

Bachelorarbeit

eingereicht von

Dolinsek Martina

Geburtsdatum: 15.07.1982

GENDER MAINSTREAMING
in der Gesundheitsförderung

an der

Medizinischen Universität Graz

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

(BSc)

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Mandl, Manuela BSc, MSc

Billrothgasse 6 A-8010 Graz

in der Lehrveranstaltung

Public Health

Eingereicht am: 13.11.2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 13.09.2012

Dolinsek Martina

Dolinsek Martina

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 4 |
| Tabellenverzeichnis | 4 |
| Zusammenfassung | 5 |
| Abstract | 5 |
| 1. Einleitung | 6 |
| 1.1 Gesundheit | 8 |
| 1.1.1 Gesundheitsdeterminanten..... | 8 |
| 1.1.2 Salutogenese..... | 9 |
| 1.2 Gesundheitsförderung | 10 |
| 1.2.1 Handlungsstrategien und -felder der Gesundheitsförderung..... | 11 |
| 1.2.2 Abgrenzung zur Prävention | 12 |
| 1.3 Was ist Gender Mainstreaming? | 13 |
| 1.3.1 Bedeutung Gender | 15 |
| 1.3.2 Bedeutung Mainstreaming..... | 15 |
| 1.3.3 Was Gender Mainstreaming nicht soll? | 15 |
| 1.4 Forschungsfrage | 16 |
| 2. Methode | 17 |
| 2.1 Suchstrategie | 17 |
| 2.2 Suchergebnisse | 18 |
| 2.3 Bewertungskriterien der Abstracts | 19 |
| 2.4. Bewertungskriterien des Artikels und des Projektes | 20 |
| 3. Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school | 20 |
| 3.1 Inhalt des Artikels/Projektes | 20 |
| 3.2 Bewertung des Artikels nach Davis und Logan (2008): | 23 |
| 3.3 Bewertung des Projekts nach Kolip und Altgeld (2009): | 26 |
| 4. Ergebnis | 28 |
| 5. Diskussion und Schlussfolgerung | 30 |
| 5.1 Kritik an Gender Mainstreaming | 30 |
| 5.1.1 Bedürfnisse der Bevölkerung..... | 30 |
| 5.1.2 Trennung biologisches und soziales Geschlecht..... | 32 |
| 5.2 Positiver Ansatz zu Gender Mainstreaming | 33 |
| 5.2.1 Qualitätsverbesserung | 33 |
| 5.2.2 Umsetzung des Gender Mainstreaming | 34 |

| | |
|---|----|
| 5.3 Schlussfolgerung | 35 |
| 5.4 Limitationen | 37 |
| 5.5 Empfehlungen für die Forschung und Praxis | 37 |
| 6. Referenzliste..... | 38 |
| Anhang..... | 41 |
| Bewertungskriterien der Artikel | 41 |
| Bewertungskriterien für Gender Mainstreaming Projekte | 43 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Vier Gesundheitsdeterminanten..... | 8 |
| Abbildung 2: Beeinflussende Faktoren | 9 |
| Abbildung 3: Suchergebnisse | 18 |
| Abbildung 4: Public Health Action Circle | 34 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Gesundheitsförderung vs. Prävention | 12 |
| Tabelle 2: Charakteristika Gender Mainstreaming und Frauenförderpolitik..... | 16 |
| Tabelle 3: Suchmethode..... | 17 |
| Tabelle 4: Übersicht des ausgewählten Abstracts | 19 |
| Tabelle 5: Kurzübersicht der Bewertung nach Davis und Logan (2008) | 28 |
| Tabelle 6: Kurzübersicht der Bewertung nach Kolip und Altgeld (2009) | 29 |
| Tabelle 7: Diskrepanz im Bereich der Frauenförderung | 31 |

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und damit Gesundheit gewinnen in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung. In den letzten Jahren wurden vermehrt Unterschiede zwischen Frau und Mann im Gesundheitsverhalten, in der Symptomwahrnehmung und Gesundheitsversorgung festgestellt. Um in der Gesundheitsförderung ressourcenorientiert, effektiv und nachhaltig zu arbeiten, müssen Zielgruppen fokussiert werden.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Top-Down Strategie namens Gender Mainstreaming. Laut der WHO ist dies eine Schlüsselstrategie um geschlechtliche Ungleichheiten in Gesundheit zu bekämpfen. Das Ziel dieser Arbeit ist es festzustellen, ob in der internationalen Literatur Gender Mainstreaming Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung durchgeführt wurden und wie effektiv diese waren. Es wurde eine Literaturrecherche mit entsprechenden Keywords in den Datenbanken Pubmed und Cinahl durchgeführt. Es wurde nur ein Projekt gefunden, welches den Qualitätskriterien eines Gender Mainstreaming Projektes in der Gesundheitsförderung entsprach. Das soll nicht bedeuten, dass Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung nicht erwünscht ist oder gebraucht wird. Eventuell liegt es an der Zielsetzung Wirtschaftswachstum, welches Gender Mainstreaming verfolgt. Wirtschaftswachstum impliziert die Erhaltung der Arbeitskraft und ist damit eher im Bereich der Prävention einzugliedern.

Abstract

The significance of health and health promotion is increasing nowadays. In recent years research found out, that health behaviour, perception of symptoms and health care distinguishes between men and women. To guarantee effectiveness, sustainability and resource-orientated interventions in health promotion, the focus group must be known very well.

This work is focusing a strategy named Gender Mainstreaming, that is, according to the WHO a key strategy to fight inequalities between men and women. The aim was to check if there are any Gender Mainstreaming health promotion projects in the international literature. A literature review in Pubmed and Cinahl should answer the question. Only one article was found about health promotion and Gender mainstreaming. This doesn't mean, that Gender Mainstreaming isn't important for health promotion, but maybe the aim economic expansion doesn't fit with it. Economic expansion implies the conservation of manpower and for this reason Gender mainstreaming rather fits to prevention.

1. Einleitung

In der heutigen Zeit gewinnt die eigene Gesundheit und dessen Förderung immer mehr an Bedeutung und damit auch „Gender Mainstreaming“ (Kolip & Altgeld 2009).

In den letzten Jahren wurde durch die Forschung vermehrt Unterschiede zwischen Frau und Mann im Gesundheitsverhalten, in der Symptomwahrnehmung und Gesundheitsversorgung festgestellt. Aus den Frauen- und Männergesundheitsberichten geht hervor, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede gibt und dass diese die Gesundheit und damit die Lebenserwartung beeinflussen (BSGK 2004; VPG 2010; Fischer 2006).

Nach Fischer (2006) und Kautzky-Willer & Tschachler (2012) unterscheiden sich Frauen und Männer in biologischen Gegebenheiten, im Risikoverhalten, in der Bereitschaft etwas für die Gesundheit zu tun, im Umgang mit Krankheit und in ihren sozioökonomischen Faktoren. Beispielsweise haben männliche Säuglinge und Kinder eine geringere Lebenserwartung und aus verschiedenen Gründen sind sie anfälliger für bestimmte Krankheiten. Männer sind risikobereiter als Frauen, besonders im Jugendalter ist das Risikoverhalten bei Männern besonders ausgeprägt. Viermal so viele Männer dieser Altersgruppe sterben an Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen (Fischer 2006; Kautzky-Willer & Tschachler 2012).

Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit ist hingegen bei Frauen ausgeprägter. Frauen suchen deutlich häufiger medizinische und psychologische Betreuung als Männer.

Allgemein ist zu sagen, dass Gesundheitsvorsorge und -förderung noch hauptsächlich „Frauensache“ ist. In den letzten Jahren nähern sich die Geschlechterrollen langsam an und damit wird diese Kluft zwischen Mann und Frau geringer (Fischer 2006).

Diese Kluft hat sich in Bezug auf die sozioökonomischen Faktoren jedoch nicht verringert. Für Frauen und Männer gestalten sich der Bildungsstand, das Einkommen und das soziale Umfeld anders. Aus familiären Gründen arbeiten Frauen häufiger Teilzeit und unterbrechen die Erwerbstätigkeit öfter. Zu einem großen Teil arbeiten sie in schlechter bezahlten Jobs und auch bei gleicher Qualifikation liegt das Lohnniveau um 18% niedriger als das der Männer (Fischer 2006; Kautzky-Willer & Tschachler 2012).

Frauen haben somit eine höhere Lebenserwartung als Männer, leben nicht so risikoreich, haben ein besseres Gesundheitsbewusstsein und haben anscheinend die bessere biologische Ausstattung. Hier drängt sich die Frage auf, ob nicht Männer die schlechteren Karten in Bezug auf Gesundheit haben. Weiters zu erwähnen ist, dass es nicht viele

Anlaufstellen für Männer bei Gesundheitsfragen gibt. In Wien befindet sich ein Männergesundheitszentrum, namens M.E.N und der letzte Männergesundheitsbericht wurde 2004 verfasst. Frauen sind in diesem Bereich auf jeden Fall vernetzter und engagierter (Fischer 2009; Kautzky-Willer & Tschachler 2012). Doch dies gleicht sich damit aus, dass die Medizin schon seit jeher eine Männerdomäne war und viele Krankheiten und Symptome auf Männer ausgelegt sind. Es wurde auch festgestellt, dass Frauen in Krankenhäusern minder- oder fehlversorgt werden und dass sie öfters Medikamente verschrieben bekommen als Männer. Dies ist auch deswegen problematisch, weil diese Medikamente hauptsächlich an Männern getestet werden und die Auswirkung auf den weiblichen Organismus oft nicht vorhergesagt werden kann. Frauen beschreiben ihre Symptome eher im psychosozialen Zusammenhang und deswegen werden viel öfter psychische Erkrankungen diagnostiziert, obwohl eine körperliche vorliegt (Bentheim & Haase 2007; Fischer 2009; Kautzky-Willer & Tschachler 2012).

Ungleichheiten und Förderungspotenzial im Bereich Gesundheit gibt es also auf beiden Seiten und dafür benötigen wir eine Strategie (Fischer 2009).

Menschen kommen also mit ihrem biologischen Geschlecht auf die Welt und werden von einer Vielzahl von Einflüssen in ihrem geschlechterspezifischen Verhalten geprägt. Es gibt ein psychosoziales Geschlecht auch Gender genannt, welches einen genauso großen Einfluss auf unsere Gesundheit hat, wie das biologische Geschlecht (Fischer 2006). Die Disziplin, die sich mit diesen Fragen beschäftigt, nennt sich Gender Medicine und soll eine optimale Voraussetzung für bestmögliche Gesundheit und Betreuung im Krankheitsfall für Frau und Mann schaffen. Damit wird Diskriminierung auf beiden Seiten verhindert und Gender Mainstreaming bekommt seinen Ansatzpunkt (Fischer 2006).

