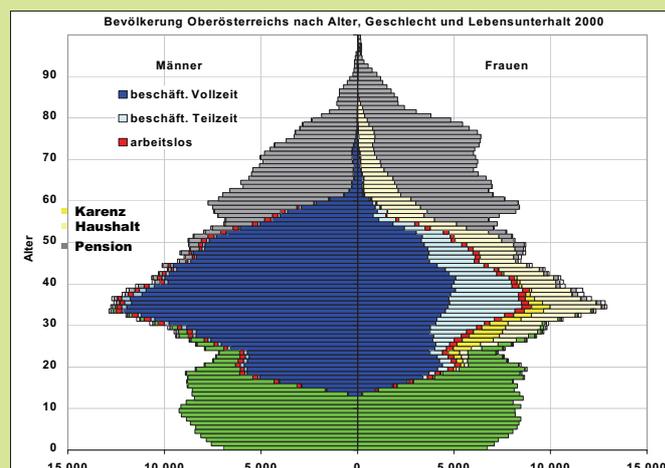


Gender Mainstreaming in der Spitalsorganisation

**Zur Implementierung
des Gender Mainstreaming Ansatzes
in die Führungs- und Qualitäts-
managementsysteme und -instrumente
eines Groß-Dienstleistungsunternehmens
im Gesundheitsbereich:
Schwerpunkt Krankenhaus der Barmherzigen
Schwestern Linz BetriebsGmbH**



Gender Mainstreaming in der Spitalsorganisation

Zur Implementierung des Gender Mainstreaming-Ansatzes in die
Führungs- und Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente eines
Groß-Dienstleistungsunternehmens im Gesundheitsbereich:
Schwerpunktkrankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz BetriebsGmbH

Impressum:

Projektauftraggebende:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Geschäftsführung und Ärztliche Direktion des Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz BetriebsGmbH

Projektleitung und Umsetzung:

Dr.ⁱⁿ Lucia Ucsnik, MAS

Projektbegleitung:

Maria Moser-Simmil

Projektbetreuung im BMGF:

Mag.^a Theresa Philippi, LL.M, MAS; Dr.ⁱⁿ Vera Jauk und DDDr. Wolfgang Jahn

Druck: BMGF, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43/1/711 00 DW 4700

Fax: +43/1/715 58 30

E-Mail: broschuerenservice.bmgf@bmgf.gv.at

Internet: <http://www.bmgf.gv.at>

Dieser Leitfaden ist kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Radetzkystraße 2, 1030 Wien, erhältlich.

Wien, April 2006

Vorwort der Frau Bundesministerin



Sehr geehrte Damen und Herren!

Sowohl die Gesundheits- als auch die Frauenpolitik unterliegen einem stetigen Wandel und tief greifenden Weiterentwicklungen.

In der Gesundheitspolitik wurden Strukturen und Planungsinstrumente verbessert, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen und permanent zu optimieren. Ein weiterer Aspekt ist die Aus- und Weiterbildung sowie die Gestaltung der Karrierewege in der medizinischen Ausbildung und in den Gesundheitsberufen.

In der Frauenpolitik sind offene Diskriminierung längst – nicht zuletzt aufgrund einer engagierten Rechtserzeugung auf innerstaatlicher, europäischer und internationaler Ebene - wesentlich subtileren Verhinderungsstrategien gewichen. Geblieben sind tiefsitzende unreflektierte Vorurteile und fest verankerte Rollenbilder, die – ohne böse Absicht – zu Benachteiligungen führen.

In meiner Funktion als Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ist mir die Frauengesundheit dabei ein besonderes Anliegen. Die Frauengesundheit rückte in den letzten Jahren durch die Strategie des Gender Mainstreaming vermehrt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Das Ziel, eine geschlechtergerechte Perspektive in allen Politikfeldern anzuwenden, ist gerade im Gesundheitsbereich von großer Bedeutung. Eine geschlechtergerechte Medizin wird den biologischen Unterschieden zwischen dem männlichen und dem weiblichen Körper vermehrt Rechnung tragen. Beispiele dafür sind die neu konzipierten Vorsorgeuntersuchungen und die Aufnahme geschlechtsspezifischer Ausbildungsmodulare in das Medizinstudium an den österreichischen Universitäten.

Gender Mainstreaming ist für Gesundheitsberufe (hier liegt der Frauenanteil bei 78%) eine wichtige Methode, um geschlechterspezifische Schief lagen aufzuzeigen und im Hinblick auf den Zugang zu und die Art der Versorgung mit medizinischen Leistungen hochinteressant.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz befasst sich bereits seit einigen Jahren vorausblickend und innovativ mit den sozial- und gesellschaftspolitischen sowie demographischen Fragestellungen zum Thema „Frauen und Männer als Mitarbeitende sowie als Patientinnen und Patienten.“ Gender Mainstreaming wird schrittweise zum selbstverständlichen Bestandteil aller Maßnahmen und Prozesse, die im Krankenhaus ablaufen.

Mit dem Auftrag zur Erstellung des Leitfadens „Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen“ hat das BMGF die bestehende Initiative im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern aufgegriffen um sie einer breiten (Fach-)Öffentlichkeit näher zu bringen und zur Nachahmung zu empfehlen.

A handwritten signature in black ink, reading 'Maria Rauch-Kallat'. The signature is fluid and cursive, written in a professional style.

Maria Rauch-Kallat
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zusammenfassung – Ergebnisse und Erkenntnisse	8
1 Gender Mainstreaming	10
1.1 Sex versus Gender & GM	10
1.2 Chancen-Gleichheit versus gleiche Chancen	11
1.3 Gender-Kompetenz	11
1.4 Gender Mainstreaming als Wegbereiter zu einer geschlechterspezifischen Medizin	12
2 Methodische Umsetzung	16
2.1 Die 4-R-Methode	16
2.2 Checkfragen nach der 4-R-Methode	16
2.2.1 Repräsentation	16
2.2.2 Ressourcen	16
2.2.3 Realitäten	16
2.2.4 Recht	17
3 Ausgangssituation im KH der BHS-Linz	18
3.1 Begünstigende Ausgangssituation	18
3.2 Mission Statement und Werte als Basis	19
3.3 Vision, Strategie und 5-Jahresziele	19
3.4 Gender Mainstreaming im Krankenhaus	19
3.5 Instrumente des Qualitätsmanagement	24
4 Projekt	26
4.1 Projektkurzbeschreibung	26
4.2 Projektphasen	27
4.3 Projektergebnisse	28
4.3.1 Ergebnisse der Analyse der KH-Organisation	28
4.3.2 Gendersensibilisierende Workshops	28
4.3.3 Mögliche Gender Mainstreaming-Ziele in einer Gesundheitseinrichtung an Hand der Balanced Score-Card	28
5 Projektreflexion	33
5.1 Evaluierungsgespräch	33
5.2 Selbstevaluierung	37
6 Empfehlungen	40
Abkürzungen	41
Abbildungsverzeichnis	41
Tabellenverzeichnis	41
Literaturempfehlungen	42

Vinzenz Gruppe



Die Vinzenz Gruppe ist ein Verbund von Ordenskrankenhäusern, welchem von ihren Gründerinnen, den Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, die christlichen Werte als Erbe und Auftrag mitgegeben wurden. Diese Werte verlangen die Achtsamkeit und Sensibilität für die Bedürfnisse des oder der jeweils anderen. Das Ziel des Gender Mainstreaming ist, Handlungsstrategien zu entwickeln, um ungleiche Möglichkeiten vor allem von Frauen hintanzustellen und Frauen den Zugang zu gleichen Chancen zu eröffnen.



Dr. Michael Heinisch

Sr. Josefa Michelitsch

Gender Mainstreaming - eine moderne Form der Verwirklichung von Hochachtung und Barmherzigkeit könnte man sagen und gerade im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, da es den Akzent vor allem auf den Unterschied der Lebensrealitäten setzt.

Die Fragestellungen für Krankenhäuser sind z.B.: wie sehen die Arbeitsabläufe aus? Sind die Öffnungszeiten so gestaltet, dass sie von Berufstätigen, aber auch von Kinder- und Kleinkinder-Betreuenden in Anspruch genommen werden können? Was tut ein Schwerpunktkrankenhaus im städtischen Ballungsraum, damit auch die auf dem Land Lebenden – insbesondere Frauen im Haushalt oder in der Landwirtschaft - einen angemessenen Zugang zu den hoch spezialisierten Leistungen bekommen? Welche beruflichen Aufstiegschancen gibt es für Frauen wie Männer, die Familie und Kinder haben? Gibt es geeignete Weiterbildungsprogramme für Frauen, die nach einer längeren „Kinderpause“ wieder in ihren Beruf einsteigen wollen?

Die Schwierigkeit liegt oft darin, dass Benachteiligungen nicht bewusst, weil gewohnt sind. Gender Mainstreaming, implementiert in die Führungs-, Qualitätssicherungssysteme und -instrumente, schärft und sensibilisiert das Bewusstsein für die Nöte und Schwierigkeiten verschiedener Gruppierungen und sucht nach Lösungen. Dies ist als zutiefst christlich zu bezeichnen.

Wir danken der Geschäftsführung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und freuen uns, dass sie sich dieser Hausforderung gestellt und Frau Dr.in Lucia Ucsnik MAS, mit der Federführung konkreter Projekte betraut hat. Möge dieses Beispiel viele Nachahmende finden!

Sr. Josefa Michelitsch

Dr. Michael Heinisch

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz BetriebsGmbH



Die Geschäftsführenden der Vinzenz Gruppe

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz ist ein Krankenhaus, das bis vor 60 Jahren fast ausschließlich Mitarbeiterinnen beschäftigte. In klar festgelegten Bereichen waren einige wenige Männer angestellt.

Unser Krankenhaus wird seit Jahren mit einer modifizierten Balanced Score Card geführt. Die klinischen Abteilungen werden laufend einer kontinuierlichen Verbesserung unterworfen und die aus diesem Prozess erwachsenden Entwicklungsbedürfnisse fließen in die Ziel- und Führungsinstrumente des Hauses ein. Um den Gender Mainstreaming-Ansatz nachhaltig im Hause zu implementieren, wurden wichtige Entwicklungsthemen des Gender Mainstreaming in die Patientinnen- und Patientenperspektive und in die Mitarbeiter/innenperspektive aufgenommen. Der Gender Mainstreaming-Ansatz findet sich so im Zielvereinbarungs-Prozess als auch im Qualitätsprozess des Hauses wieder und kann im Jahresablauf regelmäßig evaluiert werden.

Wir sind stolz darauf, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittlerweile mit dem Begriff des Gender Mainstreaming, aber auch im Speziellen mit den differenzierten Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten umgehen können und Interesse zeigen, diese Themenbereiche weiter zu entwickeln.

Dr. Andreas Krauter, MBA
Geschäftsführung

Zusammenfassung – Ergebnisse und Erkenntnisse



Dr.ⁱⁿ Lucia Ucsnik, MAS

Dieser Leitfaden richtet sich an folgende Zielgruppen:

- Träger-Organisationen und Führungskräfte im Gesundheitswesen, vor allem von Krankenanstalten, Pflege- wie Rehabilitationseinrichtungen;
- Personen und Institutionen, die sich seit Jahren intensiv mit Gender Mainstreaming auseinandersetzen;
- Arbeitgebende Organisationen, die mit Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten um Gesundheit im Rahmen des Genesungsprozesses für ihre dienstnehmenden Mitarbeitenden durch den Strukturumbau und die Anbahnung von Kooperationen mit Krankenanstalten im Rahmen des Behandlungs- und Betreuungsprozesses zu unterstützen und konstruktiv mit zu gestalten.

Dieser Leitfaden beschreibt anfangs kurz die Grundlagen des Gender Mainstreaming und die 4R-Analyse als Instrument für dessen Umsetzung. Im weiteren wird die Ausgangssituation des KH BS Linz dargestellt, um allen Leser/innen einen Vergleich mit ihrer Organisation zu ermöglichen.

Bisher war die Hotel-Komponente, ein wesentlicher Indikator für die Betreuungsqualität für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. In Zukunft kann der Wettbewerbsvorteil von Versorgungseinheiten im Gesundheitswesen durch die bewusste Orientierung an Lebensrealitäten von Frauen und Männern sein, die Orientierung an der Realität der Lebens- und Arbeitsform, die Möglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen tatsächlich Zugang zu haben auf Grund von Öffnungszeiten, öffentlicher Infrastruktur und vielem mehr.

Dies stellt die Mitarbeitenden ebenso wie Führungskräfte im Gesundheitswesen vor die Herausforderung auch die eigenen Lebensrealitäten bewusst wahr zu nehmen, zu reflektieren und bei der Erbringung der medizinischen oder pflegerischen Dienstleistung zu berücksichtigen.

