

Band 10

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/ Prävention

Anwendungsorientierter Austausch
zwischen Forschung und Facharbeit
unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen
an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten

Dokumentation des BZgA-Workshops
am 18. April 2008 in Köln

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – z. B. in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte, Modelle und Fachveranstaltungen – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention

Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in Köln

Von Cornelia Helfferich, Monika Köster
Unter Mitarbeit von Birgit Heidtke

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 10

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Köln: BZgA, 2009

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Monika Köster

E-Mail: monika.koester@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg,

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Koordination: ProjektBüroKöln

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.2.06.09

ISBN 978-3-937707-62-4

Band 10 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649100

Vorwort

Gender Mainstreaming als Grundsatz und Leitprinzip ist über das Bundesgleichstellungsgesetz verankert. Dieses bezieht sich auf die grundsätzliche Einbeziehung geschlechtsspezifischer Belange in alle Felder von Politik und Gesellschaft, angefangen von der geschlechtergerechten Sprache bis hin zu einer geschlechteradäquaten Umsetzung von Maßnahmen. Ziel ist eine geschlechterangemessene Praxis, die die Bedarfe von Männern und Frauen, von Mädchen und Jungen in ihren jeweils spezifischen Lebenssituationen berücksichtigt.

Eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Gesundheitsförderung ist im sozialen Kontext zu entwickeln und umzusetzen. Die langjährigen Erfahrungen der BZgA zeigen, dass die Ausrichtung gesundheitsfördernder Maßnahmen an den Besonderheiten und Lebenssituationen der Zielgruppen eine wichtige Voraussetzung dafür ist, diese Gruppen effektiv zu erreichen. Angesetzt werden muss an den jeweils spezifischen Bedarfen, um entsprechend nachhaltige Veränderungen im Sinne von Gesundheitsförderung bewirken zu können. Die Zielgruppen sind nicht allein über die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht definiert, sondern auch über Kriterien wie Alter, soziale Schicht, Lebens- und Familiensituation, sexuelle Orientierung und Kultur. Diese Merkmale sind untereinander verknüpft, daher sind in der konkreten Praxis der Gesundheitsförderung im Sinne des Diversityansatzes immer mehrere Merkmale für die Bestimmung einer Zielgruppe relevant.

Für die Aufgaben der BZgA haben sozial benachteiligte Mädchen und Jungen, Männer und Frauen eine zentrale Bedeutung: Sie haben einen besonders hohen Bedarf an Gesundheitsförderung, sind aber über Aktivitäten der Gesundheitsförderung nur schwer zu erreichen. Um die Erreichbarkeit zu verbessern, sind eine sensible Vorgehensweise, eine passgenaue Zielgruppenansprache unter besonderer Beachtung auch der Gendersensibilität sowie eine vernetzte Vorgehensweise auf Anbieterseite notwendig.

Um Maßnahmen geschlechtersensibel auszugestalten, bedarf es einer Sensibilisierung für die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern, für die Unterschiede hinsichtlich Gesundheitszustand und Auftreten von Krankheiten und für das unterschiedliche Informations- und Kommunikationsverhalten. Häufig fehlt das Wissen über die Unterschiede in den Gesundheitsproblemen und im Gesundheitsverhalten (zum Beispiel hinsichtlich

Ernährung, Medikamenteneinnahme, Arztbesuche) von Frauen und Männern. Es wird nicht realisiert, dass Männer und Frauen an unterschiedlichen Orten auf Gesundheitsfragen ansprechbar sind. Eine Sensibilisierung für Geschlechterfragen ist überwiegend nicht in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe verankert. Umgekehrt wird in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Geschlechteraspekten oft nicht ausreichend reflektiert, dass geschlechtersensible Praxis unter komplexen und sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen bereits stattfindet, dass bereits einschlägige Erfahrungen vorliegen, dass aber eine erfolgreiche Umsetzung nicht schematisch und unflexibel vorgehen darf.

Die Sensibilisierung für Geschlechteraspekte ist ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Der hierzu erforderliche ständige Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis ist der BZgA wichtig, um den jeweils aktuellen Wissensstand zusammenzutragen und eine umsetzungsbezogene Diskussion zu führen, in die auch die praktischen Erfahrungen einfließen. Ein zentrales Anliegen ist es, bewährte Ansätze und Strategien zu identifizieren und zu verbreiten. Die BZgA möchte mit der Veranstaltung einen Impuls geben, neue Wege zu gehen, ohne auf bereits Bewährtes zu verzichten, und durch einen effektiven Austausch bisherige Wege weiterzuentwickeln.

Als Impuls zur Fortführung der Diskussion und zur Unterstützung einer breiten Umsetzung stellt die BZgA die vorliegende Tagungsdokumentation zur Verfügung. Das Fachheft dokumentiert die Beiträge des Workshops und die lebendige und engagierte Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis. Die Tagungsergebnisse zeigen die Notwendigkeit der Fortführung der Diskussion und der weiteren Ausdifferenzierung von Fragestellungen zu Möglichkeiten und Grenzen von geschlechtersensiblen Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Ich danke allen Mitwirkenden, die zu diesem produktiven Austausch beigetragen haben.

Köln, Mai 2009

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – eine Einführung Dr. Monika Köster	9
1. Daten und Fakten	17
1.1 Einführung	17
1.2 Was bietet die Forschung für die Facharbeit? Prof. Dr. Petra Kolip	21
1.3 Datengrundlagen für eine geschlechtergerechte Prävention: Stand und Perspektiven Dr. Cornelia Lange	30
1.4 Aspekte der Männergesundheit Thomas Altgeld	43
1.5 Internetnutzung von Frauen und Männern Cornelia Lins	55
2. Beispiele aus den geschlechtersensiblen Programmen der BZgA	63
2.1 Einführung	63
2.2 Genderaspekte in der HIV-Prävention der BZgA Dr. Dr. Wolfgang Müller	66
2.3 Geschlechtersensible Ansprache in der Sexualaufklärung der BZgA Stefanie Amann	73
2.4 Geschlechtersensible Zielansprache in der Suchtprävention der BZgA Mareike Strunk	81
2.5 Geschlechtersensibilität in der „Ernährungs“-aufklärung der BZgA Reinhard Mann	89

3. Modellprojekte für Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention	97
3.1 Projekte mit engem Bezug zu bestehenden Einrichtungen	101
3.1.1 Food and more – Kochen mit männlichen Jugendlichen im Jugendclub Hamburg-Heimfeld Anneke Otten	103
3.1.2 Mwangaza – Gesundheits- und Sozialberatung für Frauen aus Afrika Hélène Batemona/Séraphine Musabyimana	107
3.2 Projekte mit engem Stadtteilbezug	110
3.2.1 Frauengesundheitstreff Tenever/Frauengesundheit in Tenever Sunya-Lee Antoine	111
3.2.2 Gesund essen mit Freude – ein kultursensibler Ernährungskurs Carola Gold	117
3.2.3 Unser Platz – Gestaltung eines Sport- und Freizeitgeländes Joachim Erath	121
3.3 Projekte mit eigenen Strukturen – stadtteilübergreifend	125
3.3.1 Die Patientinnenschulung des Feministischen FrauenGesundheitsZentrums e. V. Berlin Petra Benz	127
3.3.2 Sexualaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten Haydar Karatepe	133
3.3.3 Männerbüro Mainfranken e. V.: Anti-Gewalt-Beratung für Männer und Jungen Alexander Pfeiffer	137
3.3.4 BIG-Projekt: Bewegung als Investition in Gesundheit Dr. Ulrike Röger	141
3.4 Projekte geschlechtersensibler Gesundheitsförderung – eine kritische Kommentierung Prof. Christiane Deneke	145

4. Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Zusammenfassung der Gruppendiskussion	
Prof. Dr. Cornelia Helfferich	149
5. Anhang	163
5.1 Literaturverzeichnis	164
5.2 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	167

