

**EWHNET**

**European Women's Health Network**



**Transnationale Verständigung. Die Rolle von Leitlinien als  
Arbeitsgrundlage in Frauengesundheitsprojekten**

**Juni 2001**

**EWHNET** is a project in the fourth Medium-Term Community Action Programme on Equal Opportunities for Women and Men (1996 -2001) and is financially supported by the Federal Ministry for Family Affairs, Seniors, Women and Youth (BMFSFJ).

Authors: Marian van de Aa, Eileen Aird, Eva Arnold, Lea den Broeder, Brigitte Dorst, Katja Eichler, Jackie Erdman, Theresia Gabriel, Patrizia Giffoni, Joke Haafkens, Carol Hagemann-White, Polina Hilsenbeck, Kaisa Kauppinen, Vera Lasch, Ida Marrano, Henny Meeus, Marion Meier, Noks Nauta, Leonore Nicolaï, Susanne Schmölzer, Rieneke Sijderius, Ute Sonntag, Irmgard Wendorff, Beate Wimmer-Puchinger, Yvonne Winants.

Where to order: Ute Sonntag  
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2  
30165 Hannover  
Germany  
Phone: 0049 511 350 00 52  
Fax: 0049 511 350 55 95  
e-mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Copyright: No portion of the contents may be reproduced in any form without written permission of the contributors to this issue. All rights reserved.

The following texts reflect the authors' views. The commission is not liable for any use that may be made of the information contained in this publication.

Transnationale Verständigung. Die Rolle von Leitlinien als Arbeitsgrundlage in Frauengesundheitsprojekten

|  |    |
|--|----|
| 1. Vorwort.....  | 4  |
| 2. Gliederung der Materialie .....   | 5  |
| 3. Zur Bedeutung von Qualitätsstandards für die Arbeit des „European Women’s Health Network“ <i>Dr. Eva Arnold</i> .....                             | 7  |
| 4. Dokumentation von Auszügen aus dem ersten Projektjahr zu Standards in der Praxis, September 1998 .....  | 25 |
| 5. EWHNET- Working Group „Women and Occupational Health“ .....   | 28 |
| 5.1. Equality Standards for a Good Workplace - A Finnish Research and Development Project, <i>Dr. Kaisa Kauppinen</i> .....                          | 28 |
| 5.2. Results of the Working Group „Women and Occupational Health“ .....  | 35 |
| 5.2.1. EWHNET Invitational Workshop ‚Trends in Women and Work, Opportunities for Occupational Health‘. <i>Lea den Broeder, Leonore Nicolai</i> ..... | 35 |
| Appendix I: Relevant literature .....  | 41 |
| Appendix II: List of participants .....  | 42 |
| 5.2.2. Gendersensitivität in der Arbeitswelt .....   | 43 |
| Women Work and Health – eine power point Präsentation des EWHNET, <i>Ute Sonntag, Dr. Vera Lasch</i> .....   | 43 |
| 6. Results of the Working Group „Women and Mental Health“ .....  | 50 |
| 6.1. EWHNET Guidelines on „Women's Mental Health“ .....  | 50 |
| 6.2. EWHNET Guidelines on "Women's Mental Health": Explanations and Background Information.....  | 52 |
| 6.3. The AKF –Quality Criteria for Women-Oriented Psychotherapy .....  | 62 |
| 6.4. Declaration against violence .....  | 67 |
| Appendix: members of the working group „Women and mental health“ .....   | 74 |
| 7. Working Group „Health Education for Girls in Schools“ .....   | 75 |
| 7.1. Health education for girls in and with schools, <i>Dr. Marion Meier, medusana foundation, society for health promotion</i> .....                | 75 |
| Appendix: members of the working group.....  | 77 |
| 8. Ausblick. Die Relevanz von Leitlinien für eine transnationale Verständigung.....  | 78 |

# **Transnationale Verständigung. Die Rolle von Leitlinien als Arbeitsgrundlage in Frauengesundheitsprojekten**

## **1. Vorwort**

Im Mittelpunkt der Arbeit von EWHNET standen von Beginn an die Dokumentation und die Dissemination von Modellen guter Praxis. Als zweiter Schritt entwickelte sich zusätzlich ein transnationaler Austausch zu spezifischen Themengebieten, wie z.B. zu frauengemäßer Psychotherapie, kommunalen Strategien von Frauengesundheit und zu gesundheitsrelevanten Fragen des Alterns. Die Ergebnisse dieser Austauschprozesse wurden in Dokumentationen festgehalten.

Während des dritten Projektjahres des Netzwerkes kristallisierte sich das Bedürfnis heraus, die thematische Arbeit zu vertiefen und Leitlinien zu entwickeln. Hierzu wurden im dritten Projektjahr (1999/2000) und zu Beginn des Projektjahres 2000/2001 Arbeitsgruppen zu den Themen Frauen, Arbeit und Gesundheit, Gesundheitsförderung für Mädchen sowie mentale Gesundheit mit den Untergruppen Frauen und Psychiatrie und frauengerechte Psychotherapie gebildet. Über die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen wird in der vorliegenden Materialie u.a. berichtet.

Die Arbeit an transnationalen Leitlinien erfordert die Analyse der eigenen Arbeit und die der anderen sowie die Verständigung über Gemeinsamkeiten. Daneben benötigt die transnationale Verständigung Kenntnisse über kulturelle bzw. gesundheitspolitische Hintergründe und ein Verständnis der länderspezifischen Herangehensweisen. Kein leichtes Unterfangen, aber ein lohnender Weg zur Verständigung und darüber hinaus eine Basis für die Zusammenarbeit.

Als erster Schritt hierzu wurde die Übersetzung schon bestehender Leitlinien ins Englische und deren Dissemination vorgenommen, um einen Austausch darüber anzuregen. Die Qualitätskriterien für frauengerechte Psychotherapie des Arbeitskreises Frauen in Medizin und Gesellschaft (AKF) und die Leitlinien für gesundheitsförderliche Mädchenarbeit der Medusana-Stiftung sind Beispiele hierfür. Beide sind in dieser Materialie dokumentiert. Zu anderen Themen wurden erste Schritte zur Identifizierung von gemeinsamen Forderungen und Leitlinien im Rahmen von Arbeitsgruppentreffen vorgenommen. Leitlinien, deren Erstellung

das EWHNET anstrebe, können verstanden werden als wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.

Das Ziel, Standards zu entwickeln, würde für EWHNET die logische Fortsetzung der bisherigen Aktivitäten bedeuten. Durch die Dezentralität und Transnationalität des Netzwerkes muss dies jedoch als langfristiges Ziel betrachtet werden, das zur Erreichung viele Teilschritte voraussetzt.

Diese Materialie soll dazu dienen, den Prozess der Entwicklung von Leitlinien, wie sie bisher in den Arbeitsgruppen von EWHNET erfolgt ist, zu dokumentieren. Dies kann die Fortsetzung der inhaltlichen Arbeit in die Richtung einer Erstellung von Standards erleichtern, auch nach Ende des Projektjahres. Mit der Materialie soll ein Forum geschaffen werden, auf das sich weiterhin bezogen werden kann und auf das die Kooperationspartnerinnen von EWHNET im zukünftigen Arbeitsprozess aufbauen können. Es ist eine Materialie, die fortgeschrieben werden kann/soll.

## **2. Gliederung der Materialie**

Der Artikel von Eva Arnold gibt einen Überblick über die Begrifflichkeiten in der Qualitätsdiskussion und diskutiert die Relevanz der Qualitätsdimension für EWHNET. Durch den Text von Eva Arnold wird deutlich, dass die Entwicklung von Standards für Frauengesundheit für die Arbeit des European Women's Health Network (EWHNET) sinnvoll ist. Die Entwicklung von Standards oder Leitlinien ist nicht nur ein Mittel, um einen netzwerkinternen Prozess zur Identifikation gemeinsamer thematischer Arbeitsgrundsätze anzustoßen und voranzutreiben. Standards stellen auch ein machtvolles Mittel dar, um Einfluss auf politischer Ebene zu nehmen und somit die Gesundheitsversorgung für Frauen im Sinne eines Qualitätsmanagements zu verbessern.

Wie schon Eva Arnold in ihrem Text bemerkt, können Modelle guter Praxis, die für die Arbeit von EWHNET den Ausgangspunkt darstellen, „den Geist des gemeinsamen Anliegens transportieren“. Ein weiterer Schritt hin zu Standards und Leitlinien stellt die Entwicklung von allgemeinen Grundsätzen für einzelne Themenbereiche dar. Diesem Prozess wurde im dritten Projektjahr mehr Raum verschafft.

Es folgt die Darstellung von allgemeinen Qualitätskriterien, wie sie im ersten Projektjahr formuliert wurden und die Grundlage für alle weiteren Diskussionen bildeten. Danach werden die Arbeitsergebnisse aus dem Projektjahr 2000/2001 präsentiert:

#### AG Women and Occupational Health

- Kauppinen: Equality Standards for a Good Workplace - A Finnish Research and Development Project
- den Broeder, Nikolai: Trends in Women and Work, Opportunities for Occupational Health; EWHNET Invitational Workshop
- Power Point Präsentation mit Texterläuterungen

#### AG Women and Mental Health

- Guidelines for Women and Mental Health
- AKF: Quality Criteria for Women-Oriented Psychotherapy
- Declaration against Violence

#### AG Health Education for Girls in Schools

- Guidelines for Health Promotion for Girls in Schools

Den Schluss bildet ein kurzer Ausblick auf die Relevanz von Leitlinien für eine transnationale Verständigung.

### **3. Zur Bedeutung von Qualitätsstandards für die Arbeit des „European Women’s Health Network“ *Dr. Eva Arnold***

#### **Das „European Women’s Health Network“**

Das European Women’s Health Network (EWHNET) wird im Rahmen des Vierten Mittelfristigen Aktionsprogramms der EU für die Chancengleichheit von Frauen und Männern“ durch die EU gefördert. Dieses Netzwerk, in dem Vertreterinnen aus Praxisprojekten und Forschungseinrichtungen aus neun europäischen Ländern zusammenarbeiten, hat sich das Ziel gesetzt, auf die Geschlechterproblematik im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen und frauenfreundliche Arbeitsansätze im Gesundheitswesen sichtbar zu machen. Um diese Ziele zu erreichen, wurde ein transnationaler Austausch über frauenfreundliche Modelle in der Gesundheitsversorgung etabliert, der die unterschiedlichen Erfordernisse und Ansatzpunkte in den beteiligten Ländern deutlich gemacht hat.

Der Entwicklung und Verbreitung von Beispielen vorbildlicher Praxis wird im Rahmen der Arbeit des EWHNET ein hoher Stellenwert zugeschrieben, denn sie sollen zur Schaffung neuer, gesellschaftlicher Modelle einer frauenfreundlichen Gesundheitsversorgung beitragen. Nicht zuletzt wird die Sammlung von Beispielen vorbildlicher Praxis als wichtiges Element einer Strategie des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen betrachtet, die dazu beitragen soll, die Qualität der Gesundheitsversorgung für Frauen in den beteiligten Ländern zu erhöhen.

Das vorliegende Papier soll die langfristige Entwicklung frauenfreundlicher Standards für das Gesundheitswesen im Rahmen der Arbeit des EWHNET diskutieren. Es beschäftigt sich mit der Bedeutung von Standards und Leitlinien für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und spezifiziert diese Überlegungen in Bezug auf die speziellen Anliegen der Frauengesundheitsförderung.

## **Mögliche Funktionen von Standards frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung für das EWHNET**

Die Erarbeitung von Standards und Leitlinien frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung könnte für das EWHNET zwei Funktionen erfüllen:

Zum einen geht es darum, durch die Entwicklung von Standards, die transnationale Gültigkeit besitzen, verstärkt Lobbyarbeit betreiben zu können und somit stärkeren Einfluss im politischen Bereich auf EU-Ebene zu gewinnen.

Zum zweiten soll hier durch die Gesundheitsversorgung von Frauen in den Ländern der EU verbessert werden – ganz im Sinne eines Qualitätsmanagements. Durch Entwicklung von Standards können dabei bereits erreichte Ziele einer frauenfreundlichen Gesundheitsversorgung gesichert werden (z. B. Schutz von Patientinnen vor sexuellen Übergriffen). Zudem besteht das Ziel, weiter reichende Standards einer frauengerechten Gesundheitsversorgung zu entwickeln und durchzusetzen. Für das EWHNET als avantgardistische Organisation hat dabei das Ziel der Qualitätsentwicklung gegenüber der Qualitätssicherung Vorrang – zwar sollen bereits bestehende Angebote für Frauen erhalten bleiben, doch geht es vorrangig darum, das Gesundheitssystem zu verändern.

### **Exkurs: Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

Im Verlaufe der letzten zehn bis fünfzehn Jahre haben Ansätze zum Qualitätsmanagement auch auf dem Sektor öffentlicher Einrichtungen eine ganz erhebliche Bedeutung gewonnen. Dies gilt für das Gesundheitssystem ebenso wie für das Schul- und Hochschulwesen sowie die öffentliche Verwaltung. In diesen Bereichen lässt sich eine parallel verlaufende Entwicklung feststellen, die insgesamt dazu geführt hat, dass die Leistungen der auf diesem Gebiet tätigen Organisationen, Einrichtungen und Projekten stärker als in der Vergangenheit überprüft werden. Im Gesundheitswesen überprüfen Krankenhäuser, ambulante Praxen und Einrichtungen, die präventive Arbeit leisten, ihre Leistungen und bemühen sich um Sicherung und Steigerung ihrer Qualität. Strategien und Verfahrensweisen wurden dabei zunächst aus dem Bereich der industriellen Produktion übernommen; erst allmählich werden Vorgehensweisen entwickelt, die den besonderen Bedingungen der genannten Sektoren angepasst sind (vgl. z. B. Nienhaus, Schreiner-Kürten & Wilker, 1999).

Die Gründe für das gestiegene Interesse an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im öffentlichen Sektor sind sicherlich vielfältig:

Vordergründig hängt es mit der Notwendigkeit zusammen, mit knapper werdenden Ressourcen umzugehen. Um unter dieser Bedingung die Versorgung der Bevölkerung sicher

stellen zu können, müssen die vorhandenen Mittel effizienter eingesetzt werden – Qualitätsmanagement soll dazu dienen, dieses Ziel zu erreichen. Die enge Verbindung zwischen Einsparungen in öffentlichen Haushalten und dem Einsatz von Qualitätsmanagement hat letzterem bei vielen Beschäftigten der betroffenen Einrichtungen das Image eingebracht, nur die Funktion zu erfüllen, Kürzungen und Streichungen zu legitimieren. Das ist verständlich, übersieht jedoch, dass im Zuge der Etablierung von Qualitätssicherungsverfahren immerhin die Kriterien für die Beurteilung offen gelegt und damit die Grundlagen für die Mittelvergabe transparent gemacht werden. Diese Entwicklung enthält durchaus Elemente der Demokratisierung.

Bei genauerer Betrachtung hängt der verstärkte Einsatz von Qualitätsmanagement mit einem Wandel der Leitungs-, Steuerungs-, und Kontrollfunktionen im öffentlichen Sektor zusammen. In hierarchisch gegliederten Systemen können den MitarbeiterInnen der unteren Hierarchieebenen Leistungsvorgaben gemacht werden, deren Bedeutung diese nicht erfassen oder akzeptieren müssen, denn nicht sie selbst, sondern die nächsthöhere Ebene ist für die Leistungskontrolle zuständig; die Gesamtverantwortung liegt schließlich bei der Führungsspitze der Organisation. Zusammenarbeit in Gruppen von gleichberechtigten MitarbeiterInnen setzt dagegen voraus, dass alle Beteiligten Verantwortung für ihren Arbeitsbereich übernehmen. Dazu müssen sie die Zielsetzungen des Gesamtunternehmens kennen und wissen, welche Standards in ihrer Arbeit einzuhalten sind. Die derzeitige Tendenz, in vielen Bereichen Hierarchiestufen abzubauen und einzelnen MitarbeiterInnen mehr Verantwortung zu übertragen, zieht deshalb die Notwendigkeit nach sich, neue Formen der Qualitätssicherung zu entwickeln.

Schließlich trägt auch die Pluralisierung der Gesellschaft in Bezug auf die Lebensstile ihrer Mitglieder dazu bei, der Diskussion über die Qualität öffentlicher Leistungen Brisanz zu verleihen. Gesellschaften, in denen der Lebensstil einer „Mehrheit“ zum Maßstab gesetzt wird, haben es vergleichsweise einfach, Kriterien für „gute“ Leistungen festzusetzen: sie orientieren sich an den Werthaltungen und Verhaltensnormen dieser Mehrheit und schenken den Bedürfnissen anderer Gruppen wenig Beachtung. In Gesellschaften, die unterschiedliche Lebensstile als gleichwertig anerkennen, müssen Art und Inhalt der öffentlichen Leistungen erheblich variabler gestaltet werden.

## ***Qualität – eine Definition***

Die Diskussion über Qualität und Qualitätsmanagement verlangt nach einer Definition des Begriffs „Qualität“. Obwohl ursprünglich nicht für den Dienstleistungsbereich entwickelt, hat sich die Definition des Begriffs nach DIN 55350 durchgesetzt:

*Qualität wird definiert als Beschaffenheit einer Produktionseinheit/Dienstleistung bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen* (vgl. Nienhaus, Schreiner-Kürten & Wilker, 1999, S. 11).