1.1 Gesundheit

Für den Begriff Gesundheit gibt es eine Fülle von Definitionen und Auffassungen. Die Grundlage dieser Arbeit und bekannteste Definition der WHO (1946, p.2) lautet:

„Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“

1.1.1 Gesundheitsdeterminanten

Vier Determinanten von Gesundheit nehmen nach Gutzwiller & Jeanneret (1999, S.24) aufeinander und auf diesen „dynamischen Prozess“ der Gesundheit Einfluss. Folgende Grafik stellt diese dar:



Abbildung 1: Vier Gesundheitsdeterminanten

(Eigendarstellung nach Gutzwiller & Jeanneret 1999, S.24)

Diese Einflussnahme der Gesundheitsdeterminanten stellt eine Grundannahme der Gesundheitswissenschaft dar und somit der Gesundheitsförderung. Es wird angenommen, dass durch die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten Gesundheitspotentiale gestärkt und Krankheitsrisiken vermindert werden können. Diese Determinanten können in drei übergeordnete Bereiche eingeteilt werden, wie folgende Abbildung darstellt (Hurrelmann 2003).



Abbildung 2: Beeinflussende Faktoren

(Eigendarstellung nach Hurrelmann 2003, p. 27)

1.1.2 Salutogenese

Die Salutogenese bildet mit der Pathogenese ein komplementäres Ganzes, obwohl sie sich gegen die einseitige Sichtweise der Pathogenese stellt. Nach Antonovsky (1997) befinden sich Frauen und Männer auf einem multidimensionalen Kontinuum von Gesundheit und Krankheit. Es fragt nach den Faktoren, die ausschlaggebend dafür sind, ob Menschen sich auf diesem Kontinuum Richtung Gesundheit, Richtung Krankheit bewegen oder ihre Position beibehalten. Als wichtigen Faktor beschreibt Antonovsky (1997) den Kohärenzsinn, der eine zentrale Ressource des Menschen darstellt. Er unterscheidet drei Komponenten aus denen sich der Kohärenzsinn zusammensetzt (Antonovsky 1997):

- Verstehbarkeit: Der Mensch ist der Überzeugung, dass es für Erlebnisse und Erfahrungen sofort oder in einiger Zeit Erklärungen gibt und kann damit diese Erfahrungen sinnvoll strukturieren und erfassen. Es wird verstanden, wie es beispielsweise zu einer Krankheit gekommen ist, wenn alle relevanten Fakten bekannt sind.
- Handhabbarkeit: Die Person hat das Gefühl ihre Situation, zumindest in einem minimalen Spielraum mit zu gestalten oder zu beeinflussen. Entweder vertraut sie

auf die Hilfe anderer oder setzt die eigenen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Ressourcen aktiv ein. Wichtiger ist es sich die verbliebenen Möglichkeiten bewusst zu machen, als viele Möglichkeiten zu haben.

- Sinnhaftigkeit: Die Person empfindet ihr eigenes Leben und Handeln als sinnvoll. Belastungen werden als Herausforderung gesehen und diese Menschen erkennen Werte, für die es sich lohnt weiter zu leben.

Dieser Ansatz kann aber schlussendlich keine Garantie für einen komplexen Problemlösungsprozess bieten. Er kann nur zu Wissen und Verständnis führen und somit eine Voraussetzung dafür bilden sich in Richtung Gesundheit zu bewegen (Antonovsky 1997).

1.2 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung kann vom Grundverständnis der Salutogenese abgeleitet werden (Antonovsky 1997). Gesundheitsförderung fragt also nach den Einflussfaktoren von Gesundheit und wurde in der Ottawa Charta folgendermaßen definiert (WHO 2006):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (...) (WHO 2006, p. 1).

Gesundheit wird somit ein Bestandteil des Lebens sein und nicht als vorrangiges Lebensziel gesehen werden. Dieses positive Konzept von Gesundheit betont und stellt die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen mit körperlichen Fähigkeiten gleich. Die Verantwortung sollen nicht nur die Gesundheitssektoren, sondern alle Politikbereiche tragen. Das Ziel ist es, über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf eine Förderung von umfassenden Wohlbefinden zu gelangen. Die Zielgruppe sind alle Menschen jeden Alters und es gilt, bestehende erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren (WHO 2006).

Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Settingansatz. Diese Strategie geht davon aus, dass Gesundheitsförderung am Lebensalltag ansetzt. Es gibt unterschiedliche Settingansätze, wie gesunde Städte, gesundheitsfördernde Schulen oder Krankenhäuser und diese erleichtern adäquate Zugänge zu definieren und damit Ressource zu nutzen. Innerhalb des Settingansatzes zählt bei den gesetzten Maßnahmen nicht das Individuum sondern das soziale System selbst (FGÖ 2005b; FGÖ 2005c).

Es wird auch zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Verhaltensprävention zielt darauf ab, persönliche Risikofaktoren und Verhaltensweisen mittels der Gestaltung der eigenen Lebensweise zu beeinflussen. Verhältnisprävention bezieht sich auf die Umgebung. Bei Gesundheitsförderung geht es nicht nur um die individuelle Lebensführung, sondern auch darum die Kontrolle von Gesundheit zu erlangen und zu verbessern (FGÖ 2005b).

1.2.1 Handlungsstrategien und -felder der Gesundheitsförderung

Die WHO (2006) beschreibt drei Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung:

- Interessen vertreten („Advocacy“ – Anwaltschaft): Dies bedeutet, dass politisch, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv beeinflusst werden und damit der Gesundheit zugänglich gemacht werden. Diese Strategie verfolgt ein aktives und anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit.
- Befähigen und ermöglichen („Empowerment“): Gesundheitsförderung soll Chancengleichheit in Gesundheit bieten und gleiche Voraussetzungen und Möglichkeiten schaffen, um alle Menschen gleichermaßen zu befähigen, ihr Gesundheitspotential auszuschöpfen.
- Vermitteln und vernetzen („Intersektoralität“): Alle Akteurinnen und Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors müssen koordiniert zusammenarbeiten und sich vernetzen.

Die WHO (2006) definiert fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: Medizinische und soziale Versorgung ist zu wenig für die Gesundheitsförderung. Gesundheit muss an der politischen Tagesordnung stehen und alle Ebenen und Politiksektoren erfassen. Politikern muss klar gemacht werden, dass ihre politischen Entscheidungen Konsequenzen für die Gesundheit haben und dass sie Verantwortung über die Gesundheitsförderung haben.

- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: Gesundheitsförderung muss die natürliche und soziale Umwelt schützen und vorhandene natürliche Ressourcen erhalten. Sie schafft Arbeits- und Lebensbedingungen, die sicher, anregend, befriedigend und angenehm sind.
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen: Bürger realisieren im Rahmen wirksamer und konkreter Aktivitäten Gesundheitsförderung in ihren Gemeinden. Dazu gehört Erarbeitung der Prioritäten, die Herbeiführung von Entscheidungen und die Planung und Umsetzung von Strategien. Zentraler Punkt ist die Unterstützung von Nachbarschaft und Gemeinden, um ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange zu stärken.
- Persönliche Kompetenz entwickeln: Durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten soll Gesundheitsförderung die Entwicklung der Persönlichkeit fördern. Menschen sollen die Fähigkeit bekommen, lebenslang zu lernen und ihre Anpassungsfähigkeit in neuen Lebenslagen zu verbessern.
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren: Ziel ist es einen Wandel der Einstellung und Organisationsformen zu erwirken, um eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit zu ermöglichen. Verantwortung für die Gesundheitsförderung tragen Gesundheitsdienste von Einzelpersonen, Gruppen, Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die Gesundheitseinrichtungen und der Staat. Gemeinsam müssen diese genannten Personen und Strukturen ein Versorgungssystem entwickeln, das weit über die medizinische Betreuung hinausgeht und die Gesundheit stark fördert.

1.2.2 Abgrenzung zur Prävention

| Gesundheitsförderung | Prävention |
|---|---|
| Salutogenese | Pathogenese |
| Stärkung von Wohlbefinden | Verhinderung von Krankheit und Unfällen |
| Gesundheitsfördernde Faktoren verstärken | Krankmachende Faktoren verhindern |
| Ressourcen, Chancen, Positive Herausforderungen | Schwächen, Risiken Gefahren |
| Lösungsorientiert | Defizitorientiert |

Tabelle 1: Gesundheitsförderung vs. Prävention

(Eigendarstellung nach FGÖ 2005a; FGÖ 2005b; FGÖ 2005c)

Synonyme Begriffe für Prävention sind Vorsorge, Vorbeugung, Prophylaxe und Gesundheitsschutz. Prävention ist immer auf ein bestimmtes Ziel gerichtet und es wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Primärprävention setzt an, bevor es zu einer Erkrankung kommt. Sekundärprävention soll durch Frühdiagnostik und -behandlung ein Fortschreiten der Krankheit verhindern und Tertiärprävention kümmert sich um die Wiederherstellung von Gesundheit (FGÖ 2005a).

1.3 Was ist Gender Mainstreaming?

Gender Mainstreaming setzte sich in den neunziger Jahren durch, als festgestellt wurde, dass die Frauenpolitik nicht die gewünschten Effekte erbrachte. Auf der vierten UN-Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 erhielt das Konzept Zuspruch und wurde 1996 von der EU verabschiedet. Im Vertrag von Amsterdam wird die Bedeutung der Förderung der Geschlechtergleichstellung festgelegt und die Verpflichtung zu Gender Mainstreaming (Europäische Kommission 2004).