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – eine Einführung

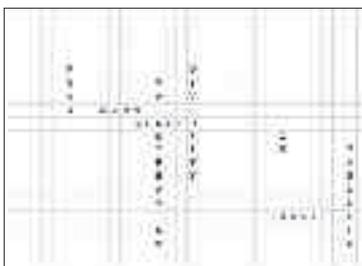
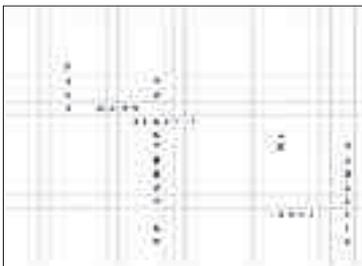
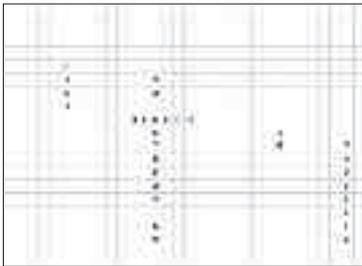
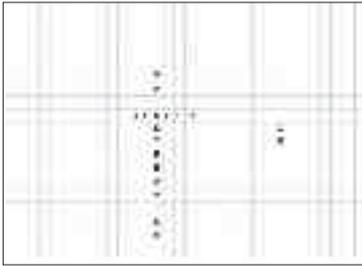
Dr. Monika Köster

Am 18. April 2008 veranstaltete die BZgA einen Workshop „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Mit der Veranstaltung stellte die BZgA eine Plattform für einen intensiven Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis zur Verfügung, um auf diese Weise Geschlechtersensibilität als ein Qualitätsmerkmal in der Gesundheitsförderung fachlich weiterzuentwickeln.



Die Notwendigkeit einer nach Geschlecht differenzierenden Gesundheitsförderung liegt auf der Hand, wenn Morbiditäts- und Mortalitätsdaten analysiert werden: Die Geschlechterunterschiede, bezogen auf gesundheitsrelevante Ver-

haltensweisen, sind deutlich ausgeprägt und nicht übersehbar. Es heißt zum Beispiel nicht von ungefähr „Frauen sind anders krank als Männer!“. Es geht um Unterschiede im Auftreten von Gesundheitsproblemen und Krankheiten, um eine unterschiedliche Lebenserwartung und vor allem auch um geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten (etwa hinsichtlich Ernährung, Medikamenteneinnahme, Arztbesuchen).



Hierbei geht es nicht nur um biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder um genetische Voraussetzungen. Die Differenzen sind vielmehr sehr eng verzahnt mit den Biografien, mit den sozialen Lagen, dem Lebensumfeld der Personen, mit der sogenannten sozialen Praxis. Entsprechende Daten wurden im ersten Workshop-Panel vorgetragen und werden hier in Kapitel 1.3 vorgestellt.

Die Umsetzung dieser Erkenntnisse in die praktische Arbeit steht vor einer Reihe von Herausforderungen und Fragen, zum Beispiel:

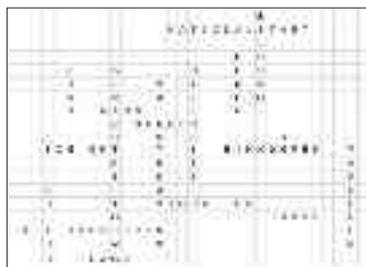
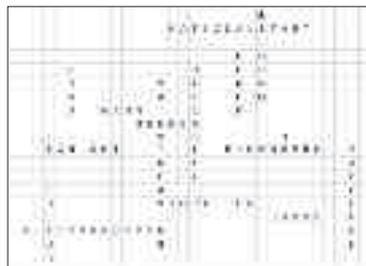
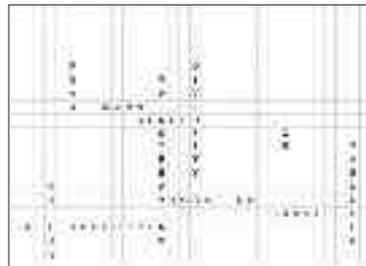
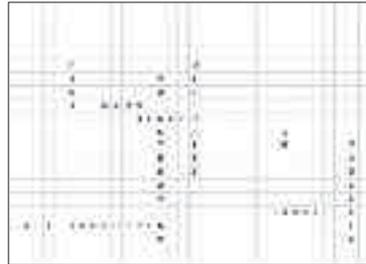
- Wie können die psychologischen, sozialen und kulturellen Dimensionen von Geschlechtszugehörigkeit einbezogen werden?
- Wie können beide Geschlechter entsprechend berücksichtigt werden? Im Sinne von Geschlechtergerechtigkeit soll erreicht werden, dass Mädchen und Jungen, Männer und Frauen gleichermaßen Zugang zu geeigneten Angeboten der Gesundheitsförderung erhalten.
- Was tun, wenn die Zielgruppe nicht unter einer Geschlechterperspektive angesprochen werden will?
- Wie können Gender Mainstreaming und eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung als Qualitätsmerkmal politisch verankert werden?

Die Umsetzung erfordert ein sensibles Vorgehen, teilweise in Form von nach Geschlecht trennender und damit spezifisch an ein Geschlecht gerichteter

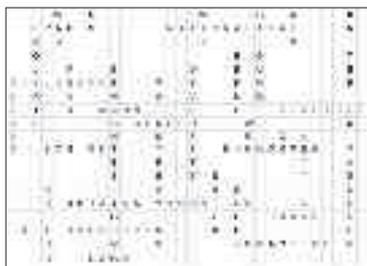
ter Maßnahmen und teilweise auch in Form gemeinsamer, aber geschlechtersensibler Ansprache. Das hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hierbei spielt zum einen natürlich das Thema, um das es im speziellen Fall geht, eine besondere Rolle. Wichtig sind zum anderen die besonderen Merkmale und Interessen der Zielgruppe, die es zu erreichen gilt, zum Beispiel die Altersgruppe, der kulturelle Hintergrund und die soziale Lage. In jedem Fall muss die Zielgruppenansprache „passgenau“ sein: Die Zielgruppen müssen in ihren jeweiligen Lebenswelten „abgeholt“ werden. Hierzu müssen die Voraussetzungen, die Interessen, das Kommunikations- und Freizeitverhalten bei der Wahl der Vorgehensweise sowie der eingesetzten Sprache und Medien berücksichtigt werden. Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BZgA präsentieren Beispiele aus der Arbeit der Fachreferate, die dies verdeutlichen (siehe Kapitel 2).

Eine besondere Herausforderung ist es hierbei, sozial benachteiligte Mädchen und Frauen, Jungen und Männer mit Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen. Gerade in diesem Feld gibt es oftmals Schwierigkeiten, die Zielgruppen, die besonderen Bedarf haben, auch tatsächlich zu erreichen. Hier gilt es, Zugangswege zu identifizieren, gute und bewährte Praxis bekannt zu machen und Leitlinien und Handlungsorientierungen zu entwickeln, die für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihrer täglichen Arbeit vor Ort hilfreich sind.

Die Dokumentation des Workshops „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ soll die fachliche Diskussion weiterführen. Das Fachheft ist entsprechend der Ablaufstruktur des Workshops in drei Blöcke gegliedert:



Im *ersten Block* werden einige grundlegende Zugänge präsentiert. Petra Kolip führt in das Thema „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung“ ein. Sie zeigt einen Rahmen, in dem eine Differenzierung nach Geschlecht und eine Berücksichtigung der sozialen Lage zusammengeführt werden kann. Der „Public Health Action Cycle“ bildet die Schritte der praktischen Umsetzung ab; bei jedem Schritt sind zielgruppengerecht Geschlechteraspekte zu berücksichtigen. Cornelia Lange präsentiert die aktuelle Datenlage und stellt heraus,



welche Daten und Forschungsergebnisse vorliegen, die von Praktikerinnen und Praktikern für ihre Arbeit genutzt werden können. Thomas Altgeld zeigt, dass Männer als benachteiligte Gruppe gelten müssen, was die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung angeht. Er diskutiert die Vorschläge, wie Jungen und Männer besser erreicht werden können. Cornelia Lins beleuchtet den Wissensstand über die Nutzung des Internets als Quelle für Gesundheitsinformationen. Sie differenziert dabei nach Geschlecht und Migrationshintergrund der Nutzenden.

