindern nach Substanzabhängigkeit (in %). * $p < 0,001$. Quelle: Schmid et al. 2000.

Der Anteil der substanzabhängigen Frauen, die Kinder haben, liegt weit über dem der Männer. Er ist bei den alkoholabhängigen Frauen mit 69 % erheblich größer als bei den drogenabhängigen Frauen mit 42 %. Das liegt allerdings auch daran, dass erstere im Durchschnitt älter sind als letztere. Jedoch spricht vieles dafür, dass der Kinderwunsch bei den drogenabhängigen Frauen mit der Dauer der Drogenkarriere systematisch abnimmt. Ein Effekt, der eng mit den gesundheitlichen Risiken dieses Lebensstils zusammenhängt.

An dieser Stelle sind die Ergebnisse der Analysen über fehlende Angaben im Datensatz interessant. Es zeigt sich nämlich, dass Frauen systematisch häufiger danach gefragt werden, ob sie Kinder haben, als Männer danach, ob sie Väter sind. Die fehlenden Daten spiegeln einen geschlechtsspezifischen Bias wider, nämlich dass Frauen Kinder haben – und Männer nicht, dass die Kinder für die Frauen wichtig sind – und für die Männer nicht, dass man mit Frauen über ihre Kinder reden muss – mit Männern nicht. Auf einen ähnlich strukturierten Gender Bias soll in einem ganz anderen Zusammenhang noch einmal eingegangen werden.

Wie die weitere Datenauswertung der Gruppe der drogenabhängigen Frauen zeigt, leben ca. 50 % der Mütter mit ihren Kindern zusammen. Ein Viertel von ihnen lebt alleine mit dem Kind

oder den Kindern, ein weiteres Viertel zusammen mit einem Partner. Nur in Ausnahmefällen ist der Partner auch der Vater der Kinder und mit der Mutter verheiratet. In der Regel handelt es sich bei den Partnern nicht um die Väter der Kinder, sondern um Freunde, die in anderem Zusammenhang für die Frauen wichtig geworden sind.

Ganz anders sieht das bei den Männern aus. Nur etwa ein Drittel von ihnen lebt mit Kindern zusammen, ganze 3 % allein mit einem eigenen Kind. Die meisten Männer, die mit Kindern zusammen sind, leben im Haushalt der Mütter. Die Daten sagen nichts über das Engagement der Partner in der Kinderbetreuung und Kindererziehung aus. Es ist aber davon auszugehen, dass die Mütter in kritischen Situationen stark auf sich selbst gestellt sind.

	Frauen*	Männer*
Allein mit Kind	29	3
Mit Partner/in & Kind/ern	24	28
Lebensformen ohne Kind/er	47	69

Tabelle 5: Illegale Drogen: Lebensformen mit und ohne Kinder. (% derjenigen, die Kinder haben) *p < 0,001. Quelle: Schmid et al. 2000.

Die kritische Analyse ergibt demnach folgendes: Männer mit Substanzproblemen haben mehr Schwierigkeiten in Beziehungen zu leben als Frauen mit Substanzproblemen. Das legt die Annahme nahe, dass sie mehr Beziehungsprobleme haben als diese. Sie sind deshalb insgesamt genommen sozial stärker isoliert als die Frauen. Dafür sprechen auch die Ergebnisse über das Zusammenleben mit Kindern. Der Anteil der Frauen mit Substanzproblemen, die mit ihren Kindern zusammenleben, ist im Vergleich zu den Männern unverhältnismäßig hoch.

Damit verbunden ist ein Gender Bias, der den Blick für Problemlagen verstellt: Männer werden systematisch seltener als Frauen danach gefragt, ob sie Kinder haben und weiterhin, ob sie in Kontakt zu diesen stehen. Andererseits werden Frauen selbstverständlich für das Wohlergehen ihrer Kinder verantwortlich gemacht. Männer und Frauen werden also ungleich behandelt, mit unbekanntem Folgen für ihr Wohlergehen und das ihrer Kinder.

Schul- und Berufsbildung

Wie sehen die Voraussetzungen für eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt aus? Darüber geben Daten zur Schul- und Berufsausbildung der Frauen Auskunft.

Alkoholabhängige Frauen und Männer haben fast alle einen qualifizierten Schulabschluss. Vergleicht man ihre Schulabschlüsse mit denjenigen der drogenabhängigen Frauen und Männer, dann schneiden sie signifikant besser ab. Der Geschlechtervergleich zeigt darüber hinaus für beide Gruppen, dass die Frauen bessere Abschlüsse aufzuweisen haben als die Männer. Das kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die Schulausbildung der Frauen und Männer in beiden Gruppen im Vergleich mit der Normalbevölkerung insgesamt genommen eher schlecht ist. Das gilt ganz besonders für die Drogenabhängigen.

	Alkohol*		Illegale Drogen*		BRD
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Gesamt
Kein Schulabschluss	3	2	14	13	8
Sonderschulabschluss	1	4	2	4	
Hauptschulabschluss	41	57	41	53	23
Mittlere Reife	31	21	31	20	39
Fachhochschulreife oder höher	24	16	12	10	30

Tabelle 6: Geschlecht und Schulabschluss nach Substanzabhängigkeit (in %). *p < 0,001. Quellen: Schmid et al. 2000, Datenreport 1997.

Wichtiger noch als die Schulbildung ist für eine Integration in das Erwerbsleben die Berufsausbildung.

	Alkohol		Illegale Drogen*	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ausbildung abgeschlossen	82	84	38	47
Ausbildung abgebrochen	4	6	21	24
Bisher keine Ausbildung begonnen	14	10	41	29

Tabelle 7: Geschlecht und Berufsausbildung nach Substanzabhängigkeit (in %). *p < 0,001. Quelle: Schmid et al. 2000.

Wie aus der Zusammenstellung der Daten zum Abschluss einer Ausbildung hervorgeht, gibt es wiederum erhebliche substanzspezifische und geschlechtsspezifische Differenzen. Die überwiegende Mehrzahl der alkoholabhängigen Frauen und Männer hat eine abgeschlossene Berufsausbildung. Von den drogenabhängigen Männern haben immerhin noch fast die Hälfte eine Berufsausbildung abgeschlossen, während dies nur bei 38 % der Frauen der Fall ist. Es ist in jedem Fall schwierig, nach langen Jahren einer Drogenkarriere wieder in das Erwerbsleben einzusteigen. Aber es ist besonders schwierig, den Übergang zu schaffen, wenn man nur einen schlechten Schulabschluss und keine Berufsausbildung aufzuweisen hat. Das ist aber bei fast zwei Dritteln der drogenabhängigen Frauen der Fall. Es versteht sich von selbst, dass sich daraus besondere Probleme in der Rehabilitation der drogenabhängigen Frauen ergeben.

Es kann nicht verwundern, dass die minimale Einbindung der Frauen in das Erwerbsleben sich in den Daten über die Haupteinkommensquellen widerspiegelt. Auch die Unterschiede zwischen den beiden Substanzgruppen werden einmal mehr deutlich.

	ALKOHOL	ILLEGALE DROGEN
Einkommen aus Erwerbstätigkeit	36	12
Arbeitslosengeld etc.	25	13
Sozialhilfe	18	64
Rente	8	2
Anderes (z. B. Hausfrau, Prostitution)	13	9

Tabelle 8: Haupteinkommensquellen von alkohol- und drogenabhängigen Frauen (in %). Quelle: Schmid et al. 2000.

Studien zur subjektiven Zufriedenheit belegen, dass die Erwerbsarbeit für Frauen mit Alkoholproblemen einen sehr hohen Stellenwert hat. Diejenigen von ihnen, die eine Vollzeitstelle haben, sind mit dieser Situation sehr zufrieden. Und diejenigen, die arbeitslos sind, sind damit sehr unzufrieden. Hausfrauen stehen dazwischen. Ein Teil von ihnen kommt mit der Konzentration auf die Hausarbeit gut zurecht und ist entsprechend zufrieden mit der Situation. Ein anderer und ebenso großer Teil ist jedoch sehr unzufrieden und sucht mindestens nach einer Teilzeitarbeit (Rudolf 1999). Diese Ergebnisse machen einmal mehr die Bedeutung von Erwerbsarbeit für Frauen mit Substanzproblemen deutlich. Im Übrigen belegen Studien über Langzeiterfolge von ambulanter oder stationärer Beratung und Therapie, dass das Rückfallrisiko sinkt, wenn die Frauen den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt schaffen.

Frauen mit Drogenproblemen haben im Vergleich dazu eine bei weitem schlechtere Ausgangslage. Nur ein Viertel von ihnen war oder ist in das Erwerbsleben integriert, zwei Drittel leben von der Sozialhilfe. Armut ist unter ihnen also weit verbreitet. Bedenkt man weiterhin, dass immerhin 40 % von ihnen Kinder haben, und dass davon 20 % mit diesen zusammenleben, dann ist davon auszugehen, dass das Armutsrisiko bei weitem höher liegt, als auf den ersten Blick erkennbar.

Eine Gruppe von drogenabhängigen Frauen geht in das Sexgewerbe und verdient sich dort Geld. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Frauen, die im Laufe ihrer Drogenkarriere mit Sexarbeit Geld verdienen, höher liegt als hier angegeben. Da keine guten Studien dazu vorliegen, schwanken die Angaben über den Anteil derjenigen, die sich auf diese Arbeit einlassen, stark. Aber immerhin liegen dazu für Frauen überhaupt Daten vor. Männer werden offenbar nicht danach gefragt, ob sie mit Sexarbeit Geld verdienen; folglich liegen dazu auch keine empirischen Daten vor. Das ist das zweite Beispiel für ein Gender Bias in der Suchtforschung. Auch in diesem Fall hat das ganz handfeste Auswirkungen auf die Praxis, denn man redet nur mit Frauen über Prostitution und die damit einhergehenden Probleme, aber nicht mit Männern.

Die kritische Analyse der Befunde zeigt, dass drogenabhängige Frauen besonders schlechte Voraussetzungen für einen Wiedereinstieg in das Erwerbsleben haben. Ihr Risiko, dauerhaft in der Armut zu verharren, ist damit besonders groß. Das gilt in besonderem Maße für diejenigen von ihnen, die Kinder haben.

Geht es um die Bedeutung der Sexarbeit zur Geldbeschaffung, liegt ein Gender Bias vor. Männer werden fast nie nach Sexarbeit gefragt, Frauen sehr wohl. Ganz entsprechend verfährt man in der Beratungspraxis: man unterstellt, dass das Thema Prostitution lediglich für Frauen wichtig ist, nicht für Männer. Die Ungleichbehandlung der Geschlechter ist bei diesem Thema ebenfalls ganz offensichtlich.

4. Schlussbetrachtung

Im Vorhergehenden habe ich zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass in der Suchtforschung die Akzente neu zu setzen sind. Geht es um Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit, sind Männer prinzipiell die Problemgruppe. Frauen sind im Vergleich zu Männern weitaus widerstandsfähiger bzw. resilienter im Umgang mit Alkohol und illegale Drogen. Unbekannt, da nicht erforscht, sind die Faktoren, die Frauen vor Substanzabhängigkeit schützen. Hier liegt ein wichtiges Forschungsfeld vor, das insbesondere für die Prävention von Bedeutung ist.

Geht man in die Details der Daten über alkohol- und drogenabhängige Frauen und Männer, dann ist man wiederholt mit Gender Bias konfrontiert. Zwei eklatante Beispiele sind hier herausgearbeitet worden:

1. Substanzabhängige Männer werden im Unterschied zu substanzabhängigen Frauen selten danach gefragt, ob sie Kinder haben, mit ihnen in Kontakt stehen und was ihnen das bedeutet. Sie werden für die Erziehung ihrer Kinder nicht verantwortlich gemacht. Umgekehrt wird ihnen nicht zur Last gelegt, wenn sie sich niemals in ihrem Leben um ihre Kinder gekümmert haben und wenn sie aktuell von ihnen nichts wissen. Die Praxis zementiert damit Rollenklischees, die in anderen gesellschaftlichen Bereichen so nicht mehr akzeptiert werden.
2. Substanzabhängige Männer werden im Unterschied zu substanzabhängigen Frauen selten danach gefragt, ob sie sich Geld mit Sexarbeit beschafft haben oder beschaffen. Die Praxis unterstellt damit, dass nur substanzabhängige Frauen, genauer: drogenabhängige Frauen, Sexarbeit leisten, und dass entsprechende Probleme nur mit ihnen zu bearbeiten sind. Auch dies Beispiel zeigt, dass damit Rollenklischees zementiert werden.

Über diese beiden Beispiele für Gender Bias werfen die vorgelegten Daten viele Fragen auf, die für die Suchtforschung sowie für die Praxis von erheblicher Bedeutung sind. Dazu gehören folgende:

- Attraktivität der Suchthilfe für junge Frauen und Männer,
- Geschlechtsspezifität des Hilfebedarfs,
- Bedeutung der geschlechtsspezifischen Differenzen in der Fähigkeit, Beziehungen aufzunehmen und zu leben,
- geschlechtsspezifische Probleme der sozialen Isolation,
- Bedeutung der Erwerbsarbeit für Frauen und Männer mit Substanzproblemen und
- Geschlecht und Armutsrisiken.

Die Liste der Fragen lässt sich bei einer breiter angelegten kritischen Prüfung der Suchtforschung erheblich ausweiten. Im Zuge von Gender Mainstreaming ist eine Umorientierung der Suchtforschung dringend notwendig.

Literatur

- Brunner, E. & Franke, A. (1997): Ess-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Hamm (DHS).
- Datenreport 1997. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1997), Bonn (Bundeszentrale für politische Bildung).
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994): WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern (Huber).
- Eichler, M. (2000): Moving towards equality: Recognizing and eliminating Gender bias in health. Maunal for Health Canada.
- Ferber, L. v. (Hrsg.) (1994): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Köln (ISAB).
- Ferber, L. v. & Ihle, P. (1994): Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential. In: Ferber, L. v. (Hrsg.): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Köln (ISAB), S. 336-381.
- Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen (Leske & Budrich).
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Sucht 44, 169–182.
- Rudolf, H. (1999): „Zufrieden? – Was heißt schon zufrieden“. Regensburg (Roderer).

- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen (Hogrefe).
- Schivelbusch, W. (1980): Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. München (Hanser).
- Schmid, M. & Vogt, I. (1998): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1997, BADO. Frankfurt (ISS).
- Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (1999): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1998, BADO. Frankfurt (ISS).
- Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (2000): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1999, BADO. Frankfurt (ISS).
- Schmidt, S. A. (2000): Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei Opiatabhängigen. Berlin (VWB).
- Soellner, R. (2000): Abhängig von Haschisch? Bern (Huber).
- Sonntag, U. (1999): Gender Mainstreaming – der Weg in die Zukunft? In: Impulse Nr. 22, S. 3–4.
- Spode, H. (1993): Die Macht der Trunkenheit. Opladen (Leske & Budrich).
- Stobl, M., Lange, N. & Zahn, H. (2000): EBIS-A 1999. Ambulante Suchtkrankenhilfe. Alte Bundesländer. München (IFT), <http://www.ift.de>.
- Vogt, I. (1994): Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg (Lambertus).
- Vogt, I. (1996): Rahmenbedingungen der Beratung und Therapie von Frauen in der Suchtkrankenhilfe. In: Vogt, I. & Winkler, K. (Hrsg.): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg (Lambertus), S. 12–29.
- Vogt, I. (1998): Frauen, illegale Drogen und Armut: Wiederholungszwänge im Elend. In: Henkel, D. (Hrsg.): Sucht und Armut. Opladen (Leske & Budrich), S. 191–208.
- Vogt, I. (2000): Präventive Drogenpolitik unter geschlechtsbezogener Perspektive. In: Schmidt, B. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen (Leske & Budrich), S. 243–265.
- Vogt, I. (2001): EDV-gestützte Dokumentationssysteme in der Drogenhilfe. Erfahrungen mit dem Dokumentationssystem „BADO“.
- Wilde Hilde & Spreyermann, C. (1997): Action, Stoff und Innenleben. Freiburg (Lambertus).

Dr. Ursula Matschke,

Landeshauptstadt Stuttgart, Stabstelle Verwaltungsreform

Gender Mainstreaming: Vom Gemeinschaftsziel zur messbaren Umsetzung in der Stadtverwaltung

Ich freue mich, Ihnen Gender Mainstreaming im Rahmen dieser Tagung unter einem strategisch – strukturellen Aspekt vermitteln zu dürfen: Gender Mainstreaming als Gemeinschaftsziel einer Stadtverwaltung und dessen Messbarkeit.