Was bedeutet „Qualität“ von Angeboten/Leistungen auf dem Gesundheitssektor? Welche Merkmale entscheiden darüber, ob sie geeignet sind, die vorausgesetzten Erfordernisse zu erfüllen? Im Gesundheitsbereich hat sich seit mehreren Jahrzehnten eine Unterscheidung zwischen drei Aspekten durchgesetzt: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

### ***Strukturqualität***

Unter Strukturqualität werden alle strukturellen Bedingungen zusammengefasst, die im Gesundheitssektor wichtig sind. Dazu gehören z. B. die Zahl und Ausstattung der Einrichtungen, die Leistungen auf diesem Sektor erbringen, die Ausbildung und Auswahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf diesen Feldern. Auch die Zugänglichkeit der Angebote für die Bevölkerung insgesamt bzw. für bestimmte Zielgruppen ist ein Aspekt der Strukturqualität, wobei „Zugänglichkeit“ u. U. nicht nur darin besteht, die Einrichtungen für alle potenziellen Nutzerinnen zu öffnen (sog. „Komm-Strukturen“), sondern es erforderlich macht, auf bestimmte Gruppen aktiv zuzugehen und sie an den Orten aufzusuchen, an denen sie sich aufhalten („Geh-Strukturen“).

Merkmale der Strukturqualität in Frauengesundheitsprojekten sind z. B. deren Ausstattung mit Mitarbeiterinnen und materiellen Ressourcen und ihre Erreichbarkeit für Frauen, die durch die Angebote angesprochen werden sollen. Bezogen auf das Gesundheitswesen eines Landes könnte sich das Bemühen um eine Verbesserung der Frauengesundheit z. B. durch Aufnahme relevanter Inhalte in die Ausbildungsgänge der im Gesundheitswesen Tätigen, durch Förderung einschlägiger Forschungsprojekte und durch vermehrte Einstellung von Frauen in verantwortlichen Positionen im Gesundheitswesen ausdrücken. Nachhaltige Verbesserungen lassen sich jedoch in der Regel nicht durch Veränderung eines isolierten Aspekts bewirken. Daher lässt sich die auf die Bedürfnisse von Frauen bezogene Qualität der

Struktur eines Gesundheitssystems i. d. R. nur durch Berücksichtigung mehrerer einschlägiger Aspekte feststellen (z. B. sagt die Quote der in Führungspositionen befindlichen Frauen wenig über die Förderung der Frauengesundheit aus, solange nicht sicher gestellt ist, dass diese die Bedürfnisse von Frauen beachten).

### ***Prozessqualität***

Prozessqualität meint alle Merkmale der Durchführung der Angebote/Leistungen – von medizinischen Behandlungen über Beratungen bis zu Aufklärungskampagnen und politischer Lobbyarbeit. Entscheidende Merkmale der Prozessqualität sind insbesondere die kompetente Anwendung der jeweiligen Arbeitsmethoden, Sorgfalt der Mitarbeiterinnen, Zuverlässigkeit der Angebote, Freundlichkeit und Respekt gegenüber den Kundinnen/Nutzerinnen. Da viele Leistungen im Gesundheitswesen nicht von Einzelpersonen erbracht werden, sondern Zusammenarbeit voraussetzen, sind Kooperation und Kommunikation oft Voraussetzung für hohe Prozessqualität.

Prozessqualität in Frauenprojekten ist von vielfältigen Faktoren abhängig. Zum einen ist es erforderlich, alle Vorgehensweisen auf die besonderen Bedürfnisse von Frauen abzustimmen, z. B. bei der Erstellung von Diagnosen oder der Durchführung von Behandlungen bzw. bei der Planung und Durchführung von Informations- oder Bildungsveranstaltungen. Dazu muss sicher gestellt werden, dass die Mitarbeiterinnen sich regelmäßig über einschlägige Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung informieren und an Fortbildungen teilnehmen. Auch der Austausch mit anderen Frauengesundheitsprojekten trägt zur Prozessqualität bei. Schließlich ist die Qualität der Angebote davon abhängig, dass die Würde und das Selbstbestimmungsrecht der angesprochenen Frauen respektiert werden. Die Beteiligung von Vertreterinnen der angesprochenen Gruppen an der Planung und Gestaltung der Projektarbeit kann als ein weiteres Merkmal der Projektqualität gelten.

### ***Effektqualität***

Effektqualität bemisst sich an den Wirkungen, die durch die Angebote/Leistungen erzielt werden – z. B. die Verminderung von körperlichen Beschwerden oder durch Informationsveranstaltungen erzielte Verhaltens- und Einstellungsänderungen. An welchen Effekten sich die Qualität eines Angebotes feststellen lässt, hängt selbstverständlich von deren

Zielsetzungen ab – Qualitätsmerkmal ist das Erzielen angestrebter Wirkungen und die Vermeidung von Nebenwirkungen.

Effektqualität ist abhängig von Struktur- und Prozessqualität der Angebote, lässt sich jedoch nicht auf diese reduzieren. Gerade im Gesundheitswesen lässt sich die Qualität der Ergebnisse nicht durch die Qualität der Angebote allein bestimmen; sie ist von Bedingungen abhängig, die von Anbieterinnen und Anbietern der Leistungen nur begrenzt beeinflusst werden können. So können kompetent angewandte medizinische Behandlungen aufgrund der Schwere der Erkrankung oder wegen der mangelnden Kooperation der Patientin/des Patienten fehlschlagen. Ob Informations- und Bildungsangebote die erwünschten Wirkungen entfalten, hängt u. a. von der Motivation der Teilnehmerinnen, ihren Vorkenntnissen und ihrem Arbeitseinsatz ab. Von daher kann das Erreichen oder Verfehlen von Wirkungen im Gesundheitsbereich nur z. T. den jeweiligen Angeboten/Leistungen zugeschrieben werden. Unter Effektqualität in Frauengesundheitsprojekten kann – abhängig von ihren Zielsetzungen – Unterschiedliches zu verstehen sein. Das Spektrum möglicher Wirkungen reicht von der Verbesserung der Wohnumgebung und der Schaffung von Arbeitsplätzen für Frauen über eine Erhöhung ihrer Informationsstandes (z. B. über Verhütung, Sexualität, Hygiene etc.) und die Stärkung ihres Selbstbewusstseins gegenüber männlichen Verwandten, Kollegen und Vorgesetzten bis zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit von Mädchen und der Erhöhung der Lebenserwartung von Frauen. Obwohl Aktivitäten zur Förderung von Frauengesundheit gelegentlich erhebliche Wirkungen auf unerwarteten Gebieten hervorrufen (so führt die Verbesserung der Bildungschancen für Mädchen und Frauen zu einer deutlichen Senkung der Geburtenrate), sind Frauengesundheitsprojekte gut beraten, die angezielten Wirkungen konkret zu definieren und darauf zu achten, dass die Effektqualität anhand von Merkmalen bestimmt werden, die direkt und konkret ihrer Arbeit abgeleitet werden.

Der Vollständigkeit halber an dieser Stelle noch zwei weitere Definitionen:

Unter **Qualitätssicherung** versteht man die Gestaltung, Erzeugung und Gewährleistung der Qualität eines Produktes und/oder Prozesses entsprechend den zuvor festgelegten Anforderungen (Warneke, 1998)

Mit **Qualitätsmanagement** ist das Gesamtkonzept für die Qualität in einem Unternehmen gemeint, in dem alle strategischen und operativen Aktivitäten und Zielsetzungen aufeinander abgestimmt sind (Warneke, 1998).

## **Möglichkeiten der Entwicklung von Standards und Leitlinien als Strategie des Qualitätsmanagements für die Arbeit von EWHNET**

Standards sind Vereinbarungen, d. h. Ergebnis von Aushandlungsprozessen. Nur in streng hierarchisch organisierten Organisationen mit starker Kontrolle durch die übergeordneten Ebenen (Militär, Gefängnis, Sekten) können Standards eingeführt und durchgesetzt werden, die nicht das Ergebnis von Vereinbarungen sind.

Im Zuge von Aushandlungsprozessen über Standards spielen erfahrungsgemäß zwei Tendenzen eine bedeutende Rolle: der Wunsch, durch klare und konkrete Festlegungen den Entwicklungsprozess der Organisation zu fördern (d. h. Innovationen durchzusetzen), aber auch das Bedürfnis, allzu konkrete Vorgaben zu vermeiden, um sich Handlungsspielräume zu erhalten. Auch wenn es gelegentlich so scheint, als sei Skepsis gegenüber konkreten Vereinbarungen der Durchsetzung von Innovationen abträglich, müssen beide Tendenzen in Verhandlungen ernst genommen und berücksichtigt werden.

Die Vereinbarungen, die in Organisationen oder Einrichtungen getroffen werden, können unterschiedliche Formen annehmen. Diese sollen im Folgenden vorgestellt werden. Allerdings ist zu beachten, dass die im Folgenden verwendeten Begriffe nicht eindeutig definiert sind. Sie werden z. T. in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. Außerdem sind die Grenzen zwischen den beschriebenen Formen, z. B. zwischen Prinzipien, Leitlinien und Standards häufig fließend. Eine eindeutige Sprachregelungen gibt es deshalb nicht. Vor allem im internationalen Sprachgebrauch dürfte die Verwendung der Begriffe uneinheitlich sein.

### ***Prinzipien***

Prinzipien oder Grundsätze definieren abstrakte Oberziele für die Arbeit einer Organisation, Institution oder eines Projektes. Allgemeine Prinzipien im Gesundheitsbereich können sein: „Wahrung der Menschenrechte“, „Respekt vor der Autonomie des Individuums“ oder „Gerechtigkeit“, aber auch „Nutzenmaximierung“ oder „Kostenminimierung“. Prinzipien der Arbeit in Projekten zur Gesundheitsförderung sind „Förderung der Selbstbestimmung“ und „Beteiligung der Betroffenen“. Frauengesundheitsprojekte orientieren sich u. a. am Prinzip der „Förderung von Chancengleichheit für Frauen und Männer“.

Vereinbarte Arbeitsprinzipien können in zwei Richtungen Wirkungen entfalten. Einerseits sollen sie die Mitglieder der Organisation bzw. Institution ansprechen und deren

Gemeinsamkeiten stärken. Veröffentlichte Arbeitsprinzipien geben zudem Signale nach außen, an Personen, die mit der Organisation oder Institution in Kontakt kommen. Außenstehende werden informiert, welche Haltungen sie von den Mitgliedern der Organisation erwarten können.

Prinzipien sind zumeist auf einem hohen Abstraktionsniveau definiert. Dies kann von Vorteil sein, weil es in Gruppen und Gremien häufig vergleichsweise leicht ist, sich auf abstrakte Prinzipien zu einigen: wer möchte schon gegen Menschenrechte verstoßen, ungerecht sein, viel Geld für wenig Nutzen investieren oder andere Menschen bevormunden. Auch in heterogen strukturierten, großen Organisationen ist es deshalb häufig möglich, sich auf gemeinsame Prinzipien zu einigen. Gleichzeitig kann das hohe Abstraktionsniveau von Prinzipien nachteilig sein, da sie sich unterschiedlich auslegen lassen. Welche Aktivitäten und Maßnahmen bspw. „Gerechtigkeit“ oder „Chancengleichheit“ fördern, welche Entscheidungen zur Verwirklichung dieser Grundsätze in Konfliktsituationen zu treffen sind, kann innerhalb einer Organisation durchaus umstritten sein. Die Gemeinsamkeiten, die durch die Vereinbarung von Prinzipien oder Grundsätzen gestiftet werden, sind u. U. geringer als erwartet.

### ***Leitbilder***

Manche Organisationen und Institutionen haben in den letzten Jahren damit begonnen, sogenannte „Leitbilder“ zu erarbeiten. In der Regel enthalten diese Leitbilder eine Zusammenstellung der wichtigsten Ziele und Grundsätze, denen sich die Mitglieder der Organisation bzw. der Institution verpflichtet fühlen sollen.

Die Entwicklung eines Leitbildes geht über die Vereinbarung einzelner Prinzipien (z. B. Wahrung der Menschenrechte, Respekt vor der Autonomie des Individuums und Förderung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern) hinaus. Ein Leitbild sollte zudem Aussagen darüber enthalten, in welchem Verhältnis diese zueinander stehen. Welche Prinzipien muss die Arbeit auf jeden Fall folgen, damit die Ziele der Organisation oder Einrichtung erreicht werden können? Gibt es Grundsätze, die nur in Verbindung miteinander die Erreichung der gemeinsamen Ziele fördern? Gibt es Grundsätze, die im Konfliktfall hinter anderen zurück treten können?

Leitbilder können Kommentare enthalten, die erläutern, wie die Aussagen auf die Praxis angewendet werden sollen. Da Leitbilder über einen längeren Zeitraum hinweg Bestand haben sollen, ist es jedoch nicht sinnvoll, detaillierte Ausführungen zu konkreten Handlungssituationen zu machen. Um die Notwendigkeit häufiger Revisionen und Überarbeitungen zu reduzieren, sollten Leitbilder Aussagen enthalten, die durch Forschungsergebnisse oder öffentliche Diskussionen in absehbarer Zeit mutmaßlich nicht in Frage gestellt werden.

### ***Leitlinien***

Leitlinien bzw. Richtlinien sind i. d. R. detaillierter formulierte Regelwerke als die bisher dargestellten Formen von Vereinbarungen. Leitlinien enthalten Aussagen zu den Handlungsgrundsätzen, denen die Mitglieder einer Organisation/Institution/Einrichtung verpflichtet sind, und darüber hinaus genauere Angaben, wann und wie diese Grundsätze umgesetzt werden sollen. So wird z. B. ausgeführt, in welchen Situationen die Beachtung bestimmter Grundsätze von besonderer Bedeutung ist, welche Handlungsweisen erwünscht, welche Handlungsweisen unerwünscht oder sogar verboten sind. Ein gutes Beispiel ist die „Berufsordnung“ des Berufsverbandes deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP, 1986): In einer „Präambel“ werden allgemeine Grundsätze der Berufsausübung für Psychologinnen formuliert; es folgen konkretere Ausführungen zu unterschiedlichen Aspekten, u.a. zum Umgang mit Klientinnen und Kolleginnen, zur Durchführung und Veröffentlichung von psychologischen Forschungsarbeiten, zur Gestaltung von Werbung für psychologische Dienstleistungen etc..

Selbstverständlich können Leitlinien mehr oder weniger konkret und detailliert formuliert sein. Die Spannweite der Möglichkeiten reicht von allgemeinen Aussagen über qualitätvolles Handeln („Der Psychologe ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem Vertrauen, das ihm entgegengebracht wird, zu entsprechen“) bis zu konkreten Ge- und Verboten („Sexuelle Beziehungen zu Patienten sind unzulässig“ oder „Der Psychologe darf nur nach vorheriger Einwilligung durch den Klienten/Patienten Aufzeichnungen auf Bild oder Tonträger über Besprechungen oder Behandlungen erstellen“). Im Bereich psychosozialer Berufe ist die Zahl der konkreten Ge- und Verbote, die in Richtlinien enthalten sind, in der Regel begrenzt; es dominieren allgemeinere Ausführungen, die Raum für flexible Auslegungen lassen. Dies hat u. a. damit zu tun, dass erfolgreiches Handeln in diesem Bereich

immer auch die Fähigkeit voraussetzt, das professionelle Handeln den Gegebenheiten des Praxisfeldes und des jeweiligen Einzelfalles anzupassen.

Leitlinien können im übrigen stark hinsichtlich des Grades ihrer Verbindlichkeit variieren. Manche Richtlinien haben eher den Charakter von Empfehlungen und appellieren an die freiwillige Selbstkontrolle der Mitglieder der Organisation/Institution, andere sind mit Sanktionen verbunden. Besonders hoch ist der Grad der Verbindlichkeit anzusetzen, wenn Richtlinien von Berufs- und Fachverbänden in die staatliche Gesetzgebung übernommen werden.

### ***Leitfragen***

Gelegentlich werden Hinweise auf erwünschtes/angemessenes Handeln nicht in Gestalt von Leitlinien verfasst, sondern als Leitfragen formuliert (z. B. Bundesvereinigung für Gesundheit e. V., 2000). Dies signalisiert, dass keine festen und verbindlichen Regeln vorgegeben werden, sondern zur Reflexion über bestimmte Themen angeregt werden soll. Vorgegeben werden damit Themenbereiche, über die Rechenschaft abzulegen ist, sei es im Rahmen eines Prozesses der Selbstvergewisserung, sei es gegenüber Dritten. Angaben darüber, welche Ergebnisse bei dieser Überprüfung möglichst erzielt werden sollten, werden nicht gemacht. Ob sich „Leitfragen“ von „Leitlinien“ substantiell unterscheiden, hängt allerdings entscheidend davon ab, wie diese formuliert sind. Durch manche Fragestellungen werden sehr konkrete Regeln impliziert. Wenn z. B. gefragt wird: „Ist sicher gestellt, dass Beratungsgespräche nicht durch Störungen (z. B. Telefonanrufe) unterbrochen werden?“, dann lässt sich unschwer die entsprechende Regel ableiten: Beratungsgespräche sollten/dürfen nicht durch Störungen unterbrochen werden“.

### ***Indikatoren und Kriterien***

Wenn die Bewertung der Qualität der Arbeit von Organisationen und Einrichtungen transparent und nachvollziehbar erfolgen soll, ist es notwendig, Indikatoren zu vereinbaren, anhand derer die Bewertung erfolgen soll. Angemessene Indikatoren erfüllen folgende Bedingungen:

- Sie sind klar definiert und für alle Beteiligten/Betroffenen leicht verständlich.
- Sie sind beobachtbar bzw. messbar, wobei zwischen Beurteilerinnen Konsens zu erzielen ist.

- Sie beziehen sich auf Aspekte, die von der Organisation/Einrichtung beeinflusst werden können.
- Sie sind über längere Zeiträume hinweg weitgehend stabil, so dass sich Veränderungen/Entwicklungen feststellen lassen.
- Sie erlauben eine eindeutige Bewertung der Qualität des Angebots/der Leistung (vgl. Hanmer, 2000, S. 4).

Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Effektqualität sollten in Abstimmung mit den Initiatorinnen und Mitarbeiterinnen der zu bewertenden Organisation/ Einrichtung festgelegt werden und deren Zustimmung finden (vgl. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 1999). Auch Vertreterinnen der Zielgruppe, die durch die Angebote erreicht werden sollen, sollten nach Möglichkeit an der Erarbeitung von Indikatoren beteiligt werden.