Im *zweiten Block* werden Beispiele aus verschiedenen Programmen der BZgA vorgestellt. Die BZgA geht in ihrer Arbeit, in ihren unterschiedlichen Themenbereichen, bei ihren Materialien, Aktivitäten und Programmen grundsätzlich zielgruppenspezifisch vor, denn sie muss die unterschiedlichen Zielgruppen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreichen. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die geschlechtersensible Ansprache. Wolfgang Müller berichtet aus der HIV-Prävention der BZgA und begründet die Berücksichtigung der Differenzierungsmerkmale „sexueller Lebensstil“ und „sexuelle Orientierung“. Auch in der Sexualaufklärung werden, wie Stefanie Amann zeigt, Geschlechterunterschiede in der sexuellen Entwicklung reflektiert und die Berücksichtigung der gleichberechtigt nebeneinanderstehenden Vielfalt von Lebensformen verankert. Mareike Strunk berichtet über die geschlechtersensible Zielgruppenansprache in

WORKSHOP

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/ Prävention

Anwendungsorientierter Austausch
zwischen Forschung und Facharbeit unter
besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an
**eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten**

Freitag, 18. April 2008
10:00 – 17:30 Uhr
Köln

BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist ein Institut der
Gesundheitsförderung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Abb. 1: Workshop-Programm, Seite 1



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Programm

10:00 - 10:15	Begrüßung	Prof. Dr. Christel Haas
10:15 - 10:30	Einführung	Dr. Ingrid Köber
10:30 - 11:45	Panel 1 Daten und Fakten Was bietet die Forschung für die Facharbeit? Daten Grundlagen für eine geschlechter- gerechte Prävention: Stand und Perspektiven Aspekte der Männergesundheit Innenmigration von Frauen und Männern Einkommen	Prof. Dr. Barbara Glöck Dr. Cornelia Linn Thomas Altköt Cornelia Linn
11:45 - 12:45	Panel 2 Beispiele aus den geschlechtersensiblen Programmen der BZgA ↳ Programm Aidsaufklärung ↳ Programm Sexaufklärung ↳ Programm Suchtprävention ↳ Programm Ernährung	Dr. Dr. Wolfgang Glöck Ingrid Köber Kerstin Trödel Wolfgang Glöck
12:45 - 13:15	Mittagspause	

Abb. 2: Workshop-Programm, Seite 2

12.45 - 15.30 **Praxiserfahrungen**



15.30 - 16.00 **Kaffeepause**

16.00 - 17.15 **Umsetzungsbezogene Diskussion (Fishbowl)**

- Zielaspekte der Zielgruppenarbeit
- Kooperation und Vernetzung vor Ort

17.15 - 17.30 **Ausblick und Verabschiedung**

Abb. 3: Workshop-Programm, Seite 3

1 Daten und Fakten

1.1 Einführung

Die Beiträge in diesem Themenblock stellen allgemeine oder ausgewählte Grundlagen der geschlechtersensiblen Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bereit. Die Einführung ordnet die Beiträge in einen Zusammenhang ein und hebt die Aspekte hervor, die sich an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis als besonders wichtig erwiesen haben.

In der Gesundheitsförderung und Prävention ist Gender Mainstreaming noch nicht verankert. Viele Fragen sind offen, auch kann der Begriff Gender Mainstreaming Widerstand erregen und missverstanden werden. Petra Kolips Beitrag präzisiert daher, was der zentrale Kern der Umsetzung von zunächst abstrakten Vorgaben von Gender Mainstreaming in konkrete Maßnahmen ist: eine Sensibilisierung und besondere Aufmerksamkeit für Unterschiede nach Geschlecht. Auf den einzelnen Stufen der Programmplanung, für die der vorgestellte „Public Health Action Cycle“ (siehe S. 24) einen strukturierten Rahmen bietet, geht es um die entscheidende, explizit zu stellende Prüffrage nach der Relevanz von Geschlecht für die Zielgruppenidentifizierung, für die Konzipierung von Zugängen, für die allgemeine Umsetzung und für die Evaluation der Maßnahme. Dies steht nicht in Konkurrenz zu einer Prüfung anderer Dimensionen sozialer Ungleichheit, sondern verbindet sich damit.

Gender Mainstreaming sensibilisiert allgemein für die Relevanz sozialer Differenzierung und fördert die Passung zwischen Zielgruppen und Maßnahmen. Auch muss – so Petra Kolip – Geschlecht nicht in jedem Fall das zentrale Kriterium sein. Allerdings plädiert Petra Kolip dafür, Geschlechtersensibilität nachhaltig als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung zu verankern. Hilfreich ist der Hinweis auf ein Vorbild, wie diese Verankerung gefördert wer-



den kann: Die Stiftung Gesundheitsförderung in der Schweiz bindet die Vergabe von Mitteln an den Nachweis, dass der Geschlechteraspekt bei der Projektplanung berücksichtigt wird, und berät die Antragstellenden dabei, wie sie dieser Anforderung nachkommen können.

Wissen um Geschlechterunterschiede im Gesundheitsverhalten und in den Gesundheitsbedarfen schärft den Blick und fördert die Sensibilisierung – dieses Wissen wird heute zum Beispiel im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung systematisch erhoben. Der Zugang zu diesem Wissen ist eine der wichtigen Grundlagen geschlechtersensibler Gesundheitsförderung. Cornelia Lange liefert in ihrem Beitrag einen Einblick in den Stand der empirischen Datenerhebung. Die Daten, eingeordnet in ein theoretisches Zusammenhangsmodell, lassen einen fundierten und differenzierten Wissensstand erkennen. Besonders wichtig ist das Wissen zur geschlechtsspezifischen – und nach sozialer Lage und sozialen Ressourcen – differenzierten Relevanz, Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Maßnahmen, um eine zielgruppenbezogene Gesundheitsförderung zu planen, umzusetzen und zu bewerten.

Die nächsten beiden Beiträge präzisieren die Bedeutung von Gender Mainstreaming für die Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention – ein-



mal für eine bezogen auf Gesundheitsangebote „benachteiligte“ Zielgruppe (Männer), und ein anderes Mal bezogen auf den Zugang zu Zielgruppen via Internet. Thomas Altgeld greift in seinem Beitrag einen speziellen Aspekt auf, der in dem Beitrag von Cornelia Lange schon erwähnt wird: Ein großes Defizit liegt darin, dass die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Männer kaum erreichen und der überwiegende Anteil der Nutzenden Frauen sind. Thomas Altgeld bleibt nicht dabei stehen, die Distanz von Männern zur Gesundheitsförderung zu beklagen, sondern diskutiert Möglichkeiten, wie die männliche Zielgruppe Erfolg versprechend erreicht werden kann. Auf diese Weise führt er sehr anschaulich vor, wie Gender Mainstreaming Impulse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung insgesamt geben und dazu beitragen kann, die Qualität der Angebote in diesem Bereich zu verbessern. Um Jungen und Männer angemessen zu erreichen und um dem aus den Daten klar ableitbaren Defizit abzuhelpfen, müssen neue Wege gegangen werden. Auch hier wird eine „Sozialraum- und Lebensweltorientierung“ zugrunde gelegt, die außer Geschlecht noch andere soziale Dimensionen beinhaltet.

Cornelia Lins verbindet in ihrem Beitrag die beiden Dimensionen „Geschlecht“ und „Migrationshintergrund“ und liefert Informationen zur Entwicklung der Internetnutzung von Frauen und Männern, differenziert nach Alter und Migrationshintergrund. Die Daten geben Hinweise darauf, welche Personengruppen über das Internet zu Gesundheitsthemen ansprechbar sind.

1.2 Was bietet die Forschung für die Facharbeit?

Prof. Dr. Petra Kolip

Durch die Strategie des Gender Mainstreamings ist in den vergangenen Jahren deutlich geworden, dass Prävention und Gesundheitsförderung durch eine fokussierte Zielgruppenspezifizierung gewinnen, weil Maßnahmen genauer entwickelt und dadurch die vorhandenen Mittel gezielter eingesetzt werden können. Es ist aber auch evident, dass eine bloße Geschlechterdifferenzierung nicht ausreicht, da die Gruppen der Mädchen/Frauen und Jungen/Männer sehr heterogen sind und andere Dimensionen sozialer Differenzierung ebenfalls wichtig sind. Eine besondere Herausforderung ist es deshalb, Gender und soziale Benachteiligung zusammen zu betrachten und beides in der Facharbeit zu berücksichtigen.



