

**Workshop:**  
**Frauengerecht – Gendergerecht ...**  
auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung  
am 11.-12. März 2004, in Bremen

**Bericht**

**Inhaltsverzeichnis**

1	<b>Einleitung</b> .....	2
2	<b>Zusammenfassung der Vorträge</b> .....	3
2.1	Gender Based Analysis (Ulrike Maschewsky-Schneider) .....	3
2.2	Gender Impact-Assessment (Ines Weller) .....	5
2.3	Gender Matrix (Ingeborg Jahn) .....	6
2.4	Gender und Arzneimittelkonsum (Gerd Glaeske) .....	8
2.5	Gender und koronare Herzerkrankungen (Ellen Kuhlmann) .....	9
3	<b>Antworten auf 10 Fragen zur Vorbereitung des Workshops</b> .....	11
3.1	Frage 1 .....	11
3.2	Frage 2 .....	12
3.3	Frage 3 .....	13
3.4	Frage 4 .....	14
3.5	Frage 5 .....	15
3.6	Frage 6 .....	16
3.7	Frage 7 .....	16
3.8	Frage 8 .....	16
3.9	Frage 9 .....	17
3.10	Frage 10 .....	17
4	<b>Diskussion</b> .....	18
5	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	19
6	<b>Literatur</b> .....	20
7	<b>Anhang</b> .....	21

---

## **1 Einleitung**

Der Workshop „Frauengerecht – Gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung“ fand am 11./12. März in Bremen im Tagungshotel „Zur Munte“ statt. Teilgenommen haben 28 Expertinnen und 1 Experte aus unterschiedlichen Bereichen (Bundes- und Landesministerien, Forschung, Gleichstellungsstellen, Koordinationsstellen für Frauengesundheit, Krankenkassen, Gesundheitsberichterstattung, Frauengesundheitszentren, etc. (siehe Liste im Anhang)).

In drei Vorträgen wurden aktuelle Konzepte für die Gender-Analyse (Gender Based Analysis, Gender Impact Assessment und Gender Matrix) vorgestellt und diskutiert. In zwei weiteren Vorträgen wurden am Beispiel von Herzkreislauf-Erkrankungen sowie Arzneimitteltherapie der Stand des Geschlechterwissens sowie Perspektiven einer frauengerechten Versorgung in diesen Bereichen dargestellt und diskutiert (siehe auch das im Anhang abgedruckte Programm).

Als Vorbereitung für die Veranstaltung waren die eingeladenen Teilnehmer/innen gebeten worden, sich mit „10 Fragen ...“ (siehe Anhang) zu beschäftigen und diese – wenn möglich – auch schriftlich zu beantworten.

In dem hier vorgelegten Bericht wird versucht, aus diesen Quellen aktuelle Diskussionsstränge und Perspektiven „auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der frauen- und gendergerechten Gesundheitsversorgung“ zu extrahieren und zusammenzufassen.

Einige Wochen nach dem Workshop waren alle Teilnehmer/innen gebeten worden, zur Evaluation der Veranstaltung „mit etwas Abstand“ einen Fragebogen auszufüllen. Die Ergebnisse dieser Evaluation sind in einem Kurzbericht zusammengefasst (Jahn 2004).

## 2 Zusammenfassung der Vorträge

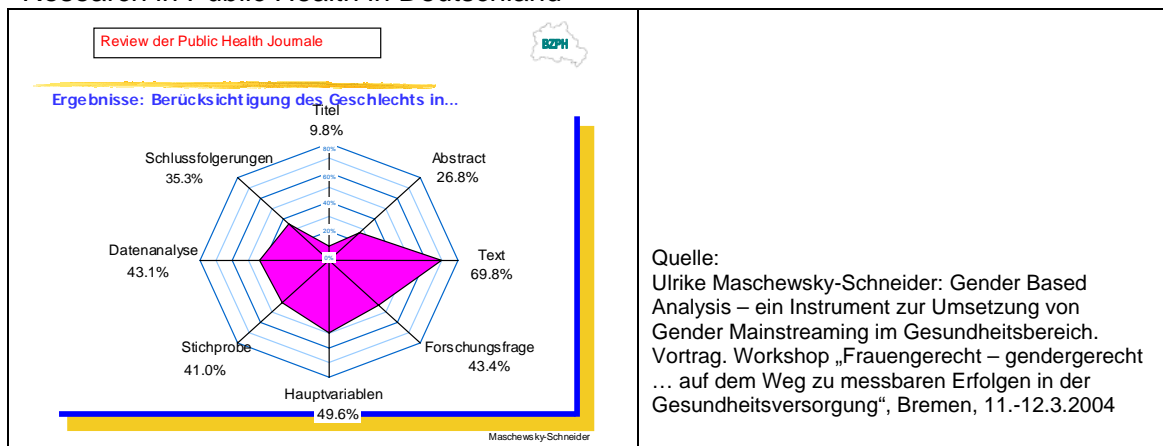
### 2.1 Gender Based Analysis (Ulrike Maschewsky-Schneider)

Prof. Maschewsky-Schneider hat in ihrem Vortrag Wissensgrundlagen und Umsetzungsbereiche von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich benannt und am Beispiel der Gesundheitsförderung die Methode der Gender Based Analysis erläutert.

Eine wichtige Quelle für die Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich ist der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (BMFSFJ 2001), dessen Ziel es war, sowohl den frauenspezifischen gesundheitlichen Versorgungsbedarf in den verschiedenen Bereichen zu bestimmen als auch Forschungslücken zu identifizieren.

Weiterhin wurde in dem - im Rahmen des Programms Public Health des BMBF 2000-2002 geförderten - Projekt „Gender Bias – Gender Research in Public Health in Deutschland“ die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur untersucht. Ein Review von 516 Artikeln aus drei Jahrgängen (1990, 1995, 1999) dreier deutschsprachiger gesundheitswissenschaftlicher Zeitschriften (Sozial- und Präventivmedizin, Das (öffentliche) Gesundheitswesen, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft) ergab, dass bei Publikationen, die sich thematisch auf beide Geschlechter beziehen, häufig die Variable Geschlecht nicht berücksichtigt wird. Eine Übersicht, die die verschiedenen Schritte des Forschungsprozesses unterscheidet, liefert Abbildung 1. Demnach wurde bei Themen, die beide Geschlechter betreffen, nur in jeweils rund 43% der Publikationen bei der Formulierung der Forschungsfrage und/oder bei der Datenanalyse die Variable Geschlecht bzw. mögliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern berücksichtigt. Nach Geschlecht differenzierende Schlussfolgerungen finden sich nur in jeder dritten Publikation.

**Abbildung 1:** Ergebnisse der Zeitschriftenanalyse im Projekt „Gender Bias-Gender Research in Public Health in Deutschland“




In einem weiteren Projekt am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin werden Veröffentlichungen, Pressemitteilungen, Forschungsprojekte, Modellvorhaben, Maßnahmen und Kampagnen des BMGS im Bereich der Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Tabak, Alkohol, illegale Drogen, HIV/AIDS aus dem Zeitraum 1998-2003 im Hinblick auf die Gendersensibilität untersucht. Ziel dieses Projektes ist es, Praxisempfehlungen zur

systematischen und nachhaltigen Implementierung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche im Geschäftsbereich des BMGS zu erarbeiten.

Anhand dieses Beispiels erläuterte Ulrike Maschewsky-Schneider die Methode der Gender Based Analysis:

Im Zentrum von Gender Based Analysis (GBA) steht die grundlegende Beobachtung, dass geschlechterbezogene Verzerrungen (Gender Bias) erstens in verschiedenen Arten (vgl. Abbildung 2) und zweitens in jeder Phase eines Forschungs-, Planungs- oder Projektprozesses auftreten können.