Ausgehend von festgelegten/vereinbarten Indikatoren können Kriterien für die Bewertung bestimmt werden. Es ist in vielen Fällen sinnvoll, bereits vor der Erhebung von Informationen in Einrichtungen oder Projekten festzulegen, welche Beobachtungen zu „guten“ oder „schlechten“ Beurteilungen führen werden. So könnte z. B. vereinbart werden, wie viele Personen durch ein Angebot in einem vorgegebenen Zeitraum erreicht werden müssen, damit es als erfolgreich eingeführt gelten kann. Wie viele Personen müssen ein Bildungsprogramm erfolgreich durchlaufen, wie viele PatientInnen als „geheilt“ entlassen werden, damit dem jeweiligen Projekt eine ausreichende Ergebnisqualität bescheinigt wird? Wie hoch darf der Anteil der TeilnehmerInnen sein, die eine Bildungsmaßnahme vorzeitig verlassen? Welche Art von Konflikten in Arbeitsgruppen und welche Art von Störungen in Beratungsgesprächen, ohne dass die Prozessqualität des Angebots in Frage gestellt wird? Solche Fragen zu klären, bevor in einer Einrichtung oder einem Projekt eine Beurteilung durchgeführt wird, trägt sehr zur Vertrauensbildung bei, da die MitarbeiterInnen wissen, an welchem Maßstab ihre Arbeit gemessen wird. Allerdings ist die Festlegung/Vereinbarung von angemessenen Qualitätskriterien u. U. schwierig, insbesondere dann, wenn es sich um ein neuartiges Angebot handelt, für das noch keine Erfahrungen vorliegen, was überhaupt erreichbar ist.

### ***Standards***

Standards sind Normen bzw. Gütemaßstäbe, an denen die Qualität vergleichbarer Angebote bzw. Leistungen gemessen wird. Im Unterschied zu Indikatoren und Kriterien, die für jede

Organisation, Einrichtung oder jedes Projekt individuell festgelegt werden können, um den jeweiligen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, werden Standards festgelegt, um verschiedene Projekte, Angebote etc. vergleichen zu können. Standards sind feste Gütekriterien und tragen zur Vereinheitlichung bei.

Wie bereits weiter vorn dargestellt, können Standards zwei unterschiedliche Funktionen erfüllen: Sie können dazu dienen, Merkmale festzulegen, die ein Angebot/eine Leistung mindestens erfüllen muss, um akzeptabel zu sein, oder sie können verwendet werden, um Zielvorstellungen für ihre Weiterentwicklung zu etablieren:

Im ersteren Fall handelt es sich um *Minimalstandards*, d. h. um vereinbarte Kriterien für die Mindestgüte der Angebote/Leistungen. Angebote, die den Standard nicht erfüllen, sind zurück zu weisen und dürfen z. B. nicht aus öffentlichen Kassen finanziert werden. Minimalstandards sind so formuliert, dass sie von den Mitgliedern der jeweiligen Organisation ohne übermäßige Anstrengung eingehalten werden können. Neue Mitglieder werden vor Aufnahme geprüft und/oder trainiert, bis sie die Minimalstandards erfüllen können.

In zweiten Fall handelt es sich um *Idealstandards*, die erwünschte Entwicklungen verdeutlichen sollen. Idealstandards wirken als Vorbilder oder Modelle, indem sie besonders gelungene bzw. hochwertige Angebote/Leistungen beschreiben (siehe unten: „gute Praxis“). Es kann nicht erwartet werden, dass es allen Mitgliedern der Organisation immer gelingt, Idealvorstellungen zu erfüllen; erwünscht und gefördert ist jedoch das Bemühen, dem Ideal näher zu kommen. Die Formulierung von Idealstandards kann dazu dienen, Innovationen innerhalb einer Organisation zu verbreiten, indem sie den Mitgliedern als Orientierung für ihr Handeln empfohlen werden.

Zwar ist es möglich, dass sich Innovationen in einer Organisation im Laufe der Zeit so verbreiten, dass aus früheren Idealvorstellungen Minimalstandards werden, doch ist es wichtig, sich darüber zu einigen, welchen Status ein vereinbarter Gütemaßstab zu einem gegebenen Zeitpunkt haben soll. Werden Idealvorstellungen formuliert, die von Organisationsmitgliedern für Minimalstandards gehalten werden, kann dies zur Überforderung beitragen und dazu führen, dass Standards als „unerreichbar“ bewertet und nicht ernst genommen werden. Verzichtet eine Organisation ganz auf die Entwicklung von

Idealvorstellungen und beschränkt sie sich darauf, Minimalforderungen zu vereinbaren, bleibt ein wichtiges Instrument zur professionellen Weiterentwicklung ungenutzt.

### ***Good Practice***

Mit dem Begriff „good practice“ (manchmal auch „best practice“) wird ein Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung bezeichnet, das darin besteht, herausragende, besondere Beispiele für Leistungen, Angebote etc. zu beschreiben und diese Beschreibungen innerhalb der Organisation zu verbreiten. Ein Beispiel auf dem Gebiet der Frauengesundheitsförderung ist der vom Commonwealth Secretariat (1996) verliehene *Award for Excellence in Women's Health*, das zehn Beispiele „guter Praxis“ in unterschiedlichen Ländern auf unterschiedlichen Kontinenten ausgezeichnet hat. Beschrieben werden die Kriterien, nach denen der *Award* vergeben wird. Diese betreffen die Breite der Gesundheitsdefinition der preisgekrönten Projekte, grundlegende Vorstellungen über die Bedingungen, die die Gesundheit von Frauen beeinflussen, die Verwirklichung der Beteiligung Betroffener in den Kommunen und die Methoden, die zur Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Jedes der zehn Projekte wird ausführlich dargestellt: seine Ziele, die eingesetzten Methoden, die erzielten Ergebnisse, Aktivitäten zur Evaluation, Aktivitäten zur Unterstützung von benachteiligten Gruppen, Beteiligung relevanter Gruppen., Verbreitung von Wissen, Einfluss auf Verwaltungs- und Regierungshandeln, transnationale Zusammenarbeit und Finanzierung.

Die Arbeit mit Beispielen „guter Praxis“ in dem hier gemeinten Sinne ist nicht grundsätzlich neu. In der Vergangenheit sind immer wieder Preise für hervorragende Leistungen ausgelobt und vergeben worden, z. B. auf dem Gebiet der Wissenschaften. Durch die Arbeit der Kommissionen, die über die Vergabe von Preisen entscheiden, wird ein Überblick über „gute Praxis“ geschaffen – preisgekrönte Projekte wirken als Modelle und Anreize für andere. Auf diese Weise werden indirekt Idealstandards geschaffen. Neu ist vielleicht, dass dieses Verfahren in den Kanon der Qualitätssicherungsmethoden eingliedert wird.

Die Arbeit mit Beispielen „guter Praxis“ hat gegenüber anderen Qualitätssicherungsmethoden einige entscheidende Vorteile. Jedes Projekt wird in seinem spezifischen Kontext beschrieben, mit den speziellen Methoden und seinen – auf die jeweiligen Bedingungen abgestimmten – Wirkungen. Beispiele guter Praxis gelten als Vorbilder, erheben jedoch nicht

den Anspruch, an einem anderen Ort in gleicher Weise realisierbar zu sein. Niemand wird davon ausgehen, dass ein Beispiel „guter Praxis“ in jedem Detail kopiert werden kann – es dient vielmehr als Anregung für die Entwicklung von weiteren Projekten, die auf die jeweiligen Bedingungen abgestimmt werden. Von daher machen Beispiele „guter Praxis“ keine Vorschriften, wie an anderen Orten gehandelt werden soll, sie übernehmen auch keine Garantie dafür, dass das gewählte Verfahren anderenorts ebenfalls erfolgreich ist. Beispiele „guter Praxis“ transportieren vielmehr – wenn sie ihren Zweck erfüllen – den „Geist“ des gemeinsamen Anliegens. Sie können Standard bildend wirken, ohne einzuengen.

Die Arbeit mit Beispielen „guter Praxis“ setzt allerdings die Bereitschaft und Fähigkeit voraus, Erfahrungen, die anderenorts gesammelt wurden, auf die eigene Situation zu übertragen. Da sie nicht kopiert werden können, sondern vielmehr transferiert werden müssen, setzt dieses Verfahren bei allen Beteiligten ein hohes Kompetenzniveau voraus – die wesentlichen Grundgedanken zu erkennen, zu abstrahieren und in Anpassung an die Gegebenheiten vor Ort zu konkretisieren.

### **Besondere Aspekte der Arbeit mit Standards in transnationalen Kontexten**

Für die transnationale Zusammenarbeit gilt das bisher Gesagte ebenso wie für nationale Zusammenhänge. Die Schwierigkeiten, zu Vereinbarungen zu kommen, die von allen Beteiligten ähnlich ausgelegt werden, können im transnationalen Kontext jedoch größer sein als in Gruppen, die sich innerhalb eines Landes bilden. Das liegt nicht nur an Sprachbarrieren – vor allem die konnotativen Bedeutungen zentraler Begriffe können sich von Sprache zu Sprache unterscheiden -, sondern auch an den spezifischen Bedingungen, die in den beteiligten Ländern herrschen (Beispiele bei Eichler, Lasch & Sonntag, 1999).

Es empfiehlt sich aufgrund dieser Umstände besonders intensiv mit Beispielen „guter Praxis“ zu arbeiten – und zwar nicht nur mit den entsprechenden Kriterienkatalogen, sondern möglichst konkret anhand von Projekten/Einrichtungen, die als Beispiele hervorragender Praxis gelten. Anhand solcher Beispiele wird deutlich, was „Frauenfreundlichkeit im Gesundheitswesen“ am jeweiligen Ort konkret bedeutet und welche Bedingungen vorhanden sind, um an der Verbesserung der Situation zu arbeiten. Durch einen Austausch darüber, welche Merkmale die besondere Qualität des Projekts/der Einrichtung ausmachen, lassen sich bestehende Missverständnisse am leichtesten ausräumen.

Ein ernstes Problem der transnationalen Zusammenarbeit besteht darin, dass die beteiligten Länder/Regionen in Bezug auf ihre Frauengesundheitspolitik nicht unbedingt den gleichen Status besitzen. Ob berechtigt oder nicht, es ist möglich, dass innerhalb des Netzwerkes eine Rangordnung entsteht, an deren Ende diejenigen Länder/Regionen stehen, die politisch „noch nicht so weit sind“, während die Spitzenpositionen von Ländern/Regionen eingenommen werden, in den Frauenpolitik schon lange mit Erfolg betrieben wird. Dabei besteht die Gefahr, dass Ansichten und Lösungen aus „Avantgarde“-Ländern die Diskussion dominieren und Einsichten und Praktiken der „Hinterwäldlerinnen“ nicht genügend beachtet werden. Die Beschäftigung mit konkreten Beispielen von Projekten und Einrichtungen mindert auch diese Gefahr eines „Imperialismus“, weil auf dieser konkreten Ebene die frauenpolitischen Stärken und Schwächen jeder Region weitaus besser zur Geltung kommen als auf der Ebene allgemeiner Erklärungen.

### **Erfolgsaussichten der Arbeit mit Standards frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung**

Welche Chancen hat das EWHNET, bei der Entwicklung und Durchsetzung von Standards frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung erfolgreich zu sein? Die Antwort auf diese Frage hängt z. T. davon ab, ob es um die interne Akzeptanz der Standards geht oder um die Wirkung auf die Gesundheitssysteme in den beteiligten Ländern.

Ob entwickelte Standards innerhalb des EWHNET auf Zustimmung und Akzeptanz stoßen, wird zu einem erheblichen Teil davon abhängen, wie die notwendigen Aushandlungs- und Einigungsprozesse gestaltet werden (siehe oben). Nur wenn über die Verfahren zur Entwicklung von Standards sicher gestellt ist, dass sich die Mitglieder des Netzwerkes mit diesen identifizieren können, besteht Aussicht, dass die Vereinbarungen das Handeln der Beteiligten verändern. Nicht zuletzt hängt die Wirksamkeit von Vereinbarungen aber auch davon ab, wie attraktiv das Netzwerk für die Mitglieder ist. Ist die Attraktivität einer Vereinigung hoch, dann steigt i. d. R. die Bereitschaft, gemeinsame Verabredungen auch dann einzuhalten, wenn sie nicht in jedem Punkt überzeugend sind.

Ob die Standards des EWHNET dagegen Einfluss auf die Gesundheitssysteme in den Ländern der EU haben werden, wird davon abhängen, ob Verbündete gewonnen werden können. Lobbyarbeit ist von daher zentral. Ein Beispiel erfolgreicher Lobbyarbeit ist in Deutschland der Versuch gewesen, den Schutz von Klientinnen vor sexuellen Übergriffen in Psychotherapie und Beratung zu verbessern. Nachdem sich aufgrund intensiver Verbands-

und Öffentlichkeitsarbeit eine ganze Reihe von Fach- und Berufsverbänden darauf geeinigt hatten, sexuelle Übergriffe als „Kunstfehler“ anzuerkennen, ist es schließlich gelungen, eine entsprechende Veränderung des Sexualstrafrechts zu erreichen. Wichtige Ansprechpartner für die Lobbyarbeit sind aber nicht nur Parteien, Parlamente und Regierungen, sondern auch andere einflussreiche Fachverbände (z. B. Ärztevereinigungen, Krankenhausträger, Krankenkassen).

Allgemein setzt Qualitätsmanagement im öffentlichen Bereich heute verstärkt auf Marktmechanismen. Durch geeignete Maßnahmen sollen die potenziellen „Kundinnen“ und „Kunden“ von der Qualität der Angebote überzeugt werden. Ein häufig gewähltes Verfahren ist dabei die Zertifizierung, z. B. nach der Normenreihe DIN EN ISO 9000ff (vgl. Nienhaus, Schreiner-Kürten & Wilker, 1999). Durch den Erwerb eines Qualitätszertifikats, das in regelmäßigen Abständen erneuert werden muss, wird versucht, Kundinnen und Kunden von der Qualität des eigenen Angebots zu überzeugen.

Ob es ein sinnvoller Weg wäre, ein Zertifikat „frauenfreundliches Krankenhaus“ oder „frauenfreundliche Beratungsstelle“ zu vergeben, steht dahin. Mit dieser Strategie verbindet sich die Erwartung, dass Patientinnen bzw. Klientinnen bevorzugt Einrichtungen aufsuchen, die dieses Zertifikat besitzen, was längerfristig dazu führen würde, dass viele Einrichtungen danach streben, das Zertifikat zu besitzen. Auf diesem Wege verbreiten sich Standards, ohne dass Einrichtungen gezwungen werden, diese zu übernehmen.

### **Chancen und Risiken der Arbeit des EWHNET mit Standards frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung**

Die Entwicklung von Standards frauenfreundlicher Gesundheitsversorgung bietet zweifellos Chancen, Gemeinsamkeiten zwischen den im Netzwerk organisierten Einrichtungen zu stärken und die Gesundheitsversorgung für Frauen zu verbessern. Mindeststandards dienen dem Schutz der NutzerInnen von Angeboten, Idealstandards sind geeignet, Innovation zu verbreiten. Wenn die beteiligten Projekte des EWHNET auf gleichberechtigter Ebene zusammenarbeiten und Gemeinsamkeiten weiterentwickeln wollen, ist die Arbeit mit Standards vermutlich sogar unverzichtbar.

Allerdings hat die Tendenz zur Standardbildung ihre Nachteile – nicht umsonst hat das Wort „Standardisierung“ auch negative Konnotationen. Regionale, lokale und individuelle

Merkmale können verloren gehen, wenn Standardisierung zu weit getrieben wird. Häufig genanntes warnendes Beispiel sind die internationalen Fast Food Ketten, die zwischen Los Angeles und Wladiwostok überall identische Produkte anbieten <sup>1</sup>. Standards fördern auch im Gesundheitswesen nicht nur Innovationen, sie können auch dazu beitragen, dass sich das Niveau der Angebote nivelliert und Mittelmäßigkeit begünstigt wird. Standards können so Innovationen und hervorragende Praxis behindern – besonders wenn sie in Verwaltungsvorschriften gegossen werden.

Die Arbeit mit Standards wird für das EWHNET dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, zwischen der Skylla der allgemeinen Beliebigkeit und der Charybdis der Überregulierung unbeschädigt hindurch zu segeln.

Zum Schluss noch eine persönliche Bemerkung: In Leipzig befand sich bis 1999 auf dem Dach eines Wohnblocks am Bayrischen Platz eine Inschrift des Wortlauts „Standardisierung fördert internationalen Handel“ (Leider ist sie, wie vieles, im Zuge der dringend notwendigen Renovierung der Häuser verschwunden). Obwohl ich mich im Vorbeifahren immer wieder gefragt habe, an wen sich dieser, in zwei Meter hohe Buchstaben gefasste Appell wohl gerichtet haben mag, bin der Meinung, dass sich die völkerverbindende Wirkung von Standards kaum treffender ausdrücken lässt. Standardisierung ist zweifellos ein Mittel, um Barrieren der internationalen Zusammenarbeit abzubauen. In leichter Abwandlung empfehle ich dem EWHNET deshalb das Motto: „STANDARDISIERUNG FÖRDERT INTERNATIONALEN WANDEL!“

### **Literatur:**

Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) (1986). Berufsordnung für Psychologen. Bonn: BDP.

Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (2000). Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. 2., aktualisierte Neuauflage. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.

---

<sup>1</sup> Haben Sie einmal einen Blick hinter den Tresen eines Fast Food Lokals geworfen? Am Arbeitsplatz jeder Mitarbeiterin hängt in einigen Einrichtungen ein Plakat mit der Überschrift: „So sollen Deine Produkte aussehen“. Dort ist für jedes Sandwich im Foto festgehalten, wie viele Salatblätter dazu gehören. Ein Form der Verbreitung von Standards, die lokale Sprachkenntnisse im übrigen fast überflüssig macht.