Die Europäische Kommission (2004, S.11) definiert Gender Mainstreaming sehr umfassend:

„Die Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen, den Situationen und Bedürfnissen von Frauen und Männern systematisch in allen Politik- und Aktionsfeldern der Gemeinschaft zu berücksichtigen, das ist die Ausrichtung des „Mainstreaming“-Grundsatzes, den die Kommission verfolgt. Es geht dabei nicht nur darum, den Frauen den Zugang zu den Programmen und Finanzmitteln der Gemeinschaft zu eröffnen, sondern auch und vor allem darum, das rechtliche Instrumentarium, die Finanzmittel und die Analyse- und Moderationskapazitäten der Gemeinschaft zu mobilisieren, um auf allen Gebieten dem Bedürfnis nach Entwicklung ausgewogener Beziehungen zwischen Frauen und Männern Eingang zu verschaffen. In dieser Hinsicht ist es erforderlich und wichtig, die Politik zur Gleichstellung von Frauen und Männern auf eine fundierte statistische Analyse zur Situation von Frauen und Männern in den verschiedenen Lebensbereichen und zum Wandel in unseren Gesellschaften zu stützen.“

Gender Mainstreaming deckt damit also Politikgestaltung, Entscheidungsfindung, Zugang zu Ressourcen, Praktiken, Methodik, Implementierung und Überwachung beziehungsweise Evaluierung ab und hat dabei die Aufgaben Armut zu verringern, Wirtschaftswachstum und ein aufgeklärtes Denken zu fördern.

Dieses Konzept ist als Prozess zu sehen, der nicht von einem Moment auf den anderen umgesetzt werden kann, sondern sich kontinuierlich entwickelt (Europäische Kommission 2004).

Gender Mainstreaming soll als Werkzeug dienen. Es soll nicht nur Ursachen geschlechtlicher Ungleichheiten aufzeigen, sondern auch Möglichkeiten zur Beseitigung dieser bieten. Dieses Konzept verfolgt somit zwei Ziele. Zum einen die gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und zum anderen die Qualitätsverbesserung in allen Phasen der gesundheitlichen Versorgung einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung. Gender Mainstreaming soll also die Passgenauigkeit der gesundheitsfördernden Angebote erhöhen (Europäische Kommission 2004; Kolip 2008; Kolip & Altgeld 2009).

Selbst die WHO bezeichnet Gender Mainstreaming als eine Schlüsselstrategie, um geschlechtliche Ungleichheiten bezüglich Gesundheit zu verringern. Sie fordert alle Mitgliedsstaaten im Madrid-Statement 2001 dazu auf, dieses Konzept umzusetzen (Kolip 2008; Kolip & Altgeld 2009).

Der Aufruf der WHO lautet:

„To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities (...)“ (WHO 2001 zit. n. Kolip 2008, S. 30).

Dabei soll Gender Mainstreaming sicherstellen, dass Institutionen nicht nur an geschlechtsspezifischen Ungleichheiten ansetzen, sondern auch ganz allgemein diese verringern. Frauen und Männer sollen somit gleichermaßen die Möglichkeit bekommen Ressourcen zu nutzen und an der Entwicklung der Gesellschaft teilzunehmen. Gender Mainstreaming vertritt die Auffassung, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern niemals eine Grundlage für Diskriminierung sein dürfen (Europäische Kommission 2004).

1.3.1 Bedeutung Gender

Im Deutschen gibt es nur den Ausdruck Geschlecht, während in der englischen Sprache zwischen Gender und Sex unterschieden wird. Gender ist das soziale und Sex das biologische Geschlecht. Diese beiden Begriffe sind miteinander verbunden, jedoch nicht gleich. Gender bezieht sich auf die zugehörigen Arbeits- und Lebensbedingungen, sowie geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen von Frau und Mann. Es ist in diesem Zusammenhang nicht abzustreiten, dass es biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, jedoch sollte sich die Gesellschaft bewusst machen, dass diese immer an Rollenerwartungen geknüpft sind. Es ist darum wichtig, dass das tendenziell Unveränderbare (biologische Eigenschaften) mit dem Veränderbaren (soziale Zuschreibungen) identifiziert wird, um die Positionierung von Frau und Mann anzugleichen und eine Entwicklung in Politik, Forschung und Praxis zu erreichen (Jahn 2003; Jahn & Kolip 2002; Kolip 2008; Kolip & Lademann 2008).

1.3.2 Bedeutung Mainstreaming

„Mainstream“ ist eine vorherrschende Idee, Ansicht oder ein Trend (Europäische Kommission 2004). Der „Mainstream“ stellt den Mittelpunkt der Gesellschaft dar und bestimmt die Zuteilung von Ressourcen und Chancen. Dort werden Wahlmöglichkeiten definiert und Entscheidungen getroffen, um damit die Politik, Wirtschaft und den Sozialbereich zu beeinflussen. Es werden also Thematiken in der Gesellschaft verdeutlicht, die bisher nur am Rande standen und das allgemeine Bewusstsein noch nicht erreicht haben. Diese Thematiken werden ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt, also in den Hauptstrom aufgenommen (Europäische Kommission 2004; Kolip & Altgeld 2009; Kolip & Lademann 2008).

1.3.3 Was Gender Mainstreaming nicht soll?

Gender Mainstreaming darf nicht nur Frauen ansprechen, auch Männer können von diesem Konzept profitieren und eine aktive Rolle zugewiesen bekommen. Es sollte darauf geachtet werden, Gender Mainstreaming nicht zu missbrauchen. Auf keinen Fall darf das Konzept Statistiken verschönern, Zugangsmöglichkeiten verbessern, Schuldzuweisungen für bestehende Ungleichheiten machen und nur schön formulierte Statements produzieren (Europäische Kommission 2004).

Wichtig ist es, dass Gender Mainstreaming geschlechterspezifische Projekte oder Vorhaben nicht stoppen oder ersetzen darf (Europäische Kommission 2004).

| Gender Mainstreaming | Frauenförderungspolitik |
|--|---|
| Aufgabe aller in der Gesamtorganisation | Aufgabe spezieller organisatorischer Einheit |
| Verantwortlich: Leitungskräfte | Verantwortlich: Beauftragte |
| Top – down Strategie | Bottom – Up – Strategie |
| Ausgangspunkt: Genderanalyse | Ausgangspunkt: Benachteiligung von Frauen |
| Ansatzpunkt: alle Entscheidungen | Ansatzpunkt: konkrete Themen, Handlungsbedarf |
| Im Blick: beide Geschlechter | Im Blick: Frauen |
| Ziel: Realisierung von Chancengleichheit | Ziel: Chancengleichheit für Frauen |

Tabelle 2: Charakteristika Gender Mainstreaming und Frauenförderpolitik

(Eigendarstellung nach Weber 2008, S. 71)

Gender Mainstreaming kann mit dem Bild eines Zopfes verglichen werden, in den beispielsweise Qualität und Wirtschaftlichkeit eingeflochten wird. Das wichtige ist, dass die Verantwortung nicht abdelegiert werden kann. Jede Institution und Person wird in die Pflicht genommen, Verantwortung zu tragen und somit auch die Frauenförderungspolitik in den „Mainstream“ zu holen. Gender Mainstreaming ist in diesem Sinne eine Weiterführung und Ergänzung der Frauenförderung beziehungsweise -politik (Weber 2008).

1.4 Forschungsfrage

Um nun bereits etablierte „good practice“ Modelle identifizieren zu können, werden folgende Forschungsfragen bearbeitet:

1. **Welche Gender Mainstreaming Projekte werden in der internationalen Literatur beschrieben?**
2. **Erfüllen diese Projekte die Qualitätskriterien bezogen auf Gender Mainstreaming oder Gesundheitsförderung?**

2. Methode

Die vorliegende Arbeit listet Gesundheitsförderungsprojekte auf und analysiert diese hinsichtlich der Umsetzung von Gender Mainstreaming. Die Projekte werden anhand angeführter Kriterien überprüft und bewertet.

2.1 Suchstrategie

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Suche wurde in den Datenbanken Pubmed und Cinahl im Zeitraum von Mai 2012 bis September 2012 durchgeführt. Keywords werden in englischer Sprache formuliert und mit den Operatoren AND und OR verbunden. Zur Eingrenzung des Themenbereiches werden Limits gesetzt. Die Limits waren „German“, „Englisch“ und „Abstract available“. Die Suche wurde auf die letzten 11 Jahre eingegrenzt, weil 2001 die WHO den Aufruf gestartet hat, Gender Mainstreaming in die Gesundheitsförderung und Prävention einfließen zu lassen. Auf Pubmed wurde eine „Advanced“ – Suche durchgeführt. Die Einstellung, dass die Keywords in Titel und Abstract enthalten sein sollen, wurde vorgenommen.

| Keywords | | Keywords | | Keywords |
|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|
| Combine with OR | | Combine with OR | | Combine with OR |
| Health promotion* | AND | Gender* | AND | Project Venture |