Der Begriff Gender Mainstreaming hat in den letzten Jahren eine beinahe inflationäre Entwicklung genommen: Anfang der 90-er Jahre nur bei „Insidern“ als Fachbegriff bekannt, findet sich zurzeit kaum jemand, der „Gender Mainstreaming“ nicht als politisches Ziel, Unternehmensphilosophie, Strategie oder Instrument formuliert. Deshalb erscheint es mir unerlässlich, zu Beginn eines Gender Mainstreaming Diskurses eine genaue Definition als Diskussionsgrundlage abzugeben. Was versteht die Stadt Stuttgart aus der Erfahrung einer zweijährigen europaweiten Netzwerkarbeit unter Gender Mainstreaming und wie operationalisiert sie Gender Mainstreaming konkret? Die heutige Veranstaltung mit ihrer thematischen Schwerpunktsetzung ist dazu bestens geeignet.

In den vorausgegangenen Referaten war von Gender Mainstreaming als „Zauberwort“ die Rede. Weiterhin haben Sie Gender Mainstreaming unter dem Aspekt „Geschlechtergerechtigkeit“ kennen gelernt. Ich möchte nun einen neuen, vielleicht provokativen Akzent setzen: Gender Mainstreaming und der Profitgedanke.

In meinem Referat möchte ich drei Schwerpunkte behandeln:

1. Definition Gender Mainstreaming
2. Aufzeigen einer breiten Umsetzungsstrategie
3. Konkretisierung am Thema „Gesundheitsförderung“

1.

Bei Gender Mainstreaming geht es nicht länger um sozialpolitisch, moralisch begründete Fördermaßnahmen, sondern um die Entwicklung eines wirtschaftspolitischen Wettbewerbsfak-

tors, der notwendigen Berücksichtigung der Vielfalt (Diversity) von Frauen und Männern, sowohl im Hinblick auf Personal- als auch Kunden-/Bürgerorientierung. Vor dem Hintergrund dieser Definition gelang und gelingt es, eine Polarisierung aufzuheben, mit der die traditionelle Frauenförderung immer zu kämpfen hat: Gerechtigkeit versus Finanzierbarkeit, Moral und Humanität versus Profit und Kapital.

2.

Wir haben in Zusammenhang mit der Entwicklung neuer Schalthebel und Wirkkräfte im Wirtschaftsleben, wie Human Resource Management, Diversity als betriebswirtschaftlicher Leistungsfaktor, Kundinnen als personalpolitischer Einflussfaktor usw. ein neues Strategiemodell entwickelt, das Gender Mainstreaming als „Everybody’s issue“ und Vorteil aufzeigt.

Ausgangspunkt	Schalthebel – Wirkkräfte	Aufbau eines kulturell und im Zusammenhang sensiblen neuen strategischen Modells anhand „good/best practices“
<p><i>Traditionelles Modell</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Humanistische Perspektive • Gesetzgebung, Regeln, Quoten, Anwälte • „Frauenpolitische“ Zielsetzung, Frauenbewegung • politische Initiativen • Institutionen 	<p><i>Marktwirtschaftliche Veränderungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauen (und andere Kunden) haben stärkeren Einfluss, neue Bedürfnisse und Tagesordnungen auf den Märkten <p><i>Veränderungen der individuellen Lebens- und Familienplanung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualität, vielschichtige Familien- und Karrieremodelle 	<p><i>Ansatz eines neuen Modells</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Entwicklung des Human- und Sozialkapitals • Perspektive eines strategischen Managements hinsichtlich der Arbeitsplatzentwicklung • Bevorzugung einer Vielfalt angesichts einer Anpassung an die Veränderung • Einbeziehung der Gleichheitspolitik in die Strategien: Wettbewerbsvorteil, kluger Ressourcenverbrauch • „Everybody’s issue“ aus der Perspektive sich verändernder Vorteile

Institution	Ansatz	Zielsetzung	Methode	Untersuchungs-ebene
<ul style="list-style-type: none"> • Europäische Kommission 	<ul style="list-style-type: none"> • Best practices – mainstream 	<ul style="list-style-type: none"> • Transnationalität Übertragbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Transnationaler Erfahrungsaustausch 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration nationaler Module in individuellen, gesellschaftl. und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen
<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Wirtschaftsunternehmen • Kommunalverwaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Innovationsprozesse auf der Grundlage eines Human Resource Managements • eines Total Quality Managements 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Chancengleichheit durch strukturpolitische organisationsinterne Veränderungsprozesse • Vereinbarkeit von individuellen Lebensentwürfen und Arbeitswelt 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Case studies 	Binnenorientierung: <ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstruktur • Personalmanagement • Verwaltungsreform
Nationaler Dritter Sektor (Verbände, Wissenschaft und Forschung, NGO)	<ul style="list-style-type: none"> • Expertenwissen, Einflussfaktor 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlerfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Case studies 	Außenorientierung

Dr. Ursula Matschke, 5/1999, „Equality, Life & Work“ EU-Projekt

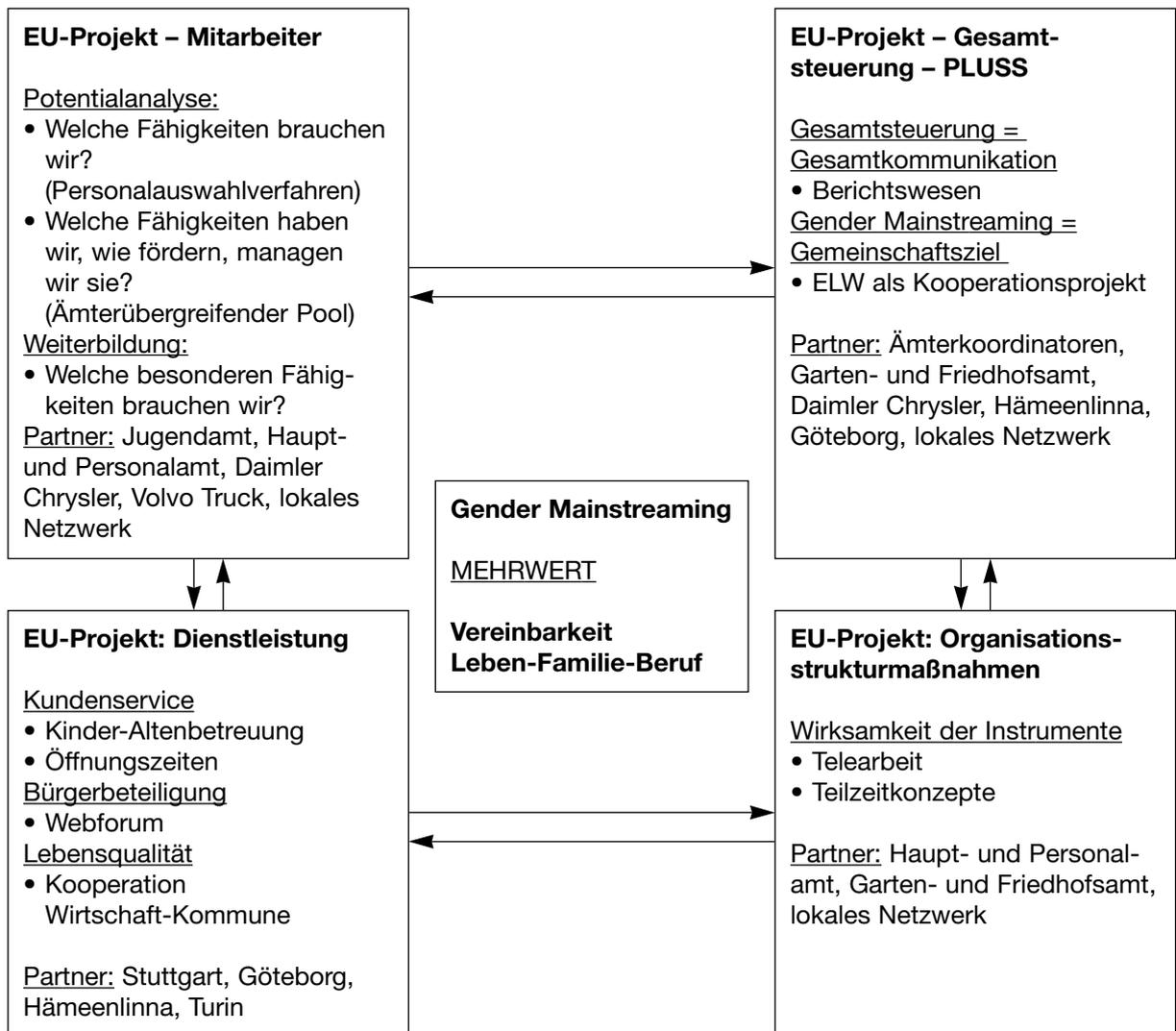
Gender Mainstreaming war in der Stadtverwaltung bis 1999 ein Fremd-, wenn nicht ein Spottwort. Am 21. September 2000 wurde es nun als erstes Gemeinschaftsziel der Stadt Stuttgart einvernehmlich von allen Parteien und der Verwaltungsspitze mit dem klaren Auftrag verabschiedet, dieses Leitbild 2001 und 2002 im Rahmen der Ämterjahresprogramme zu operationalisieren.

Was heißt das?

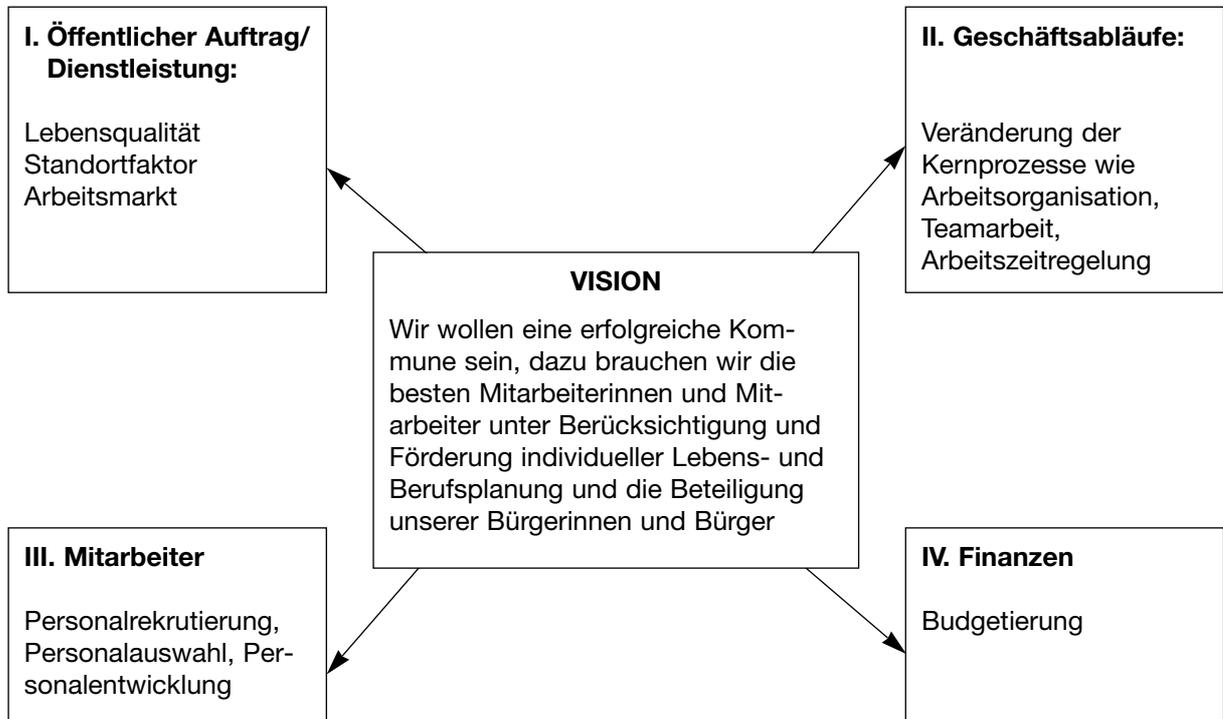
Im Rahmen einer Gesamtsteuerungsstruktur der Stadt Stuttgart „PluSS“¹ werden mit jedem Amt Zielkorridore, Maßnahmen und Messgrößen festgelegt, um Gender Mainstreaming jeweils konkret umzusetzen. Zunächst ging es darum, sowohl das politische Gremium, wie auch die Verwaltungsspitze vom Vorteil eines Gender Mainstreaming zu überzeugen. Dies gelang im Rahmen des bereits praktizierten Qualitätsmanagements der Stadt.

¹ PluSS heißt: Planen und Steuern in Stuttgart

EU-Projekt „Equality, Life & Work“ und „Gender Mainstreaming“ als Gemeinschaftsziel der Stadt Stuttgart



Die Herausforderung bestand nun darin, nach der Verabschiedung des Gemeinschaftsziels in einen Kommunikationsprozess mit den jeweiligen verantwortlichen Umsetzern in den Ämtern zu kommen. Ich möchte Ihnen am Beispiel zeigen, wie entsprechende Zielvereinbarungen aussehen können, die dann von den Ämtern konkretisiert werden müssen.



Integration des Gemeinschaftsziels „Gender Mainstreaming“

I. Öffentlicher Auftrag/Dienstleistung
Zielvereinbarung mit den Ämtern:
Ämter- und bereichsübergreifende Zusammenarbeit unter dem gemeinschaftlichen Ziel, die Familienfreundlichkeit und Lebensqualität für die Bürgerinnen und Bürger zu steigern.
Aktivitäten:
Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger übers Internet/Webforum, Feedbacksystem
Messgrößen/-instrumente:
Beteiligung an der Kommunikation, Verwertbarkeit

II. Geschäftsabläufe
Zielvereinbarung mit den Ämtern:
Unter dem Gemeinschaftsziel „Vereinbarkeit von Familie, Lebens- und Berufswelt“ (Ressourcennutzung) sollen Kernprozesse der Arbeitsorganisation überprüft und ggf. verändert werden.
Aktivitäten:
Ausstieg bzw. Wiedereinstieg, d. h. Unterbrechungen des Berufslebens aufgrund der Lebensplanung sollen durch entsprechende Maßnahmen der Arbeitsorganisation und Organisationsentwicklung unterstützt werden.
Messgrößen/-instrumente:
Arbeitszufriedenheit, Leistungsergebnisse, Feedbacksystem

III. Mitarbeiter
Zielvereinbarung mit den Ämtern:
Unter dem Gemeinschaftsziel „Vereinbarkeit von Familie, Lebens- und Berufswelt“ sollen Maßnahmen, Instrumente der praktizierten Personalrekrutierung, Personalauswahlverfahren, Karriereplanung, Führungskräfteförderung, Ressourcennutzung überprüft und ggf. verändert werden.
Aktivitäten:
Auswahl, Anpassung, Einsatz geeigneter Instrumente zur Personalauswahl, wie z. B. spezifische Assessmentcenter, Potentialanalyse, ämterübergreifendes Ressourcenmanagement, Führungskräfteförderung mit dem Ansatz „Führen als Profession“ – „Rotation und Hospitation“
Messgrößen/-instrumente:
360° Feedbacksystem, positive/negative Fluktuation

Einen großen Vorteil bringt in diesem Zusammenhang ein von mir im Auftrag der Stadt Stuttgart 1998 konzipiertes und geleitetes EU-Projekt „Equality, Life & Work“.



² Einbeziehung der Gleichstellungspolitik in die Strategien Wettbewerbsvorteil ... bedeutet, neben dem Aufzeigen der gesellschaftlichen, individuellen Vorteile, die ökonomischen Vorteile einer Gleichstellungspolitik nachzuweisen. Kluger Ressourcenverbrauch bedeutet beispielsweise vorausschauend Fachkräftemangel zu begegnen durch entsprechende Ausbildung und Förderung von Mädchen etc.