Commonwealth Secretariat (1996). *Models of Good Practice Relevant to Women and Health*. London: Commonwealth Secretariat, Marlborough House.

Eichler, Katja, Lasch, Vera & Sonntag, Ute (1999). Chancengleichheit und Gesundheit auf EU-Ebene. *Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 4/1999, 3-4.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation/James R.Sanders (Hrsg.) (1999). *Handbuch der Evaluationsstandards*. Opladen: Leske + Budrich.

Maritzen, N. (1998). Autonomie der Schule: Schulentwicklung zwischen Selbst- und Systemsteuerung. In H. Altrichter, W. Schley & M. Schratz (Hrsg) *Handbuch zur Schulentwicklung* (S. 609-637). Wien: Studien-Verlag.

Nienhaus, Rita, Schreiner-Kürten, Karin & Wiken, Friedrich-Wilhelm (1999). *Qualitätssicherung für Psychologen. Definition – Inhalte – Methoden*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.

#### **4. Dokumentation von Auszügen aus dem ersten Projektjahr zu Standards in der Praxis, September 1998**

##### **Einige Leitgedanken zur Frauengesundheit**

Die gemeinsamen Diskussionen haben deutlich gemacht, dass keine ausgearbeitete Theorie von Frauengesundheit existiert, die Praxis anleiten kann. In diesen Diskussionen haben sich aber einige zentrale Elemente als Basis eines gemeinsamen Verständnisses herauskristallisiert, die aus den praktischen Erfahrungen unterschiedlicher länderspezifischer und regionaler Bedingungen resultieren:

- Sensibilität gegenüber und ständige Berücksichtigung der Verschiedenheit von Frauen;
- Bewusstsein, dass Gesundheit und Gesundheitsprobleme von Frauen eingebettet sind in die Veränderungen ihres Lebenslaufes;
- Erkenntnis, dass Diskriminierung, Armut und Benachteiligung wichtige Einflüsse auf Frauengesundheit haben;
- Wissen, wie der Mangel an Macht und Einfluss Frauengesundheit schädigen kann und es Frauen schwer macht, ihre Gesundheit zu verbessern;
- Die Erkenntnis, dass Frauengesundheit ein ganzheitlicher Prozess ist, der eine biopsychosoziale Perspektive verlangt.

Diese Elemente sind unter unterschiedlichen praktischen und theoretischen Zusammenhängen von den Netzwerken und Organisationen ausgearbeitet worden. Sie unterscheiden sich nach Land und Arbeitsgebiet.

##### **Gute Praxis**

Es gibt unterschiedliche Wege zu guter Praxis. Sie kann verschieden gestaltet sein und sich auf unterschiedliche Felder beziehen (kommunale Politik, wissenschaftliche Untersuchungen, Veränderung der Gesundheitsdienste und –angebote, politische Strategien). An dieser Stelle werden Elemente beschrieben, die in unterschiedlicher Ausprägung in einzelnen Projekten zu finden sind. Für Personen und Organisationen, die im Feld der Frauengesundheit arbeiten, können sie wichtige Leitlinien des Handelns darstellen. Ein Prinzip frauenfreundlicher Praxis sollte sein, Frauen zu stärken und ihr Verständnis von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zu verbessern, Dabei gilt es, sowohl unterschiedliche Dienste und Professionen aufeinander zu beziehen als auch Hilfe zu Selbsthilfe zu fördern. Gute Praxis

zeichnet sich dadurch aus, dass sie ein ganzheitliches Bild von Frauengesundheit entwirft und dabei verschiedene meist getrennt voneinander liegende agierende Dienste und separate Handlungsfelder miteinander vernetzt. Grundsätzlich sollten die

- Bedürfnisse von Frauen ernst genommen werden;
- Bestehende Gesundheitsdienste und theoretische Ansätze dementsprechend neu durchdacht und verändert werden;
- Die Notwendigkeit von Organisationsentwicklung und Veränderungen bestehender Organisationen deutlich gemacht werden;
- Auf die Implementation und Durchsetzung von politischen Strategien zur Chancengleichheit geachtet werden.

Die Qualität guter Praxis kann auch darin liegen, die vielfältigen Aspekte der Bedeutung desw Zieles “Bedürfnisse von Frauen angemessen berücksichtigen“ auszuarbeiten und zu entfalten. Als wir dieses versuchten, fanden wir folgende Schlüsselworte hilfreich.

Ein solcher Schlüsselbegriff ist **Zugang**. Damit ist nicht nur der Zugang zu einer geschlechtersensiblen und angemessenen Gesundheitsversorgung gemeint, sondern auch der Zugang zu allen gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen für Frauen. Soziale und situative Faktoren sind in diesem Zusammenhang ebenfalls wichtig für die Interpretation der Gesundheitsbelange von Frauen wie auch deren Behandlung. Mit eingeschlossen sind deshalb auch soziale Netze, in denen Frauen leben, aus denen sie Unterstützung und Kraft ziehen, in die sie aber investieren mit ihrem Körper und ihrem Engagement. Hier kommt es darauf an, dass durch eine gute Praxis Wahlmöglichkeiten erhöht werden, dass Frauen in ihrer Selbstbestimmung gestärkt werden und Hilfe zur Selbsthilfe bekommen.

Ein weiterer wichtiger Schlüsselbegriff ist **Respekt** für die Bedürfnisse von Frauen und ihre spezielle Lebenssituation. Respekt charakterisiert die allgemeine Haltung in der Behandlung von Frauen sowohl im wie auch außerhalb des Gesundheitssystems. Respekt impliziert Sensibilität gegenüber der Unterschiedlichkeit von Frauen und ihren vielfältigen Bedürfnissen.

„Gute“ Praxis zeichnet sich weiterhin dadurch aus, dass sie **Strategien** im Umgang mit Frauengesundheit entwickelt. Strategische Überlegungen verweisen auf das Bewusstsein, dass Gesundheit nicht ein eigenständiger Bereich im Leben ist, der nur aus sich selbst existiert und

als selbständig behandelt werden muss. Frauengesundheit voran zu bringen verlangt nach strategischen Entwürfen der Partizipation und des sozialen Wandels. Empowerment, Aktivierung von Selbständigkeit, Widerstand und Zurückweisung von allen Formen der Schwächung und Verletzung, um einen Raum für Selbsthilfe und Selbstheilungskräfte zu schaffen, sind hier die entsprechenden Handlungslinien.

## **5. EWHNET- Working Group „Women and Occupational Health“**

In this chapter the results of the EWHNET-working groups are documented. All working groups aimed at developing guidelines of good or best practice. Referring to the topic „women, work and health“ a paper written by Kaisa Kauppinen gives an example about equality standards in Finland. Secondly, the report of the EWHNET-workshop in 2001 is documented and at last the result of the working group, a power point presentation about the topic, is described.

### **5.1. Equality Standards for a Good Workplace - A Finnish Research and Development Project, *Dr. Kaisa Kauppinen***

#### **Introduction**

In Finland, the activity rate of women has always been high, and today it is almost identical with that of men. However, women face problems at work when striving for the same status as men (the glass ceiling), and they are overwhelmingly responsible for the family and domestic duties. Part-time work among women has been less common in Finland than in other EU countries; most women work full-time. However, part-time solutions have become more common even in Finland. The latest figures indicate that 17% of the women surveyed in 1999 answered (spontaneously) that they work part-time. Women, particularly young women under the age of 30, are increasingly working on temporary contracts.

A study on gender equality at work revealed that the expectations at Finnish workplaces towards gender equality are positive. Gender equality is seen as promoting job satisfaction and work motivation. It could also improve the company image. The results were based on a study with a representative sample of all Finnish enterprises (both private and public) employing more than 30 persons (Kauppinen & Veikkola, 1997).

Even though the attitudes towards gender equality are positive, there has been little enthusiasm for concrete shop-floor interventions. Equality plans and the monitoring and actual implementation of plans has proceeded slowly and sporadically.

### The Present Study

At the Income Policy Talks, in autumn 1997, the labour market organisations agreed, among others, on the Equal Work Community Research and Development Project. The project was carried out by Kaisa Kauppinen and Leenamajja Otala in close collaboration with the employers' and employees' central organisations. The point of departure was that both parties should benefit. The common belief was that an equal workplace was needed by the employers and employees alike.

The first stage of the project produced a report on equality at the workplace plus a list of criteria on equal opportunities, suggested and approved by the people of the workplaces which took part (Kauppinen & Otala, 1999).

Similar work has also been done in Sweden, but the initiative came from the Minister of Equality rather than from the labour market organisations, as was the case in Finland. The Swedish minister raised the idea of an equality symbol, to be used in the same way as the environment symbol.

The project was aimed at creating a set of quality standards for equality at the workplace. These could be used to measure the state of equality at the workplace and to uncover aspects which need to be developed. The idea was to create a self-assessment system which would generate ways and means of evaluating the state of equality. In the project, gender equality was not seen just as an ethical norm, but as an economic concept of its own, as a factor of well-being, profitability and public image. Equality should not be regarded as a separate issue that can be developed in isolation.

### Participating Work Organisations and Data Collection

All together, nine organisations participated in the project. Seven represented private businesses and two were from the public sector. The organisations were both female-dominated and male-dominated, reflecting the high degree of gender segregation in Finnish work life. The companies represented both traditional Finnish industrial sectors, e.g., a paper mill and a confectionery factory, as well as the new rapidly growing high-tech industries.

The data collection was based on qualitative and quantitative methods: expert interviews and standard as well as open-ended questionnaires. The sample size for the questionnaire study was 521 (60% women). In each participating work organisation, except Nokia Tyres, a dialogue group of 20-40 persons, both women and men, representing various hierarchical positions, was set up. Based on these seminars and questionnaire data, eight equality standards were created.

## Results

The study confirmed that there were problems associated with equality. Women perceived inequality in the work organisations more often than men. Disturbances in well-being, a poor and tense work atmosphere, and conflicts at work were also cited. Men were less concerned with these issues than women. As regards women, the problems come to a head with the under-30s and the over-50s. With men the problems start with the over-50s.

77% of the men, but only 42% of the women said that gender equality functioned well at their workplace. There was a significant and systematic difference in this regard: managers and persons in supervisory positions were more satisfied with gender equality at work, while those in lower hierarchical positions were less satisfied. Particularly dissatisfied were the young women (often mothers of young children), holding lower white-collar jobs.

It appeared to be quite common for women to consider their gender a disadvantage in at least some form. This disadvantage was felt to be greatest in regard to pay, career advancement and distribution of the work load.

Half of the men, but only a quarter of the women, were satisfied with their career development. The gender difference was significant for all hierarchical groups except for the managers: the women managers were as satisfied as the men with their career advancement, in some firms even more satisfied than their male counterparts.

The work tasks in all organisations were strongly segregated by gender. Women's colleagues were mostly other women, whereas men worked with other men. However, men and women tended to meet each other when carrying out their daily routines at work. This may disguise the fact that the actual work tasks are strongly gender-segregated.

The most typically female-dominated job was secretarial work including a variety of job categories, e.g., clerk, assistant to the management, etc. Practically no men were found in these jobs. Traditional technical tasks were male-dominated but there were some women in these jobs. Other studies have similarly shown that women are more willing than men to cross occupational gender barriers.

Half of the women and one-third of the men felt that men's and women's views conflict at work at least every now and then. The young women were particularly alert to the differences of opinion between women and men. There were also incidences of sexual harassment, mostly in the form of verbal comments: altogether 24% of the women and 12% of the men were annoyed by dirty jokes and unwanted sexual comments at the workplace.

Attitudes towards ageing, subtle or indirect forms of age discrimination or ageism were felt to be sensitive issues in each work organisation. Generally, persons who were 50 years of age or older mentioned more discrimination or unfair treatment based on age than did younger people. The women were more sensitive about ageing than the men. They felt that they were not needed, that they were too slow or clumsy.

Unlike the young men, the young women, under the age of 30, mentioned age discrimination and unfair treatment. The young women felt that they were often seen as potential mothers and users of abundant maternity leaves rather than as professional workers. Therefore, they were not taken seriously; they felt bypassed or neglected when new job opportunities were opened.

Notwithstanding the relatively high degree of stress and competition in the workplaces, a majority of the men and women were satisfied with their work and felt competent at work. Many were strongly committed to their work. An important factor was the feeling of being treated with respect and dignity.

#### The Creation of Equality Standards

Based on the dialogue seminars and questionnaire results, eight equality standards were established. The idea was that workplaces can use the standards as an assessment system for the promotion of equality, well-being and productivity.

Equality standards and example questions to measure them:

### **1. The Level of Equality**

- Is equality and the well-being of the staff incorporated into human resources management?
- Is equality part of the common goals and strategy at the workplace?
- How is equality perceived by the staff?
- Do people feel that they are being treated fairly and with respect?

### **2. Salary and Remuneration Policy**

- Is salary and remuneration policy based on equal treatment and fairness?
- How openly are the bases for remuneration and bonuses discussed?
- Does everybody know for what they are being paid and when they have been successful?

### **3. Career and Development Opportunities**

- Do people have career opportunities and good opportunities for continuous learning in their jobs?
- Does everybody have an opportunity to maintain their competence according to their own desires, abilities and ambitions?
- Is the company spirit good, encouraging everyone to do his/her best?

### **4. Common Goals and Opportunities for Influence and Control**

- Does everybody know the common vision and common goals?
- Does everybody have opportunities for participation?
- Can people see how their own work is linked to the common goals?

### **5. Work Atmosphere and Feeling of Togetherness**

- Does the workplace culture support equality and diversity?
- Is there an atmosphere of openness and trust?
- Is diversity seen as a richness, or is the goal a homogenous staff?

### **6. Information Flow and Openness in Information Delivery**

- Does everybody have good opportunities for information concerning his/her own work and work unit, and future conditions and plans?

## **7. Working Conditions**

- Are the working conditions safe and ergonomically good?
- Is age-management practised and are older people given due attention?
- Do the work ability programmes support staff well-being?

## **8. Reconciling Work and Family Life (Private Life)**

- Does everybody have an opportunity for a private life outside the work? or is continuous overwork and over-commitment required and rewarded?
- Are men supported and rewarded or discouraged for taking parental leave?
- Is there a critical attitude towards the "long work hour culture", "work addiction" and "presenteeism"?
- Are the staff seen as individuals who have their own lives to lead?

The state of equality at work can be evaluated according to these standards. By further development of these standards, a comprehensive system can be created. The aim is to build equality into the work culture and organisation; equality should involve all corporate operations and development work (Ojala, 2000).

### Gender Equality/Diversity as an Integrated Element in Organisations

In Finland, larger companies with over 500 employees have been the forerunners in developing gender equality. Large state institutions and ministries, city governments (e.g. City of Helsinki), and other public institutions (e.g. the Finnish Institute of Occupational Health or the Finnish Institute of Public Health) as well as the universities and the Academy of Finland have published comprehensive equality plans. Smaller enterprises consider equality to be best achieved spontaneously, without any special measures (Kauppinen & Veikkola, 1997).

Human resource management, lifelong learning, and new challenges need to be considered from gender perspective. The new developments should be followed up, the results re-examined, and human resources specialists trained in equality and diversity issues.

Implementing equality/diversity requires competence and special skills. It is imperative to illustrate the economic benefits resulting from equality and diversity to the business world, its image, as well as the human benefits to all parties involved.

## References

Kauppinen, K.: Equality Plans as Strategies for Organisational Development (OD). In: Equality, Diversity and Training. Publications on Equality, Ministry of Social Affairs and Health 2000:9, 5-11, Helsinki, Finland, 2000.

Kauppinen, K. & Ojala, LM.: Gender Equality, Work Organisation and Well-being: Equality Standards for a Good Workplace. A Finnish research and development project set by the central labour market organisations, Helsinki, 1998 in Finnish with an English summary).

Kauppinen, K. & Veikkola, H-K.: Tasa-arvoistuvat työyhteisöt (Workplaces on the move towards greater gender equality). The Finnish Institute of Occupational Health and Labour Protection Broad, Helsinki, Finland 1997 (in Finnish).

Ojala, LM.: Competitiveness through Diversity. In: Equality, Diversity and Training. Publications on Equality, Ministry of Social Affairs and Health 2000:9, 14-19,

## **5.2. Results of the Working Group „Women and Occupational Health“**

### **5.2.1. EWHNET Invitational Workshop ,Trends in Women and Work, Opportunities for Occupational Health‘. *Lea den Broeder, Leonore Nicolai***

#### **Foreword**

In 2000, the European Women’s Health Network (EWHNET) organised an international workshop about occupational health. During one long day all kinds of international and national questions concerning women, work, and health were discussed and analysed. The aim was to develop a scheme or model for gender sensitivity and gender mainstreaming in activities and programmes in the field of work and health. The results of this workshop are summarised in this report.

#### **1. Why pay attention to this topic**

The issue of women’s work in relation to health is not new. Traditionally, most attention has been paid to risks concerning the reproductive potential of women, to pregnancy and the post-partum period. In all EU countries legislation protecting pregnant women exists. After delivery women are entitled to maternity leave. In some work sectors, women in their fertile age are protected from radiation or chemical substances to prevent damage to the reproductive organs or to prevent health risks for the unborn child.

However, women’s health includes much more than reproductive health. The women’s health movement has shown that there are more gender related differences in health. To mention some, women and men suffer from different kinds of health problems, they differ in health experience, they perceive and present their complaints different, and the treatments that they receive differ. Furthermore sociolinguistic research show that the communication between doctor (m/f) and patient (m/f) differs (Meeuwesen, Tannen) and that during consults women receive more education, explanation and information.

The health differences between women and men are only partly due to *biological sex* difference. Socio-economic circumstances, life-styles, physical environment and social environment are important determinants of health. Gender difference and gender relations shape these determinants. One of these is work and working conditions.