**Abbildung 2:** Arten von Gender Bias

<p><b>Arten von Gender Bias</b></p>  <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Geschlechterinsensibilität<ul style="list-style-type: none"><li>➢ bei für Mädchen und Jungen relevanten Themen wird nicht nach Geschlecht differenziert, so dass vorhandene Unterschiede bzw. Besonderheiten unberücksichtigt bleiben</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Androzentrismus / Gynozentrismus<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Generalisierung von Ergebnissen auf Mädchen und Jungen, die nur für ein Geschlecht zutreffen oder nachgewiesen wurden</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Doppelte Bewertungsmaßstäbe<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Mädchen und Jungen werden auf jeweilige Geschlechtsstereotype festgeschrieben und Gemeinsamkeiten der Geschlechter bleiben unberücksichtigt</li></ul></li></ul> <p><small>(Eichler et al. 1999; deutsche Übersetzung: Fuchs et al. 2002)</small></p> <p><small>Maschewsky-Schneider</small></p>	<p>Quelle: Ulrike Maschewsky-Schneider: Gender Based Analysis – ein Instrument zur Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Vortrag. Workshop „Frauengerecht – gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung“, Bremen, 11.-12.3.2004</p>
---	--

Die Prozessbezogenheit der Gender Based Analysis wurde von Prof. Maschewsky-Schneider am Beispiel des Planungsprozesses von Gesundheitsförderungsmaßnahmen illustriert. Dabei können verschiedene Dimensionen geschlechtersensibler Gesundheitsförderung unterschieden werden:

- Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen, wie z.B. die verbindliche Festschreibung, dass Fördergelder von der angemessenen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht abhängig gemacht werden.
- Organisatorische Rahmenbedingungen, wie z.B. die Verankerung der Gleichstellung der Geschlechter im Leitbild von Organisationen und die Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen für das Thema.
- Programm- und Maßnahmenplanung, z.B. unter Berücksichtigung vorhandener nach Geschlecht differenzierter Daten und Modelle sowie die Berücksichtigung des Geschlechts bei den Zielsetzungen, Zielgruppen und Methoden von Maßnahmen.
- Implementation von Maßnahmen, z.B. Berücksichtigung des Geschlechts bei der Ansprache der Zielgruppen
- Qualitätssicherung, insbesondere Berücksichtigung des Geschlechts auf den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Geschlechterdifferenzierende Evaluation und Formulierung von geschlechterangemessenen Verbesserungsvorschlägen für die Praxis.

## 2.2 Gender Impact-Assessment (Ines Weller)

Gender Impact-Assessment (GIA) ist ein Instrument zur Überprüfung der Auswirkungen von politischen Konzepten, Programmen und Maßnahmen auf Frauen, Männer und die Geschlechterverhältnisse, welches konzeptionell an die Umweltverträglichkeitsprüfungen angelehnt ist. Es erfolgt eine Überprüfung hinsichtlich der Bereiche Beteiligung, Ressourcen, Normen/Werte und Rechte. Die Zielrichtungen betreffen sowohl die sog. **Gender Composition** (Beteiligung von Frauen und Männern an den Ziel- und Adressatengruppen) wie auch die sog. **Gender Contents**, d.h. die inhaltlichen Genderbezüge.

In Deutschland gibt es Umsetzungsbeispiele für Gender Impact-Assessment bislang aus dem Umweltbereich, z. B. aus Pilotprojekten des Umweltbundesamtes und des Bundesumweltministeriums (BMU) sowie des Senators für Bau, Umwelt und Verkehr in Bremen (Gender Impact Assessment der Angewandten Umweltforschung Bremen).

Die Analyse der Gender Composition bezieht sich auf alle Personengruppen, die an einem Programm oder Projekt beteiligt sind. Für die Untersuchung der Gender Contents wurden im Umweltbereich Genderbezüge anhand verschiedener Anknüpfungspunkte untersucht, wie Zielgruppen, soziale Dimensionen (z.B. Arbeitsplatzeffekte), Gesundheit und Folgenabschätzung allgemein.

Ein weiteres Instrument, das im Rahmen der genderbezogenen Umweltforschung entwickelt und erprobt wurde, sind die sog. **Gender Visionen**, mit deren Hilfe möglichst konkret entwickelt werden soll, was es bedeutet Genderperspektiven einzubeziehen.

Neben der Erarbeitung von nach Geschlecht differenzierenden Datenbasen sowie der Analyse der Gender Composition und der Gender Contents liegen die Potentiale des Gender Impact Assessment nach Prof. Weller vor allem auch in seiner Funktion als „Eye-Opener für die soziale Ausdifferenzierung von Gesellschaft und für die Entwicklung zielgenauer und zielgruppengerechter Konzepte und Maßnahmen, d.h. im Abschied von den Annahmen eines abstrakten Durchschnittsmenschen.“ Die „Eye-Opener“-Funktion ist auch nützlich zum Aufdecken der sozialen Implikationen bislang überwiegend (geschlechts-)neutral bewerteter technischer Problemlösungen. GIA beinhaltet außerdem die Möglichkeit Zielkonflikte im Vorhinein zu benennen und zu analysieren (Beispiel: Bei „Offshore-Windparks“ gibt es einen Zielkonflikt zwischen der Entwicklung des Tourismus einerseits und der Windenergiebranche andererseits, von dem jeweils Frauen und Männer unterschiedlich betroffen sind.)

### 2.3 Gender Matrix (Ingeborg Jahn)

Die Entwicklung der Gender Matrix ist ein Versuch, die Diskussion um die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Berücksichtigung der Geschlechtersperspektive und Methoden der Gender-Analyse für die praktische Anwendung im Gesundheitsbereich handhabbar zu machen. Sie knüpft sowohl an das Konzept der Gender Based Analysis an (z.B. der Prozessperspektive) als auch an die Analysen der Gender Composition und Gender Contents im Rahmen des Gender Impact Assessment.

Über die Entwicklung von Instrumenten hinaus erscheint beim gegenwärtigen Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich die Vermittlung von Basiswissen dringend erforderlich. Dies betrifft u.a.:

- Idee und Nützlichkeit der systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bekannt zu machen,
- Vorurteile und Missverständnisse gegenüber Gender Mainstreaming abzubauen und
- grundlegende Begriffe zu klären.

Eine Nützlichkeitsidee von Gender Mainstreaming, die im Gesundheitsbereich von zentraler Bedeutung ist, ist die Verknüpfung des politischen Ziels der Chancengleichheit der Geschlechter mit der Frage der Qualität von Leistungen, die sich z.B. auch an deren Angemessenheit für Zielgruppen bemisst. Wesentliche Vorurteile und Missverständnisse (zum Teil auch Gefahren) betreffen das Verhältnis von Frauenförderpolitik und Gender Mainstreaming sowie das Verhältnis der Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht und anderer Kategorien der sozialen Lage (Alter, Migration, Behinderung, soziale Schicht etc.).

Grundlegende Begriffe sind die Differenzierung in soziales Geschlecht (Gender) und biologisches Geschlecht (Sex) sowie Mechanismen der Konstruktion der Geschlechterverhältnisse (Doing Gender). Im Gesundheitsbereich ist die konzeptionelle Klarheit der Geschlechterdimensionen in biologisches und soziales Geschlecht und das Verhältnis beider Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit zueinander hervorzuheben (vgl. Krieger 2003, Doyal 2003/2004). Davon betroffen sind alle Glieder der Versorgungskette: von der Symptomatik und deren Darstellung durch die Betroffenen über die Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation sowie Prävention und Gesundheitsförderung.