Tabelle 3: Suchmethode

2.2 Suchergebnisse

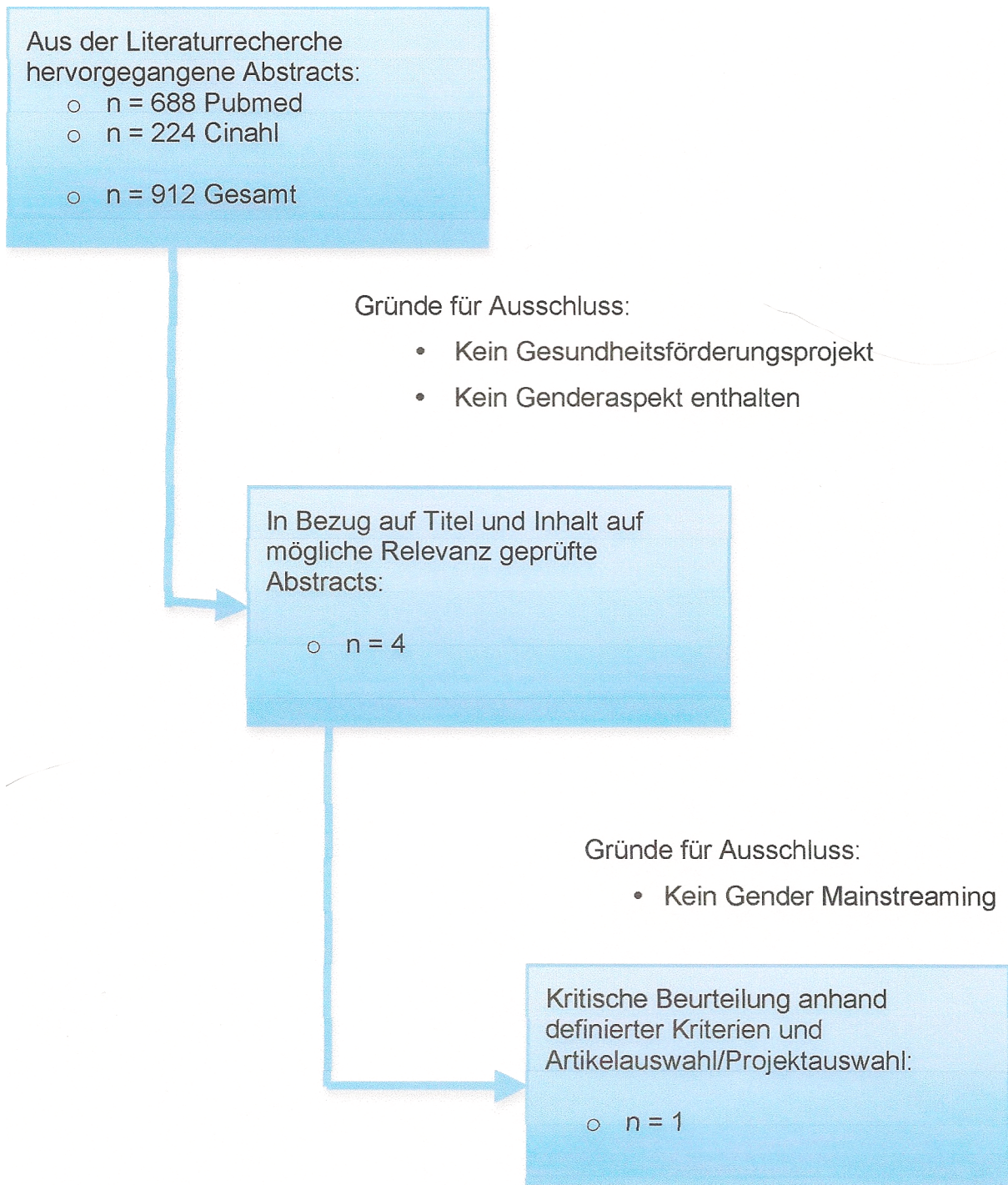


Abbildung 3: Suchergebnisse

2.3 Bewertungskriterien der Abstracts

Nach Eingabe der Keywords wurden alle Studientitel nach relevanten Variablen, bezogen auf Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung, untersucht. Viele Titel ließen sich dadurch ausschließen. Waren die Titel nicht aufschlussreich genug, wurden die Abstracts bezüglich relevanter Variablen bewertet.

Die weiteren Bewertungen der Abstracts basierten auf den Kriterien nach Davis and Logan (2008). Ein Abstract ist ein zusammengefasster Inhalt der Studie, der Aufschluss über den Problembereich, das Ziel des Projektes, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung, sowie Implementierung in die Praxis enthalten sollte. Ein Kennzeichen eines guten Abstracts ist Klarheit, Kompaktheit und Vollständigkeit (Davis und Logan 2008).

Insgesamt wurden 912 Ergebnisse in Cinahl und Pubmed gefunden. Nach Prüfung auf mögliche Relevanz in Titel und Abstract wurden vier Abstracts ausgewählt. Insgesamt wurde eine Studie beziehungsweise ein Projekt ausgewählt.

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über den ausgewählten Artikel.

| | |
|------------|--|
| Autor | Gàdin KG; Weiner G, Ahlgren C |
| Titel | Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school. |
| Jahr | 2009 |
| Design | Interventionsprojekt |
| Stichprobe | Schüler von der 1. bis zur 6. Schulstufe |
| Ergebnis | Die Prioritäten, welche die Schüler setzten, deckten sich mit denen des Lehrkörpers bzw. der Entscheidungsträger |

Tabelle 4: Übersicht des ausgewählten Abstracts

2.4. Bewertungskriterien des Artikels und des Projektes

Nach Ausschluss, der nicht in die Kriterien fallenden Abstracts, wurde der Artikel „Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school“ nach dem Kriterienkatalog von Davis und Logan (2008) kritisch bewertet.

Zusätzlich nach der Bewertung des Artikels wird das Projekt bewertet. Die Bewertung stützt sich auf die Kriterien von Kolip & Altgeld (2009, p. 23 - 24). Diese Bewertung soll feststellen, ob das im Artikel beschriebene Projekt, den Qualitätskriterien für Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung entsprechen.

Beide verwendeten Kriterienkataloge befinden sich im Anhang.

3. Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school

Autoreninnen: Gillander Gådin Katja, Weiner Gaby, Ahlgren Christina

Jahr: 2009

3.1 Inhalt des Artikels/Projektes

In dieser Studie ging es darum nachzuweisen, dass auch junge Schülerinnen und Schüler an einem Gesundheitsförderungsprojekt aktiv teilnehmen können. In der teilnehmenden Schule befindet sich auch ein Vorschulprogramm, welches ebenfalls an diesem Projekt teilnimmt. Die Kinder befinden sich in einem Alter von sechs bis zwölf Jahren. Die Schule befindet sich in einer sozial schwachen Gegend in Schweden. Viele Eltern der Kinder sind geschieden oder gehören eher der unteren sozialen Schicht an. Die sozialen Umstände waren der Grund für die Auswahl der Schule, weil diese Kinder ein erhöhtes Risiko haben, gesundheitliche Probleme zu erleiden (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

Das Projekt begann mit einem 5-Tages-Programm für alle Lehrkörper über Gesundheit, Gender Theorien und Gender Pädagogik. Damit bekam der Lehrkörper ein Grundwissen und eine Einführung in das Gesundheitsförderungsprojekt „It's your decision“. Die Lehrkräfte wurden ermutigt ihr und das Verhalten und den Umgang ihrer Kolleginnen und Kollegen und mit Mädchen und Buben zu reflektieren. Mit Hilfe der Forschenden wurden Themenwochen organisiert, um das Gender Bewusstsein zwischen den Schülerinnen und Schülern zu erhöhen. Statt sechs Unterrichtsstunden wurden Gruppenarbeiten

durchgeführt, um Gesundheitsthemen zu erarbeiten. Die Schülerinnen und Schüler wurden nach Alter und Gender aufgeteilt und bestanden maximal aus acht Teilnehmenden. In den ersten fünf Treffen wurden Themen wie Gesundheit, die Rolle als Freundin oder Freund diskutiert und in der sechsten Einheit wurden Veränderungsvorschläge gemacht. Diese Vorschläge wurden auf ein Plakat geschrieben und im Speisesaal aufgehängt (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

In zweiter Instanz wurde ein Gesundheitsschulkomitee bestellt, welches aus sechs Schülerinnen und Schülern, einer aus jeder Schulstufe, plus zwei Eltern, zwei Lehrenden, der Direktorin oder Direktor und die Schulkrankenschwester beziehungsweise –pfleger bestand. Die Aufgabe bestand darin, Vorschläge zu erarbeiten. Diese erarbeiteten 41 Vorschläge wurden priorisiert und Strategien entwickelt, um diese in die Realität umzusetzen. Das Komitee traf sich acht Mal, um zuerst die Vorschläge, je nach Problem und Veränderungen, die erreicht werden soll, zu kodieren und dann ähnliche Themen in Kategorien zu gruppieren. Auch die Protokolle des Gesundheitskomitees wurden analysiert, um festzustellen, welche Vorschläge priorisiert worden sind (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

Es wurden sechs Kategorien von den Schülerinnen und Schülern und sieben Kategorien von dem Gesundheitsschulkomitee gebildet, die sich bis auf ein Gebiet glichen. Die Kinder erwähnten die Kategorie „Gesundheitserziehung“ nicht, sondern gingen auf die Kategorien „Klassenklima“, „Einfluss auf Schulaufgaben“, „Struktur und Ordnung“, „Sicherheit“, „Umgebung“ und „Essen für das Wohlbefinden“ ein. Beim „Klassenklima“ ging es darum, Mobbing oder Gewalt an Klassenkameraden zu reduzieren. Bei der Kategorie „Einfluss auf Schulaufgaben“ wollen die Schülerinnen und Schüler bei der Planung ihres Unterrichtes teilhaben und mitentscheiden. Viele wollen mehr Exkursionen oder Unterricht im Freien. Bei „Struktur und Ordnung“ wurden Vorschläge wie Aufzeigen im Unterricht oder mehr Struktur bei der Essensausgabe gefordert. Weiters wurde kritisiert, dass es im Speisesaal zu laut wäre. Die Schulglocke wurde bei der Kategorie „Sicherheit“ kritisiert. Der Feueralarm würde der Schulglocke sehr ähneln und damit besteht Gefahr, dass dieser ignoriert wird. Bei der „Umgebung“ wurden Vorschläge für neues Equipment für Schule und Schulhof eingebracht. Die letzte Kategorie war „Essen für das Wohlbefinden“. Es wurde vorgeschlagen, mehr Gemüse und Obst anzubieten, sowie einen Pizza-Tag einzuführen (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

Das Schulgesundheitskomitee entwarf daraufhin einen Aktions-Plan, um die Gewalt und das Mobbing an der Schule zu reduzieren. Erwachsene und ältere Schülerinnen und Schüler wurden in die Verantwortung gezogen, vermehrt auf diese Phänomene zu achten. Auch im Schulhof wurden mehr Lehrkörper abgestellt, um Eskalationen zu verhindern. Weiters wurde eine Woche im Herbst für gesundheitsbezogene Aktivitäten eingeplant, an denen alle Schülerinnen und Schüler teilnehmen konnten. Diese Aktivitäten inkludierten auch typische Kinderspiele (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

Es wurde auch ein Testprojekt durchgeführt, in dem die Kinder ihren Unterricht planten. Im Speisesaal wurde ein elektronisches Ohr installiert, das rot leuchtete, wenn es zu laut wurde. Für die Wintermonate wurden Richtlinien über das Verhalten bei Schneeballschlachten und rutschigen Straßen erarbeitet. Es wurden auch Fußbälle und Netze organisiert, der Schulhof mit Hüpfkästchen bemalt und neu bepflanzt. Am Weltbuchttag wird an der Schule Pizza serviert, um ein Gemeinschaftsgefühl zu suggerieren. Leider stellte sich die Bereitstellung von Früchten als zu kostspielig dar und konnte noch nicht umgesetzt werden. Es wurde ein Frühstück vor der Schule organisiert, um zu zeigen, wie leicht es ist, ein gesundes Frühstück zusammenzustellen. Dieses wurde sehr gut angenommen und zusätzlich leistete die Schulkrankenschwester Aufklärungsarbeit in Bezug auf gesunde Lebensführung (Gådin, Weiner & Ahlgren 2009).