Since during the last decades- more and more women have entered the labour market, the issue of gender in occupational health has become a more important and urgent issue. New questions rise, like how does the combination of family work and paid work affect women's and men's health and what health risks are related to sexual harassment on the job. But also physical aspects (e.g. ergonomics and toxicology) of occupational health call for a gender specific view, because there are differences in the kinds of work men and women do, as well as biological differences between the sexes resulting in different health outcomes.

## **2. The workshop**

The workshop 'Trends in Women and Work, Opportunities for Occupational Health' was organised by the working group on occupational health of EWHNET. A small group consisting of 10 women experts from 5 European countries (Germany, Finland, Netherlands, Italy, and the United Kingdom) were present in Rotterdam. They represented different backgrounds as practitioners, researchers or policy developers/trainers in occupational health.

In a one day meeting first steps were taken to identify current important topics and trends in occupational health concerning gender. Views concerning occupational health and gender in the future were discussed. A 'quest for joint criteria/questions/topics' was undertaken. The most important part of the workshop was trying to define a *model of gender sensitivity in occupational health*. The workshop took place in Rotterdam, at the Scala Centre for Emancipation, Training, and Innovations in Care.

## **3. Methods**

Working methods varied from lectures to discussion and the so-called 'moderation method'. This last method consists of three stages. The first stage is a session in which all participants can freely write their views, ideas, knowledge etc on small notes and stick them on a whiteboard. During the second stage the notes are put together in systematic clusters by the moderator, helped by comments from the group. Prioritizing the outcomes is the third and last stage.

A very important aspect of the meeting was the clustering of women with different experience in the field of occupational health and therefore different approaches towards occupational

health and gender, stemming from their professional backgrounds. Implementing a gender specific approach in occupational health requires just this: identifying how such an approach can be translated to different work fields and levels in policy, research and practice.

To make the results of the workshop known to a larger group, the aim was to produce a poster series or power point presentation for workers and policy makers in occupational health. Part of the meeting was therefore appointed on discussing what results should be presented and how target groups could be reached etcetera. It meant that the participants had to focus and concentrate on a practical (end) product.

#### **4. Strategy**

Target groups in occupational health are researchers, occupational health - and safety physicians, tutors and trainers, and policy makers. The participants agreed that all these professional groups need to be addressed if gender sensitivity in occupational health has to be developed. Main questions of strategy were how to get gender issues on people's agendas and how to make adoption of a gender specific view on their work inevitable? These questions lead to the need to identify *arguments* for gender specificity in occupational health, and *benefits* of implementing this for this area of work.

#### **5. Outcomes**

##### **Why gender sensitivity in occupational health**

The arguments why gender issues should be integrated into occupational health are threefold.

1. Women's health at work can no longer be overlooked since women make out such a large proportion of the work force.

In 2000, 42% of all workers were women. Moreover, the concept of *equity* is broadly viewed as important in public health as well as in income policies/social security - both are fields that are closely related to occupational health. Promoting gender sensitivity in occupational health as a matter of equity is therefore reasonable. This type of arguments refer to social justice.

2. There is need of a *knowledge base* for men as well as for women in occupational health.

Many data are lacking concerning gender specific themes. Many new questions come up to which an answer has not been found yet, such as: why are women more at risk for repetitive strain injury (RSI) or the chronic fatigue syndrome (CFS). These gaps and bias in the body of knowledge in the occupational health field may be filled by adopting a gender sensitive approach.

3. The need for *effective methods, instruments, and procedures* naturally brings up gender issues.

Questions that do need answers are: “Do methods in occupational health, designed for male workers, have the same outcome for women?” “Are current instruments as effective for both women and men?” An example: it has been found that women’s coping strategies with stress at work differ from men’s. There are also gender related differences in effectiveness of coping strategies. Moreover, while men’s stress level goes down shortly after they come home from work, women’s stress level remains high for a number of hours. Programmes designed to reduce stress at work therefore need to include male-centered as well as female-centered approaches towards stress, e.g. for women it may be necessary to focus on the work on the job as well as in the home.

A gender sensitive approach therefore, will lead to (best) practices in occupational health which are better geared to the needs of both men and women.

### **Benefits of gender sensitivity**

Including gender issues in occupational health will bring benefits to the field of occupational health in several ways:

- It will contribute to solve questions concerning *equity in health*.

It is important here to note, that a gender approach can serve as a model of how to take other differences between people into account, such as ethnicity and cultural backgrounds, generation / age, socio-economic status, of which we know that they have impacts on health in general as well as on work related health problems.

- Paying attention to the health of female as well as male workers will improve the *quality of working life* for all workers.

**This will lead to less sick leave as well as to less people becoming unfit for work (of which in some countries, e.g. the Netherlands, women constitute a large proportion).**

- It will also lead to *better productivity* of people at work.
- Occupational *risk assessment* will be more accurate if gender factors are taken into account.

If workers – men or women- do fall ill, a gender sensitive approach will give better results in occupational rehabilitation.

### **What is gender sensitive occupational health?**

Having discussed the arguments for implementing a gender specific approach as well as benefits that such an approach may bring, it is of course necessary to define what gender sensitivity in occupational health means.

A preliminary *model* of gender sensitive occupational health has been designed. Starting points were concepts and knowledge developed in the women's health movement and gender specific medical science on one hand and in socio-economic gender studies and the part of the women's movement advocating equality in the labour market and in social security on the other hand.

The model consists of a number of very general conditions regarding occupational health in order to be called 'gender sensitive'. These may be seen as general *guidelines*. However, it was noted that occupational health is a multi-disciplinary field, extending across medical sciences, social sciences, and economy. Also the topics that have to be addressed are very diverse as are the professional disciplines involved.

Therefore this preliminary model is just a first step towards more specific guidelines for research, for practices and policies, as well as for specific topics. The hope has been expressed, that these might be developed in the (near) future. Methods such as Gender Based Analysis (GBA) may be useful here.

Not all guidelines have to be developed from scratch on. In several countries guidelines in occupational health have already been developed, sometimes together with the curative medical sector. Assessing the extent to which these guidelines already take gender differences

into account could result in the conclusion that gender factors are well looked into, or that gender bias needs to be repaired.

### **Steps to take**

Last but not least, necessary conditions and ‘steps to take’ were defined. The Central question was one of strategy. How to promote gender sensitivity. Again the answer to this question could only be rather general, although it may be worked out for more specific work fields or topics.

The list made up contained the following matters:

- Gender based *research* and gender specific *health monitoring* are necessary to build up a base of evidence for practice, policy as well as for ongoing research
- *Training* in Gender Based Analysis (GBA) will be helpful as an implementation strategy. Target groups are all those, mentioned before: trainers, occupational health and safety physicians, policy makers, researchers. Gendered guidelines need to be developed, especially for practices in occupational health. These guidelines must be evidence based.
- Best practice collection can promote ongoing implementation
- Gender mainstreaming in policies is necessary, as policies set the framework within which researchers and occupational health and safety physicians shape their work. It is also a top-down support for the implementation process.
- Intersectoral action regarding gender issues in occupational health is necessary, especially since women’s (and men’s) experiences contradict the assumption that health at work has little or nothing to do with the world outside, be it home, community or (sub)culture. An intersectoral approach involves other sectors in order to tackle a problem. E.g. attuning school facilities to the needs of working couples or single parents may reduce women’s (and men’s) stress related to combining home and work responsibilities.
- Participation F/M is an important issue. Women as well as men should be involved in decision making and policy development for reasons of equity and to prevent gender bias.

## **6. Conclusion**

The workshop may be called successful, in the sense that it provided space for interdisciplinary and transnational exchange concerning women, work and health. The posters designed have already proved useful in communicating a gender approach to professionals in the field of occupational health. However, many matters still have to be worked out in research, in practical guidelines, in training.

The EWHNET project will finish in June 2001. Despite this, the network will continue to exist in a somewhat modified form. The working group occupational health will continue as well, as a network within the network. Plans to develop activities are being conceived currently. Working on guidelines is one of them. Another plan is to design a research project comparing occupational health risks of women with so-called 'double burden' (work at home and work on the job) in different European countries: Finland, where mothers work full time, Netherlands, with most mothers working part time, and Italy where different arrangements exist.

## **Appendix I: Relevant literature**

Drennan L. (ed), Action for women's health. Making changes through organisations, Glasgow: Glasgow Healthy City Project, Women's Health Working Group, 1997

Frankenhaeuser M et al (eds), Women, work, and health. Stress and opportunities, New York/London, 1991

Long et al, Women, work, and coping, Montreal/Kingston, 1993

Doyal L, What makes women sick. Gender and the political economy of health, London 1995

Bekker M, Gjerdingen D, McGovern P, Lundberg U, Multiple roles: health protection or health risk? In: Kolk a., Bekker M, Van Vliet K, Advances in women and health research. Toward gender-sensitive strategies, Tilburg 1999: 103-123

Nicolai LC, "Win some, lose some. About integration projects of Women's Health Care" in: Women's Health Issues vol 7, no.2 March/April 1997

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Gender and working conditions in the European Union, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 1997

Tannen D, Je begrijpt me gewoon niet: hoe vrouwen en mannen met elkaar praten, Amsterdam, 1991

Meeuwesen L , Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patiënt, in: Sekseverschillen in ziekte en gezondheid, Nijmegen, 1997

Hammarström A , Why feminism in public health? In: Scandinavian Journal of Public Health 1999, 27: 241-244

## **Appendix II: List of participants**

- 1 Patrizia Giffoni , La Magnolia, Women's Centre for Mental Health, Italy
- 2 Ida Marrano, La Magnolia, Women's Centre for Mental Health, Italy
- 3 Jackie Erdman, Glasgow Women's Health Center, Scotland
- 4 Katja Eichler, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Germany
1. Kaisa Kauppinen, Finnish Institute of Occupational Health, Finland
2. Rieneke Sijderius, Occupational health and safety physician, the Netherlands
3. Yvonne Winants, University of Maastricht, the Netherlands
4. Lea den Broeder, Netherlands School of Public Health, the Netherlands
5. Joke Haafkens, University of Amsterdam, the Netherlands
6. Leonore Nicolai, Netherlands School of Public Health/ Netherlands School of Occupational Health, The Netherlands
7. *absent with notice*: Carol Hagemann-White, University of Osnabrück, Germany
8. *absent with notice*: Noks Nauta, Erasmus University, Rotterdam, Netherlands
9. *further member of the working group*: Dr. Vera Lasch, International Women's University, Hannover, Germany

### **5.2.2. Gendersensitivität in der Arbeitswelt**

**Women Work and Health – eine power point Präsentation des EWHNET, Ute Sonntag, Dr. Vera Lasch**

Das European Women's Health Network (EWHNET) ist ein Zusammenschluss von Organisationen aus dem Arbeitsbereich der Frauengesundheit, darunter sind Hochschulen, Forschungsinstitutionen und NGO's, die gemeinsam in diesem Netzwerk seit 1997 europaweit zu verschiedenen Themen im Frauengesundheitsbereich arbeiten. Schon relativ früh haben sich verschiedene Themen herauskristallisiert, an denen die Teilnehmerinnen des Netzwerkes Interesse hatten und die in Arbeitsgruppen vorbereitet und diskutiert wurden. Zur Gruppe der Teilnehmerinnen gehören z.B. Dr. Kaisa Kauppinen, Associate Professor am Finnish Institute of Occupational Health in Helsinki, Finnland, Lea den Broeder von der Netherlands School of Public Health in Utrecht mit dem Schwerpunkt Frauen und Arbeit, Dr. Vera Lasch von der Internationalen Frauenuniversität in Hannover, BRD und viele andere. So verwundert nicht, dass das Thema „Frauen und Arbeit“ aufgegriffen und diskutiert wurde.

Die Arbeitsgruppe „Women and Occupational Health“ wurde im Projektjahr 2000/2001 gegründet. Sie hat einen Workshop in Rotterdam organisiert (s.o.) und die vorliegende power point Präsentation erarbeitet. Neben den ständigen Mitgliedsorganisationen hat die AG eine Reihe weiterer Expertinnen aus den verschiedensten europäischen Ländern gewinnen können.

Die Power Point Präsentation ist konzipiert als allgemeiner Einstieg in das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung und Frauen“ und soll auf eine Reihe von Notwendigkeiten, Zielen und Strategien für Geschlechtssensibilität in der betrieblichen Gesundheitsförderung aufmerksam machen. Die Power Point Präsentation soll für alle, die in diesem Bereich arbeiten, als Grundlage für Referate und Vorträge dienen und einen schnellen Überblick über wesentliche Zusammenhänge bieten.

Auf den folgenden sechs Seiten werden die Aussagen dieser Power Point Präsentation beschrieben, um den NutzerInnen das Material verständlich zu machen. Die Präsentation besteht aus insgesamt 16 Seiten.

## **Die Seiten im Einzelnen**

Als Entrée zeigt die erste Seite das EU-Logo des Aktionsprogrammes, das Netzwerk EWHNET und die Finanzierung von EWHNET, um Entstehungsbedingungen und Herkunft der Texte zu erklären.

## **Gender Sensitivity in Occupational Health: as an Issue for Life Quality and Work Efficiency**

Der Titel stellt einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Sensibilität gegenüber den Gesundheits-Bedürfnissen von Frauen und Männern, ihrer Lebensqualität und den Arbeitsergebnissen her. Die These ist, wenn in der Arbeitswelt „geschlechts“-sensibel mit Gesundheit umgegangen wird, so hat das Auswirkungen auf die Lebensqualität von Männern und Frauen und trägt zur Effizienz der Arbeit bei. Diese These wird in den folgenden einzelnen Schritten der Präsentation belegt.

## **Visibility, Co-operation, Equal Opportunities, Gender-sensible Strategies in Occupational Health**

Mit diesen Schlagworten wollen wir als transnationale Arbeitsgruppe zu diesem Thema die wichtigsten Schritte unseres Verständigungsprozesses verdeutlichen:

- Visibility stand für uns am Anfang der Zusammenarbeit und des Verständigungsprozesses. Für alle Themen und Interessenbereiche im Netzwerk war es zuerst erforderlich, die Situation in den unterschiedlichen Ländern kennen und verstehen zu lernen. Die Unterschiede und Charakteristika der einzelnen Länder mussten bekannt sein = sichtbar sein. Das war der erste Schritt, um gemeinsame Interessen und Strategien formulieren zu können, um das Lernfeld aus anderen Ländern einschätzen zu können und gemeinsame Strategien zu finden.
- Co-operation war der zweite Schritt. Nachdem gemeinsame Interessen festgestellt, gemeinsame Projekte und Strategien formuliert waren, war die Zusammenarbeit zu verschiedensten Themen der Schlüssel für Verständigung. Die gemeinsame Entwicklung von Arbeitsstrategien und erprobte Zusammenarbeit war für uns ein wichtiges Element für die Umsetzung von für alle nützliche Arbeitsprodukte.
- Equal Opportunities haben wir deshalb aufgenommen, weil es ein wichtiger und treibender Anlass war, um weiter zu arbeiten und auch nach Ergebnissen und Umsetzungsstrategien zu suchen und unsere Ergebnisse in der Öffentlichkeit zu

präsentieren. Zudem ist hier ein starker Bezug zum EU-Programm zur Chancengleichheit von Frauen und Männern gegeben, das das EWHNET-Förderprogramm war.

- Gender-sensible Strategies in Occupational Health steht für das Ziel unserer Bemühungen.

### **Why Gender Sensitivity in Occupational Health?**

Auf Folie fünf werden einige der wichtigsten Argumente angeführt, warum Gendersensibilität im Bereich der Gesundheit in der Arbeitswelt notwendig ist. Den Argumenten sind Fakten beigeordnet, die ihnen Nachdruck verleihen. Chancengleichheit im Bereich von Arbeit und Gesundheit zu verwirklichen, ist dringend geboten, da die Geschlechtssegregation in der Arbeitswelt noch ein prägender Faktor ist und dies große Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Beschäftigten hat.

Nur Gendersensibilität kann dazu führen, dass gender-spezifische Gesundheitsrisiken bei der Arbeit identifizierbar werden. Da Frauen 42 % der EU-Arbeitskräfte ausmachen, ist dies kein Minderheitenproblem. Frauen und Männer sind unterschiedlichen Arbeitsumwelten ausgesetzt und müssen sich unterschiedlichen Anforderungen und Belastungen stellen. Um mit gender-spezifischen Gesundheitsrisiken angemessen umgehen zu können, sind angemessene Methoden, Werkzeuge, Verfahren und Strategien notwendig.

### **Example: Noise as a Health Risk**

Als Beispiel des Belastungsindikators „Lärm“ wird für Frauen und Männer differenziert aufgezeigt, welche Belastungssituationen samt Ursachen und Folgen bestehen. Lärm wird oft als hauptsächlich männliches Gesundheitsrisiko wahrgenommen. Die Folie macht deutlich, dass Lärmbelastung für Frauen und Männer sehr unterschiedlich ist. Der Lärm in eher technischen Berufen ist ein anderer als der Lärm in Grundschulen und Kindergärten. In dem einen Fall ist mechanischer Lärm vorherrschend, im anderen ist „Lärm“ ein soziales Phänomen. Geschrei, lautes Sprechen, Stimmengewirr sind die Basis für diese Form der „Lärmbelästigung“.

Die gesundheitlichen Risiken für Männer an technischen Arbeitsplätzen bestehen aus Hörschädigungen, Stress, Unfällen und Beinahe-Unfällen. Frauen leiden unter Stress aufgrund der beschriebenen „anderen“ Lärmbelästigung, sie leiden eher unter Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten mit gesundheitlichen Folgen wie Stimmbänderreizung und Überbeanspruchungs-Phänomenen.