Es ist bei der Europäischen Kommission im Bereich Sozialer Dialog – Arbeitsbeziehungen – Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern angesiedelt. Im Rahmen des IV. Aktionsprogramms sollen Projekte gefördert werden, die u. a. best practices zum Thema Gender Mainstreaming vergleichen und übertragbar machen. Gender Mainstreaming wird vielfach unter „sozialpolitische Maßnahmen“ als Kostenfaktor einer „verordneten“ Gleichstellungspolitik verbucht. Im Rahmen des EU-Projektes und der Partnerschaft mit skandinavischen Reformstädten und großen Wirtschaftsunternehmen wurde und wird eine Gender Mainstreaming Politik in der Stadtverwaltung Stuttgart nun unter dem Aspekt Qualitätsmanagement als betriebswirtschaftlicher und gesellschaftspolitischer Leistungsträger diskutiert. Gender Mainstreaming ist also gerade unter Berücksichtigung/Akzeptanz betriebswirtschaftlicher, gesellschaftlicher und individueller Vorteilsnahme mehrheitsfähig geworden! Im Rahmen des EU-Projektes werden seit 1998 in Kooperation mit Unternehmen wie Daimler Chrysler, Allianz Lebensversicherung, Volvo Global Truck u. a. und Kommunen wie Hämeenlinna, Finnland, Göteborg, Schweden, innovative Ansätze der Personal- und Organisationspolitik unter dem „Mehrwert“ Gender Mainstreaming verglichen. Innovative personal- und organisationspolitische Prozesse und Instrumente werden darauf hin untersucht, ob sie eine entsprechende Gender-Diversity-Politik erfolgreich transportieren. Konkret wird der Nachweis erbracht, dass entsprechende Ansätze sich „rechnen“. Beispielsweise ist es wirtschaftlicher, qualifizierten Frauen durch entsprechende Arbeitszeitregelungen, Teleworking und Integrationsmaßnahmen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, als sie für einige Jahre „aussteigen“ zu lassen. Ein familienfreundliches Personalmanagement ist als „work holder value“ ein betriebswirtschaftlich ernst zu nehmender Faktor, im Sinne eines „Vereinbarkeitspuzzle“ von entsprechenden personal- und organisationspolitischen Modulen. Dies gelingt allerdings nur, wenn beispielsweise einem Instrument wie dem Assessment Center als neuem Personalauswahlverfahren auch ein entsprechend vielschichtiges Menschenbild positiv zugrunde gelegt wird und nicht der „Normalarbeitnehmer“. Dieser Baustein „neue Auswahlverfahren“ muss also eingebettet sein in eine Veränderung der Unternehmenskultur und Verhaltensweisen, um nicht ins Gegenteil umzuschlagen: Eine Vielfalt an Personal-, an Umsetzungsformen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die auf der Arbeitsebene nicht mit getragen wird, führt meist zu rascher Fluktuation, innerer Emigration der „Anderen“ und macht krank. Deshalb arbeiten wir im EU-Projekt an unterschiedlichen Modulen.

EU-Projekt „EQUALITY LIFE & WORK“	
Teilprojekte 1999/2000	
INSTITUTION	PROJEKT
<i>Deutschland</i>	
1. Daimler Chrysler Konzern 2. Stadt Stuttgart (Jugendamt) 3. Stadt Stuttgart (Garten- u. Friedhofsamt) 4. Stadt Stuttgart (Haupt- u. Personalamt) 5. Stadt Stuttgart (Haupt- u. Personalamt)	Mentoring Führungskräftenachwuchstraining Ämtersteuerung / Gesamtsteuerung Arbeitszeitflexibilisierung Telearbeit
<i>Finnland</i>	
6. Stadt Hämeenlinna	New generation/ Strategisches Management
<i>Schweden</i>	
7. Stadt Göteborg, Schweden 8. Stadt Göteborg, Schweden 9. Volvo Truck Co. 10. Volvo Truck Co.	Gender Mainstreaming Telearbeit Implementierung der Chancengleichheit Mentoring
Consultants	
INSTITUTION	SCHWERPUNKT
Allianz Lebensversicherung AG	Telearbeit
ÖTV – Hauptverwaltung	„Gender“ Perspektive
Neue Pergamon Krankenhausmanagement GmbH	Total Quality Management

Der Vorteil des EU-Projektes liegt darin, dass auf unterschiedlichen „Entwicklungsstufen“ solcher Prozesse ein Von-einander-Lernen möglich wird und Erfahrungswerte einer entsprechenden Personal- und Organisationspolitik bereits im Vorfeld vermittelt werden können.

Bei globalen Unternehmen gilt inzwischen: Vielfalt beim Personal – Frauen, Männer, Junge, Alte, Ausländer, Inländer usw. – ist ein positiver Reibungsfaktor. Entscheidungsprozesse laufen vielschichtiger, umfassender und im Ergebnis besser ab. Deshalb sollte gerade auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine entsprechende Personalpolitik voran getrieben werden, die individuelle Bedürfnisse, wie Arbeitszeit-, Arbeitsplatzorganisation, neue Führungsphilosophie, nicht nur befriedigt, sondern als motivations- und damit leistungsfördernd bestätigt und damit auch einen positiven Kundenaspekt beinhaltet.

Wir arbeiten im Projekt auf den binnenorientierten Aktionsfeldern: Personalpolitik – Strukturpolitik – Qualitätsmanagement – Gesamtsteuerung und den extern orientierten Ebenen: Kunden-, Nutzerperspektive – Public-private-partnership.

3.

Damit möchte ich zur Konkretisierung und dem Schwerpunkt ihrer Konferenz kommen: Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung auf der Grundlage der WHO Charta von 1986 formuliert als Grundlage für die Gesundheit im Arbeitsleben „die Sorge um sich selbst und andere“, und hinsichtlich der Arbeits- und Lebensbedingungen, dass diese „sicher, anregend, befriedigend und freudvoll“ zu sein hätten.

Nun lassen sich hoher Krankenstand und Fehlzeiten in deutschen Verwaltungen – mehr als in Wirtschaftsunternehmen – zunehmend auf mangelnde Führungsqualität, mangelhafte Informations- und Kommunikationsstrukturen zurückführen. Das Personal wird trotz struktureller Veränderungen im Rahmen der Verwaltungsreform weiterhin mehr „verwaltet“ als personalpolitisch „gemanagt und gefördert“. Man ist demnach in den Verwaltungen noch weit davon entfernt, das eigene Personal als „Kunden“ zu betrachten und entsprechend zu behandeln. Notwendige Informationskultur durch direkte Kommunikation als Voraussetzung für dezentrales, eigenverantwortliches Handeln wird als „lästig“ empfunden. Enthierarchisierung als strukturelle Reform ohne Kulturwandel bzw. Verhaltens- und Kommunikationsänderungen kann somit zu Frustration führen, zu Misserfolg und in der Folge zu Demotivation – innerer Emigration – Fehlzeiten. Gerade die weiblichen Beschäftigten der Stadtverwaltung, die in der Hierarchie zum Großteil die mittlere Ebene abdecken, erwarteten im Rahmen der Verwaltungsreform in Enthierarchisierungsmaßnahmen, Teamarbeitsstrukturen, eigenverantwortlichem Handeln außerhalb der Linie, einen Vorteil für das tägliche Wohlbefinden und die Freude an der Arbeit. Sie könnten jetzt in doppelter Hinsicht zu „Opfern“ der Verwaltungsreform werden: Durch die Strukturveränderungen fallen nicht nur „klassische“ Aufstiegsmöglichkeiten

weg, sondern es können gerade auch neue Stressfaktoren nach dem Motto „mehr Verantwortung und weniger Kommunikation“ geschaffen werden.

„Gesundheitsförderung“ im Sinne des Anspruchs der WHO Charta von 1986 könnte demnach mit dem Gender Mainstreaming in der konkreten personal-, organisationspolitischen Zielsetzung und den entsprechenden Maßnahmen zusammengeführt werden.

Gender Mainstreaming bedeutet dann als Gemeinschaftsziel einer Verwaltung, eines Unternehmens, entsprechende Fragestellungen auf allen Entscheidungs- und Handlungsebenen zu formulieren und damit neue Wege und Instrumentarien zur Operationalisierung:

- Unter der Fragestellung „Wie erschließe ich die Ressource Mensch, die bisher nicht an einer Tätigkeit in der Verwaltung interessiert war, aus Gründen der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, starrer Arbeitszeiten und -formen, mangelhafter Aufstiegsmöglichkeiten?“ werden neue phantasievolle Formen der Personalrekrutierung notwendig.
- Unter dem Aspekt einer neuen Führungsphilosophie ergibt sich die Notwendigkeit neuer Anforderungsprofile und Instrumente in der Personal- und Führungskräfteauswahl. Nicht ausschließlich Fachkompetenz und lineare betriebliche Entwicklung, sondern Persönlichkeitswerte wie „innere Unabhängigkeit“, „Kreativität“ bestimmen die „besten“ Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.
- Auch zur Personalentwicklung, wer wie gefördert werden soll, bedarf es neuer Kriterien. Ein adäquates Coaching, um die individuelle Persönlichkeit gegenüber herkömmlichen Führungsverhaltensweisen und Anpassungen zu stützen, ist ein Instrumentarium, das zunehmend im Sinne der neuen Führungsphilosophie eingesetzt wird und greift.

Gender Mainstreaming als Strategie für umfassende Veränderungsprozesse bedarf neben der Organisations- und Personalentwicklung (Binnenorientierung) aber auch der Kundenorientierung, den Blick nach außen.

In Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, dem Schwerpunktthema der Konferenz, möchte ich auf einen entsprechenden Ansatz einer „Nutzerperspektive“, im Rahmen der Mädchenarbeit des Jugendamtes Stuttgart verweisen.

Lassen Sie sich bitte auf folgende begriffliche Gedankenabfolge im Zusammenhang kommunaler Politik ein:

Gesundheitsförderung – Dienstleistung – Kundenorientierung – **Erfolgreiche Kommune** – Lebensqualität – **Mädchenpolitik** – Qualitätsstandards – Messbarkeit – **Erfolg**

Mädchenarbeit wurde in Stuttgart bereits 1995 durch die Entwicklung entsprechender Leitlinien zur kommunalen Querschnittsaufgabe. So weit ist dies nichts Neues und passierte in anderen Kommunen auch.

Neu ist vielleicht eher die Festschreibung von Qualitätsstandards, die den Weg vom Wollen zum Messen ermöglichen sollen. Um Ansprüche in die Wirklichkeit umzusetzen, wurden und werden seit 1999 Qualitätsaspekte in Produktbeschreibungen festgeschrieben, die sich auf die Felder Wirkung, Ergebnis, Prozeß, Struktur jedes Produkts beziehen. Um die Produkte erfolgreich zu erstellen, reichen allerdings nicht Einzelaktivitäten zuständiger Stellen, sondern es werden z. B. die Kooperation des Jugendamtes, entsprechender Fachgruppen und des Jugendhilfeausschusses zum Erfolg führen.

„Mädchen“ werden – genauso wie oben entwickelt die „Mitarbeiterinnen“ als Ressource zur Erreichung einer Vielfalt und nicht als defizitär und entwicklungsförderungsbedürftig gesehen. Mädchenpolitik und Personalpolitik stellen wichtige Aktionsfelder innerhalb einer umfassenden Gender Mainstreaming Strategie dar! Konkret bedeutet dies, dass Investitionen in Mädchenpolitik als einer umfassenden „Produktbetrachtung“ einen hohen individuellen und gesellschaftlichen Vorteil bringen soll. (Auf Anforderung werden wir Ihnen gerne die entsprechenden Unterlagen zur Qualitätsstandards, Qualitätssicherung, konkreten Praxisbeispielen des Stuttgarter Jugendamtes, der schwedischen Partnerkommune Göteborg zukommen lassen).

Um von einer „Vision“ zur „Umsetzung“ zu kommen, bedarf es also in der Gender Mainstreaming Strategie, wie sie die Stadt Stuttgart in ihrem Gesamtsteuerungssystem festgeschrieben hat, der Zielvereinbarungen, Aktivitäten, Messgrößen, Steuerungsinstrumente und Feedbacksysteme auf allen Ebenen im Top Down Verfahren.

Ich habe versucht, Ihnen ansatzweise ein in Stuttgart praktiziertes Gender Mainstreaming aufzuzeigen, das aus der europaweiten Netzwerkarbeit zwischen Wirtschaftsunternehmen, Kommunalverwaltungen, Sozialpartnern und Verbänden entstanden ist.

Der eingangs etwas provokativ anmutende Anspruch Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen unter dem Profitaspekt – im positiven Sinn – nachweisen zu wollen, soll zum Abschluss noch einmal schlaglichtartig zusammengefasst werden:

1. Die Berücksichtigung von Gender als Aufhebung sozialer Benachteiligung in einem umfassenden **Gender Mainstreaming Management** rechnet sich (**Profit**), weil dadurch bisher vernachlässigte Humanressourcen genutzt werden können. Im Nutzen statt Fördern liegt ein ökonomischer Faktor, an dem nicht mehr vorbeigegangen werden kann (Personal- und Organisationspolitik).

2. Dazu bedarf es eines umfassenden **Qualitätsmanagements** und einer Gesamtsteuerung mit den Feldern Zielvereinbarung, Umsetzungsaktivitäten, Messgrößen, Kooperation.
3. Der eher **humanistische Ansatz** der bisherigen Frauenförderung und ein **betriebswirtschaftlicher Erfolgsanspruch** von Unternehmen/Verwaltungen finden in einem Human Resource Management gemeinsame Aktionsfelder.
4. Um die notwendige **Kooperation** der am Prozess Beteiligten zu ermöglichen, bedarf es eines **Kulturwandels** auf beiden Seiten.
5. Frauen **und** Männer werden die GewinnerInnen sein.

AnsprechpartnerInnen für die dargestellten Zusammenhänge:

Gender Mainstreaming als Gemeinschaftsziel in der Gesamtsteuerung

Dr. Ursula Matschke

Tel.: 07 11-216-64 18

Fax.: 07 11-216-35 73

eMail: ursula.matschke@stuttgart.de

Jugendamt – Nutzerperspektive:

Wulfhild Reich

Tel.: 07 11-216-29 78

Fax.: 07 11-216-85 76

eMail: wulfild.reich@stuttgart.de

Personalentwicklung – Gesundheitsförderung:

Günter Gehlenborg

Tel.: 07 11-216-37 86

Fax: 07 11-216-79 41

eMail: guenter.gehlenborg@stuttgart.de

Prof. Dr. Klaudia Winkler,

Evangelische Fachhochschule Reutlingen

Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit

Ausgangssituation

Alkoholabhängige Frauen wurden von der Fachöffentlichkeit lange Zeit nicht gesondert berücksichtigt. Zielgruppe der praktischen Arbeit mit Alkoholabhängigen und Gegenstand der Alkoholismusforschung war lange Zeit über der alkoholabhängige Mann. Frauen mit Alkoholproblemen wurden als Einzelfälle angesehen, denen keine besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden musste.

Die Folgen dieser Sichtweise sind bis heute spürbar.

Es gibt weniger Wissen bezüglich der Alkoholabhängigkeit von Frauen. Alkoholabhängige Frauen wurden/werden als „abnorm“ i. S. von „von der männlichen Norm abweichend“ angesehen, und die Behandlungsangebote orientierten sich an der männlichen Mehrheit. Erst in den letzten Jahren erfolgte eine stärkere Auseinandersetzung mit der Situation alkoholabhängiger Frauen.

Bis heute ist die Situation der alkoholabhängigen Frauen in den Fachkliniken ganz entscheidend durch die Minderheitsposition gekennzeichnet, die sie in diesen Einrichtungen einnehmen und die Konsequenzen, die ihnen daraus entstehen.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, in welcher Hinsicht alkoholabhängige Frauen eine Minderheit darstellen, welche Konsequenzen sich für sie daraus ergeben, welche Maßnahmen zur Abmilderung der Folgen seitens der Behandlungseinrichtungen bereits ergriffen werden und wie es aussehen könnte, würde der Prozess des Gender Mainstreaming im Suchtbereich umgesetzt.

Alkoholabhängige Frauen befinden sich in mehrfacher Hinsicht in der Minderheit:

1. Strukturelle Minderheit

Frauen sind, gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtpopulation der Alkoholabhängigen, seltener in Kliniken, die stationäre Behandlung anbieten, anzutreffen.

2. Qualitative Minderheit

Die Therapieinhalte beziehen sich vorrangig auf die Lebenssituation der Männer. Therapieziele werden geschlechtsneutral formuliert, das Festhalten an der traditionellen Frauenrolle wird unterstützt, die Lebenssituation der Frauen wird nicht oder zu wenig berücksichtigt.

3. Quantitative Minderheit

Frauen sind in Kliniken, in denen sie gemeinsam mit Männern behandelt werden, zahlenmäßig deutlich in der Minderheit.

Ad 1 Strukturelle Minderheit:

Alkoholikerinnen sind weniger häufig in Fachkliniken anzutreffen als dies ihrem geschätzten Anteil an der Gesamtzahl der Alkoholabhängigen entspricht. Während der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Alkoholabhängigen auf ca. 1/3 geschätzt wird, beträgt ihr Anteil an der Gesamtzahl der in Alkoholfachkliniken Behandelten ca. 18 % (Simon und Lehnitzk-Keiler, 1994).