Die Projektergebnisse haben Relevanz für ...

• ... die Gesundheits- und Gleichstellungspolitik

Die demographische Entwicklung zeigt eine Überalterung der Bevölkerung. Um die Gesundheits- und Sozialsysteme künftig aufrecht erhalten zu können, wird mehr Arbeitskraft benötigt werden.

- Aus dieser Altersstruktur der Bevölkerung ergibt sich ein erhöhter Bedarf an Arbeitskräften im Gesundheits- und Pflegebereich.
- Männer sind derzeit zu einem wesentlich größeren Teil vollbeschäftigt als Frauen
- Künftig wird es daher wichtiger, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Männern wie Frauen erlauben, ihren familiären Verpflichtungen trotz Berufstätigkeit nachkommen zu können um vermehrt Frauen für Vollzeitverhältnisse in diesem Bereich gewinnen zu können. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass 66% der Absolventen von Medizinischen Universitäten in Österreich Frauen sind. Eine Analyse der Geschlechter-Verteilung in den verschiedenen Ausbildungsstufen im Krankenhaus zeigt, dass künftig mehr Frauen die Fachausbildungen absolvieren werden und darum Strukturen im Bereich der Personalentwicklung rechtzeitig angepasst werden müssen.

- Das Gesundheitswesen ist geprägt von seinem Dienstleistungscharakter. Dies bedeutet, dass die Erbringung dieser Dienstleistungen nicht nur möglichst rasch und effizient, sondern auch auf die Bedürfnisse der Bevölkerung und deren Lebenswirklichkeiten abgestimmt erfolgen muss, um den gesellschaftspolitischen Behandlungs-, Betreuungs- und Versorgungsauftrag zu erfüllen.

- **... die Integration von Gender Mainstreaming in die Aus- und Weiterbildung von Führungskräften**

Das Wissen um Gender Mainstreaming sollte ein fixer Bestandteil des Führens, Planens und Organisierens sein, um in Entscheidungs- und Handlungskonzepte eingebunden werden zu können. In den Curricula für Führungskräfte ist es derzeit noch kaum integriert. Das Wissen um die sozial bedingte Definition der Geschlechter-Rolle, die daraus resultierenden individuellen Möglichkeiten und Anforderungen, ist besonders in die postpromotionelle Professionalisierung stärker zu integrieren.

- **... die Ansiedelung der Agenden der/des Gender Mainstreaming Beauftragten**

Diese Agenden sind aufgrund des top down Ansatzes unmittelbar in der Führungsebene anzusiedeln. Nur dies gewährleistet das regelmäßige Thematisieren und Integrieren in alle Bereiche der Organisation.

Die Vernetzung mit Expertinnen und Experten des Qualitätsmanagement, des Controlling sowie des Personalwesens unterstützt und fördert die Datengenerierung, Analyse und Interpretation geschlechtsspezifischer Daten und eine Orientierung an den Lebensrealitäten der Mitarbeitenden und Patient/innen bei der Dienstleistungserbringung.

- **... die Verbreitung von Gender-Kompetenz im Bereich des Qualitätsmanagements**

Wichtig ist, dass das Wissen um GM im Bereich des Qualitätsmanagement verankert ist. Dies betrifft auf der einen Seite die internen Expertinnen und Experten in diesem Bereich und auf der anderen Seite die Auswahl von externen Expertinnen und Experten.

1 Gender Mainstreaming

1.1 Sex versus Gender & GM

„**Gender**“ beschreibt das soziale, anerzogene Geschlecht.

„**Sex**“ ist festgelegt durch das biologische Geschlecht.

Die Gesellschaft definiert und bestimmt abhängig von diesen Definitionen die Rechte und Pflichten von Frauen und Männern in folgenden Umfeldern:

- persönlich, familiär, in Freundschaften, im Beruf, ...
- mögliche Lebensmodelle, und -formen: Groß-/Kleinfamilie, Wohngemeinschaften, Singlehaushalte, ...
- Betreuung, Verpflegung, Erziehung, Voll-, Teil-, Elternkarenz, allein, gemeinsam, ...
- Miteinander der Generationen: Einzelkämpfertum und Überleben der einzelnen Generationen versus einem Miteinander, ...
- mögliche Berufsformen: Vollzeit, Teilzeit, geringfügig beschäftigt, Haushalt-Gestaltung, ...
- Verpflegung und Betreuung von „Schwachen“ und Kranken

Diese Rechte und Pflichten sind geprägt von den Werten, den Glaubensbekenntnissen und der daraus resultierenden Kultur, die einer konstanten und beständigen Weiterentwicklung in der Geschichte der Menschheit unterliegen und sich von Land zu Land, von Kontinent zu Kontinent unterscheiden.

Davon abgeleitet beschreiben und regeln Gesetze das Miteinander und Gegeneinander einer Gesellschaft, die festgelegten und noch viel mehr die unausgesprochenen Do's und Don'ts einer Gesellschaft, die Form, ein Krankenhaus zu führen, zu leiten, zu organisieren.

Dies beeinflusst abermals – gleich dem top-down-Ansatz – die möglichen Organisationsformen, -strukturen und -prozesse von Organisationen, Unternehmen, und den Zugang zu Leistungen und Angeboten: des Gesundheits-, Infrastruktur-, Bildungsbereichs, der Wirtschaft, Industrie, etc.

Davon abgeleitet werden von der Gesellschaft Mann und Frau gemeinsam und/oder unterschiedlich zugeschrieben:

- Rollen
- Funktionen
- Aufgaben
- Bedürfnisse
- Bewertungen von Einflussbereichen
- Bewertung von Tätigkeiten
um diese zu erhalten und zu gestalten.

Die Art, Gesundheit wie Krankheit auszudrücken ist unmittelbar an all diese beeinflussenden Aspekte gebunden. Dazu kommen noch die Faktoren Region, Klima, geographische Gegebenheiten, Staatszugehörigkeit.

1.2 Chancen-Gleichheit versus gleiche Chancen

Im Bereich des Gender Mainstreaming wird oftmals verwechselt:

- „Chance auf Gleichheit“ von Frauen und Männern mit
- „gleichen Chancen und Möglichkeiten“ von Männern und Frauen

Die Chance auf Gleichheit wird es aufgrund der biologischen Unterschiede von Frau und Mann nur bedingt geben.

Bei Gender Mainstreaming geht es darum, Frauen und Männern gleiche Chancen und Möglichkeiten der individuellen, persönlichen Wahl und Entscheidung in allen Bereichen zu ermöglichen. Es geht darum, dass

- beide Geschlechter gleiche Möglichkeiten, Zugänge, Leistungen und Tätigkeiten haben können – dies aber nicht müssen.
- Gemeinsamkeiten und Unterschiede in gleichen Maßen berücksichtigt, geachtet und bewusst gefördert werden.

Gender Mainstreaming berücksichtigt bei allen Vorhaben von vornherein und selbstverständlich ...

- die unterschiedlichen Lebensbedingungen
- die gemeinsamen und unterschiedlichen Chancen und Möglichkeiten, die Frauen wie Männer in einer Gesellschaft vorfinden

und hinterfragt

- wie sich Maßnahmen auf Frauen und Männer auswirken und
- ob und wie sie zum Ziel der gleichen Chancen – Chancengleichheit – beitragen können.

1.3 Gender-Kompetenz

Der Begriff „Gender Kompetenz“ bezeichnet das bewusste und aktive Wissen rund um

- die Komplexität des gesellschaftlichen Systems
- dessen Weichen stellende Strukturen für die Lebensrealität von Mann und Frau und deren Auswirkungen auf individueller Ebene
- fördernde oder verhindernde (Entscheidungs-) Prozesse
- die aktive und kompetente Integration in den Handlungs- und Entscheidungsalltag bestimmt über die Entstehung von direkter und indirekter Diskriminierung von Männern und Frauen.

Gender-Kompetenz beschreibt

- den professionellen Umgang – vor allem von Führungskräften – mit gesellschaftlichen Herausforderungen
- das Wissen um differenzierte Analysen von
 - o Gesellschaft
 - o persönlichen Machtzugängen
 - o Verteilung von Ressourcen (Zeit, Geld, ...)
 - o Gesellschaftlicher Arbeitsstellung

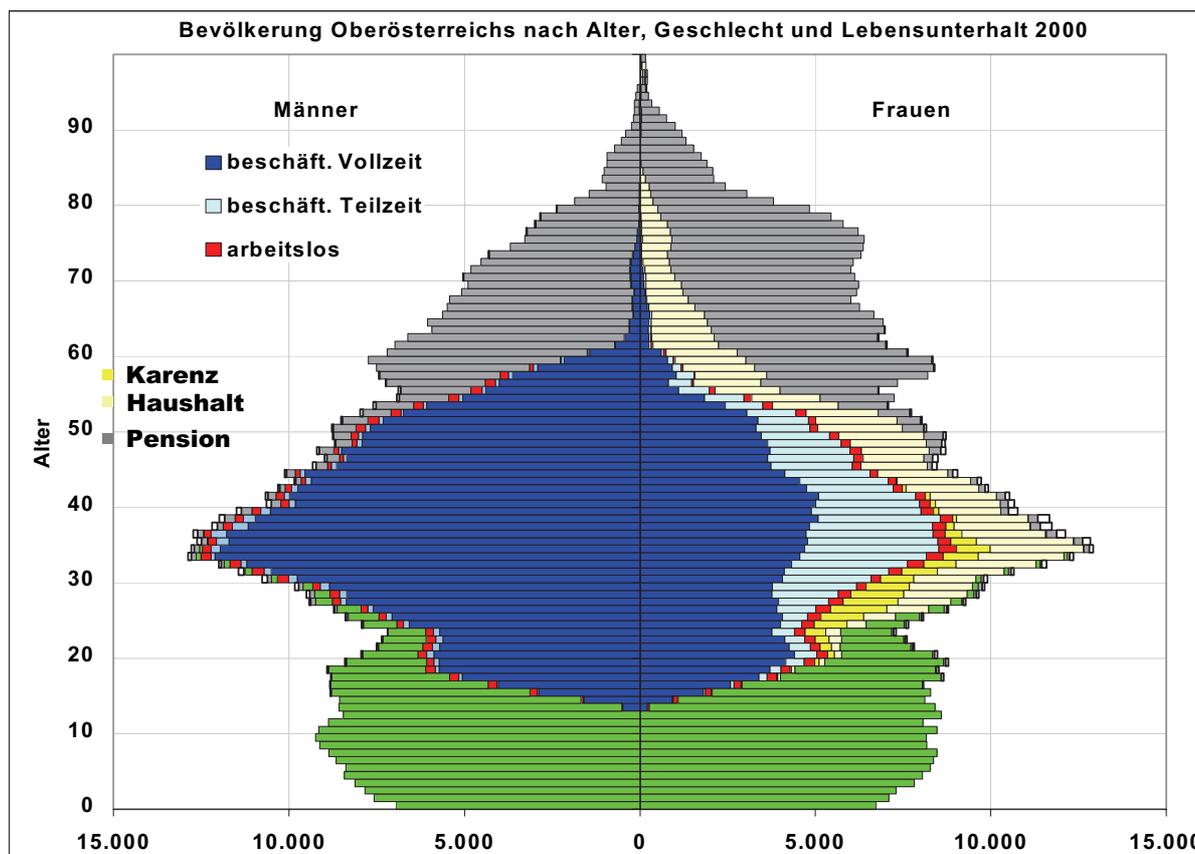
- und die Fähigkeit darauf im Leistungsangebot gezielt und gleichsam „tailor-made“ einzugehen und auf diesem Weg unnötige Unkosten zu reduzieren und zu minimieren.

Aus Gender-Kompetenz resultieren positive Aktivitäten, die darauf abzielen, Diskriminierung von Männern und Frauen zu beseitigen oder zu behindern. Sie schaffen Benachteiligungen ab, die vorwiegend erwachsen aus

- Strukturen
- nicht reflektierten Werten, Einstellungen
- gelernten Verhaltensweisen

1.4 Gender Mainstreaming als Wegbereiter für eine geschlechter-spezifische Medizin

Im Gesundheitswesen wirft GM unzählige praktische Umsetzungsfragen zu vorhandenen und benötigten Strukturen ebenso wie zu geschlechterspezifischen Unterschieden im Bedarf bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Rahmenbedingungen für Arbeitende, auf.