Der folgende Beitrag nimmt zunächst Gender Mainstreaming in den Blick, um aufzuzeigen, auf welche Bereiche der Sensibilisierungsprozess fokussiert. Er zeigt zugleich, wie Gender Mainstreaming mit weiteren sozialen Differenzierungen verbunden werden kann. Der Beitrag „der Forschung“ für die Facharbeit liegt somit vor allem darin, einen heuristischen Rahmen aufzuspannen, um systematisch soziale Differenzierung einzubinden. Dieser Rahmen kann dann auf die jeweils spezifischen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung übertragen und mit spezifischen Inhalten gefüllt werden. Kurz: Die Fachexpertise muss konsequent – auch strukturell – mit der Gender- und der Diversityperspektive verbunden werden.

Definition und Ziele des Gender Mainstreaming

„Gender Mainstreaming“ ist nach wie vor ein etwas unhandlicher Begriff, der durchaus auch Abwehr erzeugen kann. Niemand würde bestreiten, dass das Geschlecht für Gesundheitsförderung und Prävention relevant ist, aber nur selten werden die Herausforderungen, die mit geschlechtergerechter Arbeit verbunden sind, tatsächlich angenommen. Was meint der Begriff? Er knüpft an die in der Frauenforschung entwickelte Unterscheidung zwischen dem biologischen und sozialen Geschlecht an. Bei Gender Mainstreaming geht es weniger um die biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern, sondern

um die damit verbundenen Rollen, Verhaltensweisen und Lebenslagen. „Mainstreaming“ bedeutet bildlich gefasst: Die Genderbrille aufsetzen bei allem, was man tut, und zu prüfen: Spielt das Geschlecht eine Rolle, und wenn ja, wie kann es angemessen berücksichtigt werden? Anders formuliert: Gender soll in den Hauptstrom, in den „Mainstream“ dessen einfließen, was man sowieso macht. Grundlage der Arbeit im Gesundheitswesen ist das Madrid-Statement der WHO: „The factors that determine health and ill health are not the same for men and women. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts ... This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision making needed to protect their health ... To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities“ (WHO 2001).

Gender Mainstreaming bedeutet die Herstellung von Chancengleichheit in zwei Dimensionen:

- *als Herstellung horizontaler Chancengleichheit:* Wo Frauen und Männer die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch das gleiche Angebot bekommen. Das spielt vor allem in der medizinischen Versorgung eine Rolle. Ein Beispiel ist die Versorgung nach einem Herzinfarkt, die bei Frauen mit einer Unterdiagnostik einhergehen kann, weil das Bild von einem Herzinfarktpatienten mit einem männlichen Geschlechtsstereotyp belegt ist: Frauen und Männer brauchen hier eine ähnliche Diagnostik, doch bislang wurden Frauen hier benachteiligt. Ähnliches gilt für Depressionen: Hier ist davon auszugehen, dass die Erkrankung bei Männern zu selten diagnostiziert wird, weil eine depressive Erkrankung nicht mit einem männlichen Geschlechtsstereotyp vereinbar ist.
- *als Herstellung vertikaler Chancengleichheit:* Wo Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie differenzielle Angebote. Die geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung zeigt hier für zahlreiche Bereiche den geschlechtsspezifischen Bedarf auf: So sind Frauen nach wie vor häufiger Opfer häuslicher Gewalt, Männer haben öfter Unfälle, um nur zwei Beispiele zu nennen. Die Forderung nach vertikaler Chancengleichheit ist allerdings heikel, denn angesichts knapper Kassen werden zahlreiche Frauenprojekte zugunsten von Männerprojekten reduziert. Die Herstellung vertikaler Chancengleichheit und die Berücksichtigung der Genderperspektive dürfen aber nicht zu Lasten eines Geschlechts gehen, sondern es muss mit erweitertem Budget darum gehen, genau den Bedarf von Frauen und von Männern in der Unterschiedlichkeit zu analysieren und zu decken.

Wird die Umsetzung von Gender Mainstreaming ernst genommen, wird ein weiteres Ziel erreicht: das der Qualitätsverbesserung. Gender Mainstreaming ist kein altfeministisches Sahnehäubchen, das man sich in guten Zeiten leisten kann, wenn man nichts Besseres zu tun hat. Gender Mainstreaming verbessert vielmehr die Qualität der Angebote, weil Maßnahmen zielgruppengerechter geplant und umgesetzt werden; die vorhandenen Mittel können damit effektiver eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Berücksichtigung der Genderdimension noch deutlicher als bisher als Qualitätskriterium der Arbeit auszuweisen.

Es müssen zwei Strategien miteinander verbunden werden: 1) geschlechtsspezifische Angebote müssen dort entwickelt werden, wo ein Geschlecht benachteiligt ist, und 2) müssen alle Angebote daraufhin überprüft werden, ob beide Geschlechter erreicht werden, wenn beide erreicht werden sollen. Hierzu gehört auch zu fragen, ob die Rahmenbedingungen der gesunden Entwicklung für beide Geschlechter angemessen berücksichtigt sind. Ein Beispiel ist hier die betriebliche Gesundheitsförderung: Wird Betriebssport nach Arbeitschluss angeboten, werden diejenigen nicht erreicht, die nach Feierabend Kinder zu versorgen haben oder Angehörige pflegen – dies sind in der Regel noch immer Frauen. Eine geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung trägt diesen Rahmenbedingungen Rechnung, indem Angebote im Rahmen der Arbeitszeit angeboten werden oder Kinderbetreuung organisiert wird.

Gender Mainstreaming und die Planung gesundheitsbezogener Interventionen

Wie lässt sich nun die Geschlechterperspektive systematisch in die Facharbeit integrieren? Für die Planung gesundheitsbezogener Interventionen bietet der „Public Health Action Cycle“ einen guten Orientierungsrahmen. Der Zyklus beginnt mit einer Problemdefinition, daraus werden Strategien abgeleitet. Diese werden implementiert, dann bewertet und evaluiert und anschließend wird der Zyklus neu durchlaufen (siehe Abbildung 4 auf S. 24). Dieses Modell soll als Rahmen dienen, um im Folgenden zu zeigen, wo Gender Mainstreaming eine Rolle spielt.

Problemdefinition

Bei der *Problemdefinition* werden die Daten der Gesundheitsberichterstattung (GBE) sowie sozialepidemiologische und andere Studien genutzt. Hier ist wichtig für die Analyse, sie gendersensibel durchzuführen (siehe Beitrag von Cornelia Lange, S. 30). Es wird unterschieden zwischen geschlechtervergleichender und geschlechtsspezifischer bzw. geschlechtssensibler Gesundheits-



Abb. 4: Public Health Action Cycle

berichterstattung. Geschlechtervergleichende Gesundheitsberichterstattung bereitet die Daten so auf, dass Ergebnisse für Frauen und Männer getrennt vorgelegt werden. Sie gibt Hinweise auf geschlechterspezifische Gesundheitsprofile und Präventionspotenziale, die auch für die Facharbeit der BZgA von Relevanz sind (siehe Beiträge von Wolfgang Müller [S. 66], Stefanie Amann [S. 73], Mareike Strunk [S. 81] und Reinhard Mann [S. 89]). Ziel ist es, Männer und Frauen, Jungen und Mädchen darin zu unterstützen, ihre jeweiligen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen (und nicht, wie häufig missverständlich angenommen wird, Männern und Frauen zum gleichen Gesundheitszustand zu „verhelfen“). Mit Blick auf gesundheitsrelevantes Verhalten lassen sich einige geschlechtervergleichende Befunde wie folgt zusammenfassen:

- Mehr Männer als Frauen rauchen (noch).
- Männer konsumieren mehr und häufiger Alkohol.
- Frauen ernähren sich gesundheitsbewusster.
- Männer haben häufiger Unfälle.
- Frauen nehmen häufiger Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch.
- Frauen nutzen häufiger Präventionsangebote der Krankenkassen.
- Frauen sind seltener sportlich aktiv. Was die Alltagsbewegung angeht, unterscheiden sich Frauen und Männer allerdings nicht!
- Frauen nehmen mehr Medikamente ein, insbesondere psychoaktive Substanzen.