Möglicherweise gibt es andere Wege die Frauen einschlagen, um Hilfe zu erhalten. Da hier Daten fehlen, kann darüber aber nur spekuliert werden. Befragungen von alkoholabhängigen, in Behandlung befindlichen Frauen haben ergeben, dass es aus ihrer Sicht eine Reihe von Barrieren gibt, die die Entscheidung für die stationäre Behandlung in einer Fachklinik erschweren.

Genannt werden hier:

- Widerstand des Partners und der Familie,
- Zuständigkeit für die Versorgung der Kinder,
- höhere soziale Kosten – Angst vor Stigmatisierung,
- Gestaltung der Behandlungsangebote.

Widerstand des Partners und der Familie

Frauen stoßen sehr viel häufiger als Männer auf Widerstand in ihrer Familie und im Freundeskreis, wenn sie die Absicht äußern, sich behandeln zu lassen. Männer erhalten in vergleichbarer Situation dagegen häufiger Unterstützung von ihren Partnerinnen/Ehefrauen (Beckman, 1984). Deutlich mehr Frauen als Männer, die eine Behandlung beginnen, berichten über problematisch oder stark trinkende Partner/innen (Thom, 1986). Die Motivation der trinkenden Männer, ihre Partnerin zur Behandlung und Abstinenz zu ermutigen, ist erwartungsgemäß gering. Die häufig berichtete starke Orientierung von Frauen an anderen Perso-

nen, speziell ihren Partnern, macht deutlich, wie schwierig die Entscheidung einer Frau für die Behandlung ist, wenn sie gleichzeitig befürchten muss, ihr Partner werde sich von ihr trennen (Cuskey, Berger & Densen-Gerber, 1977).

Zuständigkeit für die Versorgung der Kinder

Frauen, die eine Behandlung antreten, sind häufiger als Männer weiterhin für die Betreuung der Kinder zuständig. Bevor sie sich behandeln lassen können, müssen sie für deren Unterbringung sorgen. Sie haben Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber, weil sie trinken und weil sie sie während der Zeit der Behandlung meist nicht versorgen können. Weil sie sich um ihre Kinder sorgen, entscheiden sie sich aber gerade deshalb oft doch für die Behandlung. Für allein erziehende Frauen spielt außerdem die Angst, das Sorgerecht für ihre Kinder zu verlieren, wenn mit dem Behandlungsantritt ihr Alkoholproblem Behörden bekannt wird, eine wichtige Rolle. Gibt es einen Mangel an Behandlungsplätzen für Mütter, die ihre Kinder mitnehmen möchten, erschwert dies besonders Müttern jüngerer Kinder die Entscheidung für eine Behandlung (Copeland & Hall, 1992).

Höhere „soziale Kosten“ – Angst vor Stigmatisierung

Soziale Folgen des Trinkens wie familiäre Probleme, Verlust des Arbeitsplatzes, Ablehnung durch Freunde und Angehörige und die allgemeine soziale Missbilligung scheinen für Frauen, die als Alkoholikerinnen bekannt sind, größer zu sein als für Männer (Beckman, 1984). Dies trägt unter Umständen sogar dazu bei, dass Frauen sich gegen die Behandlung wehren, und dass sie andere Behandlungseinrichtungen den Alkohol- und Drogeneinrichtungen vorziehen (Jarvis, 1992). In einer Untersuchung von Copeland und Hall (1992) gaben 48 % von 160 suchtmittelabhängigen Frauen in Behandlung an, das Stigma, das der Diagnose Alkoholikerin anhaftet, hätte dazu beigetragen, die Entscheidung für die Behandlung hinauszuzögern.

Gestaltung der Behandlungsangebote

Frauen fühlen sich durch die vorhandenen Behandlungsangebote oft nicht angesprochen und glauben nicht, dass ihnen geholfen werden kann (Reed, 1987). Sie betrachten ihren Alkoholkonsum – seltener als Männer – als ihr primäres Problem und halten daher auch seltener die Suchtklinik für die angemessene Behandlungsstätte (Thom, 1986). Die traditionell eher strengen Regeln in den Therapieeinrichtungen können für Frauen hinderlich sein. Dies betrifft vor allem diejenigen, denen es an Durchsetzungsvermögen fehlt, die über ein geringeres Selbstwertgefühl verfügen und daher auf Bestrafung oder Konfrontationen extrem verletzlich rea-

gieren, speziell wenn Männer dabei sind (Cuskey, Berger & Densen-Gerber, 1977).

Benachteiligungen ergeben sich auch daraus, dass nicht alle Frauen die Behandlung erhalten, die sie benötigen oder durch eine Verzögerung der Behandlung.

Ad 2 Qualitative Minderheit:

Die Tatsache, dass das Wissen über Abhängigkeitserkrankungen lange an alkoholabhängigen Männern erhoben wurde und die Ergebnisse unreflektiert auf Frauen übertragen wurden, hatte zum einen einen Mangel an qualifizierendem Wissen über die Besonderheiten der Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen zur Folge. Zum anderen besteht die Gefahr, der Situation der Frauen nicht gerecht zu werden, wenn der Maßstab männlicher Normalalkoholiker zugrunde gelegt wird.

In der Alkoholismusbehandlung orientieren sich Krankheitsverständnis, Problemsicht und Therapieziele an der männlichen Zielgruppe. Den Problemen der Frauen wird weniger Aufmerksamkeit geschenkt, bzw. sie werden gar nicht erkannt. Dies hat Folgen für die Haltung der Behandler/innen den Patientinnen gegenüber (Alkoholikerinnen gelten als schwieriger, exotischer, gestörter etc.), aber auch auf die Gestaltung der Therapieangebote.

Ad 3 Quantitative Minderheit

Die geringere Prävalenz alkoholabhängiger Frauen, die geringe Anzahl der Frauen, die stationäre Behandlungsangebote in Anspruch nehmen, sowie deren Verteilung auf verschiedene Kliniken führt dazu, dass alkoholabhängige Frauen in den Kliniken, in denen sie mit Männern gemeinsam behandelt werden, eine deutliche Minderheit darstellen.

Aus der Sozialpsychologie ist bekannt, dass ganz bestimmte Wahrnehmungsphänomene und Rollenzuschreibungen auftreten, wenn sich Träger eines sozialen Merkmals (z. B. Geschlechtszugehörigkeit) zahlenmäßig extrem in der Minderheit befinden. Diesen kann sich ein Individuum kaum entziehen.

Die Folgen dieser quantitativen Minderheitssituation der Frauen in den Fachkliniken beschrieb die Industriesoziologin Kanter am Beispiel von Frauen im Management eines Unternehmens in den 70er Jahren.

Homogene Gruppe	Alle Mitglieder gehören der selben sozio-kulturellen Kategorie (z. B. Geschlecht) an; Mitglieder einer anderen sozio-kulturellen Gruppe sind nicht vorhanden.
Mehrheitendominierte Gruppe (85 % : 15 %)	Die Gruppenmitglieder gehören unterschiedlichen sozio-kulturellen Kategorien an; eine der beiden Untergruppen hat zahlenmäßig ein starkes Übergewicht. Die zahlenmäßige Mehrheit kontrolliert die Gruppe und die Gruppenkultur auf eine Art, die es rechtfertigt, sie „dominant“ zu nennen. Die Mitglieder der Minderheit werden als typische Vertreter ihrer Kategorie (als „Prototyp“) angesehen.
Unausgeglichene Gruppe (65 %–35 %)	Es gibt eine Mehrheit und eine Minderheit. Die Mitglieder der Minderheit sind jedoch potentielle Verbündete, sie können Koalitionen bilden und die Kultur der Gruppe beeinflussen. Sie werden als Individuen betrachtet und sind voneinander unterscheidbar.
Ausgeglichene Gruppe (60 % : 40 % – 50 % : 50 %)	Es gibt keine Mehrheit und keine Minderheit. Die Kultur der Gruppe und die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern spiegeln diese Ausgeglichenheit wider.

Tabelle 1: Zahlenverhältnisse in Gruppen (Kanter, 1977, 208)

Von besonderem Interesse ist die Situation von Individuen, die in einer **mehrheitendominierten** Gruppe einer sozialen Minderheit angehören, wie das beispielsweise für alkoholabhängige Frauen in gemischten Fachkliniken gilt. Sie stehen einer dominanten sozialen Mehrheit gegenüber und werden von dieser eher als Prototypen und weniger als Individuen betrachtet. Wenn Personen in die Rolle von „Prototypen“ geraten, werden bestimmte Wahrnehmungsphänomene wirksam.

Erhöhte Sichtbarkeit	Die „Prototypen“ erhalten unverhältnismäßig viel Aufmerksamkeit in der Gruppe.
Polarisierung	Die Unterschiede zwischen den Mitgliedern der Minderheit und der Mehrheit werden extrem überbetont und überbewertet.
Assimilation	Eigenschaften der „Prototypen“ werden verzerrt, bis sie zu den Vorannahmen passen, die bei der Mehrheit bezüglich der Eigenschaften der Minderheit vorhanden sind.

Tabelle 2: Wahrnehmungsphänomene in mehrheitendominierten Gruppen (Kanter, 1977, 210)

Die erhöhte Sichtbarkeit hat zur Folge, dass die „Prototypfrauen“ unverhältnismäßig viel Aufmerksamkeit in der Gruppe erhalten. Es kann von Vorteil sein, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Gruppenmitglieder zu stehen. Allerdings werden aber auch Schwächen und Fehler genauestens registriert. Die Art, wie sich diese „Prototypfrauen“ in der Gruppe geben, wird als Beleg dafür genommen, wie ‚Frauen‘ so sind.

Die Polarisierung führt zur extremen Überbetonung der Unterschiede zwischen den Mitgliedern der Minderheit und der Mehrheit und die Tendenz zur Assimilation hat zur Folge, dass Eigenschaften der „Prototypfrauen“ verzerrt wahrgenommen werden.

Besonders ungünstig für Frauen in der Minderheit wirken sich außerdem an sie gerichtete Loyalitätsforderungen aus: Sie stehen oft unter starkem Druck, sich gegen ihre Geschlechtsgenossinnen zu wenden, denn sie sollen bereit sein, das Frauenbild der Mehrheit zu übernehmen. Dafür werden sie zur Belohnung als Ausnahme angesehen, als Frauen, die anders (besser) sind als die typischen Frauen. Aber eigentlich sind sie gar keine Frauen... Beides verstärkt die Isolation der ‚Prototypfrauen‘ von anderen Frauen. Sie haben im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: entweder akzeptieren sie ihre Isolation oder sie erfüllen die Bedingungen, um zur dominierenden Kultur zu gehören.

Die Tendenz zur „Assimilation“ führt dazu, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Frauen ignoriert werden. Frauen in der „Prototypposition“ werden besonders leicht in Rollen gedrängt, die der Mehrheit den Umgang mit ihnen erleichtern.

Rollen, die „Prototypfrauen“ häufig zugeschrieben werden, sind: ‚Mutter‘, ‚Verführerin‘, ‚Maskottchen‘ und ‚eiserne Jungfrau‘ (Kanter, 1977, 233).

Wird einer Frau die Rolle der „Mutter“ zugeschrieben, wird sie Ansprechpartnerin für alle Sorgen und Nöte der Männer, sie übernimmt Versorgungsaufgaben für ihre Mitpatienten. Die Übernahme dieser Rolle bietet zwar Sicherheit, hat aber den Nachteil, dass von Müttern erwartet wird, für andere da zu sein. Mit Eigenständigkeit hat dies nichts mehr zu tun.

Frauen, die in die Rolle der „Verführerin“ gedrängt werden, tragen Wettbewerb und Eifersucht in die Gruppe. Die „Verführerin“ wird wegen ihrer Attraktivität beachtet, ihre übrigen Eigenschaften werden weder wahrgenommen noch gefördert. Als Verursacherin der Spannungen, die sie in der Gruppe auslöst, erfährt sie Ablehnung.

Eine Frau in der Rolle des „Maskottchens“ wird von der Gruppe als nett und amüsant akzeptiert. Von ihr wird erwartet, dass sie das Publikum bei den Vorstellungen der Männer spielt und dabei in der Zuschauerrolle bleibt. Auch bei ihr werden Anzeichen für eigene Kompetenz weder erwartet noch gewünscht.

Frauen, die sich gegen die Übernahme einer der genannten Rollen wehren, werden als potentiell gefährlich angesehen. Sie gelten als „Eiserne Jungfrauen“.

Frauen in „Prototyppositionen“ haben wenig Möglichkeiten, auf diese Rollenzuschreibungen zu reagieren. Es ist oft einfacher für sie, die stereotypen Rollenzuschreibungen zu akzeptieren als gegen sie anzukämpfen. Dies gilt auch, wenn durch diese Akzeptanz ihre Möglichkeiten, in der Gruppe Fähigkeiten und Kompetenz zu zeigen, eingeschränkt sind.

Überträgt man dieses Modell auf die Situation von Frauen, die in den gemischten Fachkliniken in einer extremen Minderheitsposition sind, wird deutlich, dass sie als Vertreterinnen der sozialen Minderheit deutlich mehr Energie aufwenden müssen, um den Klinikalltag zu bewältigen.

Sind diese wenigen Frauen innerhalb der Klinik auch noch auf verschiedene Gruppen verteilt – so befinden sich beispielsweise in einer therapeutischen Gruppe eine oder zwei Frauen zusammen mit neun oder zehn Männern – steigert sich die ungünstige Wirkung, die durch die Minderheitensituation gegeben ist. Die zahlenmäßige Überlegenheit der Männer gestattet diesen die Kommunikationsstruktur, Inhalte und Art der Auseinandersetzung zu bestimmen.

Sie können als Mehrheit die Gruppennormen definieren und dominieren auch die informellen Kontakte der Gruppenmitglieder.

Folgende ungleiche Ausgangsbedingungen benachteiligen alkoholabhängige Frauen in Fachkliniken

- Nicht alle Behandler und Behandlerinnen verfügen über Wissen von geschlechtsspezifischen Aspekten der Abhängigkeitsentwicklung. Dies wirkt sich nachteilig auf die behandelten Patientinnen aus, da das vorhandene Wissen eben nicht geschlechtsneutral ist, sondern aus Forschung und praktischer Arbeit an Männern gewonnen wurde. Dieser **Mangel an Wissen** beeinträchtigt die Behandlungsqualität.
- Es gibt spezifische **Behandlungsbarrieren** für Frauen. Solange diese nicht berücksichtigt werden, ist der Zugang von Frauen zu den ihnen angemessenen Behandlungsmöglichkeiten nicht gleichermaßen sicher gestellt. Notwendige Behandlung wird hinausgezögert oder vermieden.
- Befinden sich alkoholabhängige Frauen in den Fachkliniken in einer deutlichen Minderheit, hat dies ungünstige Auswirkungen auf ihren Alltag in den Einrichtungen. Als Vertreterinnen einer sozialen Minderheit müssen sie deutlich mehr Energie aufwenden, um mit der Situation zurecht zu kommen. Sie sind dabei dem **Stress der sozialen Isolation oder Selbstverleugnung** ausgesetzt. Gerade dies ist im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung nicht zu akzeptieren.

Die Bedingungen, unter denen die Behandlung von Frauen und Männern in den Fachkliniken stattfindet, unterscheiden sich sehr deutlich – von vergleichbaren Ausgangsbedingungen kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gesprochen werden. Die Punkte, an denen Veränderungen vorgenommen werden müssen, sind bekannt. Um hier Abhilfe zu schaffen, bemühen sich seit vielen Jahren v. a. im Suchtbereich tätige Mitarbeiterinnen, die Behandlungsbedingungen für Frauen förderlicher zu gestalten.

- Sie fordern die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema Frauen und Alkohol, um so vermehrt Wissen in Forschung und Praxis zu sammeln und zu verbreiten.
- Sie fordern die konzeptionelle Verankerung frauen- und geschlechtsspezifischer Sichtweisen in Bezug auf Ursachen, Folgen, Erscheinungsformen, Therapieinhalte, Therapieziele im Rahmen der Behandlungsangebote.

- Sie fordern Rahmenbedingungen, unter denen Behandlung stattfindet, so zu verändern, dass vorhandene Barrieren nach Möglichkeit abgebaut werden, schädliche Einflüsse verhindert werden und die Therapie eine echte Lern- und Entwicklungschance für Frauen bietet.

Wie haben die Suchtkliniken bisher reagiert?

In den letzten 10 bis 15 Jahren hat sich einiges positiv entwickelt. V. a. Fortbildungsveranstaltungen, Veröffentlichungen, Arbeitstagungen zum Thema Frauen und Sucht finden vermehrt statt und stoßen meist auf reges Interesse.