3.2 Bewertung des Artikels nach Davis und Logan (2008):

1. Titel:

- a. Der Titel des Artikels ist ansprechend, weckt Interesse.
- b. Der Titel präsentiert das Thema der Studie und enthält die Variable Gesundheitsförderung, jedoch nicht Gender Mainstreaming.
- c. Der Titel enthält Setting, Design und Population, welche für meine Forschungsfrage relevant sind. Gender wird im Titel nicht erwähnt.

2. Abstract:

- a. Das Ziel des Abstracts ist darzustellen, dass auch junge Schülerinnen und Schüler ein Gesundheitsförderungsprojekt gestalten können und diesen Prozess aus einer Gesundheits- und Genderperspektive zu betrachten. Das Studiendesign, Ergebnisse und Schlussfolgerung sind im Abstract vorhanden.
- b. Alle Elemente sind übersichtlich und klar strukturiert.

3. Einleitung:

- a. Das Forschungsproblem wird beschrieben und die Studie wird durchgeführt, um auch junge Schülerinnen und Schüler zu motivieren, ihre Schule selbst mitzugestalten und Chancengleichheit zu ermöglichen. Mädchen und Buben haben nicht die gleichen Möglichkeiten und Chancen ihr Leben zu gestalten und zu beeinflussen. Die Schule hat die Möglichkeit diese Unterschiede auszuschalten oder zumindest zu reduzieren.
- b. Das zuvor erwähnte Forschungsziel bezieht sich auf das Forschungsproblem.
- c. Dieser Artikel beschreibt ein Gesundheitsförderungsprojekt, dass die Gender-Perspektive mit einbezieht. Die zentralen Konzepte sind Teilnahme und Empowerment.
- d. Die Referenzliste ist nur teilweise aktuell, viele Referenzen stammen aus den Neunzigern und wurden innerhalb des Stils einheitlich zitiert.

4. Methode:

- a. Es handelt sich bei dieser Studie um ein Interventionsprojekt im Rahmen einer Aktionsforschung.
- b. Meiner Meinung nach wurde das passende Design gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten beziehungsweise das Ziel zu erreichen.
- c. Die Stichprobenauswahl erfolgte durch eine Schulauswahl. Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Eine Schule in einem sozial

schwachen Umfeld wurde ausgesucht, weil angenommen wurde, dass diese Schülerinnen und Schüler schlechtere Voraussetzungen für Gesundheit haben. 150 Schülerinnen und Schülern zwischen sechs bis zwölf Jahren wurden als Stichprobe ausgewählt. Die Schülerinnen und Schüler der Stichprobe besuchten die Vorschule und die Schulstufen eins bis sechs. Weitere Fakten sind über die Stichprobe nicht bekannt. Es ist auch unklar, was mit der Vorschulklasse im Laufe des Projektes passiert. Die Stichprobenauswahl passt zum zentralen Konzept.

- d. Es wird nicht erwähnt, dass Einverständniserklärungen eingeholt wurden. Die Studie wurde jedoch von der Ethikkommission der Universität in Umeå zugelassen, was darauf schließen lässt, dass ethische Aspekte beachtet wurden.
- e. Die Datenerhebung fand in der zuvor beschriebenen Schule in Schweden statt.
- f. Die Forschenden griffen nur unterstützend in den Prozess ein. Sie halfen bei der Organisation von Gender-Themenwochen und nahmen an zwei Treffen des Gesundheitskomitees teil, um Unklarheiten zu klären. Die Forschenden waren hauptsächlich unterstützend und bei der Datenanalyse tätig.
- g. Für die Analyse standen 41 Vorschläge zur Verfügung, die von den Schülerinnen und Schülern in ihren Themenwochen und vom Schulgesundheitskomitee erarbeitet und priorisiert wurden.
- h. Eine Datenanalyse nach Weber wurde durchgeführt. Zuerst wurden die Vorschläge nach dem Problem und den Forderungen, welche die Schüler und Schülerinnen stellten, kodiert. Im nächsten Schritt wurden die ähnlichen Themen in Kategorien gruppiert. Die Protokolle des Schulgesundheitskomitees wurden ebenfalls geprüft, um aufzuzeigen, welche Vorschläge priorisiert wurden.
- i. Es werden keine Strategien erwähnt, welche die Vertrauenswürdigkeit erhöhen. Das war meiner Meinung nach auch nicht notwendig, weil die Schülerinnen und Schüler selbständig arbeiten konnten.
- j. Es gibt keine Hinweise, dass die Rolle, Vorurteile und Vermutungen der Forschenden kritisch hinterfragt wurden.

5. Darstellung der Ergebnisse:

- a. Aus der Datenanalyse konnten Kategorien gebildet werden. Die Kategorien der Schülerinnen und Schüler und des Komitees stimmten, bis auf einen

zusätzlichen Punkt, überein. Sie lauteten: „Klassenklima“, „ Einfluss auf Schulaufgaben“, „ Struktur und Ordnung“, „Sicherheit“, „Umgebung“ und „Essen für das Wohlbefinden“. Die „Gesundheitserziehung“ war noch eine zusätzliche Kategorie des zusammengestellten Gesundheitskomitees. Somit konnte festgestellt werden, dass auch jüngere Schülerinnen und Schüler aktiv ihre Umgebung gestalten können und somit an einem Gesundheitsförderungsprojekt teilnehmen können.

- b. Das Ergebnis wurde noch in einer Tabelle dargestellt.
- c. Das Ergebnis ist für das Ziel der Studie relevant. Die Genderperspektive konnte nicht herausgearbeitet werden. Diese Zielsetzung wurde nicht erreicht.

6. Diskussion und Schlussfolgerung:

- a. Dieses Projekt konnte aufzeigen, dass Kinder ab sieben Jahren in Veränderungen ihrer Umwelt aktiv miteinbezogen werden können.
- b. Ja, die Interpretationen ergeben einen Sinn.
- c. Stärken und Schwächen der Studie sind angeführt. Es wurde aufgezeigt, dass auch junge Schülerinnen und Schüler an einem Gesundheitsförderungsprojekt mitwirken können und somit auch in der Praxis ernst genommen werden können. Leider wurden weder individuelle Konsequenzen aufgezeigt noch der sozioökonomische Status wie das soziale Geschlecht eingearbeitet. Die Vorschule wird im weiteren Studienverlauf nicht mehr erwähnt.
- d. Die Empfehlung der Forschenden lautet, dass auch zukünftig jüngere Kinder in die Gestaltung von Gesundheitsförderungsprojekten einbezogen werden könnten. Zukünftige Herausforderungen stellen das Geschlecht, der soziale Status und die Ethnie dar.

3.3 Bewertung des Projekts nach Kolip und Altgeld (2009):

1. Assessmentqualität:

- a. Bei diesem Projekt wurde von den Forschenden angenommen, dass ein Bedarf für Gesundheitsförderung besteht, da sich die Schule in einem sozial schwachen Gebiet befindet. Ein geschlechterspezifischer Bedarf wurde praktisch nicht erhoben. Anhand einer Literaturrecherche leiteten die Forschenden ab, dass Jungen und Mädchen nicht die gleichen Chancen in Bezug auf Gesundheit und dessen Mitentscheidung haben. Theoretisch werden die unterschiedlichen Chancen von Mädchen und Buben in der Einleitung diskutiert.
- b. Die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe wurden mittels Gruppenarbeit erfasst und einbezogen. Der Lehrkörper wurde gendersensibel geschult und konnte dies, soweit dies nachvollziehbar ist, gut umsetzen. Auch die Schülerinnen und Schüler nahmen an sogenannten Gender-Wochen teil, in denen die Sensibilität geschult wurde.

2. Strukturqualität:

- a. Die Intervention wurde so organisiert, dass sehr viel selbst erarbeitet werden konnte. Die Forschenden nahmen keinen Einfluss auf die Entwicklung des Projektes.
- b. Es sind keine zusätzlichen Qualifikationen der Erwachsenen des Schulgesundheitskomitees bekannt. Die Forschenden sind mit unterschiedlichen Qualifikationen aus den Bereichen Gesundheitswissenschaften, Bildungssoziologie und Community Medizin und Rehabilitation an unterschiedlichen Universitäten angestellt. Das restliche Personal und auch die Schülerinnen und Schüler, die gemeinsam eine gesundheitsfördernde Schule erarbeiten, wurden mithilfe der Schulungen auf diese Aufgabe vorbereitet.
- c. Das Forscherteam bestand nur aus Frauen.
- d. Die Intervention wurde an dieser Schule durchgeführt, weil diese in einem sozial schwachen Gebiet liegt. Es wird davon ausgegangen, dass die Kinder schlechtere Chancen in Bezug auf Gesundheit haben. Zusätzlich wurde die Chancengleichheit in Bezug auf Gender diskutiert. Die zentralen Konzepte sind Empowerment und Teilnahme.
- e. Am Beginn des Projektes wird vorbildlich bezüglich Gender gearbeitet. Lehrkörper und Kinder werden auf Gender sensibilisiert und es ist

anzunehmen, dass sich diese Sensibilität durch das Projekt zieht. Leider geht die Genderperspektive bei der Umsetzung der Vorschläge in die Praxis verloren.

3. Prozessqualität:

- a. Die Ziele des Projektes wurden klar formuliert.
- b. Die Zugangswege wurden definiert. Es wurden alle Kinder von der ersten bis zur sechsten Schulstufe ausgewählt. Es ist für mich nicht nachvollziehbar inwieweit die Vorschule miteinbezogen wurde.

4. Ergebnisqualität:

- a. Es wurden nicht alle Ziele erreicht, weil der Genderaspekt verloren ging.
- b. Die Zielgruppe wurde erreicht. Es konnte eindeutig gezeigt werden, dass die aktive Teilnahme an der Gestaltung der eigenen Schule auch mithilfe der jüngeren Schülerinnen und Schüler umgesetzt werden kann.
- c. Es wurde keine Evaluation durchgeführt. Die meisten Vorschläge wurden umgesetzt.
- d. Über die Wirkung auf die Zielgruppe wurde nichts erwähnt.
- e. Es wurde nichts in Bezug auf Kosten-Nutzen beschrieben.
- f. Die Nachhaltigkeit wurde nicht überprüft. Es ist möglich davon auszugehen, dass diese umgesetzten Maßnahmen nachhaltig sind, weil sie selbst von den Kindern gestaltet wurden.
- g. Jede Schülerin und jeder Schüler hatte den gleichen Zugang. Die Kleingruppen, in denen Vorschläge zur Verbesserung der Schule geplant wurden, wurden nach Alter und Geschlecht aufgeteilt. Die Geschlechterperspektive ging im Laufe des Projektes verloren.