Diese Unterschiede im Gesundheitsverhalten spiegeln sich in der Verteilung der Todesursachen bei Frauen und Männern in den einzelnen Altersphasen wider. So sterben Männer im mittleren Lebensalter häufiger an Unfällen, an Herz-Kreislaufkrankheiten und an Leberzirrhose (Abbildung 5). Veränderungen im gesundheitsrelevanten Verhalten lassen sich auch klar an der Sterblichkeitsentwicklung ablesen. So ist der Tabakkonsum in den vergangenen Jahren in der männlichen Bevölkerung gesunken, in der weiblichen Bevölkerung gestiegen. Dieses Muster lässt sich in der Sterblichkeitsentwicklung des Lungenkrebses ablesen: Während die Raten hier bei den Männern sinken, steigen sie bei den Frauen an. Noch liegen die Geschlechter weit auseinander, aber Angleichungstendenzen sind hier zu beobachten (Robert Koch-Institut 2006).

Geschlechtersensible Gesundheitsberichterstattung geht einen Schritt weiter, indem die Daten unter Rückgriff auf Theorieansätze interpretiert werden. Hier finden auch die jeweils spezifischen Lebenslagen von Frauen und Männern Berücksichtigung, sodass die differenziellen Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit in den Blick rücken. Exemplarisch sei hier der Gesundheitsbericht „Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter“ genannt (Lademann und Kolip 2005), in dem vor allem die Dimensionen Erwerbsstatus und Lebensform (mit/ohne Partner bzw. Partnerin, mit Kindern/

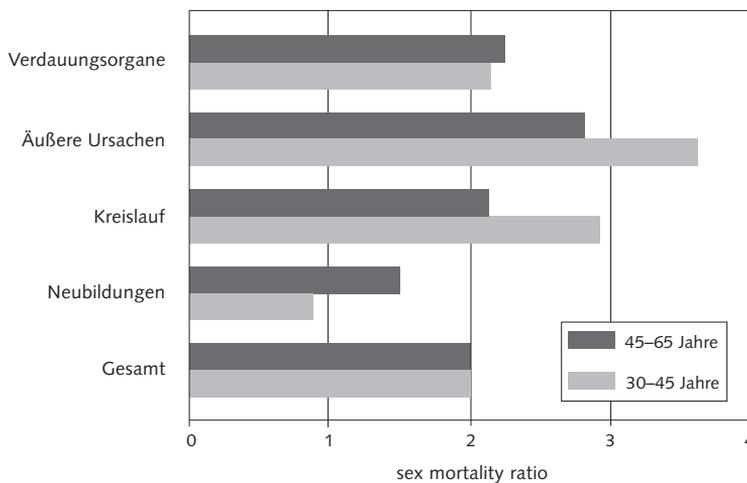


Abb. 5: Geschlechtsabhängiges Mortalitätsverhältnis für die vier häufigsten Todesursachen im Jahr 2001. Zahlen > 1 zeigen eine Übersterblichkeit in der männlichen Bevölkerung an.

kinderlos) als zusätzliche Dimensionen berücksichtigt werden. Geschlechter-spezifische Gesundheitsberichte können als eine Variante geschlechtersensibler Gesundheitsberichte betrachtet werden. Sie betrachten nur ein Geschlecht, um vertiefende Erklärungsansätze zu liefern und den Blick auf Lebenslagen zu lenken. Beispiele hierfür sind der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen (Maschewsky-Schneider et al. 2000) oder der Wiener Männergesundheitsbericht (Magistrat der Stadt Wien 1999). Diese geschlechtersensiblen Berichte zeigen, wie wichtig es ist, deutlicher nach Geschlecht und nach Lebenslagen zu differenzieren, zum Beispiel bei Raucherquoten. Diese variieren je nach Lebensform und Erwerbsstatus. So rauchen in der Altersgruppe 30 bis 45 Jahre 32,0% der Frauen mit Partner bzw. Partnerin und mit Kind bzw. Kindern, aber 61,9% der alleinerziehenden Frauen. Ein Blick auf die Rahmenbedingungen zeigt, dass hier die alleinerziehende Elternschaft mit sozialer Benachteiligung assoziiert ist und zu den hohen Raucherraten beiträgt. So lag die Armutsquote in Deutschland im Jahr 2002 durchschnittlich bei 13,1%. Singlehaushalte (11,8%) und Paarhaushalte ohne Kinder (7,0%) waren hiervon unterdurchschnittlich, Alleinerziehende mit einem (28,8%) und mehreren Kindern (58,5%) waren hiervon überdurchschnittlich häufig betroffen. Diese Ergebnisse verdeutlichen, wie sinnvoll es ist, die Geschlechterperspektive mit anderen Dimensionen sozialer Differenzierung zu verbinden, um Zielgruppen für Interventionen genauer identifizieren zu können.

Die Anwendung der beiden oben erwähnten Strategien des Gender Mainstreamings – der Blick auf das angemessene Erreichen *beider* Geschlechter, die Entwicklung *geschlechtsspezifischer* Angebote dort, wo ein Geschlecht benachteiligt ist – erfordert zum Beispiel, bei einer Analyse des frauenspezifischen Handlungsbedarfs weiter zu differenzieren. Es gibt nach wie vor Themen, bei denen gezielt auf die Gruppe der Frauen geachtet werden muss, etwa Gewalt gegen Frauen, Frauen und Sucht, Essstörungen, reproduktive Gesundheit und Hormontherapie in den Wechseljahren. Dabei gilt es, *innerhalb* der Gruppe von Frauen weitere Zielgruppen zu identifizieren, die bisher vernachlässigt wurden, wie zum Beispiel Migrantinnen, ältere Frauen, Frauen mit Behinderungen und wohnungslose Frauen. Der Handlungsbedarf bezieht sich nicht nur auf Probleme und den Abbau frauenspezifischer Belastungen, sondern es ist auch nach frauenspezifischen Ressourcen zu fragen.

Strategieformulierung

Die Formulierung von Strategien ist der nächste Schritt im Public Health Action Cycle. Strategieformulierungen müssen evidenzbasiert erfolgen, das heißt auf der Grundlage von Wirkungsstudien, mit definierten Zielen und Ziel-

größen und zielgruppenspezifisch unter Berücksichtigung der zentralen Rahmenbedingungen. Dabei muss die Fachexpertise mit der Genderperspektive oder Diversityperspektive verbunden werden. Das heißt: Es ist von allen Projekten deutlicher zu fordern, dass die Problemanalyse und Strategieformulierung immer unter Genderperspektive zu erfolgen hat. Anregungen liefern zum einen das Frauengesundheitsportal der BZgA, eine Fachdatenbank mit Daten und Informationen zur Frauengesundheit. Sie geht von frauenrelevanten Informationen aus und berücksichtigt dabei den Aspekt der sozialen Lage. Auch die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die ihren Schwerpunkt bei Projekten für und mit sozial Benachteiligten hat, führt zahlreiche Projekte auf, die neben der Dimension sozialer Ungleichheit auch die Genderperspektive berücksichtigen.

Bei der Formulierung von Strategien ist die BZgA in besonderer Verantwortung. Die Genderperspektive sollte zur Routine werden. Die BZgA erarbeitet zum Beispiel Materialien, die es Projektnehmern und -nehmerinnen ermöglichen, sich hierfür zu qualifizieren und zu sensibilisieren. Ein Blick auf vergleichbare ausländische Institutionen wie auf die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und auf den Fonds Gesundes Österreich kann hier wichtige Anregungen geben. Beide sind dazu übergegangen, von Antragstellern die Genderperspektive einzufordern und geben hierfür auch konkrete Hilfestellungen (siehe zum Beispiel Jahn und Kolip 2002).