### **Further Examples of Gender-specific Health Risks at Work: Job Profiles**

Ergänzend werden auf Folie sieben für Männer und Frauen getrennt Risiken in bestimmten Berufsbereichen beschrieben. Frauen sind eher in sozialen, auf Personen bezogenen Berufen zu finden mit gesundheitlichen Herausforderungen, die sich auf Belastungs-Tatbestände wie Aggressionen gegen Personen, Gewalt und sexueller Belästigung beziehen. Dies kann zu eher psychosozialen Beschwerden führen. Frauen sind weiterhin im Pflegebereich stark vertreten, was mit eher ergonomisch belastenden Arbeitsbedingungen einher geht und in muskuloskeletalen Beschwerden mündet. Männer sind gehäuft in technischen und handwerklichen Berufen zu finden, sie sind dabei eher den physikalischen Risikofaktoren ausgesetzt wie Chemikalien, Lärm, Strahlung und Hitze. Entsprechend erfahren sie andere gesundheitliche Belastungen und bilden eher diesen Belastungen entsprechende spezifische gesundheitliche Beschwerden aus.

### **Further Examples of Gender-specific Health Risks at Work: Working Hours; Violence and Danger**

Auch die Unterschiede in der Arbeitssituation bedingen geschlechtsspezifische Risiken, z.B. die Arbeitszeit. Frauen sind eher in Teilzeitarbeit beschäftigt, Männer in Vollzeit. Frauen haben das Problem der Abstimmung von Familie und Erwerbsarbeit, haben allerdings auch beide Bereiche als Ressource für Zufriedenheit. Männer sind stärker bezogen auf die Arbeitswelt, haben entsprechend auch weniger Gelegenheit, aus beiden Bereichen Befriedigung zu ziehen.

Die gesundheitlichen Risiken sind entsprechend dieser unterschiedlichen Situationen auch verschieden: Frauen haben in der Regel weniger Kontrolle in ihrer Arbeits- und Lebenssituation, einen niedrigen Status. Beides gilt als psychosoziale Risikofaktoren und stellt ein Risiko für Stress und kardiovaskuläre Erkrankungen dar. Für Männer resultieren aus diesem Arrangement psychosoziale Probleme und Stress.

Gewalt und Gefahren in der Arbeitswelt sind für Frauen und Männer ebenfalls verschieden verteilt. So leiden mehrheitlich Frauen unter sexueller Belästigung, was zu psychosozialen Problemen und Müdigkeit, Kopfschmerz und Stress führen kann. Männer haben eher mit Unfällen und Aggressionen zu tun, was zu Verletzungen und psychosozialen Problemen führen kann.

Zusammenfassend wird auf Folie neun verdeutlicht, welche multiplen Stressoren in den Frauenberufen gehäuft auftreten können. Wenn sie gehäuft auftreten, kann das gesundheitliche Risiko steigen. Ein Risikofaktor für Frauen sind die vielfältigen Verantwortlichkeiten. Dieser Faktor kann z.B. durch unvorhersehbare Zeitpläne, Mangel an sozialer Unterstützung, unfaire Behandlung, sexuelle Diskriminierung und geringe Bezahlung auf die gesundheitliche Situation der Betroffenen wirken.

Als nächster Schritt wird aufgezeigt, was ein gendersensibler Umgang mit Arbeit und Gesundheit bedeuten kann. Eine Herangehensweise an die betriebliche Gesundheitsförderung ist notwendig, die die Risiken beider Geschlechter wahrnimmt und berücksichtigt. Es ist wichtig, Faktoren zu berücksichtigen, die durch die Unterschiede in der beruflichen Belastung und in den gesundheitlichen Risiken beider Geschlechter gekennzeichnet sind. Ebenso wichtig ist es, die Unterschiede in der sozialen Position zwischen den Geschlechtern, bezogen auf Alter, kultureller Herkunft, Lebensstil, sexueller Orientierung und sozioökonomischem Status wahrzunehmen und in ihren Folgen für die gesundheitliche Situation zu verstehen. Die Stereotypen im Umgang mit Begriffen wie Weiblichkeit und Männlichkeit müssen verstanden und verändert werden. Kenntnisse, Werte und Erfahrungen beider Geschlechter müssen in der betrieblichen Gesundheitsförderung gleichermaßen ernst genommen werden. Frauen und Männer müssen im Bereich der Risikoeinschätzung und bei der Prioritätensetzung in der betrieblichen Gesundheitsförderung gleichermaßen beteiligt sein.

Der Gender Bias, also die Verzerrung von Ergebnissen auf Grund der fehlenden geschlechtsspezifischen Analyse, müssen dokumentiert werden und in Konzepten zur Untersuchung von gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt Eingang finden.

### **Positive und negative Stereotypen**

Folie 13 gibt die positiven und negativen Stereotypen, die von weiblichen Beschäftigten existieren, wider. Bei einer genaueren Analyse der Situation differenziert sich das Bild von weiblichen Beschäftigten: z.B. kann positiv verbucht werden, dass eine berufstätige Mutter eine starke Organisatorin ist. Doppelte Arbeit kann möglicherweise doppelter Anlass für Bestätigung sein, d.h. beide Erfahrungswelten ergänzen einander und können durch das Wechselspiel „Benefits“ bringen. Ab 45 Jahren starten viele Frauen eine neue Karriere. Wenn es gelingt, kann man dies als einen neuen Aufbruch in einem sonst „eingefahrenen“

Lebensalter verstehen. Eine Stärke kann ebenfalls sein, für Menschen zu sorgen und soziale Verbindungen zu schaffen.

Negative Stereotypen von weiblichen Beschäftigten sind: geringe Karriereaussichten und -wünsche, Unzufriedenheit, geringe Arbeitsmotivation, geringe Teamfähigkeit. Obwohl viele Frauen ihren Lebensunterhalt alleine verdienen, wird die weibliche Arbeitskraft nicht angemessen bezahlt. Dass Frauen nicht voll in der Arbeit zur Verfügung stehen und Arbeit und Familie als doppelte Belastung gelten, sind weitere stereotype Vorannahmen, deren Gehalt ungeprüft als Voraussetzung vieler Aussagen und Handlungsstrategien gilt.

### **Aims of Gender Sensitivity in Occupational Health**

Für eine geschlechtssensible betriebliche Gesundheitsförderung sollten u.a. folgende Schritte berücksichtigt werden:

- die Arbeitsqualität für Frauen und Männer zu verbessern;
- die Balance zwischen Arbeit und privatem Leben für Arbeitende beider Geschlechter zu verbessern;
- die Wichtigkeit von Geschlechtsunterschieden bei der Analyse von gesundheitlichen Bedingungen auf der Arbeit anerkennen;
- arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken für beide Geschlechter reduzieren;
- die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden bei der Arbeit erhöhen;
- die Unterschiedlichkeit zwischen männlichen und weiblichen Gesundheitsbedürfnissen über den Lebensverlauf anerkennen;
- einen genderspezifischen Ansatz anwenden.

## Instruments

Die letzte Folie zeigt eine Beschreibung der Instrumente, die nötig sind, um diese Ziele zu erreichen:

- Geschlechtssensible Forschung;
- Training in geschlechtsbasierter Analyse;
- geschlechtssensible Leitlinien;
- Benchmarking;
- Gender Mainstreaming;
- ein multidisziplinärer Ansatz;
- gleiche Beteiligung von Frauen und Männern; besondere Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken in Frauenberufen.

### Folie 1



**EWHNET**

The European Women's Health Network (EWHNET) was founded in 1997 as a project in the Medium-Term Community Action Programme on Equal

Opportunities for Women and Men and was supported by the German Federal Ministry for Family Affairs, Seniors, Women and Youth.

**Die weiteren Folien finden sie im Ordner *Folien* auf der CD.**

## **6. Results of the Working Group „Women and Mental Health“**

The EWHNET-working group „Women and mental health“ organised a workshop in Vienna and developed the following transnational guidelines, discussed the AKF-guidelines for women-oriented therapy regarding their transnational validity. The AKF-guidelines have been accepted as transnationally valid. The AKF is a German nationwide society of women working in the health system or are engaged in the area of self-help or advice service. The organisation aims at emphasizing mistakes relevant to women in medicine, psychotherapy and society, and at making interests of women visible, considered and taken into account.

### **6.1. EWHNET Guidelines on „Women's Mental Health“**

The following statements all focus on the salutogenetic approach, not the traditional pathogenetic approach of psychiatry. These guidelines stress women's resources, to maintain psychic health and to prevent psychological problems.

#### **1. Understanding and Definition of Women's Health and Diseases**

- Concept of the client as a comprehensive person containing body, mind, and soul
- Turn from a biological model to a psycho-cultural-sociological model
- Health includes the ability to determine one's own capabilities
- Cyclical changes in one's state of health do not belong a priori to the field of diseases

#### **2. Social, Cultural, Political, Ethical, Economical ... Context of Women's Lives**

- Maintain the self-esteem, competencies, power, energy, strengths that young girls demonstrate
- Protect young girls from negative aspects of gender-specific socialization
- Women's continuing world-wide economic disadvantage and the inequality of opportunity are evident risk factors
- Eating disorders are strongly co-determined by social norms for women as slim, tall, young, big-busted, etc.
- Prevailing role attributions expose women in particular to conflicts and dilemmas that can become risk factors

### **3. Society**

- Awareness of mental health (of women) as the most important resource of society
- Acceptance of the human right to express emotions
- Legalize abortion
- Heighten the image of psychiatry and psychotherapy
- Openness, where no taboos inhibit talking about problems

### **4. Training Professionals about Psychosocial Risk-factors**

- Link between the problems presented with social / cultural / personal life conditions
- Women can become sick from multiple burdens, violence, poverty, inequality, violence experienced, double work, motherhood stress, multiple burdens, skills in taking care of others etc.
- Turn from “female masochism” to the concept of “identification of the aggressor”
- Missing father - deficits of father in later age

### **5. Psychiatry: Research, Training, Services and Treatment**

- Psychiatry has to realize gender-mainstreaming on all levels
- Training of health personnel in women’s mental health issues including the topics stress and violence problems
- Medication: Women and men react differently on psychopharmacological drugs. Actually women are not included in the clinical trials. Consequently it is necessary to promote the moderate and critical use of psychodrugs in women.
- Psychiatric and psychotherapeutic treatment combined with social support brings the best results
- Participation of patients on all levels
- Comprehensive and comprehensible information (informed decision making, informed consent)
- Right to choose female or male therapists, esp. for violently traumatized women
- Stress-related services for women in a non psychiatric model
- Healing and medical professions need to develop a critical awareness of their own implicit norms

## **6. Psychotherapeutic Relationship**

- Relationship should not be orientated towards the traditional hierarchical model
- Validation of women's strengths and values
- Self- reflection of the professional role
- Reduction of the power difference between therapist and client
- Protection of the client from all kinds of abuse of power within the relationship
- Education on how to handle the increasing violence of patients

## **7. Consumer Control, Quality Assurance**

- A woman can expect to be respected and esteemed by psychotherapists as an individual and as an unique personality
- Quality criteria for medication standards are needed
- Quality control by clients should be organized (e.g.: questionnaires)

## **6.2. EWHNET Guidelines on "Women's Mental Health": Explanations and Background Information**

### **1. Understanding and Definition of Women's Health and Diseases**

In our understanding of women's health and especially women's mental health we follow the WHO, who defines health promotion and health of men and women as follows (Ottawa-Charta, 1986):

"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment.

Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore,

health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing."

**a. Concept of the Client as a Comprehensive Person Containing Body, Mind, and Soul**

As the WHO-definition claims, health is not a negative concept, like the pathogenetic thinking in diagnostic schemata suggests, but a positive concept of resources. In medical terms, health is traditionally described as a state without defect or deficit, where socially expected functioning is not disturbed. Usually, this thinking does not incorporate non-physical aspects of "functioning" like wellbeing, personal satisfaction, feeling of control over ones life etc.

**b. Turn from a Biological Model to a Psycho-Cultural-Sociological Model**

Well being has physical and psychological and social aspects: the physical abilities, the psychological strength and the social or socioeconomic resources all together enhance or inhibit the feeling of wellbeing and satisfaction. Talking about satisfaction and psychological wellbeing, as co-determinants of people's health, suddenly instead of the a defect or deficit the subject is focused. This subject is always a man or a woman living in a social context. This makes clear, that health is codetermined by physical sex and psycho-social gender.

**c. Health Includes the Ability to Determine One's Own Capabilities**

Society, culture, religion and tradition: these frameworks we live and develop in strongly form our way to think, to feel and to behave. These frameworks provide us with typical, ideal pictures of man and woman, to orient on. For many women social rules represent caves, inhibition, repression, or even destruction.

Mental health is the feeling of control over and the capacity to cope with one's life. Social norms -per definition- neglect individuality, so the individual woman must experience at least some norms as not suitable, inhibiting, as destructive for her. (For men, of course, social norms can have adequate negative impacts on mental health!)

**d. Cyclical Changes in Women's State of Health are not a Priori Pathological**

Throughout their life cycle women experience various risk-situations and risk-phases for mental health. Women are confronted with events and changes, which are difficult to cope

with and which often are experienced as burdens - But this pressure is not pathological per se:

- 1) social norms inhibit or even destroy the natural expression of self of young girls and make a healthy, self-defined behavior rather difficult;
- 2) the social beauty-ideal of a slim and yet full-figured female body (strongly supported by the fashion-industry) has a crucial impact on the alarming rise of eating-disorders;
- 3) menstruation, still covered by social taboos (as can be seen in advertisements praising tampons for making menstruation invisible) and partly pathologizing (as a premenstrual dysphoric syndrom or disorder);
- 4) the phase of menopause, clearly associated with depression as biologically and hormonally determined symptoms, which have to be treated with drugs. Menopause is not understood as a time being psychologically challenging (loosing fertility, fear of loosing the social acceptance as a woman or of getting old and therefore sexually unattractive, ...);
- 5) the multiple burdens of many women, like the necessity of earning money, care for children and too few kindergardens and nurseries especially in rural areas, household, partnership, often financial dependence;
- 6) the wish to get pregnant, it's realization and the related questions: if and if yes when, contraception, abortion, teenager pregnancy, still births, post partum depression or psychosis;
- 7) getting pregnant by IVF: this procedure is experienced as very stressful by a lot of women. The analysis of sterility should take into account possible psycho-dynamic and psychosomatic factors which could co-determine that women cannot get pregnant in a natural way. Having got pregnant by IVF, women often are strained but without professional psychological support;
- 8) traumatizing physical and sexual violence, mostly within family boundaries, still suppressed in society and in many cases not detected by medical professionals;

## **5. Psychiatry: Research, Training, Services and Treatment**

### **The research**

#### ***A. Epidemiological and Statistical Data***

Given the importance, in order to build up more reliable risk maps, of having data divided into sex, recommendations to all the European countries to adopt the following measures are necessary:

- standardization of data surveying procedures concerning the personal and social typology of the women who come to mental health services;
- collection of data divided into sex, and presentation of the results according to above distinction.

### ***B. Etiological and Risk Factors***

Recommendations apt to integrate the gender point of view in the research evaluation criteria are considered necessary.

Research which is considered highly reliable:

- uses case-control samples;
- includes patients of both sexes;
- relates the different variables to the sample divided by sex.

It is right to adopt measures to implement researches apt to offer better results in the perspective of primary prevention.

Researches aimed to:

- a. analyse risk factors in daily life and in the environment;
- b. standardize the main pre-morbid risk factors in female mental illness, particularly the risk of: family work overload, stress and violence;
- c. elaborate on a survey protocol for the gathering of risk factors of mental illness;
- d. develop a multicentric European programme on the interaction of the main psycho-social risk factors.

### ***C. Pharmacology***

In this field, it is necessary to acknowledge the difference between women and men in pharmacodynamics, and in pharmacokinetics.

Pharmacological research should assume the goals to improve the efficacy and the safety for women of pharmacological products through:

- a) removal of the obstacles to the inclusion of women in clinical and pharmacological *trials*;
- b) data collection through mix male and female samples;
- c) analysis of data divided by sex.

#### ***D. New Diagnostic Criteria and Tools***

It is necessary to modify the diagnostic criteria concerning the measurement of the social seriousness of discomfort by including the gender point of view. More precisely, the evaluation of seriousness of mental disease could be done on the basis of the perception of impairment and not only on the basis of objective evaluation in terms of social dysfunction.

The integration of the gender point of view should be assumed also in the research of new methodologies and new therapeutical tools. New and specific therapeutical tools for women are necessary, focusing on the link between illness and everyday life, and particularly on the following conditions:

- a. the external as well as family work;
- b. the use of verbal, psychological and physical violence in both external and family relationships;
- c. the educational training to pattern of dependence.

#### **Treatment**

It is necessary to predispose sex specific protocols for pharmacological treatment. Evidences on weight and pharmacodynamic difference between female and male consumers suggest caution in dosages, lower dosages for women compared to men. Moreover, as long as research is not carried out on both sexes, it is important to investigate, directly from woman, about the side effects produced by pharmaceutical products.

The treatment should take into account the evidences brought up by research and in particular of psycho-social risks. It should put the woman in the centre with her every day life difficulties. All types of intervention should take into account two main factors:

- many women suffer in daily life from: loneliness, poverty, unemployment, lack of economical supports , children burden, violence, etc.
- and many women suffering from anxiety or depression, don't speak about their everyday life difficulties, and don't recognize oppression, violence, fatigue and tiredness.

So it is necessary to work out protocols apt to:

- guide health care providers in singling out the causes undervalued by women themselves;
- give suggestions apt to help women to lighten the burden of responsibilities that benefits others and to assume styles of behaviour more suitable to the individual wellbeing (and benefits herself).

Moreover, homogeneous groups should be set up. They should be made up of women sharing, with different symptoms, common life problems, such as: teenagers and post-teen ages, married women with children, separated women etc.

The psycho-social rehabilitation action should be organized around women's needs. The experience with women suggests that these groups may be successfully oriented toward the re-discovery of abilities, skills and desires set aside for many years and that, instead, can be recovered and included in a personalized and creative social rehabilitation programme.

### **Training**

Training programmes must fit women's needs. Such programmes will keep gender differences into account in terms of the greater incidence of mental disease and in terms of educating the 'medical professionals' to identify psycho-social risk factors in women's everyday life.

Training of mental health providers must not be supported mainly by the pharmaceutical industry, for this industry has a concrete interest in pharmacological treatment, and a legal interest in promoting other treatment and prevention.