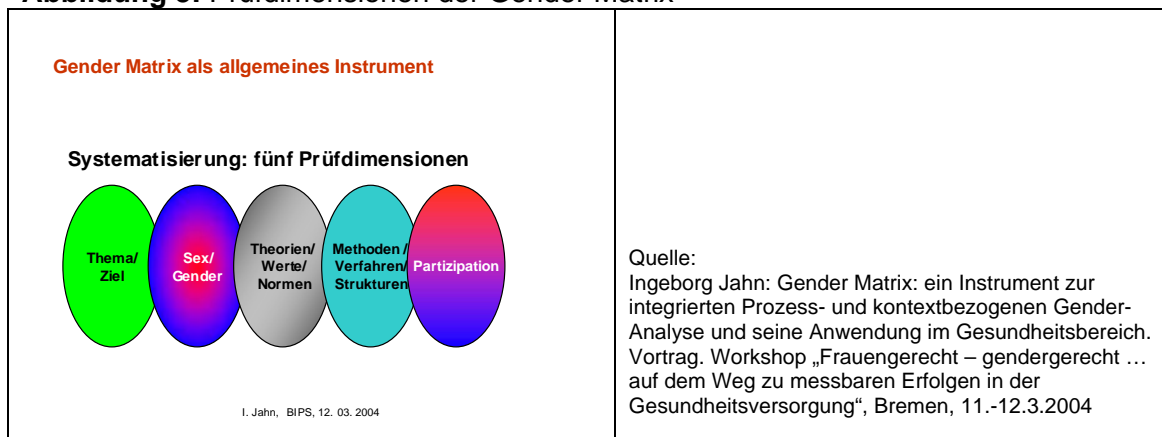
Bei der Entwicklung der Materialien wurde davon ausgegangen, dass die komplexen „Gender-Realitäten“ zum Zwecke der Handhabbarkeit für die Praxis nicht reduktionistisch simplifiziert werden dürfen. Durch eine nachvollziehbare Systematisierung und möglichst allgemein verständliche Sprache wird versucht, die Handhabbarkeit zu gewährleisten. Für die Systematisierung der Überprüfung der geschlechterrelevanten Aspekte von Prozessschritten werden fünf Prüfdimensionen unterschieden (vgl. Abbildung 3).

- **Thema/Ziel** ist die Kurzform dafür, dass jedes Projekt und jeder Projektschritt ein Geschlechterthema hat, für das ein Gleichstellungsziel entwickelt werden kann (z.B. „Es sollen Präventionsangebote entwickelt und angeboten werden, von denen Jungen und Mädchen, Männer und Frauen gleichermaßen angesprochen werden und profitieren oder die eingesetzten Ressourcen sollen Frauen/Mädchen und Männern/Jungen in gleichem Umfang zugute kommen.“)
- Unter dem Stichwort **Sex/Gender** sind die zu berücksichtigenden biologischen und sozialen Geschlechteraspekte zusammengefasst.
- Die Dimension **Theorien und Konzepte** beinhaltet alle Arten von Theorien und Konzepten, also Vorstellungen über die Bedeutung der Kategorie Geschlecht für den jeweiligen Gegenstand. Dieses können wissenschaftliche Theorien, Alltags-

und Lagentheorien sowie Wertesysteme sein, von denen die jeweils relevanten kritisch unter die Lupe zu nehmen sind.

- **Methoden, Verfahren, Strukturen** bezieht sich auf die Notwendigkeit einer geschlechterkritischen Methodenanalyse. Dies betrifft sowohl Forschungsmethoden also auch Methoden der Gesundheitsförderung, Verfahren und Handlungsabläufe.
- Unter dem Stichwort **Partizipation** werden alle Aspekte der quantitativen und qualitativen Beteiligung der Geschlechter zusammengefasst. Eingeschlossen ist auch die Reflexion der Konsequenzen einer nicht angemessenen Beteiligung weiblicher und männlicher Problemsichten (qualitative Partizipation).

**Abbildung 3: Prüfdimensionen der Gender Matrix**



Die Darstellung als Matrix (Abbildung 4) wurde gewählt, um zu verdeutlichen, dass die Gender-Prüfdimensionen, parallel (d.h. integriert) für jeden einzelnen Projektschritt, für einzelne Projekte oder auch für Maßnahmebündel systematisch geprüft werden. (Es sind auch andere Darstellungsformen, z.B. Mind Maps möglich.) Für die systematische Überprüfung eines Projektes oder einer Maßnahme werden die Gender-Dimensionen spezifisch operationalisiert.<sup>1</sup>

**Abbildung 4: Gender Matrix als allgemeines Analyseinstrument**

Gender Matrix als allgemeines Instrument

Die Gender-Matrix als allgemeines prozessbezogenes Instrument für integrierte Gender-Analysen.

Prüf-Dimension Prozessschritt	Gender- "politi- sches" Thema/ Ziel	Sex/ Gender	Theorien/ Konzepte/ Werte/ Normen	Methoden/ Verfahren/ Strukturen	Partizi- pation
...					
...					
...					

I. Jahn, BIPS, 12. 03. 2004

Quelle:  
Ingeborg Jahn: Gender Matrix: ein Instrument zur integrierten Prozess- und kontextbezogenen Gender-Analyse und seine Anwendung im Gesundheitsbereich. Vortrag. Workshop „Frauengerecht – gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung“, Bremen, 11.-12.3.2004

<sup>1</sup> Die Gender Matrix wurde angewendet für im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen für den Gesundheitsbereich entwickelte „Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht“. Dieses Projekt wird 2004 abgeschlossen. Die Materialien sind noch nicht veröffentlicht.

## 2.4 Gender und Arzneimittelkonsum (Gerd Glaeske)

Da es bislang kaum Forschungsergebnisse zu Gender und Arzneimittelkonsum gibt, stehen Fragen geschlechtsspezifischer Auffälligkeiten im Vordergrund des Vortrags.

Prof. Glaeske unterschied zunächst zwei Problembereiche:

1. Frauen sind bei Zulassungsstudien (Phase I-III) unterrepräsentiert, obwohl sie mehr Arzneimittel bekommen als Männer. Zum Zeitpunkt des Markteintritts liegen daher zu wenig geschlechtsspezifische (und auch altersspezifische) Informationen vor.
2. Der zweite Problembereich betrifft die Anwendung. Hier gibt es zu wenige Informationen über die Wirk-, Dosis- und Verträglichkeitsunterschiede bei Frauen und Männern, so dass die Therapiesicherheit und der Nutzen bei Frauen (und älteren Menschen) unbestimmt bleiben.

Beispiele aus der Praxis differierender Wirkungen bei Arzneimitteln zeigt Abbildung 5.

**Abbildung 5: Gender und Arzneimittelkonsum**

<p style="text-align: center;"><b>Gender und Arzneimittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HWZ von ASS bei Frauen, die „Pillen“ einnehmen, deutlich verlängert, bei Paracetamol ist die Wirkung verkürzt</li> <li>• Aggregationshemmende Wirkung bei gleicher Dosierung stärker als bei Frauen - höhere Dosierung sinnvoll?</li> <li>• Höhere Insulinsensitivität bei Frauen, die Glukoseaufnahme bei gleicher Insulinmenge um 40% höher - dadurch besserer Schutz vor makrovaskulären Komplikationen?</li> <li>• Erhöhtes LDL bei Frauen möglicherweise weniger gefährlich, Primärprävention dennoch sinnvoll? Keine Daten für Frauen</li> <li>• In der Sekundärprävention dagegen klinisch gleich relevant</li> </ul> <p style="text-align: center;"> Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gender und Arzneimittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einerseits wirken „β-Blocker“ bei Männern intensiver als bei Frauen, andererseits kommt es bei einigen (Metoprolol, Propranolol) bei Frauen zu vergleichsweise höheren Blutspiegeln (mehr Wirkung, mehr UAWs)</li> <li>• ACE-Hemmer haben bei Frauen einen niedrigeren therapeutischen Benefit, UAWs wie Husten sind bei Ihnen stärker</li> <li>• Thiazide wirken bei Frauen stärker und haben eine bessere Calciumbilanz</li> <li>• Amlodipin senkt bei Frauen schneller den Bluthochdruck</li> <li>• Ibuprofen wirkt bei Männern besser als bei Frauen</li> </ul> <p style="text-align: center;"> Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung</p>
<p style="text-align: center;"><b>Gender und Arzneimittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei der Behandlung der Schizophrenie sprechen Frauen besser auf eine Antipsychotika-Therapie an als Männer</li> <li>• Testosteron erhöht die Wirkungen von Insulin, oralen Antidiabetika und orale Antikoagulantien</li> <li>• Estradiol, Estron und Estriol senken die Wirkungen von Insulin, oralen Antidiabetika und orale Antikoagulantien, daneben auch von Levothyroxin; die Wirkungen von trizyklischen Antidepressiva und Coffein werden erhöht</li> <li>• Unter Kontrazeptiva wird Theophyllin langsamer abgebaut, die Wirkung ist verlängert (cave: Kumulation)</li> </ul> <p style="text-align: center;"> Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gender und Arzneimittelkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral eingenommenes Estradiol führt wegen der hemmenden Eigenschaften auf Enzyme wie Cytochrom P 450 zu Wechselwirkungen mit Ciclosporin, Erythromycin, wahrscheinlich auch zu Omeprazol</li> <li>• Bei Männern ist – testosteronbedingt – die Nierenleistung besser als bei Frauen, bei Frauen ist die Nieren clearance niedriger und erreicht früher als Männer den kritischen Wert von 50 ml/min. Kumulationsgefahr bei Digoxin, Gentamycin, Metoclopramid oder Sotalol</li> <li>• Alle genannten Unterschiede können relevante Auswirkungen auf Wirksamkeit und Verträglichkeit haben</li> </ul> <p style="text-align: center;"> Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung</p>
<p>Quelle: Gerd Glaeske: Gender und Arzneimittelkonsum: Stand und Perspektiven auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Versorgung. Vortrag. Workshop „Frauengerecht – gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung“, Bremen, 11.-12.3.2004</p>	