Für diesen Sensibilisierungsprozess muss allerdings ein längerer Zeithorizont eingeplant werden, wie die Erfahrungen bei Gesundheitsförderung Schweiz zeigen. Bei der Stiftung bewerben sich Projektanbieter mit Ideen für Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Das Spektrum der Bewerber und Bewerberinnen und der vorgeschlagenen Projekte ist breit. Nicht alle Auftragnehmer und -nehmerinnen sind in der Lage, die Maßnahme nach den Kriterien von Gender Mainstreaming auszugestalten über die Aussage hinaus, dass Mädchen wie Jungen bzw. Frauen wie Männer teilnehmen können. Die Stiftung Gesundheitsförderung hat hier für Antragstellende entsprechende Vorgaben festgelegt und unterstützt sie mit einer Genderberatung. Dies dient der Sensibilisierung für das Genderthema und macht deutlich, welche Fragen man stellen muss, wenn jemand bislang wenig Zugang zu dem Thema hatte. Es wurde ein Kriterienkatalog entwickelt mit Fragen, die die verschiedenen Ebenen geschlechtersensibler Projektentwicklung abdecken:

- Politik: Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit,
- Theorien/Sex und Gender: Relevanz des biologischen und sozialen Geschlechts (zum Beispiel Doing Gender),

- Partizipation: Beteiligung beider Geschlechter (in Projektleitung und Zielgruppe),
- Methoden.

Inzwischen finden sich auch im internationalen Raum Ansätze, diesen Sensibilisierungsprozess auf andere Dimensionen sozialer Ungleichheit auszudehnen (siehe zum Beispiel Burke und Eichler 2006, mit ihrem Vorschlag für ein BIASfree Framework, das u. a. den ethnischen Hintergrund, Alter, Geschlecht, Behinderung und sexuelle Orientierung berücksichtigt), um eine noch genauere Abstimmung auf verschiedene Zielgruppen zu ermöglichen. Ob eine solche Analysematrix mit hohem Komplexitätsgrad in der Praxis brauchbar ist, wird sich noch erweisen müssen.

Implementation und Umsetzung

Bei der Implementation und Umsetzung ist ebenfalls die Gender- und Diversitätsperspektive gefragt, die mit einer Fachexpertise verbunden werden muss, denn es geht darum zu fragen, mit welchen Methoden die Zielgruppe erreicht werden kann. Ein Blick auf die Angebote der verschiedenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote zeigt, dass dies bislang nicht selbstverständlich ist. So ist offensichtlich, dass die geringere Lebenserwartung der Männer auf ein gesundheitsriskantes Verhalten dieser Bevölkerungsgruppe zurückzuführen ist, das sich in einer vorzeitigen Sterblichkeit an verhaltensbedingten Todesursachen ablesen lässt. Dennoch werden gerade Männer von den Präventionsangeboten zum Beispiel der gesetzlichen Krankenkassen nicht erreicht: Die Klientel der Nutzenden ist zu 80 % weiblich; allenfalls bei den – ausgesprochen selten besuchten – Maßnahmen zur Tabakentwöhnung findet sich ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (siehe Beitrag von Cornelia Lange, S. 30). Bei der Implementation von Maßnahmen ist deshalb genauer zu fragen, welche Zugangswege und welche Methodik für welche Zielgruppe am angemessensten sind (für Praxisbeispiele mit geschlechtergerechter Methodik siehe Kolip und Altgeld 2006).

Evaluation

Bei der Evaluation geht es um die Überprüfung der Wirksamkeit einer Maßnahme (Effektivität, Gegenüberstellung von Zielen und Erfolg) und um die Überprüfung der Effizienz einer Maßnahme (Überprüfung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen). Auch hier ist die Genderperspektive wichtig, zum Beispiel um zu überprüfen, ob beide Geschlechter bzw. unterschiedliche Zielgruppen gleich gut erreicht wurden. Wichtig ist hier, auch die Instrumente geschlechtersensibel zu entwickeln. Das

oben erwähnte Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt, wie bedeutsam es ist, nach den Kontexten von Aktivität zu fragen. Wird nur das Sporttreiben im Verein als Erfolgskriterium für meine Maßnahme erhoben, erfasse ich vor allen Dingen Veränderungen in der Gruppe der Männer; berücksichtige ich auch Alltagsaktivitäten, kann ich auch Veränderungen im Bewegungsverhalten von Frauen abbilden.

Fazit

Gender Mainstreaming ist nach wie vor eine Schlüsselkategorie zur Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern. Gender Mainstreaming muss in allen Phasen des Public Health Action Cycle angewendet werden, um die relevanten Zielgruppen zu identifizieren, die Maßnahmen zielgruppengerecht umzusetzen und die Effekte geschlechterdifferenziert zu evaluieren. Es ist ein zentrales Qualitätskriterium in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, das auch aktiv eingefordert werden muss. Gender Mainstreaming eignet sich zur Sensibilisierung für die Relevanz sozialer Vielfalt. Aber es erfordert auch politischen Willen und es braucht Instrumente, die die Akteure unterstützen. Wenn die Fachexpertise mit einer Gender- bzw. Diversityperspektive langfristig verbunden werden soll, ist eine strukturelle Verankerung notwendig, damit eine zielgruppengerechte Interventionsplanung und -durchführung nicht in das Belieben einzelner Akteure gestellt ist.

Literatur

- Burke, M. A., Eichler, M. (2006): The BIAS FREE Framework. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva: Global Forum for Health Research. [http://www.globalforumhealth.org/Site/002__What%20we%20do/005__Publications/010__BIAS%20FREE.php].
- Jahn, I., Kolip, P. (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Verfügbar unter: http://www.praevention.uni-bremen.de/doc/Geschlecht_als_Kriterium.pdf.
- Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, Juventa.
- Kuhlmann, E., Kolip, P. (2005): Gender und Public Health. Weinheim, Juventa.
- Lademann, J., Kolip, P. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. RKI-Schwerpunktbericht. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Magistrat der Stadt Wien (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Magistrat Wien.
- Maschewsky-Schneider, U. et al. (2000): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart, Kohlhammer.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
- WHO Europe (2001): Mainstreaming gender equity in health: Madrid Statement. Kopenhagen, WHO Europe.

1.3 Datengrundlagen für eine geschlechtergerechte Prävention: Stand und Perspektiven

Dr. Cornelia Lange

Die Konzipierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unter Genderperspektive muss durch empirische Daten fundiert sein, die die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen und Männern im Gesundheitsbereich zeigen. Der Beitrag führt dies zunächst für ausgewählte Einzelbeispiele aus dem Bereich der Nutzung primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen vor, um dann die Systematik gezielter Datenerhebung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention übergreifend zu skizzieren. Systematik bedeutet zum einen, dass Daten von einer hohen Qualität und regelmäßig erhoben werden, und zum anderen, dass sie mit dem Bezug auf ein stringentes theoretisches Zusammenhangmodell – hier: das Modell der Gesundheitsentwicklung (Health Development Model) – interpretiert und eingeordnet werden. Perspektiven bietet ein Gesundheitsmonitoring, bei dem sich die differenzierende Betrachtungsweise auf die Verbindung von Geschlecht und soziale Lage bzw. soziale Ressourcen richtet, die im Zusammenhang mit Gesundheit stehen.



Die unterschiedliche gesundheitliche Lage von Frauen und Männern manifestiert sich nicht allein in einem unterschiedlichen Gesundheitszustand und in unterschiedlichen Belastungen und Ressourcen der Geschlechtergruppen, sondern auch in der unterschiedlichen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems sowie in den Faktoren, die Einfluss auf diese Inanspruchnahme haben. Dies betrifft auch die unterschiedliche Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten.

Da auch in Fachdiskussionen die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention – und was auch immer sich hinter „Prävention“ verbergen mag – in einen Topf geworfen werden, sollen diese beiden Termini zu Beginn begrifflich geklärt werden. Dies ist wichtig, um Bedarfe genauer zu identifizieren und um festzustellen, wo welche Maßnahmen erforderlich sind oder wo sie etabliert sind und gut laufen.