4. Ergebnis

Es konnte in der internationalen Literatur ein Gender Mainstreaming Gesundheitsförderungsprojekt gefunden werden. Manche Projekte wurden als Gesundheitsförderung bezeichnet, waren aber in Wahrheit Präventionsmaßnahmen und konnten somit nicht in die Bewertung mit einfließen. In anderen Projekten wurde das soziale Geschlecht benachteiligt, deswegen wurden diese wiederum aus der Bewertung ausgeschlossen.

Die Studie „Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a swedish elementary school“ war die Einzige, welches einem Gender Mainstreaming Projekt am nächsten kam. Die Idee alle Lehrkörper genderpädagogisch und -theoretisch zu schulen ist wichtig, um ein Bewusstsein zu bilden. Es ist anzunehmen, jedoch in der Studie nicht nachgewiesen, dass sich dieses Bewusstsein durch das ganze Projekt zieht.

Nach den Bewertungskriterien von Davis und Logan (2008) hat der Artikel gut abgeschnitten. Im Titel fehlte der Gender-Aspekt und die Methode enthielt keine Ein- und Ausschlusskriterien sowie ist nicht klar ersichtlich was mit den Kindern der Vorschule passiert ist. Ein Eindruck kann in der folgenden Tabelle vermittelt werden.

| Titel | Abstract | Einleitung | Methode | Darstellung der Ergebnisse | Diskussion und Schlussfolgerung |
|-------|----------|------------|---------|----------------------------|---------------------------------|
| +/- | + | + | +/- | + | + |

Tabelle 5: Kurzübersicht der Bewertung nach Davis und Logan (2008)

Folgend wurde das beschriebene Projekt bewertet. Das Projekt selbst entsprach hauptsächlich den Qualitätskriterien von Kolip und Altgeld (2009) und kann den Erfolg aufweisen, dass Kinder von der ersten bis zur sechsten Schulstufe, mit Hilfe von Erwachsenen, ihre „Lebenswelt Schule“ verändern und verbessern können. Chancengleichheit wurde vorbildlich im Rahmen des Assessment- und Prozessqualität umgesetzt. Jede Schülerin und jeder Schüler hatte Zugang zum Projekt und wurde entsprechend seines sozialen Geschlechtes betreut und gefördert. Leider ging der soziökonomische Status und damit der Fokus auf das soziale Geschlecht im Laufe des Projektes verloren und damit wurden nicht alle Ziele erreicht. Das Kosten-Nutzen-

Verhältnis, die Wirkung auf die Zielgruppe, die Nachhaltigkeit und eine Evaluation wurden nicht durchgeführt. Jedoch wurden einige Maßnahmen umgesetzt und es ist davon auszugehen, dass diese gut aufgenommen wurden, da die Vorschläge selbst von den Kindern kamen. Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick der Bewertung.

| Assessmentqualität | Strukturqualität | Prozessqualität | Ergebnisqualität |
|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| + | +/- | + | +/- |

Tabelle 6: Kurzübersicht der Bewertung nach Kolip und Altgeld (2009)

Zuletzt ist noch zu erwähnen, dass nicht ersichtlich ist, wie die Geschlechterverteilung innerhalb des Schulgesundheitskomitees aussah und inwieweit dies die Entscheidungen zur Priorisierung der Maßnahmen beeinflusste. Inwieweit die Geschlechterverteilung des Forscherteams Einfluss nahm ist nicht nachvollziehbar. Doch da sie nur sehr wenig in den Prozess eingriffen, kann die Vermutung aufgestellt werden, dass der Einfluss nicht sehr groß gewesen sein kann.

Die Chancengleichheit wurde in Bezug auf Gesundheit erhöht, da jedes Kind den gleichen Zugang hatte und gendersensibel betreut wurde, darum kann von einem Gender Mainstreaming Projekt im Rahmen der Gesundheitsförderung gesprochen werden.

5. Diskussion und Schlussfolgerung

Gender Mainstreaming hat sich anscheinend noch nicht in der Gesundheitsförderung durchgesetzt, denn in den Datenbanken Pubmed und Cinahl konnte nur eine Studie, beziehungsweise ein Projekt gefunden werden. Gründe dafür könnten unterschiedliche Sichtweisen in Bezug auf den Begriff Gender Mainstreaming sein. Es gibt Kritikerinnen und Kritiker sowie Konstrukteurinnen und Konstrukteure, welche sich mit dem Konzept beschäftigen und eventuell ist es diese Uneinigkeit, welche die mangelnde Umsetzung erklärt.

5.1 Kritik an Gender Mainstreaming

Ein weiterer möglicher Grund für die mangelnde Umsetzung könnte der fehlende Wille der Gesellschaft sein, Gender Mainstreaming zu verankern. Denn ist dieser nicht vorhanden, brauchen Befürworterinnen und Befürworter einen langen Atem, um dieses Bewusstsein zu schulen (Bentheim & Haase 2007).

5.1.1 Bedürfnisse der Bevölkerung

Rosenkranz (2008) ist eine starke Kritikerin des Gender Mainstreamings. Sie geht in ihrer Argumentation auf die Lebenswelten von Kindern und deren Eltern ein. Für sie ist es Fakt, dass die demographische Entwicklung eine Herausforderung für zukünftige Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sein wird. Es kommen weniger Kinder zur Welt und die Menschen werden älter (Rosenkranz 2008).

Nach ihr gab es demographische Krisen schon im Rom des Augustus. Zwei Gesetze wurden eingeführt, die „Lex Iulia“ und die „Lex Papia“. Mit diesen Gesetzen verloren kinderlose Paare ein Recht auf die Hälfte der Erbschaft und Familien mit mehr als drei Kindern hatten bessere Aufstiegschancen in der Arbeit und schnelleren Zugang zu Ämtern (Rosenkranz 2008).

Solche Gesetze wären heute nicht mehr umsetzbar und unsere politische Führung würde gar nicht auf die Idee kommen, diesen Ansatz zu wählen. Nach Rosenkranz (2008) hat sich die Elite dazu entschlossen, Kindern wenig Raum in ihrem Leben zu lassen. Diese Einstellung trifft aber meist nicht auf die breite Bevölkerung zu. Viele Menschen wollen Kinder und sich dann auch um diese kümmern. Es gibt also eine Diskrepanz zwischen den Wünschen und Bedürfnissen eines Großteils der Bevölkerung und den Vorstellungen der politischen Elite (Rosenkranz 2008).

Die folgende Tabelle stellt diese Diskrepanz im Bereich der Frauenförderung dar (Rosenkranz 2008, pp.26 – 27).

| | Frauenbeauftragte der Länder | Mütter |
|---|---|---|
| Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren | Großteils werden keine Nachteile für das Kind gesehen | Wird eher nicht angestrebt |
| Teilzeitarbeit der Mütter | Wird eher negativ bewertet | Wird positiv gesehen, das Angebot ist zu gering; Lage und Ausmaß der Arbeitszeit sollen selbst flexibel gewählt werden können |
| Vollzeitarbeit der Mütter | Wird als beste Lösung für die Frau angesehen | Wird eher nicht angestrebt |
| Gesetzliche Dauer der Karenz | Angemessen | Zu kurz |
| Gesetzliche Dauer des Kinderbetreuungsgeldes | Zu lange | Angemessen |
| Auseinanderfallen der Fristen; maximale Bezugsdauer des Kinderbetreuungsgeldes – Kündigungsschutz aufgrund der Karenzregelung | Negativ bewertet; Forderung nach Kürzung der maximalen Kinderbetreuungsgeld-Bezugsdauer | Negativ bewertet; Wunsch nach Verlängerung der Karenzdauer und des Kündigungsschutzes |
| Ausmaß der Beteiligung der Väter an der Erziehung | Forderung nach verpflichtender Beteiligung mittels Einführung eines Vater-Kind-Passes | Rolle als Familienerhalter wird als wichtig erachtet; Weitgehende Zufriedenheit mit der Beteiligung der Väter in der Freizeit |

Tabelle 7: Diskrepanz im Bereich der Frauenförderung

(Rosenkranz 2008, pp. 26 – 27)

Zur Diskussion stehen auch Eltern-Kind-Pässe, um den Vater besser zu involvieren und die Chancengleichheit und damit Gender Mainstreaming zu gewährleisten (Rosenkranz 2008).

Es wird durch die Tabelle ersichtlich, dass der Bedarf und auch die Bedürfnisse der Zielgruppe Mütter erhoben und ignoriert wurde. Es ist wichtig, den Bedarf und die

Bedürfnisse zu erheben und diese auch ernst zu nehmen, um ein ressourcengerechtes und zielgruppengenaues Arbeiten zu gewährleisten (Rosenkranz 2008).

Kritikerinnen und Kritikern zufolge wird ein Konzept im Rahmen des Top-Down-Ansatzes implementiert und muss in alle Ebenen einfließen. Das bedeutet, es handelt sich um ein undemokratisches Vorgehen, in dem alle gesellschaftlichen und staatlichen Ebenen von der Spitze aus ihre Vorgaben erhalten. Rosenkranz (2008) unterstellt Gender-Experten besser über die Bedürfnisse der Gesellschaft Bescheid zu wissen, um ein gewisses Ziel zu erreichen. Es soll durch Erhaltung der Arbeitskraft, ein Wirtschaftswachstum und ein aufgeklärtes Denken gefördert werden, wobei das Ziel des Wirtschaftswachstums hervorgehoben wird. (Europäische Kommission 2004; Rosenkranz 2008).

5.1.2 Trennung biologisches und soziales Geschlecht

Simone de Beauvoir sagte schon im Jahre 1949: „Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es“ (Simone de Beauvoir 1949 zit. n. Rosenkranz 2008, S. 76). Das bedeutet, dass durch Erziehung, Normen, Werte, Stereotypen, Identifikationen und Traditionen das Geschlecht bestimmt wird. Dieser Ausdruck wird *doing gender* genannt. Doch diese strikte Trennung von sozialem und biologischem Geschlecht wird bald von Gender-Forschenden kritisiert. Ihrer Meinung nach bleibt das biologische Geschlecht unhinterfragt, wenn der Fokus auf dem sozialen Geschlecht liegt (Rosenkranz 2008).