### Schlussfolgerungen:<sup>2</sup>

- In klinischen Prüfungen müssen die Populationen berücksichtigt werden, die mit den Arzneimitteln behandelt werden sollen.
- Verpflichtung zur Auswertung klinischer Studien nach Geschlecht und Publikation von Unterschieden und Gemeinsamkeiten.
- Systematische Versorgungsforschung, die Geschlecht und Alter berücksichtigt, zur Untersuchung des Nutzens der jeweiligen Medikamente.

### 2.5 Gender und koronare Herzerkrankungen (Ellen Kuhlmann)<sup>3</sup>

Dr. Kuhlmann ging in ihrem Vortrag auf die Gesundheitspolitische Relevanz des Themenfelds koronare Herzerkrankung und die Problemfelder in der Versorgung bei koronarer Herzkrankheit ein sowie auf die Frage: Welche Chancen durch die aktuellen Veränderungen im Gesundheitsbereich entstehen, insbesondere durch Disease Management-Programme (DMP) und Innovationspotentiale durch Gender Mainstreaming.

Die gesundheitspolitische Relevanz von Herzkreislauf-Erkrankungen besteht vor allem darin, dass koronare Herzerkrankungen und Herzinfarkt keineswegs – wie häufig angenommen – Männerkrankheiten sind. Frauen sind ebenfalls in hohem Maße davon betroffen. Kennzeichnend für Geschlechterunterschiede ist vor allem auch die deutlich höhere Letalität von Frauen bei Herzinfarkt, besonders auch in den jüngeren Altersgruppen.

Dr. Kuhlmanns Ausgangsthese ist, dass die Geschlechterunterschiede im Bereich koronare Herzkrankheit sich nicht allein dadurch erklären lassen, dass Frauen älter und kränker seien als Männer, sondern Ergebnis eines „male bias“ sind, der alle Felder des Versorgungssystems durchzieht. Einige dieser Problemfelder sind:

- Frauen und frauenspezifische Fragestellungen sind in der Forschung durchgängig unterrepräsentiert, Forschungsdesigns werden für Männer entwickelt, physiologische und pathophysiologische Unterschiede bei Frauen sind kaum erforscht.
- Die Lebensqualität von Frauen, die von KHK betroffen sind, ist deutlich schlechter als die von Männern.
- Frauen und Männer haben unterschiedliche Risikoprofile, z.B. sind Frauen häufiger als Männer von Diabetes Mellitus und Hypertonie betroffen, zwei wichtigen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten
- Präventionsangebote sind von Frauen schwerer in Anspruch zu nehmen als von Männern (Mobilität, Abendstunden etc.), z.B. sind die zur Prävention nach einer koronaren Herzerkrankung wichtigen Koronarsportangebote auf die Bedürfnisse von Männern zugeschnitten.

---

<sup>2</sup> Mit der Zwölften Änderung des Arzneimittelgesetzes (AMG) vom 30. Juli 2004 (Bundesgesetzblatt Jg. 2004, Teil I Nr. 41, Bonn 5.8.2004) dürfen Ethikkommissionen die - nach § 40 zwingende - zustimmende Bewertung bzw. Genehmigung versagen, "wenn die vorgelegten Unterlagen ... nicht dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, insbesondere die klinische Prüfung ungeeignet ist, den Nachweis der Unbedenklichkeit oder Wirksamkeit eines Arzneimittels einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern zu erbringen." (§ 42) Man/frau darf gespannt sein, wie Ethikkommissionen diese neue Aufgabe umsetzen werden? (Anmerkung IJ)

<sup>3</sup> Zur Vertiefung: Ellen Kuhlmann (2003) ...

- Die biomedizinische Ausrichtung der Versorgung führt zu einer Unterversorgung psychosozialer Bedarfe mit entsprechenden Beratungs- und Therapieangeboten. Die hierin zutage kommende mangelnde Zielgruppenorientierung verweist auch darauf, dass das Geschlecht als ein Merkmal von Zielgruppen nicht hinreichend wahrgenommen wird.
- Aufklärungskampagnen, z.B. über Frühsymptome, wenden sich eindeutig an Männer, was dazu führt, dass das Bewusstsein über Risiken und Verlaufsformen bei Frauen sehr gering ist.
- Diagnostik und Therapie: Frauen erhalten eine andere und seltener invasive Diagnostik (Angiographie), das Belastungs-EKG (Standarddiagnostik) hat bei Frauen eine geringere Aussagekraft als bei Männern, Therapien sind zum Teil bei Frauen nicht hinreichend untersucht, bei der Arzneimitteltherapie werden Frauen seltener nach den evidenzbasierten Leitlinien therapiert.
- Rehabilitation: Frauen sind unterrepräsentiert.

Die Geschlechtsunterschiede können bislang oftmals noch nicht erklärt werden und geben nach Dr. Kuhlmann zunächst Hinweise auf Qualitätsdefizite und Problemfelder in der Versorgung.

Neue Ansatzmöglichkeiten für Veränderungen im Gesundheitsbereich ergeben sich durch die Einführung neuer Versorgungsmodelle, z.B. Disease Management-Programme und die Einführung von Gender Mainstreaming, die in ihren Zielen große Schnittmengen aufweisen (vgl. Abbildung 6).

**Abbildung 6:** Schnittmengen von Gender Mainstreaming und Disease Management

<p style="text-align: center;"><b>Schnittmengen von Gender Mainstreaming und Disease Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Definition von Versorgungszielen</li><li>• Standards und evidenzbasierte Leitlinien</li><li>• Qualitätsindikatoren</li><li>• Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen</li><li>• Zielgruppen- und PatientInnenorientierung</li><li>• neue Formen der Regulierung</li><li>• neue Instrumente</li><li>• neue Steuerungsgremien</li></ul>	<p>Quelle: Ellen Kuhlmann: Gender und koronare Herzkrankheiten. Stand und Perspektiven für eine geschlechtergerechte Versorgung. Vortrag. Workshop „Frauengerecht – gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung“, Bremen, 11.-12.3.2004</p>
---	--

Veränderungschancen durch neue Versorgungsmodelle zu nutzen bedeutet, Struktur-reformen und Geschlechterpolitik, Qualität, Effizienz und soziale Gerechtigkeit systematisch zu verknüpfen mit dem Ziel, Versorgungsdefizite zu verringern sowie patientenorientierte und subjektbezogene Versorgungsangebote zu fördern. Somit kann mit Gender Mainstreaming ein Beitrag zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung geleistet werden.

### 3 Antworten auf 10 Fragen zur Vorbereitung des Workshops

Die nachfolgenden Fragen waren zur vorbereitenden Einstimmung auf den Workshop an alle eingeladenen Teilnehmer/innen verschickt worden. Neun Personen haben Kommentare bzw. Antworten zu den Fragen geschickt. Die Antworten auf die einzelnen Fragen werden im Folgenden zusammengefasst.