Oberösterreicher/innen aus dem Blickwinkel der Statistik

Eine Information des Statistischen Dienstes des Amtes der Oö. Landesregierung 9/2000 Amt der Oö. Landesregierung, Abteilung Statistischer Dienst HR. Dr. Ernst Fürst OAR Irmtraud Steidl 4020 Linz, Kärntnerstraße

Jede Person, die Leistungen des Gesundheitswesens benötigt oder sich damit als Führungskraft auseinandersetzt, ist von Gemeinsamkeiten und Unterschieden von „Mann/Frau“ betroffen:

• **Nutzung und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen**

Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens vom Haupt- bzw. Nebenwohnsitz aus:

- ländlicher Raum
- städtischer Raum
- städtisches Umland

Möglichkeiten, zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu gelangen:

- Besitz und Nutzung eines eigenen Autos
- Nutzungsverhalten in der Familie
- Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln
- Pendeln zur Arbeit: wöchentlich, tageweise, täglich

Arbeitsverhältnis und -form

- Arbeitgebende/r bzw. Arbeitnehmende/r
- selbständig bzw. angestellt
- Vollzeit, Teilzeit, reduzierte Arbeitszeit, geringfügig Beschäftigte
- Mitarbeit im Haushalt

Lebensform

- alleinstehend
- (Lebens-)Partnerschaft (verheiratet oder unverheiratet)
- Kinder

Rollen

- Frau/ Mann
- Lebenspartnerin/ Lebenspartner
- Mutter/Vater
- Großmutter/Großvater

Sozial- und Krankenversicherung

- selbst versichert
- mitversichert
- zusatzversichert (durch Mann/durch Frau)

Daraus resultieren unterschiedliche Lebenswirklichkeiten:

- Krankheiten und deren Auswirkungen auf die einzelnen Personen und die Personen in der näheren Umgebung
- Zugang zu Gesundheitsversorgung
- Ermöglichung von Krankheitsprävention

• **Biologische Unterschiede von Frau und Mann**

- Das biologische Geschlecht und Organsysteme
 - o Geschlechtsorgane
 - o Hormon- und Immunsystem
 - o Herz-Kreislauf
- Psyche und geschlechterspezifische Verhaltensformen
 - o Annehmen, Wahrnehmen und Verarbeitung von Krankheit
 - o Leben und Pflege von Gesundheit
 - o Kommunikation und Formen der Trauer
- erworbene Risiken: Erkrankungs- und Unfallrisiko, Lebensstil
- Auftreten von Symptomen: Zeitpunkt, Kommunikation, Präsentationsart
- Prioritätsgrad von Versorgung, Behandlung, Betreuung und Pflege durch sich selbst und andere
- Lebensabschnitt
 - o Geburt und Säuglingsalter
 - o Kindheit und Jugend
 - o bis 45, bis 65, ab 85
- soziale Aspekte

• **Unterschiedliche Bedürfnisse von Frauen und Männern in der Versorgung, Behandlung, Betreuung, Pflege im Gesundheitswesen**

Folgende Faktoren bedingen die unterschiedliche Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- Wohnsitz
- Mobilität und Infrastruktur vor Ort
- Berufstätigkeit, Arbeitsverhältnis und -form
- Möglichkeit der Aufsicht und kontinuierlichen Betreuung von Kindern, Enkeln, Pflegebedürftigen, ...
- Art der Versicherung
- Zulassen von medizinischer Betreuung und Pflege
- Möglichkeiten der Pflege zu Hause, vor Ort
- Bildung
- ökonomischer Status

• **Nutzung und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen**

...sind abhängig von Geschlecht, Lebensabschnitt und Generationszugehörigkeit:

Zugang

- Infrastruktur und Mobilität: privat, öffentlich
- privater/öffentlicher Transport zu den Einrichtungen
- Öffnungszeiten von Ambulanzen und diagnostizierenden Einrichtungen

Diagnostik

- Zeitpunkt, Dauer, Kommunikation von Symptomen und subjektivem Krankheitsgefühl
- diagnostische Parameter
- Anzahl der diagnostischen Maßnahmen
 - o Zeitpunkt des Auftretens
 - o Intensität
 - o Dauer
 - o Lokalisation

Therapie (medizinisch, pflegerisch - Behandlung, Betreuung, Pflege)

- Medikation
- Eingriffe, Interventionen, Operationen
- Zumutbarkeit abhängig vom „durchschnittlichen“ Erkrankungsalter

Gespräch: Aufklärung, Beratung

- Zeitpunkt
- Dauer
- Information
- Gesprächspartner/innen
- Umgang mit und Verarbeitung von Gesundheit, Krankheit, Tod, Sterben

Entlassung, Nachbetreuung:

- Verweildauer aufgrund der nachbetreuenden und -pflegenden Maßnahmen
- Zulassen von professioneller Pflege im Krankenhaus, zu Hause, ...
- Nutzung von nachbetreuenden Maßnahmen (Rehabilitation, etc.)

Die Herausforderung im Gesundheits- und Sozialbereich liegt darin, Gender Mainstreaming in einer Versorgungseinheit als fixen Bestandteil zu integrieren:

- für Patientinnen und Patienten
- für die arbeitgebenden Organisationen
- für die Arbeitnehmenden und Mitarbeitenden
- als professionelles Agieren und Planen von Seiten der Gesundheits-, Kranken- und Pflegeeinrichtungen
- Entsprechendes Lobbying (gesellschaftspolitisch, politisch, von Interessensvertretungen) zur Gewährleistung von Gesundheits- und Sozialversicherung auf hohem Niveau:
 - o Männer- und Frauennetzwerke und Vereine
 - o Generationen
 - o Arbeitgebende und -nehmende
 - o Aus- und Weiterbildung
 - o Forschung & Entwicklung
 - o Wirtschaft und Industrie

... um so gleiche Chance für beide Geschlechter zu ermöglichen und zu gewährleisten, die steigende Komplexität unserer Gesellschaft entsprechend anzunehmen und konstruktiv zu leben.

2 Methodische Umsetzung

2.1 Die 4-R-Methode

Mitte der 90er Jahre wurde in Schweden die "3-R-Methode" entwickelt. Sie teilt Checkfragen für die Analyse eines bestimmten Politikbereichs oder GM-Vorhabens in drei Kategorien ein:

- Fragen zur Repräsentation von Frauen und Männern in diesem Bereich
- Fragen zu den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und
- Fragen zu den Realitäten, die der betreffenden geschlechtsspezifischen Verteilung zu Grunde liegen.

Das einprägsame Verfahren wurde inzwischen um Fragen nach den Rechten erweitert und hat sich in den meisten europäischen Gender Mainstreaming-Projekten durchgesetzt. Die "4-R-Methode" eignet sich als Instrument für die Überprüfung des Ist-Zustands sowie, wenn es gilt, künftige Maßnahmen in Bezug auf Gleichstellung zu überprüfen. Beim vorliegenden Projekt wurde die 4-R-Methode angewandt.

2.2 Checkfragen nach der 4-R-Methode

2.2.1 Repräsentation

Geschlechtsspezifische Zahlen betreffend Entscheidungsträger/innen, Beteiligte, Zielgruppen, Betroffene, etc.

- Wie setzen sich die Zielgruppen zusammen (Frauenanteil/Männeranteil)?
- Wie viele Frauen und wie viele Männer wirken im betreffenden Bereich bzw. am geplanten Vorhaben mit und in welcher Position?
- Wie viele der Entscheidungstragenden und der weiteren Beteiligten sind Frauen?

2.2.2 Ressourcen

wie zum Beispiel Geld, Zeit, Macht, Bildung, Fachwissen, Personal:

- Über welche Ressourcen verfügen Frauen und Männer?
- Wie viel Geld wird für Projekte ausgegeben, die sich speziell an Frauen richten, wie viel für solche, die primär von Männern in Anspruch genommen werden?
- Was ist bekannt über die Auswirkungen von Projekten z.B. auf die ungleiche Verteilung von Zeit und Geld unter Frauen und Männern?
- Auf welches Gleichstellungsfachwissen kann bei den Entscheidungsträger/innen und weiteren Beteiligten zurückgegriffen werden oder wie wird dieses geschult?

2.2.3 Realitäten

wie zum Beispiel soziale Rahmenbedingungen, unterschiedliche Anliegen, geschlechtsspezifische „Werte“ und Normen als Ursachen ungleicher Verteilung:

- Welche (geschlechtsspezifischen) Werte und Normen sind im betreffenden Politikbereich wirksam?
- Welche spezifischen Bedürfnisse haben Frauen und Männer aufgrund ihrer sozialen Rollen?
- Welche spezifischen Hindernisse oder Benachteiligungen treffen Frauen oder Männer aufgrund ihres (sozialen) Geschlechts?
- Wo ist demnach Handlungsbedarf in Sachen Gleichstellung?

2.2.4 Recht

Gesetze, Weisungen, Reglements, Leitbilder, etc.:

- Haben Frauen und Männer die gleichen Rechte?
- Beziehen vorhandene Regelungen geschlechtsspezifische Realitäten mit ein?
- Welche rechtlichen Grundlagen müssten zusätzlich geschaffen werden, um Gleichstellung zu gewährleisten?

Information aus:

http://www3.stzh.ch/internet/bfg/home/gender_mainstreaming/instrumente__methoden/4-r-methode.html

3 Ausgangssituation im KH der BHS-Linz

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz ist ein Krankenhaus mit den medizinisch-pflegerischen Schwerpunkten

- Onkologie
- Interventionelle Kardiologie
- Orthopädie
- Kinder- und Jugendheilkunde
- Diagnostic Center

1800 Mitarbeitende aus den unterschiedlichsten Gesundheitsberufen leisten hier ihren Beitrag zur Gesundheit der österreichischen Bevölkerung. Speziell im Gesundheitsbereich gibt es viele Rollen-Stereotypen bei den Berufsbildern.

3.1 Begünstigende Ausgangssituation

Für die Initiierung des Projekts waren folgende Voraussetzungen gegeben:

- Bereits bestehende Sensibilisierung der Organisation für Gender Mainstreaming
- In den vergangenen Jahren bereits gesetzte Maßnahmen

Monat/Jahr	Impuls	Gesetzte Aktivität
Herbst 2002	Kongress zum Thema „Onkologie und Alter“	Analyse der onkologischen Patientinnen und Patienten nach Geschlecht, Herkunft (ländlich, städtisch), Altersintervallen
Sommer/Herbst 2003	gesponserte Überraschungaktionen für Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> • Grobanalyse der Mitarbeitenden nach Alter, Geschlecht • Fein-Erstanalyse aller Mitarbeitenden nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppen, Führungsverantwortung
Herbst 2003	überparteilicher Politlehrgang für Frauen, Land Oberösterreich	Übertragung der Gender Mainstreaming-Thematik auf das Krankenhaus, Anregung zur geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung
Winter 2004	Kongress zur geschlechter-spezifischen Medizin, Paracelsus Universität, Salzburg	Zusammenarbeit mit gesellschafts-politisch aktiven Netzwerken von Frauen und Männern für die geschlechter spezifische Gesundheit
Winter/Frühjahr 2004/2005	Übertragung der Gender-Mainstreaming-Thematik auf die Organisation	Anfrage von GM-Projekten beim Büro für Frauenfragen, Land Oberösterreich Beantragung von GM-Projekt

Tab. 1 Impulse und gesetzte Aktivitäten zu GM

3.2 Mission Statement und Werte als Basis

„In den Gesundheitseinrichtungen der Barmherzigen Schwestern verbinden wir verantwortungsvolle, moderne Medizin mit liebevoller Zuwendung.“

Die Werte, denen sich die Führungskräfte wie Mitarbeitenden der Barmherzigen Schwestern verpflichten sowohl bei der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten als auch dem Miteinander der Mitarbeitenden sind:

- Hochachtung und Herzlichkeit
- soziale und ökonomische Verantwortung
- Wahrhaftigkeit
- Barmherzigkeit
- Glaube

3.3 Vision, Strategie und 5-Jahresziele

Im Herbst 2003 und im Frühjahr 2004 wurde Gender Mainstreaming in die Vision, die Strategie und die 5-Jahresziele im Bezug auf die Patientinnen und Patienten wie folgt integriert:

„Zuwendung und Menschlichkeit sind uns ein bewusstes Anliegen. Wir gehen in ihrem jeweiligen Lebensabschnitt auf ihr privates und soziales Umfeld sowie auf ihr Geschlecht ein.“

3.4 Gender Mainstreaming im Krankenhaus

• Jänner 2003: Verteilung der Richtlinien zur gendergerechten Sprache

Sr. Josefa, Geschäftsführerin der Vinzenz Gruppe, ersuchte um Verteilung der Richtlinie zur gendergerechten Sprache in allen Unternehmungen der Vinzenz Gruppe.