Das GenderKompetenzZentrum in Deutschland teilt diese Meinung nicht und bildet eine dritte Ebene heraus. Das Gender ein unabhängiges Lernprogramm ist, dass sich strikt vom biologischen Geschlecht trennt. Die US-Wissenschaftlerin Judith Butler teilt diese Meinung und sieht das biologische Geschlecht nicht mehr als Naturtatsache an (Rosenkranz 2008).

Rosenkranz (2008) unterstellt Gender Mainstreaming die Abschaffung des biologischen Geschlechtes erreichen zu wollen. Es soll ganz bewusst mit Sprache und Begrifflichkeiten gearbeitet werden, um dies zu erreichen. Als Beispiel für diese Fehlinterpretation führt sie ein gescheitertes medizinisches Experiment des amerikanischen Psychiaters John Money an. Ein Junge, dessen Beschneidung zu einer Verstümmelung seines Penis führte, wurde auf Anraten des Psychiaters als Mädchen groß gezogen. Äußerlich wurde er zum Mädchen umoperiert und namentlich umbenannt. Selbst wusste der Junge nichts von diesen Ereignissen, er wurde einfach als Mädchen namens „Brenda“ großgezogen. Doch für dieses Kind war das Aufwachsen eine Qual. Erleichterung empfand sie erst, als ihr die

Wahrheit gesagt wurde und sie sich entschied als Mann zu leben. Trotzdem verübte „Brenda“ in jungen Jahren Selbstmord. Mit diesem traurigen Experiment wurde die Tatsache, dass das biologische Geschlecht keine Rolle spielt, widerlegt (Rosenkranz 2008).

5.2 Positiver Ansatz zu Gender Mainstreaming

Kolip (2008) hebt die Bedeutung von Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention hervor. Um geschlechterspezifische Präventionspotentiale zu nutzen, muss eine doppelte Strategie angewandt werden. Es muss die Basis der geschlechtervergleichenden Gesundheitsberichte, in welchen Frauen und Männer einen unterschiedlichen Bedarf haben, geprüft werden. Darauf folgende muss eine Bewertung stattfinden, inwieweit das Geschlecht eine Variable ist (Kolip 2008).

Ziel soll es sein, für Frauen und Männer gleiche Zugangschancen zu den Angeboten gesundheitlicher Versorgung zu sichern. Kolip (2008) schlägt vor, eine horizontale und eine vertikale Gleichheit zu schaffen. Wo Frauen und Männer unterschiedliche Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie auch unterschiedliche Leistungen erhalten und wo sie die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben, sollen sie die gleichen Leistungen erhalten. Wichtig dabei ist die Berücksichtigung, dass die Geschlechterkategorie mit Sozial- und Lebenslagen eng verwoben ist. Das macht weitere Differenzierungen, wie Bildungsstatus, sexuelle Orientierung oder Migrationshintergrund, notwendig. Für jeden Bereich muss geprüft werden, welche Rolle das Geschlecht in der Vielfalt sozialer Differenzierungen einnimmt. Das Geschlecht kann als Ausgangspunkt genommen werden oder etwas später überprüft werden (Kolip 2008).

5.2.1 Qualitätsverbesserung

Der Qualitätsaspekt spielt in der Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung nach Kolip (2008) eine wesentliche und wachsende Rolle. Maßnahmen müssen zielgruppenspezifisch sein, um eine Wirkung zu zeigen. Gender Mainstreaming soll Maßnahmen prüfen. Es soll sichergestellt werden, dass beide Geschlechter gleichermaßen erreicht werden, ob spezifische Zugänge gewählt werden müssen und/oder ob diese Methode für beide Geschlechter angemessen ist. Es darf nicht übersehen werden, dass das Geschlecht nur eine von vielen Kategorien ist (Kolip 2008).

5.2.2 Umsetzung des Gender Mainstreaming

Gesundheitsbezogenen Interventionen haben das Ziel die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Üblicherweise wird dafür der Public Health Action Circle hinzugezogen (Kolip 2008).

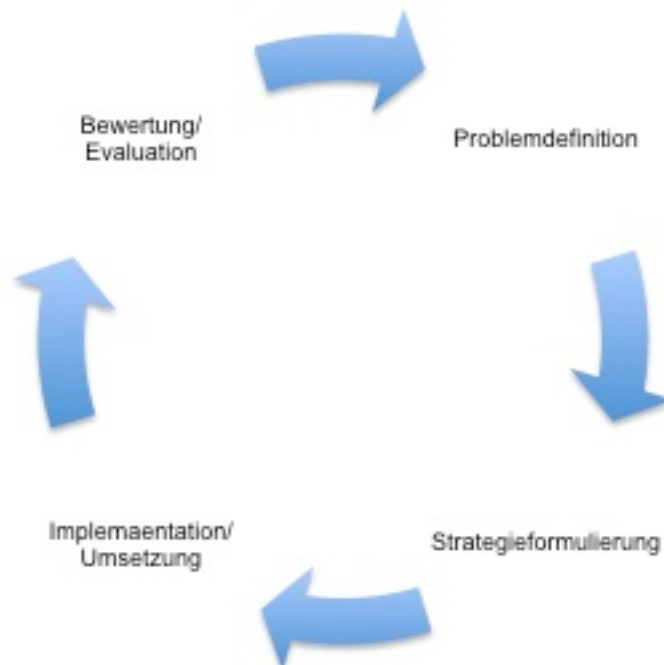


Abbildung 4: Public Health Action Circle

(Eigendarstellung nach Kolip 2008, S. 32)

Eine Problemdefinition greift immer auf eine Gesundheitsberichterstattung und auf epidemiologische Studien zurück. Daraus werden theoriegestützte Interventionen geplant und implementiert. Die Evaluation dient zur Beurteilung, ob der gewünschte Effekt eingetreten ist oder ob der Zyklus erneut durchlaufen werden muss. In all diesen Punkten spielt die Geschlechterperspektive eine Rolle und Gender Mainstreaming kann dabei unterstützen die Intervention zielgruppengerecht zu gestalten, umzusetzen und zu evaluieren. Es sensibilisiert in Bezug auf die Notwendigkeit sozialer Differenzierungen. Die Problemdefinition, Intervention und Zielrichtung einer Intervention wird unter Berücksichtigung des Geschlechtes unterschieden (Kolip 2008). Bei der Umsetzung muss sichergestellt werden, dass die gewählten Methoden und Zugänge für Frauen und Männer chancengleich gestaltet sind und bei der Evaluation muss der Zielerreichungsgrad beider Geschlechter identisch sein. Nach Kolip (2008) ist es problematisch, dass manche Instrumente der Evaluierung ein Gender Bias aufweisen, weil sie die Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen nur auf ein Geschlecht ausrichten (Kolip 2008).

Nach Kolip (2008) muss die Kategorie Geschlecht in folgenden Ebenen berücksichtigt werden:

1. Politik: Zur Planung eines Projektes muss eine genaue Kenntnis und Analyse geschlechterbezogener Ungleichheiten vorhanden sein, um zu wissen, ob ein oder mehrere Projekte durchgeführt werden müssen.
2. Partizipation: Die Geschlechterverteilung in der Projektleitung, der Projektmitarbeiter und in der Zielgruppe ist relevant.
3. Theorien und Konzepte: Diese müssen kritisch bewertet werden. Es muss abgeklärt werden, ob für den jeweiligen Interventionsbereich, Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Dementsprechend muss die Intervention geplant werden.
4. Sex/Gender: Hier muss abgeklärt werden, ob das soziale oder das biologische Geschlecht für das entsprechende Projekt berücksichtigt werden muss.
5. Methode: Eine kritische Reflexion der verwendeten Methode ist erforderlich.

Der Artikel von Gâdin, Weiner und Ahlgren (2009) entsprach diesen Kriterien zu einem großen Teil. Auch wenn es nicht möglich war, die Gender Perspektive über das ganze Projekt zu ziehen, kann die Assessment- und Prozessqualität positiv hervorgehoben werden.

5.3 Schlussfolgerung

Diese Arbeit zeigt, dass Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung mangelhaft durchgeführt wurde. In der internationalen Literatur wurde nur ein entsprechendes Projekt gefunden.

Das soll nicht bedeuten, dass Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung nicht erwünscht ist oder gebraucht wird. Es steht nicht außer Frage, dass es geschlechtliche Ungleichheiten gibt und dass diese verbessert werden müssen.

Betrachtet man die Pros und Contras, dann wird einem Bewusst wie vielseitig dieser Begriff ist und in wie viele Richtungen man ihn auslegen kann. Kritikerinnen und Kritiker scheinen Angst vor den Auswirkungen des Gender Mainstreaming zu haben und zerlegen den Begriff in Einzelteile.

Eines lässt sich bei dem kritischen Ansatz jedoch nicht abstreiten. Das biologische Geschlecht ist nicht vom sozialen Geschlecht zu trennen. Die in der Einleitung angeführten biologischen Ungleichheiten können nicht außer Acht gelassen werden.

Männer und Frauen haben biologisch nicht die gleichen Chancen in Gesundheit und das kann das soziale Geschlecht nicht aufheben. Wie das Experiment des amerikanischen

Psychiaters John Money zeigte, kann es der Gesundheit nicht dienlich sein, das biologische Geschlecht zu ignorieren.

Es ist auch von enormer Wichtigkeit zielgruppengenau zu arbeiten und geht man von der Betrachtung des angeführten Beispiels der Frauenförderung aus, wird dies nicht gemacht. Ist eine Maßnahme für eine Zielgruppe nicht handhabbar, verständlich oder sinnvoll, kann sie sich nicht in Richtung Gesundheit bewegen und sie wird nicht genutzt. Das könnte ein Grund für die mangelnde Nutzung von Gender Mainstreaming sein. Bedürfnisse sollen von der entsprechenden Zielgruppe kommen und erhoben werden und nicht von der Spitze vorgegeben werden. Es ist nicht Sinn der Sache etwas überzustülpen und die Menschheit in eine Richtung zu leiten, um ein gewisses Ziel zu verfolgen.

Die von Kolip (2008) erarbeiteten Möglichkeiten der Kombination von Gender Mainstreaming und Gesundheitsförderung bieten wieder einen positiveren und lösungsorientierteren Zugang zu diesem Thema. Es werden klar Richtlinien zur Kombination aufgestellt, wobei nicht außer Acht gelassen werden darf, dass Kolip (2008) immer von Prävention und Gesundheitsförderung schreibt.