In vielen Kliniken gibt es engagierte Therapeutinnen, die geschlechtsspezifische Arbeit forcieren und sich für die Berücksichtigung der Belange der Frauen einsetzen. Es werden je nach Kapazitäten Frauengruppen eingerichtet, Frauenarbeitskreise gegründet und Fachtagungen besucht. Da dies aber selten konzeptionell verankert ist, hängen Umfang und Qualität der frauenspezifischen Angebote vom Engagement der Mitarbeiterinnen ab.

Sollen Behandlungsbarrieren abgebaut werden und soll verhindert werden, dass Frauen in die beschriebenen Minderheitspositionen in den Kliniken geraten, sind Änderungen an den Rahmenbedingungen der Behandlungsangebote nötig.

Während die inhaltliche Ausrichtung der Behandlung von alkoholabhängigen Frauen auch von einzelnen Therapeutinnen vollzogen werden kann, erfordert die Änderung von Rahmenbedingungen die Zustimmung der Institution Klinik und somit die Unterstützung der Entscheidungsträger/innen.

Inwieweit sich die Gestaltung der Behandlungsbedingungen bereits an den Forderungen, die für eine sinnvolle Gestaltung der Behandlungsbedingungen erhoben werden, orientiert, habe ich am Beispiel von 20 zufällig ausgewählten gemischten Kliniken und 7 der insgesamt 11 Frauenkliniken untersucht (Winkler, 1997)

Ziel der Untersuchung war es, das Ausmaß der Frauenorientierung der Behandlungsangebote zu erheben.

Die in der Literatur beschriebenen und von frauenorientiert arbeitenden Therapeutinnen formulierten Forderungen an die Gestaltung der Behandlungsangebote für alkoholabhängige Frauen (siehe Tabelle 3), bildeten den Ausgangspunkt für die Operationalisierung der ‚Frauen-

orientierung' der Behandlungsangebote in den einzelnen Kliniken und wurden als Indikatoren zur Bildung eines Index, mit dem das Ausmaß der Frauenorientierung der Behandlungsangebote einer Klinik erfasst werden kann, verwendet.

Der ‚Frauenorientierungsindex‘ wurde aus 18 dichotomen Einzelindikatoren („Kriterium erfüllt vs. Kriterium nicht erfüllt“) gebildet (Tabelle 2). Das Maß für die Frauenorientierung der Behandlungsangebote einer Klinik wurde über die ungewichtete Addition aller positiv bewerteten („Kriterium erfüllt“) Indikatorvariablen bestimmt. Auf eine Gewichtung der Einzelindikatoren wurde verzichtet, da die Voraussetzungen für eine theoriegeleitete Gewichtung bisher fehlen.

Das Maß der Frauenorientierung der Behandlungsangebote in einer Klinik gibt demnach die Anzahl der erfüllten Forderungen, die von im Suchtbereich tätigen Mitarbeiterinnen formuliert wurden, an. Eine gemischte Klinik kann theoretisch zwischen 0 (kein Kriterium erfüllt) und 18 (alle Kriterien erfüllt) Punkte auf dem Frauenorientierungsindex erreichen. Frauenkliniken erfüllen bereits auf Grund der Tatsache, dass sie nur Frauen behandeln, 8 Kriterien. Sie können daher zwischen 8 und 18 Punkten auf dem Index erreichen.

Die gemischten Kliniken erreichten von den 18 möglichen Punkten auf dem ‚Frauenorientierungsindex‘ 4 bis 12 Punkte. Der niedrigste Wert in Frauenkliniken betrug 11 Punkte, der höchste 14 Punkte. Der Median lag bei 7 Punkten (Abbildung 1).

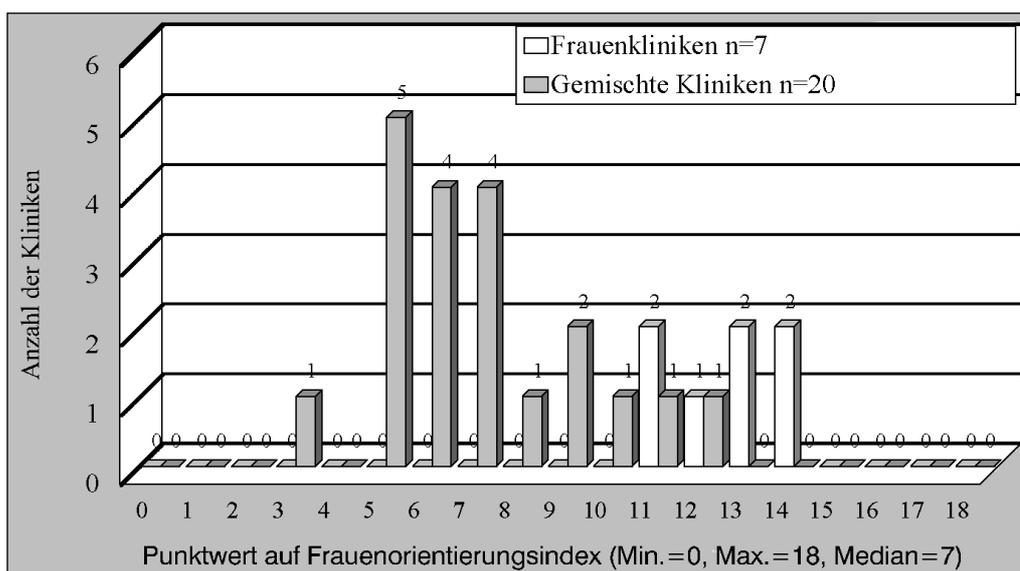


Abbildung 1: Das Ausmaß der Frauenorientierung in den Kliniken

Worin unterscheiden sich nun die vorhandenen Angebote?

Während in Frauenkliniken bestimmte Behandlungsvariablen „naturgemäß“ vorhanden sind (Tabelle 3), müssen diese Bedingungen in gemischten Kliniken gezielt hergestellt werden.

Indikatoren für frauenorientierte Rahmenbedingungen der Behandlungsangebote	Frauenkliniken		Gemischte Kliniken	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Der Patientinnenanteil in der Klinik beträgt mindestens 33 %.	100 %	0 %	30 %	70 %
Therapieplätze werden speziell für Patientinnen bereitgehalten, um das Absinken des Frauenanteils unter 30 % zu verhindern.	100 %	0 %	50 %	50 %
Die Behandlung findet in Frauengruppen statt.	100 %	0 %	55 %	45 %
Der Frauenanteil in gemischten Gruppen beträgt ≥ 50 %.	entfällt	entfällt	45 %	55 %
Es gibt indikative Angebote speziell für Frauen.	86 %	14 %	80 %	20 %
Es gibt Sportangebote speziell für Frauen.	100 %	0 %	35 %	65 %
Es gibt beschäftigungstherapeutische Angebote speziell für Frauen.	100 %	0 %	10 %	90 %
Es gibt weitere Angebote speziell für Frauen.	100 %	0 %	20 %	80 %
Es gibt räumliche Angebote speziell für Frauen.	100 %	0 %	50 %	50 %
Es gibt Mitarbeiterinnen die sich auf die Behandlung von Frauen spezialisiert haben.	100 %	0 %	70 %	30 %
Der Mitarbeiterinnenanteil im Bereich Medizin/Psychotherapie beträgt ≥ 50 %.	71 %	29 %	35 %	65 %
Der Frauenanteil im Leitungsgremium beträgt ≥ 50 %.	43 %	57 %	40 %	60 %
Fortbildungen zum Thema Frauenalkoholismus werden angeboten.	57 %	43 %	55 %	45 %
Die Wartezeit für Frauen beträgt höchstens 4 Wochen.	0 %	100 %	45 %	55 %
Die Aufnahme von Müttern mit Kindern ist möglich.	71 %	29 %	20 %	80 %
Patientinnen können zwischen Therapeutin oder Therapeut wählen.	57 %	43 %	5 %	95 %
Patientinnen können zwischen Ärztin oder Arzt wählen.	14 %	86 %	10 %	90 %
Es gibt Entscheidungsmöglichkeiten für Patientinnen (Therapiegestaltung, Behandlungsdauer etc.).	57 %	43 %	50 %	50 %

Tabelle 3: Frauenorientierte Behandlungsangebote in Fachkliniken. Indikatorvariablen, die in Frauenkliniken bereits durch das Behandlungssetting vorgegeben sind, sind grau unterlegt.

In 80 % der gemischten Kliniken werden indikative Angebote speziell für Frauen angeboten. Mitarbeiterinnen, die speziell für die Behandlung von Frauen zur Verfügung stehen (und die auf diese Weise Erfahrung mit der Behandlung alkoholabhängiger Frauen sammeln können), gibt es in 70 % der gemischten Kliniken. Der Patientinnenanteil liegt nur in 30 % der gemischten Kliniken über einem Drittel; Frauengruppen bieten 55 % der gemischten Kliniken an, für ausgeglichene Zahlenverhältnisse in den gemischten Gruppen sorgen 45 % der Kliniken und Therapieplätze speziell für Frauen werden in 50 % dieser Kliniken bereitgehalten. Wohn- und Aufenthaltsbereiche für Frauen wurden in 50 % der Kliniken reserviert; spezielle Angebote für Frauen im Sport (35 %), in der Beschäftigungstherapie (10 %) und in anderen Bereichen (20 %) werden eher selten angeboten. Kurze Wartezeiten (unter 4 Wochen) bieten 45 % der gemischten und keine der Frauenkliniken an; die Aufnahme von Müttern gemeinsam mit Kindern ist in 71 % der Frauenkliniken und in 20 % der gemischten Kliniken möglich. Geschlechterparitätisch zusammengesetzte Gremien leiten 43 % der Frauenkliniken und 40 % der gemischten Kliniken; in 71 % der Frauenkliniken und in 35 % der gemischten Kliniken sind mindestens die Hälfte der Mitarbeitenden in den Bereichen Psychotherapie/Medizin Frauen.

In 71 % der Frauenkliniken und in 55 % der gemischten Kliniken haben Mitarbeiter/innen Fortbildungen zum Thema Frauenalkoholismus besucht. Die Wahl zwischen einem Therapeuten und einer Therapeutin ist in 57 % der Frauenkliniken, aber nur in 5 % der gemischten Kliniken, die Wahl zwischen einem Arzt und einer Ärztin in 14 % der Frauenkliniken und in 10 % der gemischten Kliniken möglich. Weitere Entscheidungsmöglichkeiten, wie z. B. die Mitsprache bei der Festlegung der Behandlungsdauer, der Wahl einer indikativen Gruppe sowie der Zahl der Einzelgespräche, haben die Patientinnen in 57 % der Frauenkliniken und in 50 % der gemischten Kliniken.

Die Auswahl der Indikatorvariablen hatte zur Folge, dass Frauenkliniken auf Grund der Tatsache, dass sie nur Frauen aufnehmen, bereits acht der Kriterien für eine frauenorientierte Behandlung erfüllen (Kriterium 1,2,7,8,11,12,13,14 der Tabelle 2) und damit „automatisch“ 8 Punkte auf dem ‚Frauenorientierungsindex‘ erzielen (Tabelle 2). Gemischte Kliniken verfügen nicht über diesen „Settingvorteil“. Die frauenorientierte Gestaltung der Behandlung erfordert in gemischten Kliniken daher gezielte Aktivitäten; Bedingungen, die in Frauenkliniken per definitionem vorhanden sind, müssen in gemischten Kliniken erst hergestellt werden (z. B. spezielle Angebote für Frauen; Maßnahmen, um die Minderheitssituation der Frauen zu verhindern). Die Indikatorvariablen sind so gewählt, dass sie auch im Rahmen der Behand-

lung in gemischten Kliniken erfüllt werden können. Der ‚Frauenorientierungsindex‘ ermöglicht daher die Frauenorientierung der Behandlungsangebote in Frauen- und gemischten Kliniken auf einem Kontinuum anzuordnen und zu vergleichen (siehe Abbildung 1).

Als wichtigstes **Resümee** kann festgehalten werden, dass die Maßnahmen, die in gemischten Kliniken zur frauenorientierten Gestaltung der Behandlung eingesetzt werden, häufig dazu dienen, die Folgen der Minderheitssituation, in der sich die Frauen in diesen Kliniken befinden, auszugleichen. Dies wird z. B. durch spezielle Angebote für Frauen (Frauengruppen, indikative Frauengruppen), die Stabilisierung des Frauenanteils sowie durch das Bereithalten von Wohn- und Aufenthaltsbereichen erreicht. In vielen der gemischten Kliniken haben sich Mitarbeiterinnen mittlerweile auf die Arbeit mit Frauen spezialisiert. Über die Gruppentherapie hinaus werden aber nur selten Angebote für Frauen bereitgehalten, die Wahl zwischen einer Therapeutin oder einem Therapeuten ist nur selten möglich.

Den Rahmenbedingungen kommt insofern besondere Bedeutung zu, da sie mehr als das Vorhandensein einzelner inhaltlicher Angebote über die Haltung, die Frauen in einer Klinik entgegengebracht wird, aussagen.

Die Bedeutung dieser Frauenorientierung der Behandlungsangebote wird besonders deutlich, wenn man berücksichtigt, dass die wenigen Untersuchungen, die es zu diesem Thema gibt, belegen, dass Therapieerfolg und v.a. Erreichbarkeit spezieller Zielgruppen deutlich zunehmen, wenn sich Angebote mehr auf Frauen ausrichten. (Copeland und Hall, 1992; Dahlgren und Willander, 1989; Reed und Leibson, 1981; Winkler, 1997).

Abschließende Überlegungen zu Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit

Die Umsetzung frauenorientierter oder geschlechtergerechter Gestaltung von Behandlungsbedingungen in Fachkliniken ist bis heute in erster Linie auf das Interesse und das Engagement der Mitarbeiter/innen sowie die Bereitschaft der Klinikleitungen, dieses Engagement zu unterstützen, gegründet. Die qualifizierte Behandlung von Frauen darf aber nicht nebenbei, nur auf das Engagement einzelner Therapeutinnen gegründet, stattfinden.

Hier ist eine Änderung dringend nötig.

Die Implementierung von Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit hätte zur Folge, dass die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive (in der stationären Alkoholarbeit wird das „die systematische Benachteiligung der alkoholabhängigen Frauen zu verringern“ genannt) nicht länger nur vom Interesse und gutem Willen der Mitarbeiter/innenschaft und der Leitungsgremien der Kliniken abhängig sein würde, sondern, dass geschlechtsspezifische Arbeit konzeptionell verankert ihren gesicherten Stellenwert bekäme.

Es fehlt nicht an Wissen, wie die Behandlungsangebote für Frauen gestaltet werden sollen. Stattdessen fehlt es aber an Bereitschaft, über halbherzige Veränderungen der Rahmenbedingungen hinaus aktiv zu werden und sich diese Veränderungen auch etwas kosten zu lassen.

Gender Mainstreaming müsste daher als Prinzip der Gestaltung von Behandlungsbedingungen von Seiten der Kostenträger eingefordert (und honoriert) werden.

Daraus könnte sich die praktische Konsequenz ergeben, dass einige Kliniken sich speziell für die Behandlung von Frauen oder von Frauen gemeinsam mit Männern spezialisieren könnten. In diesen Kliniken würde sich zunehmend Experten/innentum für Aspekte der frauenorientierten Gestaltung der Behandlungsangebote konzentrieren. Wissenszuwachs und damit Impulse für Forschung und Praxis wären zu erwarten.

Für die Patientinnen würde das bedeuten, sie könnten in Kliniken behandelt werden, in denen sie die Hauptzielgruppe des Behandlungsangebotes und nicht länger die randständige Minderheit darstellen. Die beschriebenen Probleme, die sich in Folge der Minderheitssituation der Frauen in den Fachkliniken ergeben, würden dann so nicht mehr bestehen.

Literatur

- Beckman, L. J. (1984). Treatment needs of women alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1, 101–114.
- Copeland, J. & Hall, W. (1992). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87(9), 1293–1302.
- Cuskey, W. R., Berger, L. H. & Densen-Gerber, J. (1977). Issues in the treatment of female addiction: A review and critique of the literature. *Contemporary Drug Problems*, 6(3), 307–371.
- Dahlgren, L. & Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13(4), 499–504.
- Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction*, 87, 1249–1261.
- Kanter, R. M. (1977). Some effects of proportions in group life: Skewed sex ratios and responses to token women. *American Journal of Sociology*, 82, 965–990.
- Reed, B. G. & Leibson, E. (1981). Women clients in special women's demonstration programs compared with women entering co-sex programs. *The International Journal of the Addictions*, 16(8), 1425–1466.
- Reed, B. G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence services: Why so difficult? *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 151–164.
- Simon, R. & Lehnitzk-Keiler, Ch. (1994). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. Daten aus EBIS und DOSY 1993. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '95* (S. 185–193). Geesthacht: Neuland.
- Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems: I. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81(6), 777–788.
- Winkler, K. (1997). *Zur Behandlung alkoholabhängiger Frauen in Fachkliniken*. Regensburg: Roderer.