The training must be focused on acknowledgement of environmental and social-relational factors. These are factors on which it is possible to intervene before that the overload of pressures becomes a psychic pathology.

We consider it important to organize a specific training programme on behalf of general practitioners, psychiatrists, psychologists and other social-health workers, aimed at:

- reducing drug-abuse;
- stimulating a medical and psychological approach apt to explain the connection between illness and everyday life (house work and violent pressure from the family context).

The training must give correct and broad information on the processes involved in becoming ill and, in the opposite direction, on the protecting factors.

The training must orient medical professionals towards helping women to:

- combat stress and other pathological problems linked to female roles;
- change the pattern of subordination and dependence;

- know that the absence of reaction to violence is linked to illness and others psychological troubles;
- modify life styles leading to mental illness.

## Services

It is necessary to direct health services towards:

- preventative and therapeutic activities for women;
- offering women specific services

The main goal is to get all health care providers to work with a gender perspective.

Three types of activity or service for these women:

1. The first type aims to prevent specific situations of distress.

The main goals are to give correct information on links between daily life and mental disease and to transfer means to:

- fight stress, fatigue and tiredness before they become a pathology;
- overcome the pattern of subordination and dependence;
- react against family violence and psychological maltreatment.

The following should be part of these services:

a. the listening-centres, the training-stages, the social and psychological support-groups, etc.

Each initiative would be addressed to women with specific problem:

- Women who have given up working after maternity,
  - Women having difficulties in social relationships, in organizing both housework and extra-familiar work;
  - Ill-treated women, abused, alcoholic women, etc.
- b. Programmes for health education with a view to:
- Increasing women's ability to communicate and express themselves emotionally;
  - Increasing the ability to analyze their life-style;
  - Improving their image and their self-esteem;
  - Reducing the risks of symptoms of mental pathologies.

2. The second type of service is addressed to women who have already begun to develop an illness and manifest symptoms, and who have already had psychiatric treatment. There

women could be encouraged to understand the way in which their daily lives have led them to illness. Work method should be different from that traditionally adopted in psychiatry.

The specialised services should offer practical help and necessary support by creating a concrete alternative to hospitals and to psychiatric cures.

These services have the following goals:

- to reduce or to eliminate the use of specific therapeutical means, such as hospitalization, drugs, or any other strategy that tends to impede or delay the comprehension of the concrete and tangible causes of their illness;
- to consider the symptoms of mental illness as signs of unbearable life conditions;
- to create a new life-style for women's benefits in keeping with their interests, aptitudes and emotions.

3. The third type attend to setting up “women's refuges”. Today, in spite of hospitalization, it is right to consider as a therapeutical tool non medical care places for women with psychological problems.

- They could go there spontaneously to receive psychological support in their daily lives.
- So they could make a stop of daily life stressors.

### **Comments referring 6. Psychotherapeutic Relationship and 7. Consumer Control, Quality Assurance**

Women-adequate psychotherapy is based on the knowledge that also psychotherapy is not free from gender bias and from gender specific norms and standards concerning normality and mental health and illness. Criticism is also directed against institutionalised forms of psychotherapy. Because of their hierarchical organization and the corresponding gender specific division of labour institutionalised forms of psychotherapy bring women as patients or clients into a position where they are confronted with predominantly male expert's power, male power of definition and authority of decision taking (gendered institutions).

In such settings there is a great danger of women falling into old patterns of dependency, heteronomy, and dominance. Psychotherapy should rather offer women a space in which they can find recognition and respect as being “expert in one's own life” within a subject-subject relationship rather than becoming the object of certain measures of treatment.

Therefore it should be demanded that women-adequate psychotherapy is oriented towards women's real life experiences and women-specific life contexts as they are revealed by the results of women's health research and as can be seen in women's wishes for understanding help and non-hierarchical offers of relationship. Women-adequate psychotherapy understands and diagnoses women's suffering not only as an individual disorder but as an expression of social realities.

Each kind of therapy is situated in a social context. Psychotherapeutic treatment must respect and support women's right of self-determination and should aim at the reduction of the still existing inequalities, discriminations, and the disadvantaging of women. The quality of the therapeutic relationship fundamentally determines the success and healing chances of a certain treatment.

The therapist's basic attitude must be characterized by the endeavour to be aware of and understand women's wholeness and differences as well as the determination of their life contexts by a male dominated environment and its rules. Each therapeutic treatment must be characterized by respect of and appreciation for women.

It should be demanded that members of helping and healing professions have a sufficient amount of awareness of their own values, norms, gender specific views and socialization as well as the knowledge that these facts are consciously/unconsciously effective. The basic therapeutic attitude also comprises critical faculty towards sexist contents in scientific and therapeutic theories, world views, and ideologies which violate respectively restrict women's fundamental rights and human dignity.

Women-adequate psychotherapy is oriented towards the patients' resources, values, and competence to take their own actions as well as towards the conflicts, disorders, and traumatizations. The therapeutic relationship is both real relationship and transference relationship at the same time. Therapy always implies power difference as well.

To reduce the power difference between therapist and patient the following points are imperative:

- The patient's right to receive from the therapist full information on all measures, procedures, and treatments from which the patient is concerned as well as on their possible consequences and effects.
- The patient's self-determination and willingness to be involved in the organization of the counselling and therapeutic process has to be accepted and supported.
- The dependencies which develop within the therapeutic setting have to be considered and reflected by the therapist and clarified and examined in his/her own supervision. Supervision as professional control has to be part of the professional standard.
- Patients have to be protected by therapists from all forms of abuse of power, exploitation, sexual and other assaults. Psychotherapy has to be a space which protects women especially from re-traumatization.

In order to enable every woman to find the suitable therapeutic treatment offer which is helpful to her, there has to be a variety of methods and therapeutic techniques in the field of therapy: individual therapy and group therapy, psychoanalytic methods, behaviour therapy, Gestalt therapy and other methods in the field of so-called humanistic therapy, additionally methods of body therapy and creative therapy which have proved worthwhile within the last 20 years and correspond to the unity of body, mind, and soul. This goes for stationary as well as other therapy.

In clinics and other facilities, in the field of addiction, in psychosomatics, and in psychiatry, specific women's treatment units and women's therapy groups should be further built up, along with corresponding training of the therapeutic staff. Gender homogeneous groups represent a specific setting of treatment. They correspond in particular to the needs of sexually traumatized women for an exceptionally safe space.

In the field of research further studies are needed which consider women's and men's different conditions for illness as well as the fact that women and men react differently to pharmaceutical treatments.

Quality standards and quality criteria such as the catalogue of criteria for women-adequate psychotherapy developed by the Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft AKF e.V. (Association for Women's Health in Medicine, Psychotherapy, and Society) in Germany should be further developed and spread. In form of questionnaires they can enable the quality control of psychotherapeutic treatment offers by patients and clients.

### **6.3. The AKF –Quality Criteria for Women-Oriented Psychotherapy**

#### **Preamble**

Any kind of therapy has to be regarded in the cultural, historical, and socio-political context. The objective of psychotherapy is to respect and promote the right to self-determination and personal competence. Psychotherapy involves breaking down structures of violence, prejudice, and discrimination, phenomena that still tend to affect women more than men. Women-oriented psychotherapy must fulfil the criteria referred to below, and be assessed by them accordingly.

#### **I. basic assumptions**

Every psychotherapeutic treatment is based on respect and esteem. Members of the healing and medical professions need to develop a critical awareness of their own implicit norms and moral concepts, of gender-specific and cultural perspectives, and of the effects of socialisation.

They need to know that these factors are influential both consciously and unconsciously, also in the context of psychotherapy. The consequence of this is that women need to be perceived and understood in the entirety of their real-life situations.

A woman can expect to be respected and esteemed by psychotherapists as an individual and a unique personality, rather than perceived and treated in accordance with common stereotypes (gender, ethnic origin, age, sexuality, religion...).

One basic therapeutic attitude that all members of the healing professions should share is critical adeptness with regard to sexist issues in academic, ideological, political, and religious ways of thinking. Which leads to women's fundamental human rights being disrespected and restricted.

#### **II. Interaction and therapeutic relationship**

The quality of a therapeutic relationship significantly determines the success of treatment and the chances of being cured.

The relationship that develops between a therapist and a client in the course of the treatment process is not free from patterns of power and dependence. In order to reduce the power differential between therapist and client and also render it more transparent, the following aspects are called for:

- Client's comprehensive right to information about any measures, procedures, and treatment regarding herself, as well as about possible consequences and long-term effects.
- Obligation for therapists to explain clearly and in detail.
- Support and promotion of a client's right to contribute within the setting of the advisory and therapy process.
- All applied treatment and therapy procedures are to be made known and clear to the client and agreed upon with her (informed consent). This also concerns, among other, expectations made of the client with regard to compliance, therapy objectives, costs, duration, types of treatment, success criteria, limitations of therapy, and termination of collaboration.
- The right to professional and personal competence and psychotherapeutic professionalism oriented around state-of-the-art knowledge concerning therapeutic effects and possible treatments.
- Supervision as a means of specialist control is an important aspect of professional standards. In particular, the real dependence and power structures that arise within the setting need to be observed, reflected upon, investigated, and clarified.
- Patients engaged in therapy are to be protected from all kinds of abuse of power, exploitation, sexual and other infringements, and injury. Therapeutic relationships do not permit simultaneous professional and private relationships. Any type of infringement within the framework of treatment is to be viewed as an abuse of power, and as damaging. Responsibility always lies with the therapist.

### **III. basic understanding of disease and health**

A female-specific basic understanding of disease and health requires the analysis and criticism of traditional medical and psychological models of disease and concepts of health. Health includes the ability to determine one's own capability to work, enjoy life, and love, not only the ability to fulfil society's ideas of normality. Cyclical changes in one's state of health do not belong to the field of disease, but rather correspond to contemporary knowledge of

health concerning men and women. Prevailing role attributions expose women in particular to conflicts that can become risk factors in psychological, psychosomatic, and physical illnesses.

#### **IV. Diagnosis**

Concepts of diagnosis and therapy need to be examined with regard to their implicit prerequisites, gender-specific ways of thinking, and their image of women.

Psychological and psychosomatic symptoms and disorders are also seen as comprehensible reactions to inconsistent, repressive, and restrictive living conditions and/or to traumatic situations in life.

Due to their socialisation, women develop specific patterns of survival, disorders, and strategies to solve and avoid problems; all these need to be deciphered accordingly.

In the course of their lives, many women experience infringements, violations, and traumas that need to be taken into consideration in the diagnostic context in order to understand inner psychological inconsistencies and conflicts.

Women-oriented diagnosis is a context-related process. Diagnosis is an inter-subjective process, in which patients are afforded sufficient space to gain appropriate statements about and evaluations of their situation in terms of self-diagnosis.

These form the basis of the therapeutic process. Besides basic professional expertise, knowledge regarding gender-specific risks and pressure factors form part of the diagnostic procedure.

#### **V. Therapy**

Women-oriented psychotherapy should help clients to cope with life and expand their chances of leading an independent and self-determined life. Therapy is geared not only towards clients' resources and powers to act, but also towards their conflicts and traumatic experiences.

When planning therapy, therapists are obliged to inform clients about in- and out-patient treatment possibilities, and to ensure that they receive the type of treatment that is best for them.

A multi-school approach that takes all serious methods available into consideration does more justice to the variety of patients than therapeutical methods that are solely oriented towards official guideline criteria.

Therapists are responsible for the transparency of therapeutic processes, applied methods, and the structure of the therapeutic relationship. Both the diagnostic process and the therapy objectives should correspond to the client's ability and to her will to change; they should furthermore be discussed and decided upon with the client.

Interaction and communication throughout the therapy are essential to achieve required curative relationship of a therapy. The therapeutic relationship is simultaneously a transferring and real relationship. The therapist's objective is to recognise and prevent harmful dependencies on the "therapy drug".

The basic healing concept should be oriented towards an image of human beings that comprehends a person as an entirety containing body, mind, and soul. Therapies should allow room for issues regarding meaning, and should promote and take people's spiritual needs seriously.

All therapy phases, including the final one, must be clear to the patient, and must promote the transfer of experience, understanding, and self-changing into her daily life.

## **VI. Professional Standards**

In addition to provision of the above-mentioned women-oriented therapeutic settings, the following belong to professional standards for psychotherapists:

- sufficient personal experience of therapy and self-awareness;
- life-long interest in the subject and willingness to learn;
- knowledge about one's own competence and limitations;
- lifestyle conducive to good mental hygiene and "burn-out" prophylaxis;

- exchange with colleagues in different forms of peer supervision and supervision;
- cultivation of personal perspectives and networks that esteem women.

All training institutions involved with psychotherapy are asked to integrate the aspects of women-oriented psychotherapy described in this pamphlet as sensible and necessary basic knowledge into their practice guidelines.

Produced by the Expert Group for Psychotherapy, Psychiatry, and Psychosomatics (PPP) in the AKF®

AKF-mail@t-online.de

© Copyright: AKF Expert Group PPP, Representative: PPP Expert group spokeswoman Dipl. Psych. Christa Diegelmann, P.O. Box 410 542, D-34067 Kassel, Fon: ++ 49 (0)561-35006, Fax: ++ 49 (0)561-35030, Email: IDinstitut@aol.com

The European Women's Health Network (EWHNET) is responsible for the translation.

Translation: Teresa Gehrs, Osnabrück

#### **6.4. Declaration against violence**

### **WORLD HEALTH DAY ON MENTAL HEALTH**

**7 APRIL, 2001**

### **DECLARATION AGAINST VIOLENCE**

### **EWHNET - EUROPEAN WOMEN'S HEALTH NETWORK**

We strongly affirm that psychological, physical or sexual violence against women and children is one of the main factors causing long-lasting and severe mental health problems.

Therefore the European Women's Health Network (EWHNET) demands, that the Medical Chambers, Scientific Associations and communities on an European level adopt the following statement:

- 1.** There is sufficient evidence, that psychological, physical or sexual violence is one of the main risk-factors for women's and children's mental health problems.
- 2.** Violence happens mostly within family-structures in the private sphere and is mainly male.
- 3.** We strongly suggest, that violence against women and children should be condemned by professional members and the society.
- 4.** We recognize our responsibility to educate and empower our members on the prevalence and health impact of violence, and in particular on
  - how to defend women and children from all kinds of violence,
  - how to treat the victims of violence with respect,
  - how be aware of specific symptoms,
  - how to be aware of structural violence and of violence caused by dependences between clients and professionals, and
  - how to develop woman-oriented and sensitive mental health care.

5. The participation of the users in the question of which help is very helpful has to be guaranteed. The users also have to be empowered to engage in all public and scientific boards.

**Reference literature:**

- Adams-Tucker, C.: Proximate effects of sexual abuse in childhood. *Am J Psychiat* 1982
- Anderson, G., Yasenik, L., Ross, C.: Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect* 1993
- Bachmann, K.M., Böker, W. (Hg.): *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Göttingen 1994
- Baurmann, M.: Positionen, Entwicklungen und Perspektiven bei der Arbeit zum Abbau von Männergewalt. Ein Beitrag aus Männersicht. In: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann (Hg.): *Gewalt gegen Frauen. Was tun mit den Tätern?* Düsseldorf 1993
- Beck, J.C. and van der Kolk, B. (1987) "Report of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women", in *American Journal of Psychiatry*, 144 (11), 1474-1476
- Beitchman, J.C., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D. and Cassava, E. (1992) „A review of the long term effects of child sexual abuse”, in *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118
- Binney, V., Harkell, G. and Nixon, P. (1981) *Leaving Violent Men: A study of Refuges and Housing for Battered Women*, London: Women's Aid Federation England
- Bintig, A.: *Ambulante Psychotherapie mit Sexualstraftätern*, in: Gegenfurtner/Bartsch 1994
- Blessing, Martin: *Mißbrauch, Inzest und Psychose*. Dissertation Univ. Oldenburg 1989
- Boon, S., Draijer, N.: *Multiple Personality in the Netherlands*. Amsterdam 1993
- Bowman, ES, Markand, ON: *Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects*. *Am J Psychiat* 1996
- Briere, J., Runtz, M.: *Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims*. *Can J Beh Sci* 1986
- Briere, J. and Runtz, M. (1988) "Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical sample", in *Child abuse and Neglect*, 12, 51-59.
- Briere, J., and Zaidi, L.Y. (1989) "Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients", in *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1602-1606.

Brown, G.R. and Anderson, B. (1991) "Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse", in *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61.

Browne, A. (1993a) "Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes and policy implications", in *American Psychologist*, 48,10,1077-1087.

Browne, A. (1993b)"Family violence and homelessness: The relevance of trauma histories in the lives of homeless women", in *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 3

Broverman, IK, Vogel, SR, Broverman DM, u.a.: Sex-role stereotypes: A current appraisal, in: *Journ Soc Issues* 28, 1972

Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller J.B., Krol P.A. (1987) "Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness" in *American Journal of Psychiatry* 144(11), 1426-1430.

Bullens, R.: Zur Behandlung von Sexualstraftätern, in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann (Hg.): *Gewalt gegen Frauen. Was tun mit den Tätern?* Düsseldorf 1993

Byrne, Velamoor u.a.,A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry* 1990;35: 590-95. 1990

Carlin, A.S. and Ward, N.G. (1992) „Subtypes of psychiatric inpatient women who have been sexually abused“, in *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180(6), 392-397.