#### 3.1 Frage 1

**Welche Handlungs- und Problemfelder in der Gesundheitsversorgung von Frauen bzw. in Bezug auf Geschlechterungleichheiten sind aus Ihrer Sicht besonders relevant bzw. vordringlich zu bearbeiten?**

##### **Gesundheitsrisiken, Erkrankungen:**

- frauenspezifische Gesundheitsrisiken und Erkrankungen,
- Erkrankungen, die bei Frauen und Männern auftreten (am besten häufige, wie KHK, Diabetes Mellitus)
- Psychosomatik
- Geriatrie
- Bereiche mit bekannter Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung
- Medikalisierung von Lebensphasen
- Psychische Erkrankungen
- Folgen von Gewalt
- unterschiedliche Bereitschaft zur Änderung des Gesundheitsverhaltens auf individueller Ebene

##### **Strukturelle Ungleichheit**

- geringer Anteil von Frauen in Führungspositionen,
- geschlechtsstereotype Vorstellungen von Männern und Frauen,
- statt bei Frauen von sogenannten „atypischen“ Symptomen zu sprechen, bedarf es in Zukunft einer Änderung dahingehend, dass man von Symptomen bei Männern und Symptomen bei Frauen sprechen muss.
- Entwicklung frauenspezifischer Ansätze zur Erforschung aller gesundheitsbezogenen Themen.
- Zurechtrücken des negativen Bildes, dass Frauen ein höheres Risiko für Kosten- und Versicherungsträger darstellen.

##### **Versorgung**

- (Primär-)Prävention muss zuerst geschlechtsdifferenziert werden
- Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen
- Betreuung von gewaltbetroffenen Frauen
- stationäre Versorgung, insbesondere Dokumentation, Patientinnenbefragung, Evaluation und Behandlungsleitlinien geschlechtersensibel gestalten
- Entwicklung alters- und geschlechtsspezifischer Normwerte und Empfehlungen zur Intervention/Therapie
- Zugang zur Versorgung, besonders für Migrantinnen

- Versorgungsbedarfe durch steigenden Anteil älterer und armutsgefährdeter immobiler Bevölkerungsgruppen (SozialhilfeempfängerInnen, Langzeitarbeitslose, Kranke).
- Wenn die Grundversorgung kaum noch aufrechterhalten werden kann, ist die Forderung nach geschlechtersensibler Versorgung ein kaum mehr diskutierbarer Luxus.

#### **Probleme der Versorgung im ländlichen Raum:**

- Es gibt wenig spezifische Einrichtungen, wie Frauenberatungsstellen, Beratungsstellen für Essstörungen, spezifische Angebote für behinderte Frauen und Migrantinnen.
- Damit fehlen das spezifische Fachwissen und auch die Personen, die sich für die Einrichtung frauenspezifischer und frauengerechter Angebote einsetzen könnten.
- Vor allem in Bereichen, die durch massive Abwanderung gekennzeichnet sind, droht Versorgungsnotstand (Mecklenburg-Vorpommern, Teile von Brandenburg und Sachsen-Anhalt).
- Dies ist auch mit weiter werdenden Wegen für die PatientInnen verbunden.
- An der Erfüllung von Mindestmengen orientierte Qualitätssicherung von Operationen ist ambivalent: Qualitätssicherung vs. Reduzierung wohnortnaher Versorgungsstrukturen.

#### **Kriterien für die Auswahl von Handlungsfeldern**

- Vordringlich sollen Problemfelder bearbeitet werden, die die Chance auf eine breite Akzeptanz haben, weil sich das geschlechtergerechte bzw. zielgruppenspezifische Handeln auf der Kostenseite nachvollziehbar positiv auswirkt.
- Bereiche, die die Möglichkeit bieten, auch die Fehlversorgung von Männern und die Geschlechtsunterschiede bei Frauen und Männern in der Prävention zu verdeutlichen.
- Bereiche, in denen modellhaft vorgeführt wird, wie insgesamt die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenslagen im Gesundheitssystem besser gelingen kann.

### 3.2 Frage 2

#### **Wie bewerten Sie die verschiedenen Zielperspektiven einer aus Frauensicht verbesserten Gesundheitsversorgung? (verbesserte Versorgung von PatientInnen, verbesserte Bedingungen für die Beschäftigten, Berücksichtigung und Wertschätzung der privaten Gesundheitsarbeit)**

Die Einschätzungen der Answererinnen sind sehr unterschiedlich: Während eine die drei Perspektiven als gleichermaßen wichtig und sich ergänzend ansieht, fokussieren andere auf Ressourcen und Kompetenzen von Patientinnen und/oder die Sicherung und Verbesserung von Versorgungsstandards. Die Wertschätzung und stärkere Berücksichtigung der privaten Gesundheitsarbeit, die überwiegend von Frauen geleistet wird, z.B. in der Angehörigenpflege wird einerseits als sehr wichtig, andererseits ambivalent gesehen, weil damit u.U. auch eine Festlegung auf Rollen verbunden sein kann.

### 3.3 Frage 3

**Welches Potential sehen Sie in verschiedenen Instrumenten und Forderungen zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung im Hinblick auf den Abbau von Geschlechterungleichheiten und die Verbesserung der Versorgung für Frauen?**

(z.B. Leitlinien, Standards, Kriterienkataloge für Qualität, Evidence Based Medicine, Dokumentationssysteme und –anforderungen, Strukturelle Veränderungen, z.B. über neue Formen der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Medizin/Pflege) oder Versorgungsbereiche (*ambulant/stationär*), *patientInnen-zentrierte Versorgungsmodelle*)

- Leitlinien, Standards etc. werden von Answererinnen aus verschiedenen Gründen für sinnvoll und notwendig gehalten, z.B. um Dialoge in den Fachgesellschaften anzuregen und voranzubringen. Allerdings müsste gesichert sein, dass sie verpflichtend sind und dass schon bei der Erarbeitung geschlechtergerecht vorgegangen wurde. Aber: „Der neue nach SGB V vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss ist überwiegend noch immer ein "Altherrenclub"; Rürup-, Herzog- und Hartz-Kommissionen waren/ sind von einer paritätischen Besetzung weit entfernt.“ Außerdem seien klare Kriterien für EBM nötig. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die Erstellung von Leitlinien zeitaufwändig ist und diese von der Praxis nicht euphorisch aufgenommen werden. Vor Ort müssen die finanziellen, personellen und strukturellen Voraussetzungen existieren oder zumindest geschaffen werden können, um diese Anforderungen zu erfüllen.
- Als großes Problem wird angesehen, dass gesichertes Wissen fehlt. Deshalb sind Dokumentationssysteme, die Geschlechterdifferenzierung einfordern und Differenzen überhaupt erst sichtbar machen, ein wichtiges Mittel der Qualitätssicherung. Hierzu gehört auch die zwingende Voraussetzung, dass jede Statistik geschlechterdifferenziert ausgewiesen werden muss (Gesundheitsberichterstattung). Denn: „Wo Daten fehlen, fehlen Aussagen, wo Aussagen fehlen, fehlen Argumente, wo Argumente fehlen, gibt es keine Innovationen“.
- Bezüglich struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen werden genannt: neue Formen der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsbereiche (*ambulant/stationär*), die interdisziplinäre und auch institutionenübergreifende Arbeit an Projekten, Themen und Krankheitsbildern. Genannt werden auch die Verknüpfung von Gender Mainstreaming mit Qualitätsentwicklung und Controlling sowie die Förderung der Sensibilisierung und Anregung der Selbstevaluation der eigenen Qualitätsstandards im Sinne vom Gender Mainstreaming (z.B. mithilfe von Fragebögen). Eine große Herausforderung für patientInnenzentrierte und interdisziplinäre Versorgung ist das Thema „Altern und Gesundheit“.
- Problematisiert wird auch die Umsetzung bundeseinheitlicher Standards im Rahmen der sehr unterschiedlichen Strukturen in einzelnen Landesteilen, z.B. in dünn besiedelten Gebieten. Hier wird angeregt, „sich bei den regionalspezifischen Versorgungsmodellen mehr an Schweden, Finnland oder Norwegen zu orientieren, die ja schließlich auch schon immer eine Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Gebieten organisieren mussten.“

### 3.4 Frage 4

**Welches Potential sehen Sie in der Strategie des Gender Mainstreaming im Hinblick auf den Abbau von Geschlechterungleichheiten und die Verbesserung der Versorgung für Frauen? Wie bewerten Sie in dieser Hinsicht das Verhältnis von Frauengesundheitspolitik/-bewegung und Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich?**