Dr. Christine Färber,

Competence Consulting, Potsdam

Gender-Sensibilisierung und Kompetenzerweiterung in der Gesundheitsplanung in Sachsen-Anhalt

Einleitung und Überblick

Der Beitrag informiert über die fachlichen Ergebnisse des Pilotprojekts „Fortbildung und Organisationsentwicklung Gender Mainstreaming“, das im Jahr 2000 im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt durchgeführt wurde. Der besondere Fokus liegt dabei auf den gesundheitspolitisch relevanten Arbeitsbeispielen. Diese erstrecken sich auf die folgenden Bereiche: Rettungswesen, Rehabilitation, AIDS, Tuberkulose, das Gesundheitsziel „Senkung der Herz-Kreislauf-Krankheiten“, Datenerhebung bei den Krankenkassen und Erhebungen über die Repräsentanz der Geschlechter bei Behinderungen sowie auf geschlechtergerechte Betreuungskonzepte.

Die Darstellung dieser fachlichen Beispiele wird eingebettet in eine Darstellung der Methoden des Projektes. Es wird gezeigt, wie Methodenkompetenz zu Gender Mainstreaming erarbeitet wurde und welche Handlungsnotwendigkeiten bei der geschlechterdifferenzierten Datenerhebung und der geschlechtervergleichenden Datenanalyse gegeben sind. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, wie die Kooperation und Kommunikation über das Thema „Geschlecht“ sich in den Abteilungen verändert hat. Die abteilungsbezogene methodische Systematisierung durch „Arbeitshilfen“ wird erläutert und es wird berichtet, wie die Arbeitsergebnisse in die Abteilungen hineingetragen wurden. Abschließend wird die Wirksamkeit des Organisationsentwicklungsansatzes beurteilt.

1. Das Projekt

Gender Mainstreaming war bei Projektbeginn für das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt und für die beiden am Pilotprojekt beteiligten Abteilungen Gesundheit und Soziales kein Neuland. Mit der Integration der Leitstelle für Frauenpolitik in das Ministerium und der Einrichtung von Beauftragten für Frauenpolitik war im Land Sachsen-Anhalt bereits im Jahr 1998 eine Beschlussfassung erfolgt, die Gender Mainstreaming als Leitkonzept der Frauen- und Gleichstellungspolitik der Landesregierung festlegte.

Die Landesregierung Sachsen-Anhalt fasste am 2. Mai 2000 einen weit reichenden Beschluss zur weiteren Umsetzung von Gender Mainstreaming. Das dort verabschiedete Programm 2000 sieht ein Pilotprojekt zur Organisationsentwicklung und Fortbildung vor. Dieses Projekt wurde von Mai bis Oktober 2000 in den beiden Abteilungen Gesundheit und Soziales des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales von Competence Consulting als externer Organisationsberatung durchgeführt. Als Ergebnis liegt eine Methode vor, mit der Gender Mainstreaming erfolgreich in die Landesverwaltung eingeführt werden kann. Sie verbindet Information über den gleichstellungspolitischen Ansatz mit einer Organisationsentwicklung, die zur kompetenten Bearbeitung der fachpolitischen Aufgaben unter Gender-Gesichtspunkten führt. Anhand von fachlichen Beispielen, die von Arbeitsgruppen aus den Abteilungen erstellt wurden, konnte ein vertiefter Lern- und Entwicklungsprozess in beiden Abteilungen angestoßen werden. Die Arbeitsgruppen waren geschlechterparitätisch zusammengesetzt und wurden in ihrer Methodenkompetenz systematisch weitergebildet. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppentätigkeit wurden in die Abteilungen hinein multipliziert.

Die Projektstruktur

Startphase	Kernphase	Endphase
1. 5.–15. 6.	16. 6.–19. 10.	20. 10.–30. 11.
Analyse Information Mobilisierung	Qualifizierung von Kompetenzzentren Multiplikation	Evaluation Bericht
Beratungsgespräche Workshops Schriftliche Befragung	Fachbeispiele Routinen Informationsmaterial Workshops	Workshops Bericht

Die Projektstruktur war unterteilt in drei Phasen. Die erste Phase diente einer Analyse des spezifischen Beratungs- und Fortbildungsbedarfs in den beiden Abteilungen, der Information aller Beteiligten über den Gender Mainstreaming-Ansatz sowie der Mobilisierung der

Führungskräfte und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Projekt. Dies erfolgte in je einem Workshop und in Einzelberatungsgesprächen mit den Führungskräften, in zwei Workshops für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Abteilung sowie durch schriftliche Befragungen.

Die zweite Phase diente der Qualifizierung von Kompetenzzentren, wofür in jeder Abteilung eine Arbeitsgruppe gebildet wurde. Bestandteil dieser Phase war auch die Multiplikation der Arbeitsgruppenergebnisse in die Abteilungen hinein. Dies erfolgte durch die Versendung schriftlicher Arbeitsergebnisse, durch zwei Workshops für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Abteilung und einen Abschlussworkshop für die Referatsleiterinnen und Referatsleiter sowie die Abteilungsleiter.

Die dritte Phase diente der Evaluation der Arbeit im Pilotprojekt und damit der Überprüfung des Projektaufbaus, der Rahmenbedingungen, der Methoden, der Arbeitsergebnisse und der Wirkungen des Projekts in den beiden Abteilungen. Die abschließenden Workshops mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie mit den Führungskräften beinhalteten Evaluationsaspekte. Als Ergebnis der Evaluation wurde im November 2000 ein Projektbericht vorgelegt.

2. Erarbeitung von Methodenkompetenz zu Gender Mainstreaming

Die Arbeitsgruppen befassten sich systematisch mit den Gender-Aspekten einzelner aktueller Arbeitsbeispiele. Dabei wurden die Methoden der geschlechterdifferenzierten Datenerhebung und der geschlechtervergleichenden Datenanalyse geübt. Darüber hinaus wurden Beispiele bearbeitet, wie solche Datenanalysen im Rahmen von Untersuchungen oder extern zu erstellenden Berichten verpflichtend festgelegt oder als Grundlage für politische Handlungsempfehlungen eingesetzt werden können. Aus der Bearbeitung konkreter Einzelfälle erwuchs der Wunsch nach einer Systematisierung, denn die AG-Mitglieder stellten systematische und methodische Parallelen bei ihren fachlichen Arbeitsbeispielen fest. Daher wurde in jeder Abteilung eine fachspezifische Systematisierungs- und Arbeitshilfe erstellt.

2.1 Geschlechterdifferenzierte Datenerhebung

Für die ausgewählten Themen wurden in beiden Abteilungen die gender-relevanten Fragestellungen heraus gearbeitet und der Handlungsbedarf bei der geschlechterdifferenzierten Datenerhebung aufgezeigt. Die Möglichkeiten, im Rahmen der Arbeitsgruppe weitere Arbeitsschritte zu gehen, waren jedoch nicht immer gegeben, da sich der Aufwand und die rechtliche Zulässigkeit der Datenerhebung themenbezogen unterscheiden. Die zusätzliche Erhebung geschlechterdifferenzierter Daten war vor allem durch zwei Faktoren eingeschränkt: Ein-

mal durch das Fehlen von Daten aus Bereichen, in denen das Land für die Erhebungen und die Regelungen zuständig ist, zum Anderen durch unzureichende bundesgesetzliche Regelungen.

Erstens sind das Gesundheitswesen und das Sozialwesen organisatorisch stark durch Selbstverwaltungskörperschaften und andere, teils private Träger, geprägt, die nur in begrenztem Umfang zur Bereitstellung von Daten verpflichtet sind. Dies sind zum Beispiel die Gemeinden als örtliche Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen oder des Bodenrettungswesens, aber auch die Renten- und Krankenversicherungsträger, Heime, Kliniken u.v.a.m. Diese Zuständigkeitsprobleme können in einigen Fällen so gelöst werden, dass im Rahmen der rechtsaufsichtlichen Überwachung des Antidiskriminierungsgebots eine geschlechterdifferenzierte Datenbereitstellung gegenüber dem Land eingefordert werden kann. Dieses Vorgehen kann aber leicht als Unterstellung einer Diskriminierung missverstanden werden. Insofern ist hier ein erhöhter Kommunikationsaufwand gegeben. Außerdem muss gemeinsam erarbeitet werden, welche Daten notwendig sind und wie sie aufbereitet werden müssen. Daraus ergibt sich, mit welchem Aufwand die Daten zu erheben sind. Dafür muss ein Klima geschaffen werden, in dem offen mit Daten umgegangen wird und Defizite auch deutlich werden können und nicht dem Impuls gefolgt wird, sich möglichst gegen Kritik zu immunisieren.

Weiter führen in vielen Fällen Institutionen, die um Auskunft gebeten werden, Argumente des Datenschutzes an. Diese treffen jedoch in den meisten Fällen nicht zu, da für Fragen des Gender Mainstreaming vor allem aggregierte Daten über größere Gruppen benötigt werden, so dass Rückschlüsse auf Einzelpersonen nicht möglich sind.

Weiter werden zahlreiche Sozial- oder Gesundheitsstatistiken aus Gründen der Vergleichbarkeit bundeseinheitlich erhoben. Hierbei werden noch nicht alle Daten geschlechterdifferenziert aufgeschlüsselt. Die Bundesgesetzgebung muss so ausgestaltet werden, dass geschlechterqualifizierte Analysen vorgenommen werden können.

In der Gesundheitsabteilung wurde nach Optionen gesucht, die frauen- und männerspezifischen Daten des Landes mit anderen Bundesländern zu vergleichen, was angesichts der dortigen Datenlage nicht möglich war. Sachsen-Anhalt ist aber auf Vergleichsdaten angewiesen, um den Handlungsbedarf präzisieren zu können. Daher wurde die Idee entwickelt, die Vorgaben zur Gesundheitsberichterstattung für den Bund und die anderen Länder mit diesen gemeinsam zu ändern.

Ausführlich wurde die Problematik des zusätzlichen Arbeits- und Kostenaufwandes bei geschlechterspezifischen Datenerhebungen erörtert. In diesem Zusammenhang wurde auch

der Umgang mit der Aufgabenplanung besprochen. Ergebnis war, dass Handlungsbedarfe im Bereich der geschlechterdifferenzierten Datenerhebung in realistische Zielsetzungen überführt werden sollen, die eine präzise Planung der zu erhebenden Daten und der Erhebungsmethoden ebenso beinhalten wie eine Kostenkalkulation. So soll verhindert werden, dass mit dem Argument begrenzter Ressourcen Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten nicht angegangen werden. Eine klare Rechtslage kann Argumentationszwänge beseitigen. Hier sind Länder- und Bundeszuständigkeiten zu überprüfen.

2.2 Geschlechtervergleichende Datenanalyse

Nicht in allen Fällen, in denen geschlechterdifferenzierte Daten vorlagen und relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen auswies, war eine befriedigende Erklärung durch empirisch belegte Unterschiede in den gesellschaftlichen Rollen, der Arbeitsteilung oder den Lebensbedingungen von Frauen und Männern möglich. Teilweise wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppen auch unterschiedliche Erklärungsansätze vertreten. Hier erwies sich die referatsübergreifende Diskussion als fruchtbar. In allen Fällen konnten Schritte bestimmt werden, die zu einer weiteren Klärung führen können. Diese lagen aber nicht immer im Handlungsbereich der Abteilungen.

An Hand von zwei Studien, die während der Arbeitsgruppenphase von der Sozialabteilung vorbereitet wurden, konnte gezeigt werden, wie tiefere Erklärungsansätze von Gender-Fragen durch die Einbeziehung von Gender-Aspekten in Studien bearbeitet werden können. Diskutiert wurde die Form, in der die Berücksichtigung der geschlechterdifferenzierten Datenerhebung und der geschlechtervergleichenden Datenanalyse in Ausschreibungen und in die Formulierung von Verträgen für die Auftragsvergabe einfließen sollten. Bei der Vergabe solcher Aufträge an Externe wurde es als ein Qualitätskriterium und damit als Auswahlkriterium für die Bieter angesehen, ob diese die Fähigkeit haben, Schwierigkeiten bei der geschlechtsspezifischen Datenerhebung und -analyse in ihrem Angebot realistisch zu berücksichtigen.

2.3 Kooperation und Kommunikation über das Thema „Geschlecht“

Bei dem Vorgehen der Arbeitsgruppen waren nicht nur die sachlichen Ergebnisse wichtig, sondern im Vordergrund stand der Prozess. Die gemeinsame Erarbeitung und Diskussion von Positionen führte zu einer Identifikation aller Mitglieder mit den Ergebnissen. Die Arbeit an den Beispielen aus dem eigenen Arbeitsbereich führte dort zu Kommunikation über das Thema Gender, und durch die Würdigung der Ergebnisse in der Arbeitsgruppe erhielten die Arbeits-

ergebnisse einen bedeutenden Stellenwert. Viele Arbeitsgruppenmitglieder exponierten sich zum ersten Mal zu Geschlechterfragen und vielen fiel das nicht leicht. Das Klima für die Bearbeitung des Gender-Themas hat sich auf Grund des Projektes in beiden Abteilungen verändert. Die Arbeitsgruppen funktionieren im Wesentlichen als harter Kern, der in sachlicher Form und fachlich kompetent Position zu Geschlechteraspekten bezieht und der den Aufwand bei der Bearbeitung realistisch einzuschätzen weiß. Dieser Kern ist neugierig auf Geschlechterunterschiede und auf Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern im Fachgebiet, und er weiß, wann eine Aussage zur Geschlechterfrage Substanz hat und wann ein Ergebnis noch weiter überprüft werden muss. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben als Multiplikatoren in ihre Abteilungen fungiert und sind dort oft erstmals als gender-kompetent wahrgenommen worden. Sie sind auch kompetent über die Abteilung hinaus ihre Gender-Kompetenz weiterzutragen.

Als Beispiel für die Substanz, welche die Arbeitsgruppentätigkeit hinterlassen hat, kann die Bund-Länder-Kooperation angeführt werden. Ein Arbeitsgruppenmitglied setzte sich zum Ziel, die systematischen gender-relevanten Punkte des eigenen Arbeitsgebiets als Standard in der Bund-Länder-Zusammenarbeit durchzusetzen. Sie ist sich im Klaren, dass dies viel strategisches Vorgehen und Energie erfordert, will das Thema aber angehen. Ein anderes Arbeitsgruppenmitglied berichtete von einem früheren Diskussionspunkt in der Bund-Länder-Kooperation: Dort sei eingebracht worden, dass es Personen mit Familienbelastungen ermöglicht werden solle, eine Qualifikation durch Teilzeit-Erwerbstätigkeit (entsprechend verlängerte Dauer) zu erreichen und danach das nötige Examen zu absolvieren. Dies sei mit dem Argument eines Bundeslandes, das würde den Qualitätsstandard senken, abgelehnt worden. Das Arbeitsgruppenmitglied bewertete die Situation so: Heute würde er an diesem Punkt deutlich Position beziehen und insistieren: Wer die gleichen Prüfungen absolviere, erbringe die gleichen Standards, das Qualitätsargument sei damit hinfällig. Er war zuversichtlich, dass er zukünftig in einer ähnlichen Situation durch seine konsequente Haltung und seine kompetente Argumentation in der Lage sein würde, die gesamte Arbeitsgruppe davon zu überzeugen, dass es sich um eine wichtige und positive Maßnahme handele, was aufgrund des Einstimmigkeitsprinzips wichtig ist.

Es gehört nun zum Selbstverständnis der Arbeitsgruppenmitglieder, Geschlechter-Vorurteile zu hinterfragen und sich selbstverständlich für die Chancengleichheit von Frauen und Männern einzusetzen. Solches Verhalten verbessert die gleichstellungspolitisch relevante Kultur oder das Klima der Abteilungen dauerhaft. Allerdings bedarf es hierzu einer ständigen Ermunterung und Bestätigung durch die vorgesetzten Führungskräfte.