- Als *Gesundheitsförderung* versteht man Maßnahmen, die auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen abzielen. Gesundheitsförderung ist nicht krankheitsbezogen ausgerichtet. Sie hilft, gesundheitlich abträgliche Verhaltensweisen generell abzubauen, fördert die Gesundheitskompetenz des bzw. der Einzelnen und trägt zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen bei. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind zum Beispiel der Nichtraucherschutz, die Gewährleistung einer angemessenen Bildung oder Informationen über gesundheitsförderliche Ernährungsstile.
- Als *Prävention* wird die gezielte Verhütung von Krankheiten und ihren Folgen verstanden. Durch präventive Maßnahmen sollen bestimmte Krankheiten oder unvorteilhafte Gesundheitszustände verhindert werden. Unterschieden wird dabei zwischen *primärer*, *sekundärer* und *tertiärer* Prävention. Am stärksten überschneiden sich Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der primären Prävention. Hier ist die Zuordnung von Maßnahmen nicht immer eindeutig vorzunehmen. Ist zum Beispiel ein Nichtraucherprogramm für Personen, die schon geraucht haben, noch Gesundheitsförderung oder schon primäre Prävention? Bei der sekundären Prävention, der Krankheitsfrüherkennung – fälschlich oft auch als Vorsorge bezeichnet – ist die Unterscheidung zur Gesundheitsförderung eindeutiger; ebenso bei der tertiären Prävention, also zum Beispiel der Rehabilitation nach dem Eintreten einer Krankheit mit dem Ziel, Folgekrankheiten zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern.

Drei Beispiele – jeweils eines aus dem Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention – zeigen, dass es beachtliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, was die Nutzung von Angeboten und die Verordnung von Leistungen angeht.

Deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der *primären Prävention*, die von gesetzlichen Krankenversicherern nach § 20 SGB V angeboten werden. Im Durchschnitt nehmen daran zu 80 % Frauen und zu 20 % Männer teil. Die Maßnahmen werden in vier große Kategorien eingeteilt: Bewegung (Frauenanteil: 79,2 %), Ernährung (Frauenanteil: 84,5 %), Stressbewältigung (Frauenanteil: 83 %), Sucht- und Genussmittel (Frauenanteil: 55,7 %; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Einzig im Bereich Sucht- und Genussmittel findet sich ein vergleichsweise höherer Anteil an Männern, die entsprechende Maßnahmen in Anspruch nehmen (44,3 %). Obwohl diese Programme insgesamt als eine „Erfolgsgeschichte“ angesehen werden und die Zahl der

Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Jahr zu Jahr steigt, erreichen doch die Maßnahmen bislang nur einen kleinen Teil der gesetzlich Versicherten (im Jahr 2006 wurden 1,4 Millionen Teilnahmen gemeldet, das entspricht 2 % der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006).

Allgemein wird diskutiert, dass die Teilnahme an der *Sekundärprävention* nicht so zureichend ist, wie dies zu wünschen wäre. Das Robert Koch-Institut (RKI) hat Daten zu den Motiven der Nichtteilnahme erhoben. In den repräsentativen telefonischen Gesundheitssurveys wurde zum Beispiel die Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose als Hinderungsgrund abgefragt. Ein erheblicher Anteil der Männer gibt sehr offen an, dass sie die Krebsfrüherkennung nicht nutzen, weil sie Angst vor einer Diagnose haben. Dieser Anteil liegt bei den über 50-jährigen Männern deutlich höher als der entsprechende Anteil bei Frauen. Auch bei „Nicht für notwendig gehalten“ als dem Grund für die Nichtteilnahme an der Krebsfrüherkennung gibt es einen deutlichen Geschlechterunterschied. Auch hier liegt der Anteil der Männer, die diesen Grund angeben, höher als bei den Frauen, zumindest bis zur Altersgruppe der 70-Jährigen. Bei den über 70-Jährigen sind es dann 34 % der Frauen – eine brisante Zahl – und 18 % der Männer, die eine Krebsfrüherkennung für nicht notwendig erachten und diese Fragen nicht mehr für relevant halten (siehe Abbildung 6).

Ausgewählte Gründe für eine Nichtteilnahme an Gesundheits-Check-up und Krebsfrüherkennungsuntersuchung (in Prozent) nach Alter und Geschlecht. Datenquelle: GSTel 2004.									
Altersgruppen (in Jahren)	Gründe für Nichtteilnahme Check-up				Altersgruppen (in Jahren)	Gründe für Nichtteilnahme KFU			
	nicht notwendig		Angebot unbekannt			nicht notwendig		Angst vor mögl. Krebsdiagnose	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer		Frauen	Männer	Frauen	Männer
					20–29	32,9	–	31,0	–
35–39	18,5	23,4	23,1	41,5	30–39	9,5	–	12,1	–
40–49	28,0	31,7	25,1	22,6	40–49	8,7	21,6	19,0	14,6
50–59	20,1	18,4	15,7	17,7	50–59	4,4	34,2	10,3	36,6
60–69	15,3	15,1	16,6	12,2	60–69	10,3	26,3	22,1	31,7
70 +	18,1	11,6	19,4	6,1	70 +	34,1	18,1	5,2	17,1

Abb. 6: Nichtteilnahme an Maßnahmen der sekundären Prävention. Quelle: Starker, A., Saß, A. C., Ziese, T. 2006.

Bei den Daten zu Motiven der Nichtnutzung von Gesundheits-Check-ups sind die Geschlechterunterschiede nicht so groß. Das heißt, man muss innerhalb des Bereichs der sekundären Prävention noch zwischen Maßnahmen unterscheiden, die teilweise mit Angst und Sorge verbunden sind, teilweise nicht bekannt sind oder für nicht notwendig gehalten werden (siehe Starker, Saß und Ziese 2006).

Ein kurzes Beispiel aus dem Bereich der *Tertiärprävention*, also der Versorgungsleistungen für diejenigen, die bereits unter einer Krankheit leiden, zeigt Geschlechterunterschiede in der Verordnung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen bei Diabetes. Zur Versorgung von Diabetikern und Diabetikerinnen nach den Leitlinien gehört, dass regelmäßig drei Untersuchungen durchgeführt werden (Kontrolle des HbA1c-Wertes, Augenhintergrunduntersuchung, Fußuntersuchung). Dass alle drei Maßnahmen durchgeführt werden, ist bei Frauen seltener der Fall als bei Männern. So gaben 30,7 % der befragten Männer mit Diabetes und 25,6 % der befragten Frauen mit Diabetes an, alle drei Versorgungsleistungen seien bei ihnen durchgeführt worden (Burger und Tiemann 2005).

Nach der Beobachtung solcher Unterschiede, wie sie hier exemplarisch gezeigt wurden, stellen sich somit drei Kernfragen:

- Für wen sind warum in welcher Lebenssituation und welchem Lebensalter welche Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen wichtig oder relevant?
- Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme?
- Welche Wirksamkeit ist bekannt?

Das Modell der Gesundheitsentwicklung als theoretisches Rahmenkonzept

Um die erhobenen Daten in einem Zusammenhang interpretieren zu können, ist es hilfreich, sich auf theoretische Modelle der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit zu beziehen. Auf europäischer Ebene wurde ein Modell zur Etablierung von Indikatoren der Gesundheitsförderung (European Community Health Promotion Indicator Development Model [EUHPID]) konzipiert. Mit der Entwicklung dieses Konzepts wurden drei Ziele verfolgt: 1) das Erstellen eines Standards zur Auswahl, Erhebung und Interpretation von Indikatoren zur Gesundheitsförderung, 2) die Vermittlung eines einheitlichen Gesundheitsförderungsansatzes für die breitere Fachöffentlichkeit, 3) die Konzeption eines einheitlichen Bezugsrahmens von Gesundheitsförderung und Public Health. Unter der Voraussetzung, dass sich Gesundheit durch fortlaufende Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt entwickelt

und von einer salutogenetischen oder pathogenetischen Perspektive aus interpretiert werden kann, greift dieses Modell sowohl die Risikofaktoren für die Entwicklung von Krankheiten auf, an denen der Gesundheitsschutz und die „klassische“ Prävention ansetzen, als auch die Faktoren, die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bleibt (Salutogenese) (Bauer, Davies und Pelikan 2006). Das bedeutet auf der Ebene der Individuen die Stärkung psychischer, sozialer und gesundheitlicher Ressourcen. Wie erhobene Daten unter Berücksichtigung solcher Modelle analysiert und interpretiert werden können, soll im

	Odds Ratio	
	Jungen ¹	Mädchen ²
Migrationshintergrund		
Ja	0,6	0,5
Nein	Referenzgruppe	Referenzgruppe
Besuchter Schultyp		
Hauptschule	3,8	2,2
Realschule	2,2	1,4
Gesamtschule	2,6	1,4
Gymnasium	Referenzgruppe	Referenzgruppe
Personale Ressourcen		
Defizite	1,7	nicht signifikant
Grenzwertig	0,9	
Unauffällig	Referenzgruppe	
Familiäre Ressourcen		
Defizite	nicht signifikant	1,8
Grenzwertig		1,0
Unauffällig		Referenzgruppe
Eltern rauchen		
Ja	2,1	2,1
Nein	Referenzgruppe	Referenzgruppe
Freunde rauchen		
Ja	7,7	4,4
Nein	Referenzgruppe	Referenzgruppe

Abb. 7: Einflussgrößen auf das Rauchen. Gemeinsame Auswertung der Einflussgrößen (logistische Regression) hinsichtlich des aktuellen Rauchens bei 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen. Quelle: KiGGS

- 1 Unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Sozialstatus, Wohnregion (Ost-West), familiären Ressourcen
- 2 Unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Sozialstatus, Wohnregion (Ost-West), personellen Ressourcen

folgenden Beispiel zu den Einflussgrößen auf das Rauchverhalten Jugendlicher gezeigt werden.