• Mai 2003: Analyse der Patientinnen und Patienten

Angeregt durch ein Symposium betreffend die Alters- und Geschlechtsverteilung und die Therapie-Ansätze im onkologischen Bereich im Mai 2003 wurde eine Analyse der Aufnahmezahlen onkologischer Patientinnen und Patienten durchgeführt.

2001 betrug die Verteilung 53% Frauen und 47% Männer.

2002 verschob sich aufgrund des Prostata-Präventionsprogramms die Verteilung auf 52% Frauen und 48% Männer.

Der Vorstand des Krankenhauses stellte sich die Frage, welche Konsequenzen diese Zunahme von Patienten für die medizinische und pflegerische Betreuung hat und wie darauf zu reagieren ist. Seither werden zumindest halbjährlich Abteilungs-Analysen durchgeführt, in der die Anzahl, Entwicklung und Verteilung von Männern und Frauen für die Abteilungsleitenden mit Jahres-, 5-Jahres- und 25-Jahresintervallen (Abb. 1-3) abgebildet werden um so zielgerichtet die Lebensrealität in die Planungen, strategischen Entscheidungen und Umsetzungen von Projekten für Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen.

GENDER MAINSTREAMING IN DER SPITALSORGANISATION

Gender-Perspektive Aufnahmen 2004 - Innere II

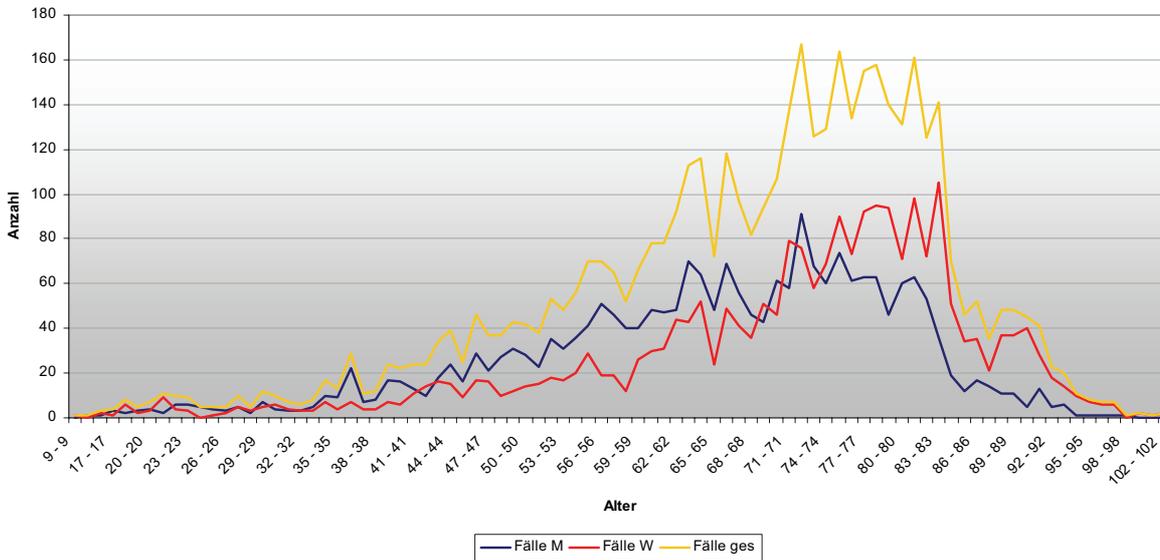


Abb. 1 Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Innere II

Gender-Perspektive Aufnahmen 2004 - Urologie

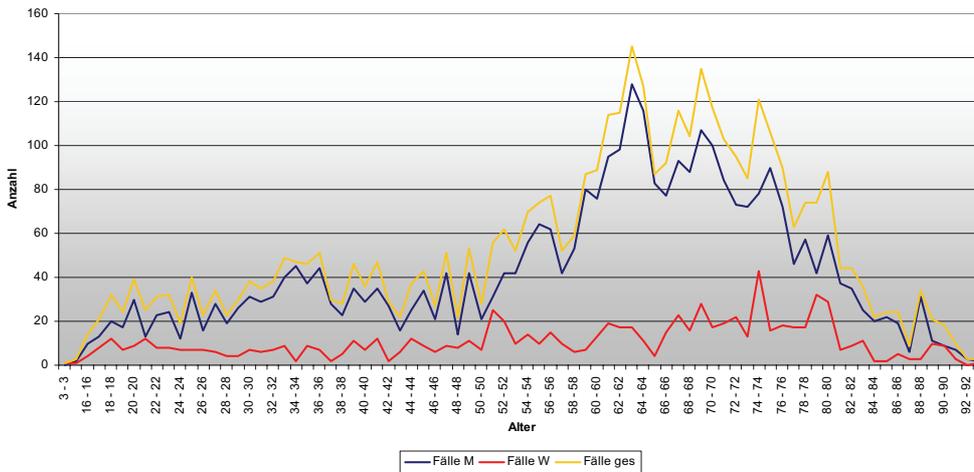


Abb. 2 Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Urologie

Gender-Perspektive Aufnahmen 2004 - Gynäkologie

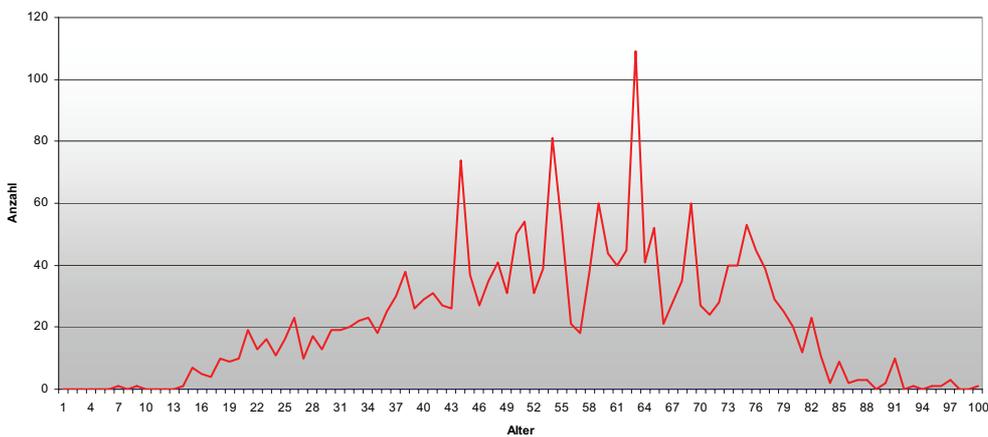


Abb. 2 Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Gynäkologie

● **August 2003: Analyse der Mitarbeitenden**

Im August 2003 wurden alle Mitarbeitenden in Bezug auf ihr Geschlecht analysiert. Der Frauenanteil betrug damals 77%, der Männeranteil 23% und das durchschnittliche Alter 33,5 Jahre.

● **September 2003: Analyse der Geschlechts- und Altersverteilung in den Gesundheitsberufen**

Die genauere Analyse bestätigte die Geschlechter-Rollen-Stereotypie betreffend Berufs-gruppen, Hierarchien und Positionen.

● **Beauftragung der Assistenz der Geschäftsführung und des Vorstands Medizin mit Gender Mainstreaming**

Die Integration von GM in den Verantwortungsbereich der Assistenz des Geschäftsführers und des Vorstands Medizin erfolgte im Dezember 2003 mit dem Auftrag, auf die Integration von GM in alle Bereiche zu achten und GM sinnstiftend und den Zeitressourcen der Führungskräfte entsprechend weiter zu entwickeln.

● **Feber 2004: Information der Führungskräfte bei der Leitungskonferenz**

Bei der Leitungskonferenz wurden die Führungskräfte aus den medizinischen, pflegerischen und verwaltenden Bereichen über „Gender Mainstreaming“ informiert. Unterlagen wurden verteilt.

● **März 2004: Beitrag in der quartalweise erscheinenden Krankenhaus-Zeitung**

Um alle Mitarbeitenden zu erreichen und zu informieren erscheint der Artikel „Gender Mainstreaming – was in aller Welt ist das?“ in der KH-Zeitung.

Zeitraum	Analyse 1 BHS-Linz-Integrationsschritte
seit 1820	weiblich
1998	Mission, Werte
2003 August September	Analyse von ● Geschlecht und Alter der Patientinnen und Patienten ● Geschlecht und Alter der Mitarbeitenden
2003 Dezember	Implementierung des Verantwortungsbereichs Integration in die Vision und Strategie
2004 Jänner	Richtlinien zur gendergerechten Sprache
2004 Feber	Information der Führungskräfte
2004 März	Artikel in der KH-Zeitung
2004 September	Artikel in der KH-Zeitung

Tab. 2 und 3: Analysen 1 und 2 der Implementierung von GM im KH BHS-Linz

Gender-Analyse 2 im KH BHS-Linz	
● Institutionelle Geschichte, Kultur der Organisation	seit 1820
● Ideologie, Werte, Normen	Integriert in die Mission und Werte
● Organisationskultur und -geschlecht	christlich, römisch-katholisch, weiblich
● Arbeits- und Funktionsteilung	Medizin: männlich dominiert Pflege: weiblich dominiert
● Führungsstrukturen und Geschlechterverhältnisse	stark hierarchisch und Rollenstereotypen
● Leistungsbewertungen und -standards	in Entwicklung
● Fachlich-inhaltliche Schwerpunkte	Onkologie: weiblich > männlich Orthopädie: weiblich > männlich Augenheilkunde: weiblich > männlich Kinder- und Jugendheilkunde: männlich > weiblich Kardiologie: weiblich > männlich Diagnostisches Zentrum

Die 3 Strategien für die Integration von Gender Mainstreaming in ein Unternehmen können sein:

- Veränderung der Entscheidungs- und Organisationsstruktur
 - o umfassende Veränderung der Organisation
 - o Integration der Gender-Perspektive systematisch in alle Analysen und Projekte
 - o Transformation der Unternehmenskultur
 - o Einführung von strategischen Entscheidungsprinzipien und Bewusstseinsänderung
- Anpassung der Zielsetzungen:
 - o Nutzung von bestehenden Strukturen
 - o klare Zieldefinition aufbauend auf der erfolgten Bewusstseinsänderung
 - o GM als Managementansatz, der klare Planung und Kontrolle der Ziele erlaubt, was zu einer Neutralisierung der Chancengleichheitspolitik führt
- Schaffung von Verantwortlichkeiten für Gender Mainstreaming: Implementierung einer Stabstelle auf Vorstands- bzw. Geschäftsführungsebene

Führungsinstrumente

- Management by Objectives - Zielvereinbarungen

Mit allen Abteilungen, Instituten und Abteilungsbereichen werden seit dem Jahr 2000 regelmäßig Zielvereinbarungs-, Planungs- und Mitarbeitendengespräche mit den Leitenden der Abteilungen, Bereiche und Institute geführt. Die Ziele werden in den 5 Bereichen der Balanced Score Card vereinbart. Gender Mainstreaming ist als selbstverständlicher Bestandteil integriert. Die 5 Bereiche der BSC sind:

- Kundschaft
- Finanzen
- Qualität
- Mitarbeitende
- Werte

Im Herbst werden jährlich Projekte und Maßnahmen beschlossen, die entsprechend den Zielvereinbarungen abzuarbeiten sind. Die Zielplanungs-, -vereinbarungs-, und -evaluierungsprozesse sind in Abb. 1 bis Abb. 5 dargestellt.

Anschließend werden halbjährlich Evaluierungsgespräche bzw. seit 2002 jeweils zu Quartalsende mit dafür entwickelten Evaluierungsbögen schriftlich, Ziel-Evaluierungen durchgeführt.