- Gender Mainstreaming wird für das Gesundheitswesen ein hohes Potenzial zugesprochen, wenn es wirklich als Querschnittsaufgabe verstanden und verbindlich eingefordert wird. Geschlechtersensibilität darf nichts „Zusätzliches“ sein, sondern muss selbstverständliche Grundlage jeglichen Handelns sein/werden. Gender Mainstreaming ist geeignet zur Sensibilisierung und Qualitätsentwicklung in der Versorgung, es kann einen Prozess in Gang setzen: Sensibilisierung, Erwerb von genderspezifischem Wissen, Kommunikationsverbesserung, neue Zielsetzung Frauengerechtigkeit, Dokumentation, Evaluation.
- Es wird von mehreren Answererinnen die Einschätzung gegeben, dass Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich noch nicht angekommen ist. Auch wenn es teilweise bereits entsprechende Beschlüsse gibt, fehlt es an entsprechenden Vorgaben Zielvereinbarungen und Maßnahmen. Das theoretische Potenzial kann erst dann ausgeschöpft werden, wenn Führungsverantwortliche in Politik und Verwaltung GM ehrlich propagieren, einfordern und kontrollieren.
- Erfahrungsgemäß ist die Grundidee des Gender Mainstreaming im Osten im Vergleich zu frauenspezifischen Forderungen leichter vermittelbar (vielleicht weil im Osten die Tradition der Gleichberechtigung der Geschlechter noch tiefer verwurzelt ist, dagegen eine Geschichte der Frauenbewegung fehlt). Schwierig ist jedoch die Umsetzung der Idee. Während man sich unter frauenspezifischer Gesundheitsversorgung vielleicht noch Geburtshäuser und Traumatherapiestationen vorstellen kann, gibt es in der „Normalbevölkerung“ und auch unter MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens wenige Vorstellungen, was Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ist und wie es konkret umgesetzt werden kann.
- Bezüglich des Verhältnisses von Gender Mainstreaming und Frauengesundheitsbewegung-, -forschung und -politik im Gesundheitswesen wird der zentrale Beitrag der Frauengesundheitsforschung zur Entwicklung, Initialisierung und Weiterentwicklung von Gender Mainstreaming hervorgehoben. Beide werden als sich ergänzende Strategien gesehen. Das bedeutet auch, dass Frauengesundheitsforschung weiterhin finanziell unterstützt werden muss. Aus der Praxis wird berichtet, dass Frauengesundheitsthemen mit der Argumentation, es gebe ja GM, zurückgedrängt werden.

### 3.5 Frage 5

**Haben Sie Erfahrungen mit der Verankerung der Geschlechterperspektive in neuen gesundheitspolitischen Steuerungs- und Reformkonzepten? Welche Gestaltungsoptionen sehen Sie für Frauen als Akteurinnen in den Aushandlungsprozessen für Maßnahmen im Hinblick auf eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung? Wie könnten diese verbessert werden?**

Die Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit der Verankerung der Geschlechterperspektive in neuen gesundheitspolitischen Steuerungs- und Reformkonzepten sind sehr begrenzt und es wird bemängelt, dass bislang darin Genderaspekte nicht entdeckt werden können. Konkrete Erfahrungen beziehen sich auf Beratungstätigkeit, Vorträge und auf die Überarbeitung des Indikatorensatzes in der GBE.

Der Schwerpunkt der Antworten bezieht sich auf Gestaltungsoptionen: So wird die Einschätzung berichtet, dass es in nahezu allen Gremien sensibilisierte AnsprechpartnerInnen gibt, die detaillierte Fachinformationen und gutes Fachwissen, Verbündete und strategisches Wissen und politischen Rückhalt benötigen.

Ideen für die Verbesserung der Gestaltungsoptionen:

- Allgemein wird es als notwendig angesehen, Initiativen von oben (Politik) und von unten (aufgeklärte, fordernde PatientInnen, „BasisarbeiterInnen“) zu entwickeln und mit Nachdruck und Geduld zu verfolgen.
- Voraussetzung für die Verbesserung der Gestaltungsoptionen sind Grundwissen (Ausbildung), kontinuierliche Fortbildung, aktuelle Informationsmaterialien und Rückendeckung sowie verbindliche Standards durch die Berufsverbände und Fachorganisationen.
- Anknüpfungspunkte werden in der Anbindung von GM-Prozessen an die Verwaltungsreform gesehen oder durch Nutzung vorhandener Strukturen (z.B. Ortsnahe Koordinierung in NRW oder Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit in Ba-Wü), die für Frauen eine Möglichkeit darstellen, sich in die Aushandlungsprozesse für Maßnahmen einzubringen.
- Ein Antwortkomplex befasst sich mit Strategien der Motivierung von AdressatInnen, um bei diesen Neugierde und Verständnis für den eigenen Nutzen zu wecken.
- Weiterhin wird ein Klärungsbedarf z.B. dahingehend gesehen, was unter einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung zu verstehen ist, wenn diese sich nicht auf evidenzbasierte Leitlinien in der Medizin stützen kann. Es besteht auch Diskussionsbedarf über die Definition von begrenzten praxisorientierten Zielen.
- Mehr kompetente Frauen in die Entscheidungsgremien, Quote in Gremien.
- Austausch und engere Kooperation von Praxis und Forschung.
- Gender-Budgeting bei der Forschungsmittelvergabe.
- Mehr geschlechterdifferenzierte Forschung und Datensammlung.

### 3.6 Frage 6

#### **Wie kann es gelingen, die Erfahrungen der Frauengesundheitsbewegung für Veränderungen im allgemeinen gesundheitspolitischen Diskurs zu nutzen?**

Die Antworten hierzu beziehen sich auf verschiedene Ebenen:

- Wertschätzung und Einbeziehung der Erfahrungen der Frauengesundheitsbewegung auf hoher politischer Ebene in Gremien und in Strategiediskussionen.
- Sichtbarmachen des Beitrags der Frauengesundheitsbewegung in den etablierten Fachdiskursen.
- Erweiterung der Arbeit der Frauengesundheitsbewegung im Sinne von Gender Mainstreaming.
- Durch persönliche Kontakte, Schaffung von Orten (Netzwerke, Tagungen).
- Förderung von öffentlichkeitswirksamen Modellprojekten.
- Arbeit an konkreten Themen, wie geschlechtsdifferenzierter Arzneimittelforschung und –verordnung mit breiter Veröffentlichung der Ergebnisse.

### 3.7 Frage 7

#### **Haben Sie Erfahrungen mit der Einführung von Gender Mainstreaming-Prozessen in Institutionen der Gesundheitsversorgung? Wie könnten diese verbessert werden?**

Bislang gibt es eher wenig konkrete Erfahrungen. Nach Einschätzung der Antwortenden müssen GM-Prozesse klare Top down-Prozesse sein, Voraussetzung dafür ist, dass sich die Leitung klar zu GM bekennen muss. Für die Umsetzung sind konkrete Arbeitshilfen und –materialien notwendig, in denen das Thema möglichst an den Handlungsbedarfen orientiert bearbeitet wird. Es wird außerdem für dringend notwendig gehalten, Gender Mainstreaming-Prozesse von Frauengesundheitsbewegungen zu trennen.

### 3.8 Frage 8

#### **Was muss getan werden, damit verschiedene Akteure (Medizin, Pflege, andere nichtmedizinische Gesundheitsberufe, Patientinnen und Patienten etc.) an der Gestaltung von Reformprozessen in der Gesundheitsversorgung beteiligt werden?**

- „Gestaltungszeiträume“ zum Ausfüllen neuer Beteiligungsrechte, z.B. im GMG, für Patientinnen-Vertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, PatientInnen-beauftragte.
- Strukturelle Veränderungen in den Entscheidungsgremien (Frauenquote, mehr Gremien mit horizontaler Kommunikation, hohe Transparenz) und Verankerung realistischer Chancen, durch das eigene Engagement und Handeln wirklich auch strukturell etwas verändern zu können.
- Schaffung klarer Rahmenbedingungen, finanzieller Anreize und Messung der Ergebnisqualität.
- Motivation von Individuen sowie Fachgesellschaften, sich mit den Genderaspekten in ihren Fachgebieten zu befassen, z.B. durch geeignete Instrumente.
- Integration von GM in vorhandene Strukturen (Controlling, Planungsprozesse).