2.4 Methodische Systematisierung durch „Arbeitshilfen“

In der Bearbeitung der einzelnen fachlichen Beispiele wurde den Arbeitsgruppenmitgliedern deutlich, dass viele ihrer Arbeitsschritte parallel waren und dass sie ähnliche methodische Hürden zu bewältigen hatten. Daraus erwuchs ein Interesse daran, die Methoden des Gender Mainstreaming systematisch aufzuarbeiten. Zur Unterstützung für die weitere Bearbeitung der Fachbeispiele und für die zukünftige Bearbeitung von Gender-Fragen wurden daher abteilungsbezogene Arbeitshilfen entwickelt. Ausgegangen wurde dabei zum einen vom „Gleichstellungspolitischen Check von Kabinettsvorlagen“ aus dem Kabinettsbeschluss der Landesregierung Sachsen-Anhalt vom 02.05.2000 und von einzelnen Elementen des „Technischen Dokuments 3 – Einbeziehung der Chancengleichheit von Männern und Frauen in die Strukturfondsmaßnahmen“ der EU aus Dezember 1999. Während der „Check“ notwendigerweise zu allgemein ist, da er für alle Themen anwendbar sein muss, erwies sich das Technische Dokument der EU als sehr detailliert und technisch vor allem auf die Strukturförderung der EU bezogen. Die Arbeitsgruppen wählten einen Konkretisierungsgrad, der ein alltägliches Herangehen an gender-Fragen unterstützt und übertrug die relevanten Aspekte auf die Sachgebiete der Abteilungen. Methodisch wurde so vorgegangen, dass die Arbeitsgruppen Aspekte sammelten, die Organisationsberatung aus diesem Brainstorming-Ergebnis eine Vorlage erstellte, darüber eine Diskussion erfolgte und danach ein von allen getragenes Papier entwickelt wurde.

Gliederung der Arbeitshilfen

1. Datenrecherche: Sind Männer und Frauen bei einem Thema/bei einem Gesetz oder einer Maßnahme/bei der Mittelvergabe unterschiedlich repräsentiert oder betroffen?
2. Ursachenanalyse: Welche Gründe gibt es für diese Geschlechterunterschiede?
3. Werden Geschlechterdifferenzen oder geschlechtsspezifische Lebenszusammenhänge von einer Regelung oder Maßnahme berücksichtigt?
4. Rechtmäßigkeit und politisch-strategische Einbindung
5. Beteiligung der Geschlechter und gender-kompetenter Stellen/Personen
6. Einbeziehung in die Kosten-Nutzen-Analyse
7. Abschließende Bewertung der Regelung/Maßnahme/des Konzepts als gleichstellungspositiv, gleichstellungsorientiert, gleichstellungsneutral oder gleichstellungsnegativ

3. Fachbeispiele aus den Arbeitsgruppen

Im Folgenden werden ausgewählte Fachbeispiele aus den Arbeitsgruppen vorgestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier eine analytische Kurzfassung erstellt, die besonders wichtige Arbeitsschritte und Ergebnisse wiedergibt.

3.1 Arbeitsbeispiel Rettungswesen

Das Land ist im Rettungswesen direkt zuständig für die Luftrettung; die Bodenrettung wird von den Kommunen verwaltet. Die Arbeitsgruppe diskutierte daher zunächst gender-relevante Aspekte zum Luftrettungswesen in Sachsen-Anhalt.

Die Daten zur Luftrettung zeigten, dass 40 % der Einsätze in der Primärrettung für Patientinnen erfolgen, 60 % für Patienten, in der Sekundärrettung ist die Geschlechterdifferenz noch höher: 36 % Frauen, 64 % Männer. Beim Personal sind 41 % der Notärzte Frauen, aber nur 10 % der Rettungsassistenten. Dagegen sind 33 % der Personen, die sich in der Ausbildung bzw. Weiterbildung zur Rettungsassistentin oder zum Rettungsassistenten befinden, Frauen. Da die Ausbildung durch die Träger erfolgt und diese weitgehend die Ausgebildeten übernehmen, besteht hier möglicherweise eine positive Tendenz.

Aus dieser Analyse ergaben sich weiterführende Fragen, u. a.

- Was sind die Ursachen für die höhere Patientenquote bei den Männern?
- Aus welchen Gründen werden die Einsätze für Männer oder Frauen geflogen? (Verkehrsunfälle auf Landstraßen, auf Autobahnen, bestimmte akute Krankheitsbilder etc.)
- Wie gestaltet sich die Entwicklung bei dem Personal langfristig; sind tatsächlich positive Tendenzen bei der Repräsentanz von Frauen zu sehen? Gibt es Leitungsfunktionen, wie sind diese besetzt?
- Wie können für den Bodenrettungsdienst ähnliche Daten erhoben werden?
- Steuerungsfragen: Werden mit den Rettungsdiensten Ziele vereinbart und kann eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung in die Zielformulierung integriert werden?

Der Aufwand für die Datenerhebung zur Luftrettung war nicht unerheblich, da verschiedene Ansprechpartner gefragt werden mussten. Über die weiterführenden Fragen lagen keine Daten vor. Um Aufschluss über die allgemeine Situation im Rettungswesen zu erhalten, wurden die Verbände vom zuständigen Referat mit präzisen Fragestellungen und einer angemessenen Beantwortungsfrist um Auskunft gebeten. Die Antworten zeigten, dass vielerorts nur wenige Daten vorlagen. Sie lieferten Daten über die Geschlechterrepräsentanz und trafen

aus den Erfahrungen der Verbände Einschätzungen, welche Gründe für Geschlechterdifferenzen bei der Repräsentanz des Rettungsassistenten- und notärztlichen Personals vorliegen. Die Verbände gaben an, dass in den Kursen zur Qualifizierung für den Rettungsdienst im ärztlichen Bereich Frauen zu gleichen Anteilen vertreten seien. Es wurde festgestellt, dass Frauen kürzer im Beruf der Rettungsassistentin verweilen. Dies wurde auf die physische Belastung und auf die Arbeitszeiten zurückgeführt (Schichtdienst, Dienst am Wochenende). Viele Frauen würden wegen der Betreuung von Kindern und Familienmitgliedern diesen Beruf aufgeben. Die Zunahme des Frauenanteils bei der Ausbildung zur Rettungsassistentin wurde bestätigt. Allerdings sei die Quote der Frauen, die diese Ausbildung abbrechen, höher als bei Männern. Die Organisationen gehen von einer weiteren Erhöhung des Frauenanteils, aber auch von einer weiterhin kürzeren Verweildauer aus.

3.2 Arbeitsbeispiel Rehabilitation

Zum Rehabilitationswesen liegen Daten vor, die im Rahmen einer Landtagsanfrage (Drs. 3/2955) erhoben wurden. Diese zeigt, dass Daten nur von der LVA, nicht von der BfA, der Bundesknappschaft oder der Bundesseekasse vorliegen, die ihre Daten nicht für Sachsen-Anhalt getrennt aufschlüsseln. Von der LVA liegen Daten zu den Kuranträgen von Männern und Frauen, zur Bewilligungsquote, zu den Ablehnungsgründen und Widersprüchen vor, ebenso zur Diagnose bei bewilligten Leistungen. Die Analyse und Interpretation dieser Daten unter Gender-Aspekten war der nächste Arbeitsschritt. Insbesondere ging es um die Ablehnungsgründe von Kuren und um den Anteil der Frauen an den Kuren, an den Kuranträgen etc. Die Daten der LVA zeigten erhebliche Geschlechterdifferenzen. Die Arbeitsgruppe stellte fest, dass allein die Entwicklung gezielter Fragen an die LVA ein wichtiger Arbeitsschritt war, denn sie setzte eine sehr gründliche Analyse der Daten aus der Anfrage voraus. Ein Punkt konnte ohne Anfrage bei der LVA geklärt werden: In Zukunft sollte nicht mehr von Mutter-Kind-Kuren, sondern von Eltern-Kind-Kuren gesprochen werden. Reha-Einrichtungen sollten zum Wohl des Kindes den Bedürfnissen von Müttern und Vätern gerecht werden. Die Antwort der LVA auf die weiterführenden Fragen des Referatsleiters machte weitere Analysen der neu gelieferten Daten notwendig. Zunächst erklärte sich ein Teil der Geschlechterdifferenzen aus dem geringen Frauenanteil der in der LVA Versicherten. Es blieben aber weitere Geschlechterdifferenzen bestehen, z. B. bei den Ablehnungsgründen für Reha-Anträge: Anträge von Frauen wurden etwas häufiger abgelehnt. Als Begründung wurde häufiger „nicht notwendig“ angegeben, bei Männern dagegen lagen mehr Ablehnungen wegen mangelnder Mitwirkung vor. Männer und Frauen beantragten Kuren aus unterschiedlichen Gründen: Krebs-Neubildungen

waren bei einem Viertel der Frauen, aber nur bei unter 15 % der Männer der Grund; psychische Erkrankungen bei erheblich unter 10 % der Frauen und deutlich über dieser Marge bei den Männern; Herz-Kreislauf war bei jeder zehnten Frau und jedem fünften Mann der Bewilligungsgrund. An der Spitze standen bei beiden Geschlechtern Erkrankungen des Skeletts, nämlich zu über einem Drittel. Zur weiteren Klärung der Geschlechterdifferenzen wird eine Kooperation mit der Sozialabteilung angestrebt. Es scheint erforderlich, wenn mehr Aussagen über Bewilligungen erarbeitet werden sollen, eine systematische wissenschaftliche Untersuchung durchzuführen.

3.3 Arbeitsbeispiel AIDS

Vorbildlich unter dem Gesichtspunkt des gender mainstreaming ist in Sachsen-Anhalt die AIDS-Statistik und der Aufbau der AIDS-Prävention. Sachsen-Anhalt hat 186 bekannte HIV-Fälle, 25 Personen mit AIDS sind gemeldet und bis zum Jahr 2000 wurden 10 Todesfälle aufgrund von AIDS registriert. 25 % der HIV-Infizierten sind Frauen, ca. 60 Prozent sind Migrantinnen und Migranten aus Ländern, in denen HIV-Infektionen häufig auftreten. Bei den infizierten Männern ist jeder 5. homo- oder bisexuell.

Im Land Sachsen-Anhalt verfügt jedes Gesundheitsamt über eine AIDS-Beratung. Präventionsmaßnahmen werden darüber hinaus durch die Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) und die AIDS-Hilfen in Magdeburg, Halle und Halberstadt geleistet. Diese AIDS-Hilfen erhalten seit 1991 eine institutionelle Förderung durch das Land von jährlich ca. 390.000 DM, AIDS-Aktionstage der Gesundheitsämter wurden jährlich mit 25.000–50.000 DM Projektmitteln gefördert. Die Landesvereinigung für Gesundheit setzt im Landesauftrag die gewünschten Maßnahmen um, die Gesundheitsämter sind in ihrem Wirkungskreis tätig und die AIDS-Hilfe-Vereine sind in das Netzwerk AIDS-Prävention im Land eingebunden. Zielgruppenspezifische Arbeit richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, homosexuelle Männer und an die allgemeine Bevölkerung.

3.4 Arbeitsbeispiel Tuberkulose

Auch die Datenerhebung zu Tuberkulose ermöglicht ein zielgruppengerechtes Handeln des Landes und damit eine bessere Gesundheitsvorsorge. 1999 traten insgesamt 318 Erkrankungen an Tuberkulose auf. 24 Prozent der Erkrankten stammen aus Migrantengruppen, zum Teil sind dies Kriegsflüchtlinge. Hier ist ein relativ hoher Anteil junger Menschen erkrankt, während bei den Personen mit deutschem Pass dagegen überwiegen ältere Personen erkranken. Besondere Risikogruppen sind (außer Herkunft) Personen ohne festen Wohnsitz, Ob-

dachlose, Alkohol- und Drogenabhängige. Mehr Männer (58 %) als Frauen (42 %) sind erkrankt. Nur die Kriegsflüchtlinge weisen einen sehr hohen Anteil von Frauen auf.

3.5 Arbeitsbeispiel Gesundheitsziele

Von den Gesundheitszielen befasste sich die Arbeitsgruppe mit der „Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf Bundesdurchschnitt“. Sie stellte fest, dass in Sachsen-Anhalt im Jahr 1996 je 100.000 Einwohner 562,9 Männer und 345,4 Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen starben, in der Altersgruppe unter 65 Jahren 123,9 Männer und 43,5 Frauen.

Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern und eine deutliche Unterscheidung nochmals zwischen den Altersgruppen beider Geschlechter, den die zuständige Referentin am Beispiel Myokardinfarkt darstellte.

Im Jahr 1998 wurden 5802 Personen mit der Hauptdiagnose Myokardinfarkt in Sachsen-Anhalts Krankenhäuser eingeliefert. 3408 davon waren Männer, 2399 Frauen. Für Männer war das Krankheitsbild die zehnthäufigste Diagnose, für Frauen dagegen stand der Myokardinfarkt an 26. Stelle. Die Krankenhausstatistik wies folgende Differenzen auf:

Altersgruppe	Anzahl erlittener Infarkte	
	Männer	Frauen
15–45 Jahre	278	45
45–65 Jahre	1407	453
ab 65 Jahre	1723	1901

Die Verweildauer im Krankenhaus betrug bei Männern 13,6 Tage, bei Frauen 15,2 Tage, was durch das höhere Durchschnittsalter erklärt werden kann.

Für Sachsen-Anhalt ist der Risikofaktor Rauchen besonders hoch, gerade bei jungen Menschen. So zeigt eine Studie aus dem Jahr 1995, dass in der Altersgruppe von 18-20 Jahren zwei Drittel aller Männer und drei Viertel aller Frauen im Land nach eigenen Angaben rauchten.

Zur Senkung der Erkrankungen müssen demnach besonders junge Frauen, die rauchen, angesprochen werden, wenn eine Verschiebung des Myokardinfarktes in ein jüngeres Lebensalter verhindert werden soll. Besonders steigt das Risiko für diese Gruppe im Zusammenhang mit der Einnahme hormoneller Kontrazeptiva.

Darüber hinaus wurde auf eine Initiative der Deutschen Herzgesellschaft hingewiesen, die eine Informationsoffensive zu den unterschiedlichen Krankheitsverläufen, Symptomen, Behandlungsmethoden und diagnostischen Erfordernissen bei Männern und Frauen mit Myokardinfarkt hingewiesen hatte. Hier kann vom Land überprüft werden, ob das Wissen in der Ausbildung und Weiterbildung des ärztlichen und des Rettungspersonals verankert ist.

3.6 Arbeitsbeispiel Datenerhebung bei den Krankenkassen

Zur Erhebung von geschlechterdifferenzierten Daten führte das Referat „Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“ der Sozialabteilung umfangreiche, systematische Befragungen durch. Angefragt wurden die Körperschaften, die im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Krankenpflegeversicherung in Sachsen-Anhalt relevant sind. Dabei wurden auch Körperschaften angeschrieben, die nicht der Rechtsaufsicht des Landes unterliegen.

Zur Erklärung des Gender-Mainstreaming-Ansatzes wurden den Schreiben erläuternde Unterlagen beigefügt: Das Vorwort der Ministerin Dr. Kuppe zur Sonderveröffentlichung des Statistischen Landesamtes „Frauen und Männer in Sachsen-Anhalt“ und ein gemeinsamer Antrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen (Drs. Nr. 14/3858) vom 07.07. 2000 im Deutschen Bundestag. Die letztere Information wurde beigefügt, um den bundesunmittelbaren Krankenkassen aufzuzeigen, dass auch sie zukünftig zu Gender Mainstreaming berichten müssen.

Die Schreiben wurden nach einer gemeinsamen Analyse im Referat erstellt. Die Anlagen beizufügen wurde als sehr gute Idee gewertet, denn das Vorwort der Ministerin zeigt allen, die Daten erheben müssen, dass die Landesregierung bemüht ist, mit gutem Beispiel voranzugehen.

Ein Teil der Antworten lag bis zum Projektende noch nicht vor. Umfassende Antworten erhielt das Referat von der Kassenärztlichen (KVSA) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVSA). Die KVSA teilte zu ihrer Personalstruktur mit, dass von 240 Beschäftigten 23 Männer sind. In den Vergütungsgruppen BAT III bis I ist die Bilanz ausgeglichen (13 zu 13). 15 Frauen und 13 Männer sind mit Führungsaufgaben betraut. Bei den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten überwiegen die Frauen (im Jahr 2000 55,7 %). Die höchste absolute Zahl der Ärztinnen verzeichnen die Allgemeinmediziner. Bei Anästhesisten, Chirurgen, HNO, Internisten, Orthopäden, Radiologen und Urologen gibt es mehr Männer als Frauen. Die Selbstverwaltungsorgane sind fast ausschließlich in Männerhand. In der Vertreterversammlung sind 28 Männer und 8 Frauen Mitglied, im Vorstand 7 Männer und 1 Frau.

Die KZVSA teilte mit, dass unter den Zahnärzten 57,3 % Frauen seien, Kieferorthopädinnen stellten 52 %. Das Personal der Vereinigung besteht zu 90 Prozent aus Frauen, Bereichsleiterin sind 10 Frauen (76,9 %), bei den Führungskräften sind die Zahlen ausgeglichen (3:3). In der Vertreterversammlung hingegen sind 32 Männer und 12 Frauen Mitglied, im Vorstand 1 Frau und 6 Männer.