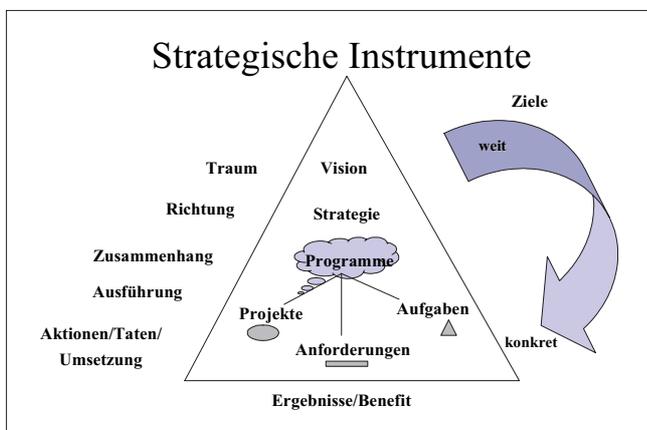


Abb. 4: Strategische Instrumente

MbO - Zielvereinbarungs- und Planungsgespräche

Bereich	Ziel/Inhalt	Zielausmaß Messkriterium	Benötigte Ressourcen (Instrumentar, Bau, MitarbeiterInnen, Aus. Weiterbildungs- maßnahmen)	Erlös	Zeitpunkt Zeitraumen "Meilensteine"
Kunden- perspektive Marketing	● PatientInnen ● Sonderklasse-Pat. ● PR	●	●	●	●
Finanzperspektive Wirtschaftlichkeit	●	●	●	●	●
Qualitätsziele Prozess- perspektive	●	●	●	●	●
MitarbeiterInnen	●	●	●	●	●

Dr. med. Lucia Ucsnik, MAS im
März 2003

Abb. 5: Formular der Planungsgespräche

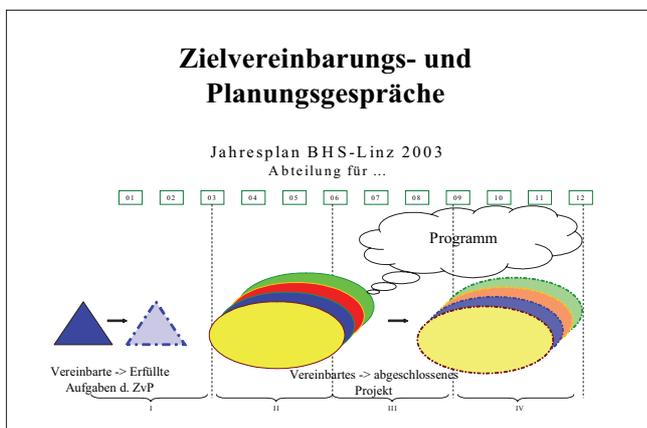


Abb. 6: Ablauf und Integration des Mbo-Prozesses

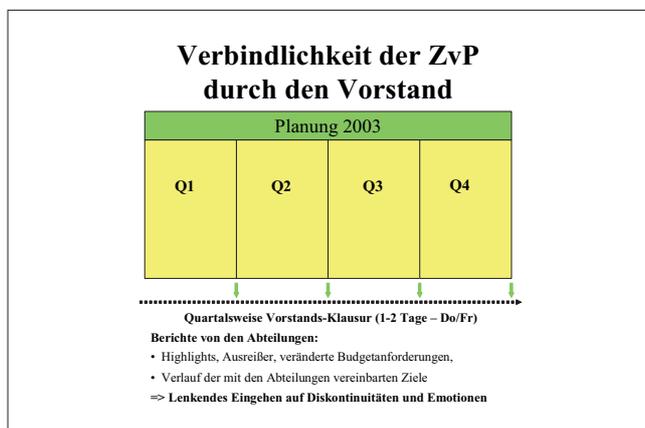


Abb. 7: Quartalsweise Evaluierungsklausuren

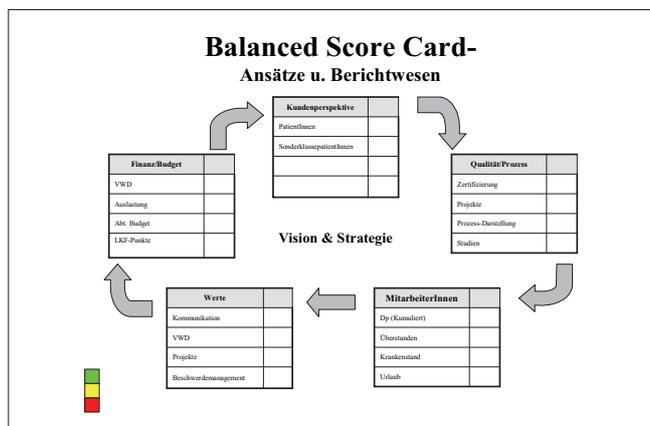


Abb. 8: Die Dimensionen der BSC im KH der BHS-Linz

3.5 Instrumente des Qualitätsmanagement

• Qualitätsbericht

Das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz wendet seit mehr als sieben Jahren eine große Vielfalt an Qualitätsmanagementinstrumenten an. Jährlich wird ein Qualitätsbericht mit allen Projekten, Maßnahmen und Aktivitäten rund um das Thema „Qualitätsmanagement“ verfasst.

• EFQM – eine Kurzbeschreibung

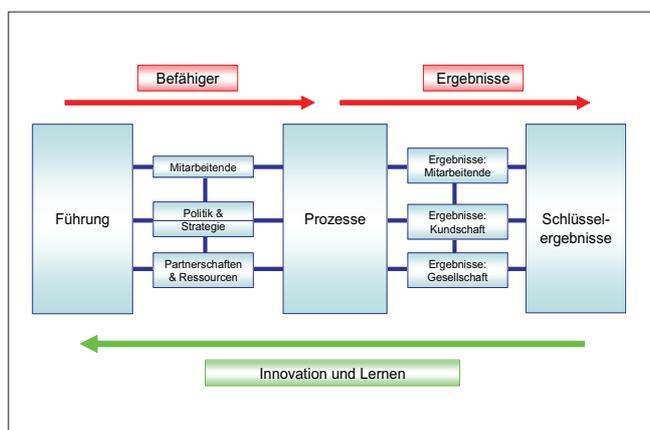


Abb. 9: Das EFQM-Modell

Die European Foundation of Quality Management (EFQM) beschreibt ein Modell für Business Excellence, den Weg zu besten Ergebnissen in Schlüsselbereichen und die konstante Weiterentwicklung zu einer lernenden Organisation.

Das EFQM-Modell wird zur Bewertung einer Organisation in Richtung „Excellence“ eingesetzt und berücksichtigt die vielen Vorgehensweisen, mit denen nachhaltige „Excellence“ erzielt werden kann.

Darüber hinaus werden zwei weitere Kategorien angewandt:

1. Eine Kategorie beschreibt, was eine Organisation tut und wie sie es tut. Sie symbolisiert die zukünftige Richtung und Entwicklung eines Unternehmens und wird auch „Befähigende“ genannt. Zur Bewertung der Kriterien, die die Befähigenden beschreiben, dient die RADAR-Logik. Wobei die Reihenfolge frei von Bedeutung ist und der Schwerpunkt der fünf Dimensionen in dem Maß sich abhängig von den Weiterentwicklungsansätzen und -richtungen eines Unternehmens ändert.

1 R esults (Ergebnisse)	<ul style="list-style-type: none">➤ Trends➤ Ziele➤ Vergleiche➤ Ursachen
2 A pproach (Vorgehen)	<ul style="list-style-type: none">➤ Fundiert➤ Integriert
3 D evelopment (Entwicklung, Umsetzung)	<ul style="list-style-type: none">➤ Eingeführt➤ Systematisch
4 A ssessment (Evaluierung, Bewertung)	<ul style="list-style-type: none">➤ Messung
5 R eview (Vergleich)	<ul style="list-style-type: none">➤ Lernen➤ Weiterentwicklung

Tab. 4: Die RADAR-Logik

2. Die andere steht für die „Ergebnisse“, die mit Hilfe der Befähigenden erreicht wurden. Sie werden an Hand der Ergebnis-Kriterien mit entsprechenden Zielen und Erreichungsgraden gemessen.

Der Prozess der Umsetzung von Vision und Strategie in Form von Zielen und entsprechenden Vereinbarungen mit den Führungsteams der Abteilungen und Institute wird unterstützt durch die Umsetzung des EFQM-Modells in den medizinischen Abteilungen – Stationen, Ambulanzen – wo der Dienstleistungscharakter durch die Behandlung, Betreuung, Begleitung und Pflege der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht.

4 Projekt

4.1 Projektkurzbeschreibung

Ziel ist die nachhaltige Integration von Gender Mainstreaming in die Führungsinstrumente des Krankenhauses und die konstante Formulierung von Gender Mainstreaming-Zielen im Bereich der fünf BSC-Dimensionen.

Das angestrebte Ergebnis ist die routinemäßige Anwendung von Gender Mainstreaming sowohl bei der Dienstleistungserbringung als auch in der Personal- und Organisationsentwicklung.

Pilot-Projekt-Organisation	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern BetriebsGmbH
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ● Geschäftsführung ● Vorstände ● Beauftragte für Gender Mainstreaming ● Beauftragter für Qualitätsmanagement
Projektdauer	<ul style="list-style-type: none"> ● September 2004 – Juli 2005
Projektart	<ul style="list-style-type: none"> ● Konzeptions- und Umsetzungsprojekt ● Organisationsentwicklung
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> ● Weiterentwicklung der gendersensiblen Organisationskultur durch die Integration von GM in die Führungs- und Qualitätssysteme und -instrumente. ● Erstellung eines Praxisleitfadens ● Präsentation der Ergebnisse
Nebenziel	<ul style="list-style-type: none"> ● Weiterentwicklung der Abläufe durch das bewusste Wahrnehmen von unterschiedlichen genderspezifischen Bedürfnissen und Versorgungsnotwendigkeiten
Nicht-Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ● Unternehmensweiter Gender-Sensibilisierungsprozess der Mitarbeitenden und dessen Evaluierung ● Implementierung von gendersensibler Medizin, Pflege, Raumausstattung - Folgeprojekte
Projekt-Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ● Geschäftsführungs- und Vorstandssitzung ● Information der Ordensschwestern ● monatliche Vorstandsinformation ● Ankündigung, Präsentation in Konferenzen und Sitzungen der Primärärzt/innen, Leitungskräfte, Bereichsleitungen, Betriebsrät/innen
Maßnahmen/	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisierungs-Workshops
Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisierungs-Workshops ● Analyse der Führungs- und Qualitätsmanagement-Instrumente

4.2 Projektphasen

Phase 1	
Projektmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ● Projektstart ● Projekt-Controlling ● Projekt-Diskontinuitäten-Management ● Projekt-Marketing ● Projekt-Abschluss
Phase 2 Expertisen-Workshop	<ul style="list-style-type: none"> ● Einbeziehung von Expertise zu genderrelevanten Aspekten <ul style="list-style-type: none"> o Der medizinische, pflegerische und dafür benötigte Servicebereich unterstützte die Versorgung von Gesunden und Kranken ● Ausarbeitung und Überprüfung von Ansätzen der Integration von GM für die gendersensible Dienstleistungserbringung in den Fachbereichen Medizin, Pflege und Servicebereich (Verwaltung) ● Sensibilisierung der Projektmitarbeitenden für eine gendersensible Dienstleistungserbringung in den Bereichen Medizin, Pflege und Servicebereichen im Gesundheitswesen ● genderspezifische Analyse der Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> o In den fünf Dimensionen der BSC: Kundschaft, Qualität, Mitarbeitende, Werte und Finanzen mittels Workshop-Fragebogen
Phase 3 September, Oktober 2004 Integration von GM in die Führungs- (ZvP-) Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ● Ist-Analyse der <ul style="list-style-type: none"> o Zielvereinbarungsinstrumente: ZvP-Dokument, ZvP-Evaluierungsbogen o QM-Instrumente: Kriterienkatalog, Quicksan-Fragebogen, Zielvereinbarungs- und -evaluierungsbogen o Integration von GM-Aktivitäten und in die Organisationsstrukturen ● Ausarbeitung eines GM-Kennzahlenkatalogs in den Bereichen <ul style="list-style-type: none"> o Kundschaft, Qualität, Mitarbeitende, Werte ● Integration in <ul style="list-style-type: none"> o die Führungs- und QM-Strukturen ● Reflexion und Evaluierung <ul style="list-style-type: none"> o der zusammengeführten und gegenderten Führungs- und QM-Instrumente
Phase 4 Oktober – Dezember 2004 Integration in die Führungs- und QM-Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> ● Definition von strategischen Gender-Zielen für 2005 durch die GF ● Hausweite GM-Selbstbewertung durch die Mitarbeitenden ● Vereinbarungen von Zielen mit der GF, dem Vorstand, Abteilungen und Instituten ● Beratung/ Überprüfung der Instrumente (Gegenlesen, Gender-Brille) ● Reflexion und Evaluierung der zusammengeführten, gegenderten Führungs- und QM-Instrumente
Phase 5 März 2005 Befähigung der Führungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilisierungs-Workshop für alle Führungskräfte aus den Bereichen Medizin, Pflege und Verwaltung
Phase 6 Jänner – März 2005 Evaluierung der Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluierung der Ziele <ul style="list-style-type: none"> o des 4. Quartals 04 und 1. Quartals 05 ● Analyse der Unterschiede ● Reflexion und Evaluierung <ul style="list-style-type: none"> o der gegenderten Führungs- und QM-Instrumente
Phase 7 April – Juli 2005 Zusammenfassung und Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> ● Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> o der erarbeiteten Tools o der Reflexion der Prozess-Schritte und -ergebnisse ● Erarbeitung eines Praxis-Leitfadens mit graphischer Gestaltung und Layoutierung <ul style="list-style-type: none"> o Überarbeitete Instrumente und Tools o Zentrale Meilensteine und Prozess-Verlauf o Ziel: Projektergebnisse übertragbar auf andere KH machen

4.3 Projektergebnisse

4.3.1 Ergebnisse der Analyse der KH-Organisation

Geschäftsführung zum Zeitpunkt der Beauftragung	1 Frau
	1 Mann

Geschäftsführung zum Zeitpunkt der Beauftragung	2 Männer
--	----------

Vorstand zum Zeitpunkt der Beauftragung	
2 Frauen	Vorstand Bau, Werte Vorstand Patient/innenmanagement
2 Männer	Vorstand Medizin Vorstand Finanzen

Projektkernteam	
1 Frau	Assistenz der Geschäftsführung und des Vorstand Medizin
1 Mann	Qualitätsmanager

4.3.2 Gendersensibilisierende Workshops

Das Krankenhaus führte zwei Workshops zur Vermittlung von Gender-Expertise durch. Der erste fand mit Führungspersonen und Schlüsselpersonen aus dem Unternehmen vor der hausweiten Zielformulierung für das Jahr 2005 statt. Aus diesem Workshop übernahm die Geschäftsführung Zielempfehlungen für die Zielvereinbarungen 2005.