- Bestehende Frauengesundheitsprojekte und frauenspezifische Einrichtungen finanziell absichern, damit die Mitarbeiterinnen nicht mehr ihre Energie in Existenzsicherung, sondern in die Gestaltung von Reformprozessen stecken können (nebst dem Fachwissen).

### 3.9 Frage 9

#### **Welche Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen sind nach Ihrer Auffassung besonders geeignet, geschlechtersensibel zu agieren?**

- Akteure und Akteurinnen im Öffentlichen Dienst unter Nutzung ihrer initiierenden und koordinierenden Kompetenzen.
- Geschlechtersensibilität muss in die Aus- und Weiterbildung der Akteure einbezogen werden („Bei älteren Akteuren ist nicht damit zu rechnen, hier eine Beeinflussung vornehmen zu können, es sei denn, es besteht heute schon eine positive Einstellung hierzu.“).
- Stärkere Beteiligung der Kassen, in denen es bereits heute viele engagierte Leute gibt.
- Sensibilität für Geschlechterfragen ist oft personenabhängig. Größere Offenheit findet sich z. T. in Bereichen, wo der Frauenanteil besonders hoch ist (Krankenpflege, Arzthelferinnen) oder wo Geschlechterdifferenzen sehr augenfällig sind und der Handlungsbedarf hoch ist (Altenpflege, Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen).
- Pflegeberufe, Hebammen, PsychotherapeutInnen, GesundheitswissenschaftlerInnen, motivierte ÄrztInnen.
- Vorhandene Frauennetzwerke, ansonsten bedarf es zunächst intensiver Schulungen und begleitender Trainings.
- Egal an welcher Stelle die AkteurInnen stehen, geschlechtersensibles Handeln muss für sie einsichtig sein und vor allem ihnen ganz persönlich etwas bringen für ihre Arbeit. Solange das nur als „zusätzlicher Arbeitsaufwand“ angesehen wird, sind die Chancen gering. Wie dieser persönliche Nutzen geschaffen werden kann, ist sicher zwischen den Berufsgruppen verschieden. Oberstes Ziel wäre natürlich, dass geschlechtersensibles Handeln für alle AkteurInnen selbstverständlich ist.

### 3.10 Frage 10

#### **Wie misst man (steigende) Geschlechtersensibilität im Gesundheitswesen?**

Diese Frage wurde nur von einzelnen Answererinnen kommentiert. Als Ideen wurden genannt:

- Erkrankungen, für die geschlechtersensible Beschreibung, Therapierichtlinien etc. vorliegen: Anzahl/Anteil.
- Geschlechtersensibilität in Dokumentation, Gesundheitsberichterstattung (Indikatoren).
- Geschlechtersensibilität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Berufen des Gesundheitswesens.
- Vorhandensein gendersensibler Leitlinien.
- Vorhandensein gendersensibler Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

## 4 Diskussion

Im Folgenden wird versucht, die in den Diskussionen angesprochenen Punkte, Problematiken, Ideen und Forderungen sortiert zusammenzufassen.

### Forschung

- Medizinisch wissenschaftliche Forschung darf nur gefördert werden, wenn sie von vornherein die Kategorie Geschlecht berücksichtigt.
- Auswertungen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung weisen auf Problemlagen beim Einfordern dieses Grundsatzes hin (Formulierung der Anforderung, Berücksichtigung in der Begutachtung), als positives Beispiel wurde Norwegen genannt.

### Gesundheitspolitik

- Gender Impact der sog. „neuen“ Gesundheitspolitik, z.B. Einführung der Fallpauschalen

### Gesundheitsberichterstattung

- Initiierung und Sicherstellung einer geschlechterdifferenzierenden Gesundheitsberichterstattung auch auf Länderebene

### Wer muss einbezogen werden?

- Wie kann man die Männer dazu bringen, GM als ihre Idee anzusehen?
- Einbeziehung regionaler oder kommunaler Entscheidungsträger (Sozialsenatoren, Leiter von Gesundheitsämtern)
- Frauen in Entscheidungspositionen informieren (weil auch diese kein vertieftes Genderbewusstsein haben).
- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit / der gemeinsame Bundesausschuss.
- Nicht in allen Bereichen gleichzeitig ansetzen, sondern Energien bündeln und sich auf bestimmte Bereiche konzentrieren
- Sicherung und Einbeziehung der Fraueninfrastruktur ist sehr wichtig.

### Gefahren und Konkurrenzen

- Ohne Sicherstellung der Basisversorgung keine genderdifferenzierte Versorgung (insbesondere bezogen auf die sog. Neuen Bundesländer)
- Thema „Frauen und Gleichberechtigung“ wird durch „Gender“ abgelöst
- Beseitigung der Chancenungleichheit vs. Qualitätsaspekt

### Nächste praktische Schritte

- Erfahrungsaustausch und Vernetzung in Bezug auf die GM-Umsetzung.
- Hinderungsgründe bezüglich der Umsetzung von GM in die Praxis eruieren.
- Dafür sorgen, dass es auf breiter Basis geschlechterdifferenzierende Daten gibt.
- Dafür sorgen, dass Gender für die Akteure kein Fremdwort mehr ist.
- In laufende Projekte eingreifen bzw. neue gendersensible Projekte initiieren (Probleme der Ex post-Analyse bereits abgeschlossener Projekte).
- Genderberatung für Projekte anbieten (auch in der Forschungsförderung), Abarbeiten von Checklisten genügt nicht, da fundiertes Fachwissen und Genderkompetenz notwendig ist.
- Aufgabe von Gender Trainings: Vermittlung von Werten: „Man muss erst lernen, dass Frauen nicht an den Herd gehören, bevor man gendersensible Inhalte verstehen kann“.
- Etablierung des Aspekts „Gerechtigkeit“ als zentrales Ziel von GM.
- Statusseminare „Genderwissen“, z.B. bezogen auf verschiedene Krankheitsbilder.
- Einbezug der Erfahrungen aus der Verwaltung, GM in die Praxis einzubeziehen.
- Bezüge zwischen GM und Frauenpolitik deutlich machen und im Sinne des Sowohl-als-auch verwirklichen.
- Forderungen nach GM müssen konkretisiert werden, z.B. wer muss was bearbeiten.

### Diskussionsbedarf

- Bedeutung bzw. Kommunikation der Unterscheidung zwischen Sex und Gender im Gesundheitsbereich, Betonung der Überschneidungen, genaue Festlegung der Grenze nicht möglich, Sex-Kategorie in der Medizin wirklich sinnvoll.

## 5 Schlussfolgerungen

Als Schlussfolgerungen möchte ich die von den Teilnehmerinnen in der Abschluss-diskussion auf dem Workshop und auch in der schriftlichen Evaluation hervorgehobenen nächsten Schritte zusammenfassen (siehe auch Jahn 2004):

Die nächsten Schritte betreffen:

- Die Entwicklung von Strategien und Methoden, Gender Mainstreaming in die Praxis umzusetzen.
- Ansatzpunkte für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in die Praxis werden insbesondere in aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen gesehen, die sich um mehr Qualität und Patient/inn/en-Orientierung in der gesundheitlichen Versorgung bemühen (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, Fallpauschalen und Disease Management-Programme).
- Des Weiteren besteht großer Bedarf, die Problematik des Verhältnisses zwischen Frauenförderung und Gender Mainstreaming zu diskutieren.

## 6 Literatur

BMFSFJ (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer: Stuttgart

Doyal, Lesley (2003) Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services* 33: 569-579

Doyal, Lesley (2004) Sex und Gender: Fünf Herausforderungen für Epidemiologinnen und Epidemiologen. *Gesundheitswesen* 66: 153-157

Jahn, Ingeborg (2004) Auswertung der Evaluation des Workshops. Frauengerecht – Gendergerecht ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung am 11./12. März 2004. Ms. Bremen.