Bei Gender Mainstreaming wird meist zuerst die Chancengleichheit und Reduktion von Armut gehört und dagegen hat niemand etwas einzuwenden. Werden die Zielsetzungen von Gender Mainstreaming genauer betrachtet, fällt der Begriff Wirtschaftswachstum auf. Gesundheitsförderung hat keine Ziele wie Verhinderung von Krankheit. Es verfolgt den Ansatz der Salutogenese und will das Gesundheit ein Teil unseres Lebens darstellt. Diese Zielsetzungen sind ein Grund, warum Gender Mainstreaming mit Gesundheitsförderung schwer bis nicht vereinbar sind. Wirtschaftswachstum impliziert die Erhaltung der Arbeitskraft und verfolgt somit ein Ziel. Gender Mainstreaming ist damit eher im Bereich der Prävention einzugliedern.

5.4 Limitationen

Eine Einschränkung dieser Bachelorarbeit besteht darin, dass nur in den Datenbanken Cinahl und Pubmed gesucht wurde. Eventuell sind auf anderen Datenbanken wie Ovid mehr Gender Mainstreaming Gesundheitsförderungsprojekte zu finden. Es wurde auch nur in den Sprachen Deutsch und Englisch gesucht. Der Zeitraum in dem gesucht wurde, erstreckte sich von Mai bis September 2012 und umfasst die letzten elf Jahre. Alle Projekte, die davor oder danach stattfanden oder stattfinden werden, konnten nicht inkludiert werden.

Die Einleitung dieser Arbeit ist sehr ausführlich gestaltet, weil Gender Mainstreaming ein umfassender Begriff ist. Es ist wichtig, diesen klar zu definieren und trotz der genauen Beschreibung, ist Gender Mainstreaming sehr schwer zu erfassen. Gesundheit und Gesundheitsförderung musste auch genauestens erklärt werden, um die Diskrepanz zwischen den beiden Konzepten besser zur Geltung zu bringen.

5.5 Empfehlungen für die Forschung und Praxis

Eine erweiterte Suche in anderen Datenbanken ist anzustreben, um die Ergebnisse zu bestätigen oder zu widerlegen.

Es ist auch weiterhin wichtig, das biologische sowie das soziale Geschlecht in gesundheitswissenschaftliche Forschung einzubeziehen, um zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsprojekte zu ermöglichen und damit die Passgenauigkeit der Angebote und die Chancengleichheit beim Zugang dieser Projekte zu erhöhen.

Es ist darauf zu achten, dass Chancengleichheit nicht auf die Kosten der Bedürfnisse und des Bedarfs einer Zielgruppe gehen soll.

6. Referenzliste

Antonovsky, A 1997, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.

Bentheim, A & Haase, A 2007, ‚Männergesundheit und Gender Mainstreaming‘, in M Stiehler & T Klotz, *Männerleben und Gesundheit – Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung*, Beltz Juventa Verlag, Weinheim und München, pp. 261 – 270.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2004, *Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht (2004)*, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, viewed 2 April, 2012, http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/PUBLIKATION_Maennergesundheitsbericht_2004.pdf.

Davies, B & Logan, J 2008, *Reading Research: A user-friendly guide for nurses and other health professionals*, Elsevier Canada, Toronto. Worksheets, viewed 29 September, 2012, http://www.elseviercanada.com/ReadingResearch/stu_res6.php.

Europäische Kommission 2004, *EQUAL – Leitfaden zu Gender Mainstreaming*, Europäische Kommission, viewed 27 May, 2012, http://ec.europa.eu/employment_social/equal/data/document/gendermain_de.pdf.

Fischer, B 2006, *Warum Frauen gesünder leben und Männer früher sterben*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Fonds Gesundes Österreich 2005a, *Prävention*, Fonds Gesundes Österreich, viewed 30 May, 2012, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/pravention>.

Fonds Gesundes Österreich 2005b, *Prävention*, Fonds Gesundes Österreich, viewed 30 May, 2012, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/verhaltenspravention-und-verhaltnispravention>.

Fonds Gesundes Österreich 2005c, *Prävention*, Fonds Gesundes Österreich, viewed 30 May, 2012, <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsforderung>.

Gillander Gådin, K, Weiner, G & Ahlgren, C 2009, 'Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school', *International Journal of Circumpolar Health*, vol.68, no. 5, pp. 498 – 504.

Gutzwiller, F & Jeanneret, O (Hrsg) 1999, *Sozial- und Präventivmedizin – Public Health*, 2nd edn, Verlag Hans Huber, Bern.

Hurrelmann, K 2003, 'Determinanten der Gesundheit', in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4th edn., Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz, pp. 52 - 55.

Jahn, I 2003, *Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung*, Gesundheitsförderung Schweiz, viewed 27 May, 2012, http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_genderglossar_2003.pdf.

Jahn, I & Kolip, P 2002, *Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz*, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, viewed 27 May, 2012, http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gesundheitsfoerderung_2002.pdf.

Kautzky-Willer, A, Tschachler, E 2012, *Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts*, Orac/Verlag Kremayer & Scheriau KG, Wien.

Kolip, P 2008, 'Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention', *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, vol. 51, pp. 28 – 35.

Kolip, P & Altgeld, T 2009, *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention : Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*, 2nd edn, Juventa-Verlag, Weinheim & München.

Kolip, P & Lademann, J 2008, ‚Gender als zentrale Dimension sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung‘ in Tiesmeyer, K, Brause, M, Lierse, M, Lukas – Nülle, M, Rosenkranz, B 2008, *MenschInnen: Gender Mainstreaming – Auf dem Weg zum geschlechtslosen Menschen*, Stocker Verlag, Graz.

Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit 2010, *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Weber, M 2008, ‚Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik und –versorgung – Voraussetzungen, Strukturentwicklung und Erfolgsbedingungen am Beispiel Nordrhein-Westfalen‘, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, vol. 51, pp.70 – 80.

World Health Organisation 1946, *Constitution of the World Health Organisation*, World Health Organisation, viewed 29 May, 2012,
http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf.

World Health Organisation 2006, *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*, World Health Organisation, viewed 30 May, 2012,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

Anhang

Bewertungskriterien der Artikel

Nach Ausschluss, der nicht in die Kriterien fallenden Abstracts, wurde der Artikel nach dem Kriterienkatalog von Davis und Logan (2008) kritisch bewertet.

1. Titel
 - a. Ist der Titel ansprechend und weckt er das Interesse?
 - b. Präsentiert der Titel das Thema der Studie?
 - c. Sind Thema, Methode und Population für meine Forschungsfrage interessant?

2. Abstract
 - a. Sind im Abstract alle inhaltlich relevanten Themen enthalten (Ziel, Inhalt, Methode, Design, Ergebnisse, Schlussfolgerung)?
 - b. Ist der Abstract klar und übersichtlich strukturiert aufgebaut?

3. Einleitung
 - a. Wird das Forschungsproblem beschrieben? Warum wurde die Studie durchgeführt? Was ist das Ziel/Forschungsfragen der Studie?
 - b. Bezieht sich das Forschungsziel auf das Forschungsproblem?
 - c. Was ist das Hauptthema und welche sind die zentralen Konzepte?
 - d. Sind die Quellen aktuell und wurden diese zitiert?

4. Methode
 - a. Welches Forschungsdesign wurde verwendet?
 - b. Wurde das passende Forschungsdesign gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten?
 - c. Wie und wo wurde die Stichprobe ausgewählt? Sind Ein- /Ausschlusskriterien angeführt? Wurde das Auswahlverfahren beschrieben? Wurden Charakteristika benannt? Passt die Stichprobenauswahl zu den zentralen Konzepten?
 - d. Wurden ethische Aspekte beachtet? Wurde eine Einverständniserklärung eingeholt? Wurde das Forschungsvorhaben von einer Kommission überprüft, um eine potenzielle Verletzbarkeit der Teilnehmenden zu verhindern?
 - e. Setting: Wo fand die Datenerhebung statt?

- f. Beschreibt der Forschende seine oder ihre Rolle in der Datenerhebung?
 - g. Wie wurden die Daten aufgezeichnet?
 - h. Welche Methoden der Datenanalyse wurden verwendet? Wurden die Daten induktiv analysiert?
 - i. Wurden Strategien verwendet, um Vertrauenswürdigkeit zu vermitteln?
 - j. Haben die Forschenden ihre Rolle, Vorurteile und Vermutungen kritisch hinterfragt?
5. Darstellung der Ergebnisse
- a. Welches sind die Hauptergebnisse der Studie?
 - b. Darstellung der Ergebnisse in Worten, Tabellen, Grafiken oder Bildern?
 - c. Sind die Ergebnisse für die Forschungsfrage relevant?
6. Diskussion und Schlussfolgerung
- a. Welche Bedeutung haben die Ergebnisse für die Praxis?
 - b. Ist die Interpretation der Ergebnisse theoretisch sinnvoll?
 - c. Sind die Stärken und/oder Schwächen angeführt?
 - d. Gibt es ein Fazit und eine Empfehlung?

Bewertungskriterien für Gender Mainstreaming Projekte

Zusätzlich zur Bewertung des Artikels wird das Projekt bewertet. Die Bewertung stützt sich auf die Kriterien von Kolip & Altgeld (2009, p. 23 - 24):

1. Assessmentqualität:
 - a. Wurde eine Bedarfsabschätzung vorab durchgeführt, welche den Bedarf unterschiedlicher Zielgruppen (Männer und Frauen in unterschiedlichen sozialen Lagen) berücksichtigt?
 - b. Wurden die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe(n) erfasst und einbezogen?
2. Strukturqualität:
 - a. Wie wurde die Intervention organisiert?
 - b. Wer führt sie mit welcher Qualifikation durch?
 - c. Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam?
 - d. In welchen Kontexten wird die Intervention durchgeführt? Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Lebenswelten von Frauen/Mädchen bzw. Männern/Jungen?
3. Prozessqualität
 - a. Wurden klare Ziele formuliert?
 - b. Wurden geeignete Zugangswege definiert?
4. Ergebnisqualität:
 - a. Wurden die definierten Ziele erreicht?
 - b. Wurden die Zielgruppen erreicht? Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen?
 - c. Wurden Evaluationsinstrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden?
 - d. Welche Wirkungen bei der Zielgruppe wurden erzielt?
 - e. Weist die Intervention ein günstiges Kosten-Nutzen Verhältnis auf?
 - f. Sind die erzielten Effekte nachhaltig?
 - g. Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?