Der Medizinische Dienst beschäftigt 250 Frauen und 41 Männer, Führungskräfte sind hier 3 Frauen und 2 Männer. Im Selbstverwaltungsorgan sind 28 Männer und 4 Frauen vertreten. Zur Anzahl der Pflegebedürftigen nach Geschlecht konnte der Medizinische Dienst keine Angaben machen, da diese Daten, wenn überhaupt, bei den Pflegekassen erhoben werden. Zur Pflegestufenaufteilung wurden umfangreiche Übersichten eingereicht, die im Referat nach Projektablauf ausgewertet werden.

Die AOK benötigte viel Zeit für die Beantwortung der Fragen, da viele Daten aufzubereiten waren. Andere Krankenkassen verhielten sich nicht kooperativ. So wurde die Beantwortung „aus Gründen eines unvermeidbaren verwaltungstechnischen Aufwandes“ abgelehnt. Einige sahen sich außer Stande, die Geschlechterverteilung in sechsköpfigen Gremien zu analysieren. Hier ist eine enge Kooperation von Bund und Land erforderlich, um die nötigen Daten zu erhalten.

3.7 Arbeitsbeispiel Geschlechtergerechte Betreuungskonzepte

Im Bereich der Pflegeeinrichtungen existieren spezielle Konzepte für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen. Hierbei sollen Geschlechteraspekte integriert werden.

Es wurde eine Erhebung über das Landesamt für Versorgung und Soziales veranlasst, wie viele Menschen mit apallischem Syndrom sich in welchen Pflegeeinrichtungen befinden. Dabei soll neben der Altersstruktur auch eine Erhebung getrennt nach Männern und Frauen erfolgen. In einer neu eröffneten Pflegeeinrichtung im Raum Magdeburg werden Multiple-Sklerose-Erkrankte betreut. Nach vollständiger Belegung soll hier ebenfalls eine solche Untersuchung angestellt werden.

Weiterhin ist beabsichtigt, eine Studie über ambulante Pflege in Sachsen-Anhalt durchführen zu lassen, die Gegenstand der Aufgabenplanung wird. Da sich entgegen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Nachfrage nach stationärer Pflege nicht rückläufig entwickelt, soll untersucht werden, worin die Hintergründe und Ursachen liegen, dass Pflegebedürftige, die vom ambulanten Dienst in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden könnten, weiterhin die stationäre Pflege vorziehen. Ziel der Studie ist die Schaffung der analytischen Voraussetzungen für die stärkere Durchsetzung des Prinzips ambulanter Priorität. Dabei sollen die Aus-

wirkungen auf den stationären Bereich mit analysiert werden. In dieser Studie soll der Geschlechteraspekt berücksichtigt werden.

3.8 Arbeitsbeispiel: Daten über die Repräsentanz bei Behinderungen

In Aufbereitung eines Teilaspektes für den Arbeitsmarkt- und Sozialbericht wurden Daten über die Anzahl der Menschen mit Behinderungen in Sachsen-Anhalt nach Geschlecht differenziert aufbereitet. Dabei zeigte sich, dass insgesamt 50,4 % der Behinderten Männer und 49,6 % Frauen sind. Die Grade der Behinderung (50-100 Prozent) verteilen sich gleichmäßig über die Geschlechter.

Dagegen sind Differenzen nach Alter festzustellen. Bei den älteren Personen über 75 Jahren liegt der Anteil behinderter Frauen bei 58,7 % und damit unter dem Frauenanteil in dieser Altersgruppe. Mit sinkendem Alter steigt der Anteil der behinderten Männer, in der Altersgruppe bis 4 Jahre sind fast 60 Prozent der Kinder mit Behinderungen Jungen. Um die Statistik aussagekräftig präsentieren zu können, muss sie nach Alter standardisiert werden, damit keine Verzerrungen auftreten.

Geschlechterunterschiede lagen auch bei den Merkzeichen vor. Insbesondere fiel auf, dass 62,4 % der Blinden Frauen sind, was wahrscheinlich mit dem Alter zusammenhängt (z. B. Erblinden durch Schlaganfall). Die Daten werden für den Arbeitsmarkt- und Strukturbericht weiter aufbereitet.

4. Multiplikation der Arbeitsgruppenergebnisse

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppentätigkeit wurden an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilungen verteilt und in Workshops diskutiert. In den Workshops wurde differenziert und intensiv über die Datenerhebungen, Datenanalysen und Schlussfolgerungen der Arbeitsgruppen in den einzelnen Fallbeispielen diskutiert. Erst auf der Basis dieser Diskussionen wurden die Systematisierungshilfen, die von den Arbeitsgruppen erstellt worden waren, aufgenommen und auf das eigene Tätigkeitsfeld übertragen. Das Lernen an praktischen Einzelbeispielen erwies sich insofern als das wirkungsvollste didaktische Element. Es wurde deutlich, dass für eine nachhaltige, dauerhafte Verankerung des Stellenwertes von Gender Mainstreaming eine Nachbereitung im folgenden Jahr erforderlich ist – nicht, weil die Beispiele analytisch nicht nachvollziehbar und die Systematisierungshilfe nicht konkret genug gewesen wären, sondern weil den meisten die praktische Anwendungserfahrung noch fehlt. Insofern sollte sich nach einer soliden Erprobungsphase eine strategisch-systematische Bearbeitung

des Gender-Mainstreaming-Ansatzes anschließen, um die begonnene Entwicklung zu unterstützen und weiter zu fördern.

Für die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Workshops war nach den Diskussionen klar, dass Gender Mainstreaming mit dem Arbeitsgebiet ihrer Abteilung zu tun hat und wie sich die Bearbeitung im Detail darstellen kann. Die Materialien, die von der Arbeitsgruppe vorgelegt worden waren, wurden als wichtige Unterstützung angesehen, wie sie auch von den Arbeitsgruppen angelegt worden waren. Zu den einzelnen Fachbeispielen konnten die zuständigen Referentinnen und Referenten sowie Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter weitere wichtige Aspekte hinzufügen.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde durch die Beispiele auch deutlich, dass viele Führungskräfte ihrer Abteilung an diesen Ergebnissen mitgewirkt hatten und den Ansatz ernsthaft verfolgten. Nicht nur die Qualität der Schreiben an die nachgeordneten Behörden mit den Anfragen zur Datenerhebung und Datenanalyse, sondern auch die Tatsache, wer sie geschrieben und unterschrieben hatte, war hier von Bedeutung.

Die Herangehensweise, von Mitgliedern der Abteilung, und zwar wesentlich auch von Führungskräften, Fachbeispiele erarbeiten zu lassen, hat sich deshalb sehr bewährt. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Workshops wussten am Ende, um was es beim Gender Mainstreaming-Ansatz geht und waren zuversichtlich, dass sie selbst in der Lage sind, Gender-Aspekte kompetent in ihre Aufgabenbereiche zu integrieren, anderen bei der Bearbeitung zu helfen und die Grenzen des Gender-Aspekts eindeutig zu definieren. Das Klima für die Bearbeitung des Themas hatte sich verändert – es wurde auf die sachliche Ebene geführt und mit einem ernst zu nehmenden Stellenwert versehen.

Literatur

- Konzept der Landesregierung Sachsen-Anhalt vom 02. Mai 2000 zur systematischen Einbeziehung der Chancengleichheit von Frauen und Männern in sämtliche Politikbereiche (gender-mainstreaming); dieses Dokument ist auch unter www.ms.sachsen-anhalt.de/frauen/files/genderkonzept.pdf abrufbar.
- Antrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Deutschen Bundestag (Drs. Nr. 14/3858).
- Gender Mainstreaming in Sachsen-Anhalt, Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Magdeburg.
- Sonderveröffentlichung des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt „Frauen und Männer in Sachsen-Anhalt“, Juni 2000.

Weitere Literatur zu Gender Mainstreaming

- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, Referat D.5: Gleichstellung von Frauen und Männern in der Europäischen Union.
Beispiele für vorbildliche Praktiken (1996–2000). Mai 2000. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2000, 53 S., ISBN 92-828-9626-9
Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, L-2985 Luxemburg
- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung und Soziales, Referat D.5: Chancengleichheit von Frauen und Männern in der Europäischen Union. Jahresbericht 1999, Februar 2000.
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2000, 29 S., ISBN 92-828-9546-7
Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, L-2985 Luxemburg
- Council of Europe: Conference „Gender mainstreaming: a step into the 21st century“, Athens, 16-18 September 1999. Presentation of gender mainstreaming projects EG/ATH (99) 3, Strasbourg, August 1999
- Council of Europe: Conference „Gender mainstreaming: a step into the 21st century“, Athens, 16-18 September 1999. Recommendations of the Working Groups. EG/ATH (99) 7, 18 September 1999
- Council of Europe: Gender Mainstreaming. Konzeptueller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken. Dez. 1998
EG-S-MS (98) 2 ISBN 92-871-3799-4
Bezugsadresse:
Council of Europe Publishing
F-67075 Strasbourg Cedex
Frankreich

- Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Fortschrittsbericht der Kommission über Folgemaßnahmen zu der Mitteilung: „Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politischen Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft“, Brüssel, 4.3.1998, KOM (1998) 122 endg., ISSN 0254-1467, ISBN 92-78-31862-0
Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, L-2985 Luxemburg
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften: „Einbindung der Chancengleichheit in sämtliche politischen Konzepte und Maßnahmen der Gemeinschaft“, Brüssel, 21.2.1996, KOM (96) 67 endg.
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, L-2985 Luxemburg
- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten: Leitfaden zur Bewertung geschlechtsspezifischer Auswirkungen, Oktober 1997
- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten, Referat V/D.5: Geschlecht, Macht und Veränderung in Institutionen des Gesundheitswesens der Europäischen Union, Ancona, 1997
Bezugsadresse:
Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten, Referat V/D.5
Rue de la Loi/Wetstraat 200
B-1049 Bruxelles/Brussel
Belgien
- Gender Mainstreaming, Informationen und Impulse
Herausgegeben vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover, www.niedersachsen.de/MS1.htm
(>Publikationen)
- Leitfaden Gender Mainstreaming
Herausgegeben vom Frauenbüro MA57, Friedrich-Schmidt-Platz 3, A-1082 Wien
- Wie Gender in den Mainstream kommt
Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming
Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, D-53170 Bonn

Wie bewerten die Veranstaltungsteilnehmenden die Tagung „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“?

Die Organisatorinnen der Netzwerktagungen möchten sich regelmäßig darüber informieren, ob die Inhalte der Tagung das Interesse und die Bedürfnisse der Teilnehmenden getroffen haben und wie Sie mit der Organisation zufrieden waren.

Die Auswertung des zweiseitigen Fragebogens, der sofort im Anschluss der Tagung ausgefüllt wurde, ergibt folgendes Bild:

Insgesamt haben 57 Personen die Netzwerktagung besucht, darunter waren 3 Männer. 34 Personen haben den Fragebogen ausgefüllt, das entspricht einer Rücklaufquote von 59,6%. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen überwiegend aus den Bereichen Gesundheitswesen im engeren Sinne, Gesundheits- und Frauenprojekte sowie Beratungsstellen und aus dem Bereich Politik und Verwaltung (kommunale Ebene wie Landesebene). Ferner aus überregionaler Vernetzung, Wissenschaft, Bildung.

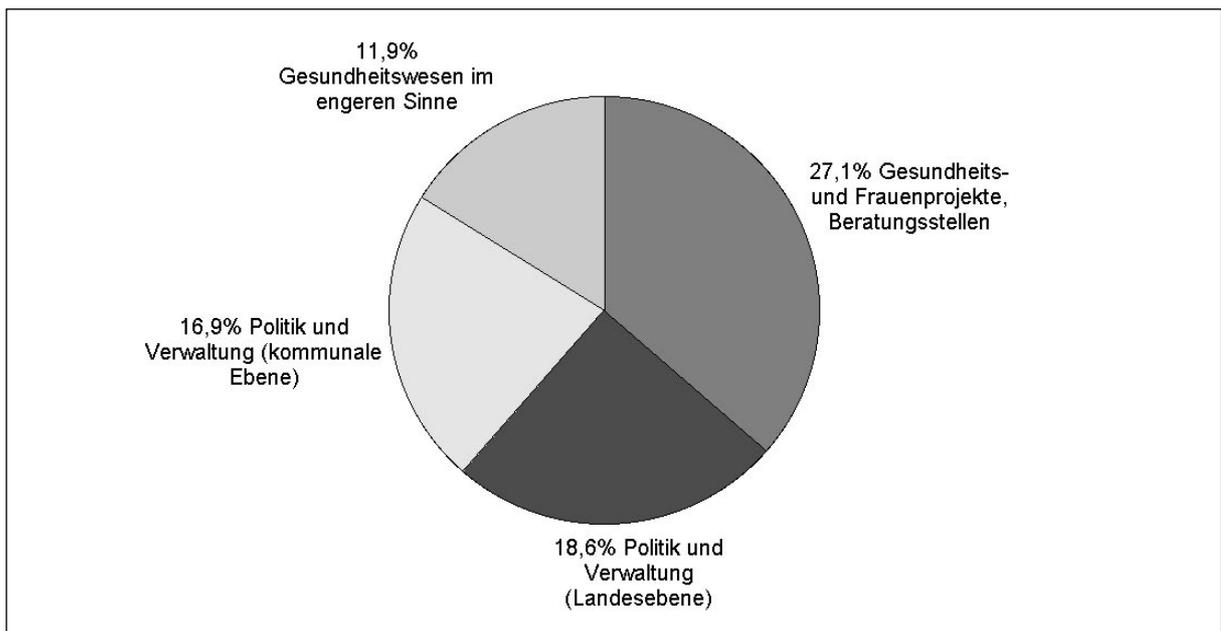


Abb.1: Sektorale Zugehörigkeit der Teilnehmenden (100 % = 57 Teilnehmende)

Von der bisherigen Tagungsstruktur – vormittags Hauptreferat, nachmittags Arbeitsgruppen mit Impulsreferaten – wurde erstmals abgewichen, weil das Thema Gender Mainstreaming noch relativ neu ist und ausreichend erprobte Praxisbeispiele nicht vorgestellt werden konnten. Diese Tagungsstruktur ist ausgesprochen positiv bewertet worden. So antworteten 26 Personen, sie waren mit der Organisation „sehr zufrieden“, 6 Personen waren „zufrieden“. Angemerkt wurde u. a., dass auf diese Weise kein Vortrag „verpasst“ werden konnte.

Die Mehrzahl der Teilnehmenden hielt auch die Zeit für Diskussionen und Austausch für ausreichend. Fast alle Befragten gaben außerdem an, Anregungen für die eigene Arbeit erhalten zu haben, insgesamt wurde die Praxisrelevanz damit sehr positiv bewertet.

Die Netzwerktagungen sind für alle Interessierten offen. Rund 63 % der Teilnehmenden waren diesmal keine Mitgliedsfrauen des Netzwerkes.

Informationen zum Netzwerk

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wurde Ende 1995 in Hannover gegründet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, der nachweisbaren Diskriminierung von Frauen und Mädchen im und durch das Gesundheitswesen konstruktiv zu begegnen. Die Förderung von Frauen- und Mädchengesundheit soll in den Kommunen verankert und etabliert werden. Dies geschieht durch Einbindung interessierter Frauen, Organisationen und Institutionen sowie der bereits vorhandenen Aktivitäten vor Ort.

Das Netzwerk will Umsetzungsstrategien – auch für den politischen Raum – entwerfen, den Frauen Handlungsperspektiven in ihren regionalen und kommunalen Bezügen eröffnen, Informations- und Erfahrungsaustausch unterstützen und gewährleisten, die Kompetenzen der Mitgliedsfrauen fördern und insbesondere zu Eigenaktivitäten anregen.

Multiplikatorinnen aus Verwaltung, Verbänden, Institutionen und Initiativen, vorwiegend aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, aber auch aus Forschung und Lehre, beteiligen sich an der Arbeit des Netzwerkes. Eine große Gruppe bilden die kommunalen Frauenbeauftragten, die Interesse am Thema Frauengesundheit haben.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. getragen.

Das Netzwerk veranstaltet regelmäßig Tagungen, die jeweils dokumentiert werden.

Kontaktadressen:

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Ursula Jeß

Gustav-Bratke-Allee 2

30169 Hannover

Telefon (05 11) 1 20 29 70

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.

Ute Sonntag

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Telefon (05 11) 3 50 00 52