Krieger, Nancy (2003) Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 32:652-657

Kuhlmann, Ellen (2003) Gender Mainstreaming in den Disease Management-Programmen – Das Beispiel koronare Herzerkrankung. Expertise im Auftrag der Bundeskoordination Frauengesundheit, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ms. Bremen.  
<http://www.zes.uni-bremen.de/~kuhlmann/expertise.pdf> (Zugriff am 16.8.2004)

## **7 Anhang**

**Workshop: Frauengerecht – Gendergerecht:**  
... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung  
11. – 12. März 2004, Bremen, Hotel Munte am Stadtwald

**TeilnehmerInnen/ReferentInnen/Moderatorin**

Dr. med. Ursula Auerswald  
Präsidentin der Ärztekammer Bremen  
Schwachhauser Heerstr. 30  
28209 Bremen

Birgit Babitsch  
Institut für Gesundheitswissenschaften  
Technische Universität  
Ernst-Reuter-Platz 7  
10587 Berlin

Juliane Beck  
Fachstelle Frau und Gesundheit der  
Landeshauptstadt München  
Lindwurmstr. 41-43 IV  
80337 München

Dr. Monika Benedix  
Die Gleichstellungsbeauftragte  
Universität Leipzig  
Ritterstraße 16-22  
04109 Leipzig

Dr. rer. physiol. Gabriele Bolte, MPH  
GE 5 Umweltmedizin  
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und  
Lebensmittelsicherheit  
Veterinärstr. 2  
85764 Oberschleißheim

Dr. Cornelia Bormann  
DLR-Projektträger  
Südstr. 125  
53175 Bonn

Dr. Claudia Czerwinski  
medusana-Stiftung  
Hindenburgstr. 1a  
32257 Bünde

Angelika Diggins-Roesner  
Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend  
53107 Bonn

Prof. Dr. Gerd Glaeske (Referent)  
Zentrum für Sozialpolitik  
Universität Bremen  
Parkallee 39  
28209 Bremen

Margrit Glattes  
AOK Rheinland  
Kasernenstraße 61  
40213 Düsseldorf

Dr. Sigrid Göllnitz  
AOK Sachsen-Anhalt  
Robert-Franz-Ring 14/15  
06108 Halle

Susanne Habicht (Moderatorin)  
Geranienweg 54  
22607 Hamburg

Dr. Jutta Hildebrand  
PDS-Fraktion  
Landtag Sachsen-Anhalt  
Domplatz 6-8  
39104 Magdeburg

Elke Hollitzer  
Referat Frauen und Gesundheit  
Bundesministerium für Gesundheit und  
Soziale Sicherung  
53108 Bonn

Marianne Hürten, MdL  
Enquetekommission Zukunft einer frauen-  
gerechten Gesundheitsversorgung in NRW  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

Claudia Igney  
Franz-List-Str. 8  
28209 Bremen

Dr. Ingeborg Jahn (Referentin)  
Bremer Institut für Präventionsforschung  
und Sozialmedizin (BIPS)  
Linzer Str. 8-10  
28359 Bremen

Ursula Jeß  
Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit  
Niedersachsen  
c/o Niedersächsisches Ministerium für  
Frauen, Arbeit und Soziales, Ref. 205  
Postfach 141  
30001 Hannover

Regina Jürgens  
Bundeskoordination Frauengesundheit  
Knochenhauerstr. 20-25  
28195 Bremen

Gabriele Klärs  
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit  
NRW, FFGZ HAGAZUSSA e.V.  
Roonstraße 92  
50674 Köln

Mareike Koch  
Bundeskoordination Frauengesundheit  
Knochenhauer Str. 20-25  
28195 Bremen

Dr. Daniela Krämer  
Landesgesundheitsamt Baden-Württbg.  
Postfach 102942  
70025 Stuttgart

Dr. Ellen Kuhlmann (Referentin)  
Zentrum für Sozialpolitik  
Universität Bremen  
Parkallee 39  
28209 Bremen

Dr. Cornelia Lange  
FG 24: Gesundheitsberichterstattung  
Robert Koch-Institut  
Postfach 65 02 61  
13302 Berlin

Prof. Dr.phil. Ulrike Maschewsky-Schneider  
(Referentin)  
Institut für Gesundheitswissenschaften  
Technische Universität (TEL 11-2)  
Ernst-Reuter-Platz 7  
10587 Berlin

Dr. Regine Rapp-Engels  
Stettiner Str. 47  
48147 Münster

PD Dr. Karin Rothe  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie  
Universität Leipzig  
Oststr. 21/25  
04317 Leipzig

Prof. Dr. Norbert Schmacke  
Arbeits- und Koordinierungsstelle  
Gesundheitsversorgungsforschung  
Universität Bremen  
Bibliothekstraße  
28359 Bremen

Dr. habil. Viola Schubert-Lehnhardt  
Albert-Einstein-Str. 14  
06122 Halle/Saale

Dr. agr. Petra Steinert  
Gleichstellungsbeauftragte  
Landratsamt Halberstadt  
50663 Köln

Judith Storf  
Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Patientenstellen  
August-Bebel-Str. 16  
33602 Bielefeld

Silke Stroth  
Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend,  
Soziales und Umweltschutz  
Bahnhofsplatz 29  
28195 Bremen

Dr. Monika Weber  
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit  
NRW, Standort Bad Salzuflen IZFG gGmbH  
Alte Vlothoer Str. 47-49  
32105 Bad Salzuflen

Prof. Dr. Ines Weller (Referentin)  
Forschungsbereich Sozial-ökologische  
Forschung / Gender & Environment  
Universität Bremen  
Postfach 33 04 40  
28334 Bremen

Angelika Zollmann  
Feministisches Frauengesundheitszentrum  
Kasseler Str. 1a  
60486 Frankfurt a.M.

## Programm

### Workshop: Frauengerecht – Gendergerecht: ... auf dem Weg zu messbaren Erfolgen in der Gesundheitsversorgung

<b>Ziel ...</b>	... des Workshops ist die Erarbeitung von Grundlagen und nächsten Schritten auf dem Weg zu Indikatoren für die Bewertung von Erfolgskriterien frauen-/gendergerechter Gesundheitsversorgung. Dabei sollen Gender Mainstreaming-Konzepte sowie regionale Unterschiede (z.B. in den alten und neuen Bundesländern) in Problemlagen und Problemsichten besonders berücksichtigt werden.
<b>Termin:</b>	<b>11. – 12. März 2004</b> , Beginn: Donnerstag, 11.3., 17.00 Uhr, Ende: Freitag, 12. 3., ca. 16.00 Uhr
<b>Ort:</b>	<b>Hotel Munte am Stadtwald</b> , Parkallee 299, 28213 Bremen, Tel. 0421-2202-0, info@hotel-munte.de
<b>Programm:</b>	<p><b>Donnerstag, 11. März 2004</b></p> <p>17.00 Begrüßung + Einführung</p> <p>17.30 Hauptvortrag (mit Diskussion): <b>Gender Based Analysis – ein Instrument für die Umsetzung von Gender Mainstreaming und seine Anwendung im Gesundheitsbereich</b> Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, TU Berlin</p> <p>ca. 19.00 gemeinsames Abendessen, Gelegenheit zum Austausch</p> <p><b>Freitag, 12. März 2004</b></p> <p>9.00 - 12.00 <b>Gender Impact Assessment – ein Instrument für die Umsetzung von Gender Mainstreaming und seine Anwendung im Gesundheitsbereich</b> Prof. Dr. Ines Weller, Universität Bremen</p> <p><b>Gender-Matrix – ein Instrument zur integrierten prozess- und kontext-bezogenen Gender-Analyse und seine Anwendung im Gesundheitsbereich</b> Dr. Ingeborg Jahn, BIPS, Bremen</p> <p>Diskussion der vorgestellten Konzepte vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Problemsichten der Teilnehmer/innen</p> <p>12.00 – 13.00 Mittagspause</p> <p>13.00 – 16.00 <b>Gender und Arzneimittelkonsum: Stand und Perspektiven auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Versorgung</b> Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik</p> <p><b>Gender und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Stand und Perspektiven auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Versorgung</b> Dr. Ellen Kuhlmann, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik</p> <p>Diskussion, Zusammenfassung, Strategien, nächste Schritte</p> <p>16.00 Ende des Workshops</p>
<b>Moderation:</b>	Susanne Habicht