Im 2. Workshop wurden die Führungskräfte interdisziplinär mit Gender-Kompetenz ausgestattet und befähigt, Gender Mainstreaming umzusetzen.

4.3.3 Mögliche Gender Mainstreaming-Ziele in einer Gesundheitseinrichtung an Hand der Balanced Score-Card

Nun wählte die Geschäftsführung aus einem GM-Ziele-Portfolio jene Ziele für das Jahr 2005, die zum Projektzeitpunkt und zum Organisationsreifegrad passten:

Balanced Score Card	
Kundschaft	<p>Strategie/Politik</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verankerung von GM im Leitbild ● sichtbares GM-Engagement der Führung ● für GM zuständige Mitarbeitende etablieren ● Organisation der Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitenden ● Kooperationen und Austausch mit Gleichstellungs-Expertinnen, -experten anderer Einrichtungen <p>Patientinnen und Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verteilung Frauen/Männer pro Abteilung ● Zusatzversicherungen – Verteilung von Frauen/ Männern ● Geschlechtergerechte Ausstattung von Räumlichkeiten: Stationen, Ambulanzen, Sanitäranlagen, Wartebereich <p>PR & Marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gendersensible Beschilderung, Veröffentlichungen, etc. ● Vermittlung des Unternehmensziels „gleiche Chancen“ an die Mitarbeitenden ● Kommunikation des GM-Unternehmensziels nach außen
Qualität	<ul style="list-style-type: none"> ● Integration von GM in die Systeme der Qualitätssicherung ● Systematische Umsetzung von GM bei der Konzeption und Durchführung von Projekten ● Integration von Gender-Kriterien in Analysen, Auswertungen, Befragungen und Evaluierungen
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> ● Situation am Arbeitsmarkt – rollen- und geschlechterspezifisches Arbeitskräfteangebot ● Verteilung von Frauen, Männer in den unterschiedlichen Berufsgruppen und Führungsebenen ● Verträge, Zusatzvereinbarungen ● Elternkarenz, Arbeitszeitmodelle, Arbeitsbedingungen, Rahmenbedingungen ● Kinderbetreuung <ul style="list-style-type: none"> ○ Kinderkrippe, -garten ○ Schulen ○ während Wochenend-, Nachtdienst ● Horizontale Arbeitsmarktsegmentation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stereotype Arbeitszuweisung ○ überproportionale Anzahl an Frauen oder Männern ○ Einkommen ● Vertikale Arbeitsmarktsegmentation <ul style="list-style-type: none"> ○ daraus resultierend Chancen zur Weiterbildung ○ daraus resultierend Chancen zur beruflichen Weiter-entwicklung ○ Qualifikationen und entsprechender Arbeitseinsatz ● Bedarfs- und zielgruppengerechte Bildungsangebote, Personalentwicklung (Mehr-Generationen-Modelle) <ul style="list-style-type: none"> ○ geschlechtergerechte Sprache bei der Ankündigung von Seminaren ○ gendergerechte Gestaltung der Inhalte und Methodik/Didaktik ○ gendergerechte Organisation: Tageszeiten, Wochentage, Kinderbetreuung ● gegenderte Förder- und Weiterentwicklungspläne ● Strategien gegen Diskriminierung, sexuelle Belästigung, Mobbing ● Maßnahmen zur Erleichterung von Vereinbarkeit von Beruf und Betreuungspflichten ● gleichstellungsspezifische Weiterbildung für Mitarbeitende

- Erst die Integration von Gender Mainstreaming in die Dimension der Mitarbeitenden ermöglichte die Integration von Gender Mainstreaming in den Bereich „Kundschaft“, in die Erbringung von Dienstleistungen für gesunde wie kranke Frauen und Männer und folglich gendergerechte Medizin, Pflege und Psychologie, abgestimmt auf organisatorische und fachliche Einrichtungen:
 - in Ambulanzen und Instituten
 - auf Stationen
 - in Interventions- und Operationsbereichen
 - in der Apotheke
 - im Bereich der Seelsorge, Trauerarbeit
 - in den medizinischen und therapeutischen Versorgungsbereichen:
 - Operativ: Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Urologie, Plastische Chirurgie, Kinder-Urologie
 - Konservativ: Hämato-Onkologie, Neurologie, Remobilisation, Kinder- und Jugendheilkunde
 - Interventionell: Kardiologie, Anästhesie, Nuklearmedizin, Labor, Radiologie, Strahlentherapie, Psycho-Onkologie, Maltherapie, Musiktherapie, Ernährungsmedizin
 - Pflege-Expertise: Onkologische Expertise, Stoma- und Sexualberatung, Ernährung, Diabetes mellitus, Überleitungspflege, Wundmanagement, Intensivpflege, etc.
 - Im Aus- und Weiterbildungsbereich
 - Lehrkrankenhaus
 - Gesundheits- und Krankenpflegeschule

Für 2005 vereinbarte die Geschäftsführung folgende Ziele mit den medizinischen Abteilungen, Instituten und dem Verwaltungsbereich:

Kundschaft:

- Halbjährliche Analyse der Anteile der Patientinnen und Patienten aller Abteilungen durch das Controlling
- Gegenderte Formulierung von Artikeln, Schriften (Mitarbeitenden-Zeitschrift, Qualitätsbericht, etc.)
- GeM- und geschlechterspezifische Projekte in folgenden Abteilungen:
 - Gynäkologie: Analyse eines Zusammenhangs von Gewalt und der Entstehung von Zervix-Karzinomen
 - Apotheke: Geschlechterspezifische Wirkung von Medikamenten – Analyse von Unterschieden der Wirkung auf Frauen/Männer, Anlegen einer Datenbank für die Mitarbeitenden
 - Kardiologie: Dilatationen im Herzkatheter – Analyse von möglichen Unterschieden im Zugang für und bei der Anwendung bei Frauen und Männern
 - Chirurgie: Brustgesundheitszentrum – Analyse der Lebensrealitäten der erkrankten Frauen
 - Anästhesie: Analyse der geschlechterspezifischen Wirkung von Narkotika
 - Klinische Psychologie: Unterschiedliche Verarbeitung von Gesundheit und Krankheit durch Frauen und Männer

Qualität

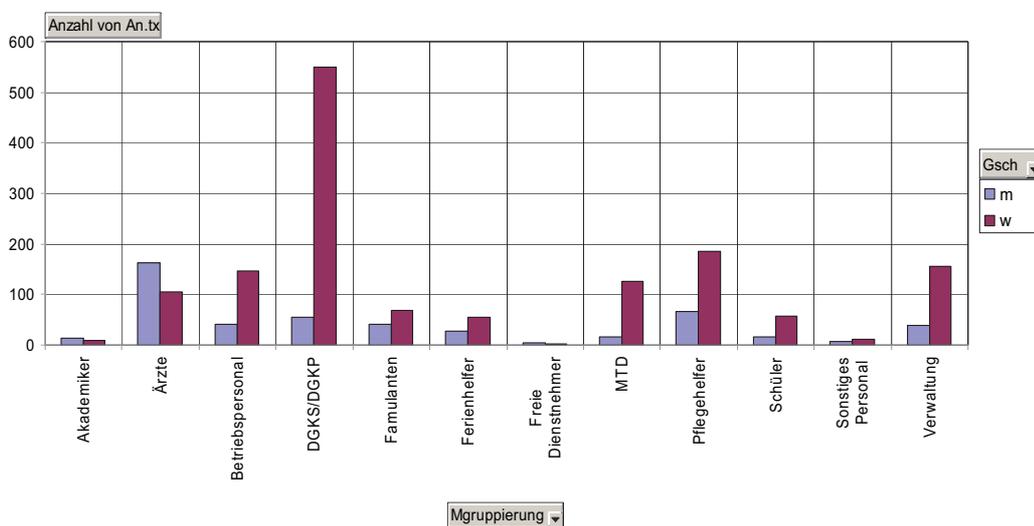
- Integration von GM in den Qualitätsmanagement-Ansatz
- Integration von GM in die Zielvereinbarungs- und Planungsinstrumente

Mitarbeitende

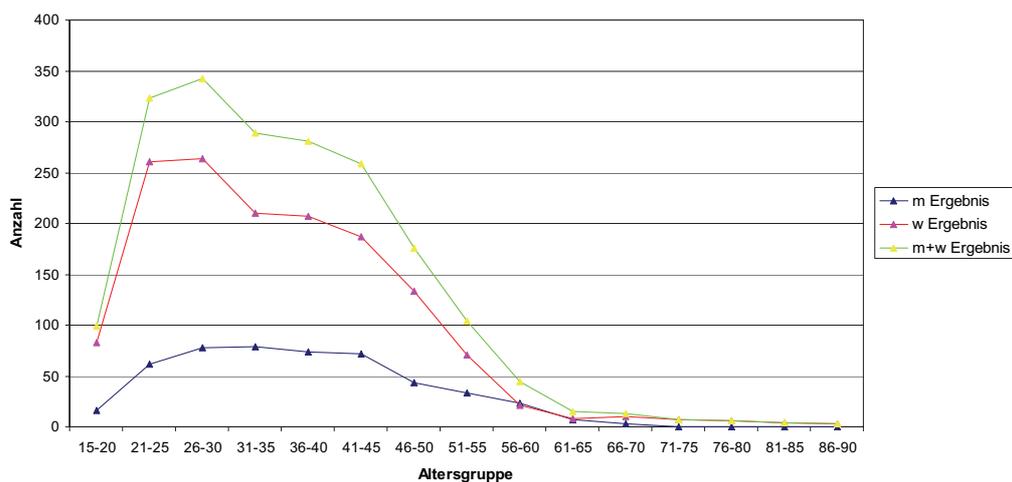
- Quartalsweise Analysen der Mitarbeitenden nach Berufsgruppen und Hierarchie-Ebenen
- Analyse und Erweiterung von Arbeitszeitmodellen
- Job-Sharing-Modelle für Mediziner/innen
- Thematisierung und Ermöglichung von Väterkarenz

Die unternehmensweite Analyse der Mitarbeitenden zeigt eine Geschlechter-verteilung von 78% Frauen und 22% Männer, wobei das Durchschnittsalter 33,5 Jahre beträgt.

Statistik Personal KH BHS Linz 3. Quartal 2005
 Alter und Geschlecht
 Übersicht Verhältnis männl./weibl. nach Berufsgruppe



Statistik Personal KH BHS Linz 3. Quartal 2005
 Alter und Geschlecht
 Personal gesamt

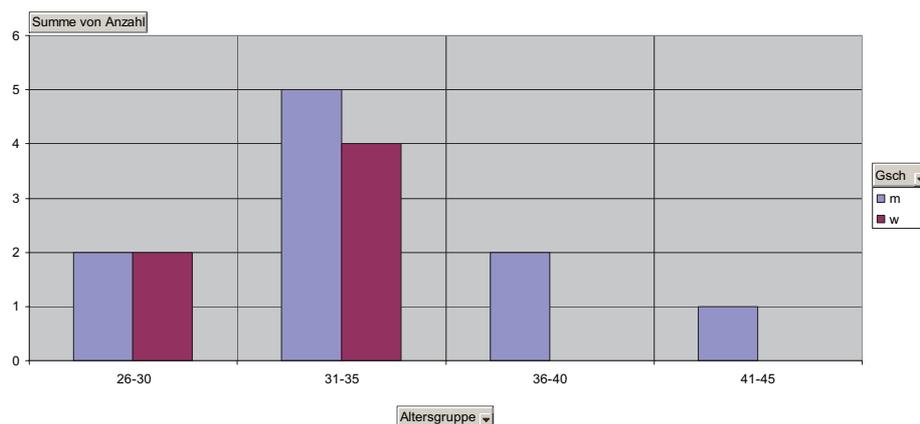


Im Bereich der Medizin ist bei näherer Analyse zu beobachten, dass es mehr Turnusärztinnen als -ärzte gibt, erklärbar dadurch, dass 66% der Absolvierenden der Medizinischen Universitäten Frauen sind.