Carmen, E.H., Reiker, P.P. and Mills, T. (1984) „Victims of violence and psychiatric illness, in *American Journal of Psychiatry*, 141(3), 378-383

Chu, J.A., Dill, D.L: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 1990

Coons, PM, Milstein, V.: Psychosexual disturbances in multiple personality. *J Clin Psychiat* 1986

Courtois, C. and Riley, C. (1992) "Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: implications for care", in *Birth*, 19, 222-223

Craine, L.S., Hensen, C.E. and Collier, J. et al. (1988) "Prevalence of history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system", in *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 300-304

De Young, M.: Self injurious behavior in incest victims. *Child Welfare* 1982

Dulz, B., Schneider, A.: *Stationäre Therapie der Borderline-Störungen.* Stuttgart 1996

Egle,U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P.: *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung.* Stuttgart 1997

Elliott, M. (Hg.): *Frauen als Täterinnen.* Ruhnmark 1995

Ensinck B.,1992, *Confusing Realities: A Study on Child Sexual Abuse and Psychiatric Symptoms.* Amsterdam 1992

- Favazza AR, Conterio, K.: Female habitual self mutilators. Acta Psychoat Scand 1989
- Finkelhor, S.: Child Sexual Abuse. New York 1984
- Fullilove, M., Fullilove, R. Smith, M., Winkler, et al. (1993) "Violence, trauma and post traumatic stress disorder among women drug users", in *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 533-543.
- Gegenfurtner, M., Bartsch, B. (Hg): Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. Hilfe für Kind und Täter. Magdeburg 1994
- Godenzi, A.: Bieder, brutal. Zürich 1989
- Godenzi, A.: Männlichkeit und Gewalt, in: Frauen und Recht, Schriftenreihe der Frauenministerin Nr. 4, Wien 1994
- Goodman, L.A., Ross, M.P. and Russo, N.F. (1993) "Violence against women: physical and mental health effects", in *Applied and Preventive Psychology*, 2, 79-83.
- Goodman, L.A., Dutton, M.A. and Harris, M. (1995) "Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault", in *American Journal of Orthopsychiatry* 65(4)
- Goodman, L.A., Koss, M.P., Fitzgerald, L.F. Russo, N.F. and Keita, G.P. (1993) "Male violence against women: Current research and future directions", in *American Psychologist*, 48, 10.
- Goodwin, J.M., Cheeves, K. and Connell, V. (1990) "Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse", in *Psychiatric Annals*, 20(1), 22-32.
- Green, A.: Self destructive behavior in battered children. Am J Psychiat 1978
- Gunderson J.G., Sabo A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality
- Harris, M., Landis C. (eds.): Sexual Abuse in the Lives of Women diagnosed with Serious Mental Illness. Amsterdam 1997
- Heiliger, A., Engelfried, C.: Sexuelle Gewalt. Männliche Sozialisation und potentielle Täterschaft. Frankfurt 1995
- Heins T, Gray A, und Tennant M, Persisting hallucinations following childhood sexual abuse. Austr. N Z J Psychiat 1990;24:561-5. (1990)
- Herman, J.L. (1992,i) "Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma", in *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391
- Herman, J.: Sex Offenders. A Feminist Perspective, in: Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E. (Eds.): Handbook of Sexual Assault. New York 1990

- Herman, J., Perry, JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiat 1989
- Herman, J. (1992): Trauma and Recovery. New York
- Hirsch, M.: Realer Inzest. Berlin 1994
- Jacobson, A. (1989) "Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients", in *American Journal of Psychiatry*, 146, 755-758.
- Jacobson, A. and Herald, C. (1990) "The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care", in *Hospital and Community Psychiatry*, 41.
- Jungjohann, E.: Zur Psychodynamik des männlichen Schädigers bei sexuellem Mißbrauch von Kindern, besonders bei Inzest: Therapie und/oder Strafe, in: De Boor, W. u.a. (Hg.): Gewalt gegen Kinder, Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung Nr. 15, Köln 1993
- Kanuha, V (1994) "Women of color in battering relationships", in *Women of Color*, Comas-Diaz and Greene B. (Eds.) Guilford press, New York, pp.429-454.
- Kirby JS, Chu JA, Dill DL: Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abus histories. Compr Psychiat 1993
- Koss, M. (1990) 'The women mental health research agenda: violence against women', *American Psychologist* 45(3): 374-380
- Koss, M., Goodman, L., Browne, A., Fitzgerald, L., Keita, G. and Russo, N. (1994) No safe haven: Male violence against women at home, at work and in the community. Washington D.C.
- Latza, B.: Psychotherapie im Strafvollzug mit Sexualdelinquenten, in: Rotthaus, W. (Hg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher, Dortmund 1994
- Layne, T.: Die therapeutische Arbeit mit Tätern, in: Gegenfurtner/Bartsch 1994
- Ludolph PS, Westen D, Misle B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. Am J Psychiatry 1990; 147: 470-6.
- Malinosky-Rummell, R. and Hansen, D.J. (1991) „Long term consequences of childhood physical abuse“, in *Psychological Bulletin*, 68-79.
- Marquit, C.: Der Täter, Persönlichkeitsstruktur und Behandlung, in: Backe, L. u.a.: Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien, Köln 1986
- Matthews, J.K.: Die Arbeit mit Sexualstraftäterinnen. In: Elliott, M. (Hg.): Frauen als Täterinnen. Ruhnmark 1995
- Moggi, F., Bossi, J., Bachmann, K.M.: Sexuelle Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patienten in psychiatrischen Kliniken. In: Bachmann und Böker 1994

Newman, E., Kaloupek, D.G. and Kaene, T.M. (1996): "Assessment of PTSD in Clinical and Research Settings", in (Eds.) van der Kolk, B., MacFarlane, A.C. and Weisaeth, L., *Traumatic Stress, Comprehensive Text on Post Traumatic Stress*, Cambridge University Press.

Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E. and Ferber, J. (1993) "Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness", in *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 7.

Nigg JT, Silk KR, Westen D., Lohr NE, Gold LJ, Goodrich S., Ogata S.: Object representations in early memories of sexually abused borderline patients. *Am J Psychiat* 1991

North, C.S. and Smith, E.M. (1992) "Posttraumatic stress disorder among homeless men and women", in *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 10.

North, C.S., Smith, E.M. and Spitznagel S. (1994): Violence and homelessness: An epidemiological study on victimization and aggression, in *Journal of Traumatic Stress*. 7. 1. 95-110.

Ogata, S., Silk KR, Goodrich S., Lohr NE, Westen D., Hill EM: childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 1990

Paris J, Zweig-Frank H.: A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Can J Psychiat* 1992

Pope, K.S., und Bouhoutsos, J.C.: *Als hätte ich mit einem Gott geschlafen*. Hamburg 1992

Putnam FW: *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York 1991

Roesler, T.A. and Dafler, C.E. (1993) "Chemical dissociation in adult sexuality victimized as children: Alcohol and drug use in adult survivors", in *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 537-543.

Rose, S., Peabody, C.G. and Stratigeas, B. (1991) "Undetected abuse among intensive case management clients", in *Hospital and Community Psychiatry*, 42(5), 499-503

Ross CA, Norton R., Wozney K.: *Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases*. *Can J Psychiat* 1989

Russell, D.E. (1986) *The Secret Trauma*. New York: Basic Books.

Sachsse, U.: *Selbstverletzendes Verhalten*: Göttingen 1994

Sandberg DA Lynn SJ: Dissociative experiences, psychopathology and adjustment, and child and adolescent maltreatment in female college students. *J Abnorm Psychol* 1992

Sandberg, D., Lynn, S.J. and Green, J.P. (1994) "Sexual abuse and revictimization", in *Dissociation*, Lynn, S.J. and Rhue, J.W. (Eds. Guilford Press, N.Y.

Sanders B., Gioloas MH: *Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents*. *Am J Psychiat* 1991

Shapiro S.: Self-mutilation and self-blame in incest victims. *Am J Psychother* 1987

Shearer SL: Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 1994

Sonnenberg, S.M. (1988) "Victims of violence of post traumatic stress disorder" in *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 581-590.

Steward, D. and Stotland, N. (Eds.) *Psychological Aspects of Women's Health Care*. Washington D.C. American Psychiatric Press. Pp.447-483.

Stewart, D.E. and Robinson, G.E. (1995) "Violence against women in Review of Psychiatry" vol. 14, Oldham, J.M. and Riba, M.B. (Eds.) American Psychiatric Press, Washington D.C. pp. 261-282.

Stewart, D.E. and Stotland, N. (eds) (1993): *Psychological Aspects of Women's Health Care*. Washington D.C.

Stiglmyer, A. (Hg.): *Massenvergewaltigung. Krieg gegen die Frauen*. Freiburg 1993

Swett C, Halpert M: Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women psychiatric inpatients. *J Interpersonal Violence* 1990

Thönnissen, A., Meyer-Andersen, K.: *Kinderschänder*. München 1990

Van der Kolk, B.A. (1989) "Compulsion to repeat the trauma reenactment, revictimization and masochism", in *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389-411.

Van der Kolk, B.A. (1994) "The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress", in *Harvard Review of Psychiatry*, Jan/Feb 253-265.

Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behaviour. *Am J Psychiat* 1991; 148: 1665-71.

Van der Kolk BA, McFarlane, A. and Weisaeth, L. (eds.) (1996) *Traumatic Stress*, Springfield N.Y.

Vanderlinden J, Vandereycken W, van Dyck R, Vertommen H. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int J. Eating Disorders*. 1993; 13: 187-93.

Walker, E., Kanton, W., Harrop-Griffith, J., et al. (1988) "Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnosis and childhood sexual abuse", in *American Journal of Psychiatry*, 145, 75-80.

Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J: Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiat* 1990

Wiederholt, I.: Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualtäter in der Justizvollzugsanstalt München, in: *ZfStrVo* 41989

Wilkins J. and Coid J. Self-mutilation in female prisoners: I. An indicator of severe psychopathology. *Grim Behav Ment Health* 1991

Williams, J.A., Watson, G., Smith, H., Copperman, J. and Wood, D. (1993) *Purchasing Effective Mental Health Services for Women: A framework for action*, Canterbury: University of Kent/Mind Publications.

Zanarini, MC, Gunderson JG, Marino FM, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experience of borderline patients. *Compr.Psychiat* 1989, 30:18-25

Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. *J Personality disorder*. 1994

Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorder. *J Personality disorders*. 1994

#### **Appendix: members of the working group „Women and mental health“**

Prof. Dr. Brigitte Dorst, University of Applied Science, Cologne, Germany

Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Germany

Polina Hilsenbeck, Women's Therapy Centre, Munich Germany

Irmgard Wendorff, IHRISS e.V., Kiel, Germany

Eileen Aird, Women's Therapy Center, London, Great Britain

Marian van de Aa, Duiven, The Netherlands

Henny Meeus, Rosmalen, The Netherlands

Susanne Schmölder, F.E.M. Gesundheitszentrum Semmelweis-Frauenklinik, Vienna, Austria

Theresia Gabriel, Vienna, Austria

Prof. Beate Wimmer-Puchinger, Women's Health Coordinator for the City of Vienna, Austria

Dr. Vittoria Sardelli, Centro Prevenzione Salute Mentale Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia Per la Donna e L'adolescente, Naples, Italy

## **7. Working Group „Health Education for Girls in Schools“**

### **7.1. Health education for girls in and with schools, *Dr. Marion Meier, medusana foundation, society for health promotion***

Girls and boys differ in their health situation, knowledge about health and health behaviour. Corresponding research has little impact on health education programs in schools. As a consequence, such programs are often not sufficiently effective over longer periods.

For example, various investigations show that up to puberty, girls judge themselves to be considerably more healthy and also are more healthy than boys of the same age. This self-assessment reverses during puberty. Medical science explains this difference through their differing hormone levels. Social scientists point to the differing socialisation experiences, for example, that girls have learnt by then that they need to take care of their bodies. According to this viewpoint, there would be far-reaching consequences on body perception, the health situation, the knowledge about health, health consciousness, and the health behaviour as well as on the treatment by the medical system, especially by the gynaecological health care. Furthermore, the results of gender research point to the importance of the mostly subconscious everyday construction of gender. These explanations are the basis for the difficult process of transforming, didactically as well as methodologically, scientific research into health education for girls.

### **7.2. Results of the Working Group “Health Education for Girls in Schools” (our experiences are based on grades 7 through 10 from different school forms)**

1. Health education for girls is political education of adolescents, within and outside schools.
2. Like any other health education for children and adolescents, health education for girls only has effects of practical relevance when it is not a one-time affair, but rather part of the daily routine in schools. This process is supported by gender- and health-oriented work on the development of schools, as well as training of teachers that sensitise them towards gender and health issues. The process thus requires a change in consciousness and behaviour on part of the teachers. It also means a fare-well to the

women's victim role in favour of a strong self-concept, that is not in need of pursuing power indirectly by being a victim.

3. Starting point for the health education for girls is the discovery and strengthening of personal and social resources. Special significance, in this context, have the well-developed approaches of girls to solve problems, as well as their social networks. These networks are, in contrast to those of boys, rather small and manageable and are defined through emotional attachment rather than shared activities.

This problem solving approach, for example, makes it easy to sensitise girls towards inter-connections between women's lives and health. Of course, the networks of girls, important for emotional support, also remain effective in times of misfortune, indisposition and illness, and should be encouraged by the schools by establishing elective courses or extracurricular activities on girls health.

4. Health education within and with schools is always geared towards prevention, not with respect to individual behaviours, but to relationships and circumstances. Therefore, health education for girls needs to focus on individual attitudes towards health and individual health behaviour as well as gender relations. The topic „being fat – being slim”, for example, touches on both of these dimensions. Gender relations concerning health are especially noticeable in the question: Who takes care of whom in case of illness? The girls' answers to this question show a wide variety of experiences from their families.

The school building, the school surroundings and the way to school play a special role regarding the prevention of violence:

Health education for girls in schools pays attention to spaces (within the school building as well as on the schoolyard) where girls will not be disturbed. It also supports and promotes, for example, measures to make the way to school safer for girls.

5. In principle, health education for girls (even in schools) should take place within a protected framework reserved for girls, for example within an elective course or an extracurricular activity. In addition though, it should be an issue within a mixed sex setting. For example, the topic violence belongs into coeducational classes as well.
6. Even in schools, health education for girls should be principally based on advocacy for girls, but it should also ask: What can girls learn from boys?

7. A school that offers health education for girls, should also offer a corresponding course for boys. Health education offers for girls only further the stereotype of femininity as a disease.
8. Within the framework of extracurricular activities offered by schools, health education for girls favours a holistically creative method that is body-oriented: methods of living learning such as perception, imagination, body journeys, singing, acting, painting, creative writing, dance and movement. These approaches and methods further a process-, adventure- and experience-related integrative learning process on the subject of health, a process that motivates especially girls to treat their own and other people's body responsibly. These approaches also help them understand and use their own inner process better; they support the ability of self-perception und self-reflection as well as an awareness and conscious handling of their feelings, ideas and wishes. The focus of attention is not the accumulation of measurable knowledge on such central topics as sports, nutrition, skin/environment, growing up/sexuality, addiction and dependence, but rather on the growth of personality und empowerment. Approaches that are not primarily oriented towards symptoms proved successful, that is, approaches that correspond to the needs of the girls for everyday practical application, the needs for sensuality and embodiment, such as producing a wholesome menu on their own and celebrating the meal together; making body lotions, facial masks and face creams and applying them mutually with pleasure, etc.

#### **Appendix: members of the working group**

Dr. Marion Meier, medusana foundation, society for health promotion, Bünde, Germany

Susanne Schmölder, F.E.M. Gesundheitszentrum Semmelweis-Frauenklinik, Vienna, Austria

Dr. Vittoria Sardelli, Centro Prevenzione Salute Mentale Servizio di Psicologia Clinica e

Psicoterapia Per la Donna e L'adolescente, Naples, Italy

## **8. Ausblick. Die Relevanz von Leitlinien für eine transnationale Verständigung**

Transnationale Verständigungsprozesse werden mit verschiedenen Zielen durchgeführt. Eine Qualitätsverbesserung der eigenen Arbeit ist bei den Akteurinnen genauso im Blick wie die europaweite Anhebung der Standards guter Arbeit im gesamten Interventionsfeld. Um diese Ziele zu erreichen, sind verschiedene Arbeitsschritte notwendig. Ein Austausch von Strategien und Modellen guter Praxis ist immer der Ausgangspunkt der Arbeit und schafft die Grundlagen für Vergleiche verschiedener (Gesundheits- und Sozial-) Systeme mit unterschiedlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen. Durch diese Horzontenerweiterung werden sowohl europaweite Entwicklungen sowie länderspezifische Ausprägungen sichtbar.

Erfolge und Misserfolge der eigenen Arbeitsansätze werden durch den transnationalen Austausch in einen Rahmen gesetzt, der neue Handlungsnotwendigkeiten erkennbar macht. Diesen geht EWHNET Schritt für Schritt nach.

Leitlinien guter Praxis zu formulieren, ist ein weiterer Schritt auf dem Weg, europaweit Qualität in verschiedenen Handlungsfeldern zu diskutieren, zu erhöhen und Standards zu setzen. Sowohl auf nationaler Ebene als auch auf EU-Ebene kann dadurch profitiert werden. EWHNET hatte von Beginn an zum Ziel, den Gesundheitsbereich für Genderfragen sensibler zu machen. Die EWHNET-Mitgliedsfrauen wollen eine gemeinsame Entwicklung initiieren, um Gesundheitsbedürfnisse von Frauen sichtbar zu machen und dies auch in politische Prozesse einzubringen.

Die erarbeiteten Standards, die in dieser Materialie dokumentiert sind, werden weiter bearbeitet. Insofern ist diese Materialie "in progress", d.h. einem dynamischen Veränderungsprozess ausgesetzt. Die erarbeiteten Leitlinien werden in den nächsten Jahren auf internationalen und nationalen Kongressen und Fachtagungen diskutiert und von den EWHNET-Mitgliedsfrauen in die gesundheits- und sozialwissenschaftliche Diskussion eingebracht. Soweit zum Ende der Förderung von EWHNET erkennbar ist, werden die Arbeitsgruppen weiter arbeiten. Neue Gebiete werden hinzukommen und bearbeitet werden. Immer wird der Blick auf transnationale Verständigung und transnationalen Gewinn ausgerichtet sein. Die Leitliniendiskussion wird weiter Thema im Netzwerk bleiben. Die Qualität der Arbeit wird sich so allmählich insgesamt erhöhen.