Im Bereich der Fachausbildung kehrt sich das Bild allerdings wieder um: hier sind wesentlich mehr Männer aktiv.

Statistik Personal KH BHS Linz 3. Quartal 2005

Alter und Geschlecht
Turnusärztinnen i.A. FA



Führungskräfte Stand 1. Quartal 2005		
Medizin	0 Frauen	17 Männer
Patient/innenmanagement	17 Frauen	2 Männer
Servicebereich	3 Frauen	7 Männer
Gesamt	20 Frauen	26 Männer

Im Bereich der Führung besteht eine rollentypische Verteilung von Frauen und Männern:

- Medizin: Hier gibt es derzeit keine leitende Frau. Dies ist auch dadurch bedingt, dass die derzeit leitenden Personen aus einer Generation stammen, wo wenige Frauen Medizin studiert haben.
- Gesundheits- und Krankenpflege: Die Stationen bzw. Institute werden vorwiegend von Frauen geführt.
- Servicebereich: Hier gibt es mehr leitende Männer als leitende Frauen.
- Kollegiale Führung, Geschäftsführung: Hier findet sich im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege klassisch eine Frau in der Führungsposition, im Bereich der Medizin und des Servicebereichs ein Mann. Durch die Übergabe der Geschäftsführung von Ordens- in weltliche Hand wird das Unternehmen derzeit von zwei Männern geführt.

Aufgrund der durchgeführten Personal-Controlling-Analysen ist anzumerken, dass es jedoch im Bereich der Medizin zu einer Umkehrung des Geschlechterverhältnisses kommen wird. So findet derzeit ein Paradigmen-Wechsel statt. Daher ist es wichtig, speziell bei der Personalentwicklung rechtzeitig auf Folgendes zu achten:

- Adaption der Ausbildungsmöglichkeiten und -modelle speziell im Turnus- und Facharztbereich auf die Bedürfnisse und Lebensrealitäten von Frauen wie von Männern durch
- Job-sharing-Modelle
 - o Väterkarenz
- Adaption der Arbeitszeiten auch im Bereich der Medizin
 - o Teilzeit-Modelle
 - o Adaption der Tätigkeitsprofile an flexible Arbeitszeitmodelle
- Entwicklung von Ausbildungsprogrammen angepasst an die Lebensrealitäten von weiblichen Führungskräften

5 Projektreflexion

Dem Projekt wurde extern begleitet¹. Die Begleitung erfolgte in Form von Projektcoaching- und Evaluierungsgesprächen mit der Projektleitung bzw. der Geschäftsführung des KH. Die Evaluierungsgespräche wurden auf Basis eines Leitfadens (Reflexionsfragen) in der ersten Hälfte der Projektumsetzung (Oktober 2004), sowie zu Projektende (Juli 2005) durchgeführt.

Die Evaluierungsgespräche dienten der Reflexion und Überprüfung des Projektfortschritts bzgl. der Integration des GM-Ansatzes in die QM-Instrumente: QM-Kriterienkatalog, Quickscan-Fragebogen, Zielvereinbarungs- und Evaluierungsbogen.

5.1 Evaluierungsgespräch

Das Gespräch führte die Projekt-Coach und GM-Expertin gemeinsam mit dem Geschäftsführenden/Ärztlichen Direktor und der Assistenz der Geschäftsführung und Beauftragten für Gender Mainstreaming durch.

Das Evaluierungsgespräch orientierte sich an nachfolgenden Reflexionsfragen.

Die Fragen zielten ab auf die Erhebung und Reflexion des Status der Implementierung von Gender Mainstreaming in das QM-System des Krankenhauses. Die an dieser Stelle abgedruckte Auswertung ist Teil des schriftlichen Protokolls und soll sowohl Prozess als auch Ergebnis des Evaluierungsgesprächs beispielhaft veranschaulichen.

¹ Die Begleitung erfolgte durch Maria Moser-Simmill (Genderexpertin und Unternehmensberaterin, Linz)

- ✓ *Welche Schritte der Implementierung des Gender Mainstreaming wurden gesetzt?*
- ✓ *Wie wurden die Bedürfnisse und Interessen der Frauen und Männer in den einzelnen Bereichen konkret erhoben, ausgewertet und umgesetzt?*
- ✓ *Welche Aktivitäten, Maßnahmen wurden gesetzt?*
- ✓ *In welcher Weise und in welchem Umfang wurden genderspezifische Unterschiede in den einzelnen (QMS-) Kriterien berücksichtigt, unter anderem im Rahmen der Selbstbewertung?*

- GM ist seit Herbst 2003 als top-down-Thema angelegt und auf Ebene der Geschäftsführung und der Führungskräfte präsent.
- Auf der sprachlichen Ebene setzte der Servicebereich PR & Marketing die Informations- und Kommunikationsinstrumente in der Organisation sprachlich und schriftlich um.
- Seit Herbst 2004 und mit Start des Projekts forcierten die Geschäftsführenden die Integration von GM in die Führungs- und Qualitätsmanagementinstrumente, noch vor dem Zielvereinbarungsprozess mit den medizinischen Abteilungen, Instituten und dem Verwaltungsbereich. Sie führten erst einen GM-Sensibilisierungsworkshop und anschließend den QM-Selbstbewertungsworkshop bereits mit den adaptierten Qualitätsmanagement-instrumenten durch. GM wurde von Seiten der Mitarbeitenden aufgegriffen und in Form von Initiativen & Projektvorschlägen an die Geschäftsführung bzw. an den Vorstand herangetragen wie z.B.: im Brustgesundheitszentrum, auf der Abteilung für Urologie sowie Anästhesie.
- Im Projektverlauf war es besonders wichtig, den Prozess der Sensibilisierung hausweit voran zu treiben. Dies wurde durch Vorträge in der Primar- und Leitungskonferenz, den Sensibilisierungsworkshop für Führungskräfte aus den Bereichen Medizin, Pflege sowie Verwaltung und durch die Verankerung im Führungsinstrumentarium (Zielvereinbarungs- und QM-Prozess) erreicht.

- ✓ *Welche Gleichstellungsziele, unmittelbare und integrierte, wurden im Konkreten formuliert?*

- Ziel war vor allem die Umsetzung von GM-Zielen, der im Herbst 2004 erarbeiteten Vision und Strategie für 2005 und in den darauf folgenden Jahren in den Dimensionen „Kundschaft“, „Qualität“, „Mitarbeitende“ und „Werte“ der Balanced Score Card der Abteilungen/Institute: Kardiologie, Chirurgie/Brustgesundheits-zentrum Gynäkologie, Urologie, Apotheke, etc.
- Der kontinuierliche Sensibilisierungsprozess für Genderthemen in der Organisation wurde durch Workshops für Führungskräfte, Fachexpertinnen und -experten unterstützt.
- Genderspezifische Unterschiede wurden durch entsprechende Daten-Analysen in den Fachbereichen und im Service-Bereich der Organisation für die Führungsebene erfahrbar und erfassbar gemacht.
- Ansatzpunkte für genderspezifische Interventionen und Maßnahmen wurden sowohl im Servicebereich sowie in den Medizinischen Abteilungen und Instituten geschaffen.

Maßnahmen in den Fachbereichen/Service:

- Servicebereich Controlling: Halbjährliche genderspezifische Auswertung der Statistik der Patientinnen und Patienten und Feedback in Form von Grafiken an die Abteilungen und Institute
- Geschäftsführung: Feedback bzw. Rückkoppelung der Analysen im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche
- Umsetzung von Teilprojekten und des fortlaufenden Prozesses

- Organisationsintern bzw. im Bereich Personal wurden konkret folgende Maßnahmen erarbeitet und beschlossen:
 - o Die Weiterentwicklung von Arbeitszeitmodellen, die einen Wiedereinstieg nach der Familienpause und Vereinbarkeit ermöglichen werden.
 - o Des Weiteren wurden Väterkarenzregelungen thematisiert und bereits ein Antrag auf Väterkarenz gestellt und genehmigt.

✓ *Mit welchen Maßnahmen sollen die Ziele von Beruf und Familie weiterhin unterstützt werden?*

Folgende Maßnahmen sind geplant

- „job-sharing“-Modell: Fachärzt/innen und -arbeitsbereich sollen geteilt werden können. Damit wird es Frauen und Männer möglich eine Fachärzt/innen und die Betreuung von Kindern zu vereinbaren.
- Genehmigung von Anträgen auf Väterkarenz durch die Geschäftsführung
- Sammlung und Auswertung von genderspezifischen Daten im Bereich der Mitarbeitenden und Beschäftigten (Auswertung nach verschiedenen Kriterien, z.B. Gender und Ausbildung/ Berufsfeld, Alter,etc.
- Rückkoppelung und Diskussion der Ergebnisse im Vorstand und mit dem Servicebereich Personal

✓ *Wo, in welchen Handlungsfeldern, wurden Veränderungen sichtbar?*

✓ *Welche Instrumente wurden für die laufende Berücksichtigung der Geschlechterperspektive verwendet? (z.B. Teilnahmelisten, Reflexionsrunden, Kurzdokumentationen)*

Steuerungs- und Führungsinstrumente

- ➔ Datenerhebung und Analyse der Statistiken in den Service-Bereichen „Controlling“ sowie „Personal“
- ➔ Zielvereinbarungs- und Planungsgespräche inklusive Formulare: Information, Mitarbeitendengespräche
- ➔ Integration der Analyse-Ergebnisse in die Personalentwicklung

Veränderungen in der Dimension Mitarbeitende:

- Die Anwendung eines gendersensiblen Sprachgebrauchs wurde zur Selbst-verständlichkeit.
- Die Kulturveränderung wurde beispielsweise spür- und erlebbar durch eine Anfrage von (männlichen) Mitarbeitenden an die Geschäftsführung und Abteilungsleitung zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Antrag eines leitenden Oberarztes auf Väterkarenz).
- Im Rahmen der mittelfristigen Personalplanung wurden konkrete Strategien zur Hebung des Frauenanteils in den medizinischen Fachbereichen (Ausbildung im Fachärzt/innen) entwickelt.
- Veränderte Arbeitszeitmodelle wurden verstärkt umgesetzt sowie „Sharing-Modelle“ im Rahmen der Ausbildung zur Fachärztin von der männlichen wie weiblichen Kolleg/innenschaft akzeptiert

Veränderungen in der Dimension Kundschaft

- z.B. im Bereich der Kardiologie: auf der Ebene der Zielvereinbarungen
- im Medikamentenbereich: Einzelfälle
- Brustgesundheitszentrum: Eigeninitiativen der Expertinnen und Experten aufgrund der Sensibilisierungsseminare: Veränderung der Öffnungszeiten für Patientinnen, job-sharing-Modell wurde von Mitarbeiter/innen angefragt

✓ *Welche Kriterien wurden zur Überprüfung von Gender-Zielen herangezogen, welche Indikatoren wurden formuliert?*

✓ *Welche Erfolgsmaßstäbe wurden angesetzt? Aufgrund welcher Faktoren ist die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming gelungen?*

Kriterien/Indikatoren:

- Verständnis des Themas („erklären können, was GM ist etc.“)
- Fortschritte bei den operativen Projekten (wurde/wird im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche überprüft)
- Noch keine Festlegung von Quoten erfolgt, da noch zu wenig Erfahrung in der Umsetzung vorhanden und auswertbar

Zukünftig relevant

- Forcierung von bestpractice-Beispiele
- Erreichen einer „kritischen Masse“
- Umsetzung über Quoten und Entwicklung von Kennzahlen und Benchmarks

✓ *Welche Männer und Frauen waren für die Umsetzung verantwortlich bzw. einbezogen?*

- Geschäftsführung und Vorstände
- Assistenz der Geschäftsführung/Beauftragte für Gender Mainstreaming
- Umsetzungsebene: Abteilungs-, Instituts- und Bereichsleitende; Expertinnen und Experten im Bereich Qualitätsmanagement, Pflege-Expertise

✓ *Wie wird sich die Situation in den einzelnen Bereichen entwickeln, wenn der Geschlechteraspekt nicht mehr (oder nicht weiter) berücksichtigt wird?*

- Verschiedene Karrieremodelle für Frauen könnten nicht umgesetzt werden. Dies wiederum würde in einzelnen medizinischen wie pflegerischen Fachbereichen mittelfristig zu Personalengpässen führen.
- Die „hohen Ausbildungskosten“ speziell im Bereich der Medizin amortisieren sich nicht, wenn keine Vereinbarungs- und Wiedereinstiegsmodelle geschaffen werden. Speziell Frauen kehren andernfalls nach einer umfangreichen, langjährigen Ausbildung und Berufserfahrung mit der Familiengründung nicht mehr in den Beruf zurück.
- Speziell der Rehabilitations- sowie der Anästhesiebereich sind - bedingt durch flexible Arbeitszeit-Modelle - stark weiblich dominiert. Derartige Arbeitszeiten entsprechen den Bedürfnissen von Frauen mit Kindern. Die „Kernzeiten“ sind ident mit Schul- und Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen und es müssen keine Schichtdienste wahrgenommen werden. Sind flexible Modelle nicht möglich, so kommt es zu Personalengpässen.
- Gäbe es kein Gesamtkonzept, würden viele GM-spezifische Maßnahmen nicht integriert und somit nicht nachhaltig durchgeführt werden (die Selbstverständlichkeit des Themas im Krankenhaus-Alltag wäre nicht gegeben).

Empfehlung aufgrund der Projekterfahrung:

Die Gender Mainstreaming Implementierung ist weiterhin als Prozess zu gestalten und ist analog zum Qualitätsmanagement-Prozess anzulegen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass es ca. fünf Jahre dauerte, bis das Qualitäts-Thema durch alle Hierarchie-Ebenen sowie Berufsgruppen einen Grad der Selbstverständlichkeit erlangt hat und Teil des Abteilungs- bzw. Institutsalltags wurde.

Es ist davon auszugehen, dass für die Implementierung des Querschnittsthemas „Gender Mainstreaming“ mit einem ähnlich langen Zeitraum zu rechnen ist, bis die Thematik das gesamte Unternehmen zur Gänze durchdringt.

Für eine nachhaltige, evaluierbare, prozessuale Entwicklung braucht es somit wesentlich länger als die zur Verfügung stehende Projektdauer. Im Projektzeitraum konnten wichtige Implementierungs- und Sensibilisierungsschritte gesetzt und die Verankerung des Themas in den Organisationsstrukturen unterstützt werden.

5.2 Selbstevaluierung

Im Zuge der „Selbstbewertung“ sollte anhand vorgegebener Kriterien der Grad der Implementierung und Umsetzung der GM-Strategie überprüft und reflektiert werden können

Die Bewertung wird:

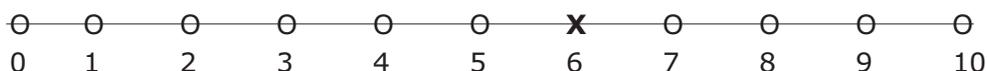
- ➔ In einem 1. Schritt von den Führungskräften (einzeln) durchgeführt.
- ➔ In einem 2. Schritt werden die Ergebnisse in der Gruppe verglichen, Gründe für unterschiedliche Bewertungen diskutiert und Schlussfolgerungen (Lernerfahrungen aus dem Prozess) schriftlich festgehalten
- ➔ In einem 3. Schritt werden Implikationen und Konsequenzen für nachfolgende GM-Implementierungsschritte besprochen und vereinbart

Nachfolgende Fragen dienen als Kriterien für eine erfolgreiche Implementierung und Umsetzung der GM-Strategie. In den Klammerausdrücken finden sich genauere Bezeichnungen, woran der Erfolg abgelesen werden konnte (Indikatoren).

Die Bewertung erfolgt durch die Geschäftsführung sowie der Stabstelle für Gender Mainstreaming. Auf einer Skala von 0–10 Punkten wurde die Einschätzung/Bewertung aufgetragen, wobei 10 Punkte die maximale Zielerreichung darstellen.

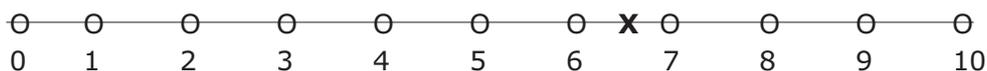
- Adaptierungen bzw. Spezifizierungen im Prozessverlauf („Herunterbrechen“/ Spezifizieren von Projektzielen, Abweichungen).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



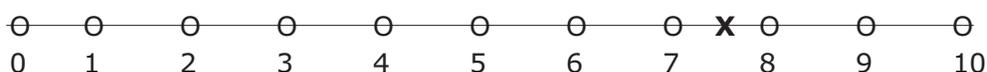
- Die Beteiligung der Mitarbeitenden im Prozess (Einbeziehung, Mitarbeit in Teilprojekten, Umsetzung von Maßnahmen).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



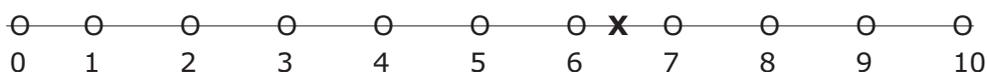
- Top-down-Prinzip (Strategische Entscheidung der Führung, Verbindlichkeit der Entscheidungen, „Einhängen“ auf der nächsten Ebene).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



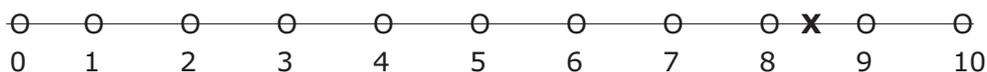
- Sensibilisierung für Gender-Fragen und GM-Methoden (Auseinandersetzung mit dem Thema, in Diskussion halten/in internen Medien, Seminare/Workshops dazu).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



- Projektbegleitende Aktivitäten nach innen und nach außen (unter anderem Kommunikation nach innen und PR-Maßnahmen).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?

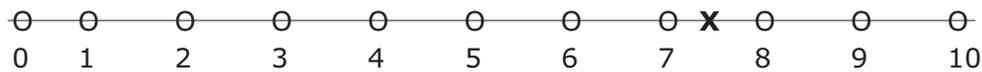


- Arbeit an der Projektstruktur: Das Kernteam (internes Projektteam bestehend aus Dr.in Ucsnik, MAS, sowie Wolfgang Neubauer, Msc. – Zusammensetzung, Anzahl der Treffen, Steuerung, Zusammenarbeit im Team).

In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



- Rückkoppelung mit Vorstand: Die Abstimmung der Ziele und zentraler Implementierungsschritte und die Berichte und Reflexion über den internen Projektfortschritt erfolgt in den Vorstandsklausuren mit den Führungskräften des Krankenhauses (vierteljährlich). In welchem Ausmaß konnten diese erreicht werden, ist die Umsetzung gelungen?



Zusammenfassende Ergebnisse der Reflexion durch die GF und GM-Beauftragte:

Die drei wichtigsten Ergebnisse/Erfahrungen aus diesem Projekt

- 1) Notwendigkeit der Integration in das Zielvereinbarungs- und QM-System des Hauses (Verankerung als Mainstream-Thema)
- 2) Priorität hat die Umsetzung von Einzelthemen (z.B. Arbeitszeit-Modelle, u.a. Themen mit hoher Akzeptanz und Sinnhaftigkeit für die Organisation)
- 3) Gleichzeitig erfolgende Sensibilisierung für die Thematik („richtig verstehen und reden über GM“) durch interne Informationsmaßnahmen

Einschätzung und Schlussfolgerungen der Projektcoach und GM-Expertin:

- ⇒ Eine nachhaltige Implementierung erfordert ein strategisches Vorgehen und Betreiben des Themas.
- ⇒ Die Nachhaltigkeit kann gesichert werden, wenn das Projekt bzw. das Thema im Zielsystem der Organisation verankert ist.
- ⇒ Im Wesentlichen sind – neben ethischen/moralischen und sozialen auch ökonomische Faktoren bzw. Effizienzüberlegungen zentral bei der Initiierung und Umsetzung von gender spezifischen Maßnahmen.
- ⇒ Erfolgskriterium und notwendige Voraussetzung für die GM-Implementierung ist ein bestimmter Reifegrad der Organisation. Die optimale Voraussetzung war in der Organisation des KH der BHS vorhanden, unter anderem durch
 - o Erkennen/Anerkennen der strategischen Bedeutung des Themas
 - o Verankerung in den Strukturen wie z.B. als Aufgabengebiet der Assistenz der Geschäftsführung
 - o Sensibilisierung der Führungsebene
 - o Verpflichtung dem Thema gegenüber auf der Führungsebene – Integration ins Ziel- und Qualitätsmanagementsystem

Nächste Schritte/Weiterführung:

- ⇒ Die Eigendynamik hat eingesetzt; das Thema wird weiter betrieben und begleitet.
- ⇒ Die Abteilungsziele betreffend hat ein kontinuierliches Umsetzen von GM-Zielen im Krankenhausalltag erfolgreich eingesetzt.
- ⇒ Es ist wichtig, GM-Maßnahmen in Balance zu halten und nicht überbordend zu thematisieren, da sie andernfalls nicht nachhaltig in den Alltag von Organisationen integrierbar sind.

6 Empfehlungen

Dieses Projekt hat gezeigt, wie wichtig die Integration von Gender Mainstreaming auf oberster Ebene in den **Zielvereinbarungsprozess parallel zum Qualitätsmanagementprozess** ist.

Durch die **Integration und Zusammenführung der Führungs- mit den Qualitätsmanagementinstrumenten** und den darauf abgestimmten Zielvereinbarungs- und Qualitätsmanagementprozessen steht eine breitere Information für strategische wie operative Entscheidungen für Führungskräfte zur Verfügung und dies ermöglicht ein stärkeres Nutzen von Organisationspotenzialen durch das bewusste und gezielte Wahrnehmen der unterschiedlichen Lebensrealitäten, Bedürfnisse, Behandlungs-, Betreuungs- und Versorgungsnotwendigkeiten.

Besonders wichtig sind die **Expertinnen und Experten des Qualitätsmanagements**. Sie gewährleisten durch ihre Analysen in den medizinischen Abteilungen und Instituten sowie bei der Umsetzung von Projekten die Integration von Gender Mainstreaming vor Ort. Auch bei der Auswahl von externen Beratungsfirmen und Vortragenden ist auf Gender-Kompetenz zu achten, da sie andernfalls der Umsetzung im Unternehmen unbewusst entgegenwirken.

Durch **regelmäßig durchgeführte Controlling-Analysen** betreffend die **Patientinnen und Patienten der medizinischen Abteilungen** sowie die Mitarbeitenden werden langfristig vorausschauend und rechtzeitig die Lebensrealitäten sowohl der Mitarbeitenden als auch von Patientinnen und Patienten bewusst berücksichtigt und sowohl eine hohe Mitarbeitendenzufriedenheit als auch Behandlungs- und Betreuungsqualität für Patientinnen und Patienten erzielt.

Dafür ist wichtig:

- die Bereitschaft von Seiten der Geschäftsführung bzw. des Vorstands als Ausgangsbasis und die Einhaltung des top-down-Ansatzes,
- der Faktor Zeit und
- die Sensibilisierung, die am Ende des Tages zur selbstverständlichen Integration von Gender Mainstreaming in alle Prozesse, die in einem großen Krankenhaus ablaufen, führt.

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
BHS	Barmherzige Schwestern
BSC	Balanced Score Card
BM	Bundesministerium
Ca.	circa
GbM	Gender based Medicine
GM	Gender Mainstreaming
GF	Geschäftsführung
KH	Krankenhaus
MbO	Management by Objectives
QM	Qualitätsmanagement
Tab.	Tabelle
ZvP	Zielvereinbarungs- und Planungsprozess

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Innere II
Abb. 2	Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Urologie
Abb. 3	Gender Perspektive und Aufnahmen 2004, Gynäkologie
Abb. 5	Strategische Instrumente
Abb. 6	Quartalsweise Evaluierungsklausuren
Abb. 7	Ablauf und Integration des MbO-Prozesses
Abb. 8	Die Dimensionen der BSC
Abb. 9	Das EFQM-Modell

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Impulse und gesetzte Aktivitäten zu GM
Tab. 2, 3	Analysen der Implementierung von GMim KH BHS-Linz
Tab. 4	Die RADAR-Logik

Literaturempfehlungen

Websites: www.gem.or.at
 www.imag-gendermainstreaming.at

Literatur:

Bergmann, N., Pimminger I.: "Praxis Handbuch Gender Mainstreaming", im Auftrag des BM für Wirtschaft und Arbeit, Wien, 2004

Legato, M.: „Evas Rippe“, Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln, 2002

Rieder, A.; Lohff, B.: „Gender Medizin – geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis“, Springer-Verlag, Wien, 2004



**Bestelltelefon:
(01) 711 00 - 4700**