Für die Entwicklung von Maßnahmen und Programmen der Tabakprävention sind zum Beispiel Informationen darüber erforderlich, in welchen Bevölkerungsgruppen bzw. Bevölkerungssubgruppen am häufigsten unter welchen Bedingungen geraucht wird. Für folgende Analyse wurden 14- bis 17-jährige Jugendliche ausgewählt, die im Rahmen von KiGGS (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) befragt worden waren (Kurth 2007). Berücksichtigt wurden bei den Analysen folgende Merkmale: sozialer Status der Familie, Migrationshintergrund, Wohnregion (Ost-West), besuchter Schultyp, personale Ressourcen (zum Beispiel Selbstwirksamkeit, Optimismus, Sense of Coherence), familiäre Ressourcen, Rauchverhalten der Eltern, Rauchverhalten der Freunde bzw. Freundinnen. In der Abbildung 7 werden die Ergebnisse der gleichzeitigen Auswertung dieser Faktoren berichtet und als sogenannte Odds Ratios ausgewiesen. Die Odds Ratios besagen, um welchen Faktor die Chance des Rauchens in der betrachteten Gruppe gegenüber der jeweiligen Referenzgruppe erhöht bzw. verringert ist.

Die Ergebnisse weisen insbesondere den von den Jugendlichen besuchten Schultyp, den Migrationshintergrund sowie das Rauchverhalten von Eltern und Freunden bzw. Freundinnen als relevante Einflussgrößen aus. Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, haben ein 3,8-mal bzw. 2,2-mal so hohes Risiko zu rauchen wie diejenigen auf einem Gymnasium. Auch Real- und Gesamtschüler bzw. -schülerinnen tragen ein höheres Risiko, zu den Rauchern und Raucherinnen zu gehören, als ihre Altersgenossen auf dem Gymnasium. Ein Migrationshintergrund ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen mit einem verringerten Tabakkonsum verbunden. Wenn die Eltern rauchen, ist das Risiko, dass die Jugendlichen rauchen, doppelt so hoch. Noch stärker als das elterliche Vorbild kommt das Verhalten der Gleichaltrigen zum Tragen: Jungen und Mädchen, deren Freunde und Freundinnen rauchen, haben ein 7,7-mal bzw. 4,4-mal so hohes Risiko, selbst zu rauchen. Bei den Jungen zeigt sich darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen Defiziten in den personalen Ressourcen und dem Rauchen; bei Mädchen schlagen sich Defizite in den familiären Ressourcen in einem höheren Anteil an Raucherinnen nieder. Diese Auswertung verdeutlicht, dass zum einen bei Jugendlichen der Einfluss der Gleichaltrigen eine besonders wichtige Rolle spielt, zum anderen sich die Einflussfaktoren auf das Rauchen bei Jungen und Mädchen unterscheiden; dies erfordert die Konzeption zielgruppenadäquater und gendergerechter Präventionsmaßnahmen (Robert Koch-Institut 2008).

	Odds Ratio	
	Jungen ¹	Mädchen ²
Einkommensquintil		
< 20 %	2,4	nicht signifikant
20–80 %	1,6	
80–100 %	Referenzgruppe	
Bildungsniveau		
Niedrig	nicht signifikant	2,9
Mittel		2,8
Hoch		Referenzgruppe
Lebensform		
Einelternfamilie	nicht signifikant	3,3
Zweielternfamilie		Referenzgruppe
Familiäre Ressourcen		
Unauffällig	0,5	0,3
Grenzwertig/defizitär	Referenzgruppe	Referenzgruppe
Personale Ressourcen		
Unauffällig	0,4	0,5
Grenzwertig/defizitär	Referenzgruppe	Referenzgruppe
Soziale Ressourcen		
Unauffällig	0,6	0,6
Grenzwertig/defizitär	Referenzgruppe	Referenzgruppe

Abb. 8: Einflussgrößen auf Verhaltensauffälligkeiten. Psychische und Verhaltensauffälligkeiten nach sozioökonomischen Indikatoren und Ressourcen, gemeinsame Auswertung der Indikatoren (logistische Regression). Quelle: KiGGS

- 1 Unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Bildungsniveau und Lebensform sowie Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund
- 2 Unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Einkommensquintile sowie von Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund

Abbildung 8 zeigt Ergebnisse zu den Einflussgrößen auf Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der psychischen Gesundheit. Insgesamt kommen Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger vor als bei Mädchen – zudem ist die Stärke der Wirksamkeit der Einflussfaktoren bei beiden Geschlechtern unterschiedlich. So fällt bei Jungen eine prekäre Einkommenssituation besonders ins Gewicht, während bei Mädchen ein geringer Bildungshintergrund das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöht. Zudem sind Mädchen, die bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwachsen, einem gesteigerten Risiko für psy-

chische Auffälligkeiten ausgesetzt. Das Risiko verringert sich bei Mädchen wie bei Jungen insbesondere durch ausreichende familiäre, personale und soziale Ressourcen. Da bei diesen Analysen Querschnittsdaten zugrunde gelegt wurden, ist allerdings nicht eindeutig eine Kausalität ableitbar. Beispielsweise ist es auch möglich, dass Mädchen mit psychischen Auffälligkeiten aufgrund dieser Tatsache häufiger Bildungseinrichtungen besuchen, die lediglich eine relativ geringe Qualifikation ermöglichen (Robert Koch-Institut 2008).

Voraussetzung für eine geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung sind somit belastbare Daten, aus denen zielgruppenspezifische Bedarfe abgeleitet werden können. Auf der Basis dieser Analysen können dann konkrete Präventionsmaßnahmen konzipiert werden. Dafür ist es erstens notwendig, dass Daten vorliegen, bei denen Informationen zu gesundheitlichen Problemen und Krankheiten mit Informationen zur sozialen Lage in Bezug gesetzt werden können, und dass zweitens diese Daten auch auf der Basis theoretischer Erklärungsmodelle interpretiert werden können. Erst solche Erklärungsmodelle helfen, besondere Schwerpunkte und Unterstützungsbedarfe zu erkennen. Für die Analyse ursächlicher Zusammenhänge von Gesundheitsverhalten, Unterstützungs- und Risikopotenzialen und dem späteren Gesundheitszustand sind darüber hinaus Längsschnittdaten erforderlich, bei denen periodisch wiederkehrend die gleichen Probandinnen und Probanden befragt und ggf. untersucht werden.

Als Datenquellen für derartige Analysen kann insbesondere auf die Gesundheitssurveys des RKI zugegriffen werden, die seit 1984 durchgeführt werden. Zu nennen sind hierbei die im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie durchgeführten nationalen Untersuchungssurveys (1984–86, 1987–89, 1990–91), der Gesundheitssurvey Ost (1991–92), der Bundesgesundheits-survey 1998 sowie die nachfolgenden telefonischen Gesundheitssurveys. Daneben können einige eher sozialwissenschaftlich orientierte Erhebungen für geschlechtersensible Analysen herangezogen werden, wie das Sozioökonomische Panel, der Wohlfahrtssurvey oder der Mikrozensus, für den alle vier Jahre eine Zusatzbefragung zur Gesundheit durchgeführt wird. Des Weiteren stellen Daten aus der amtlichen Statistik (Krankenhaus- und Mortalitätsstatistik, Schwerbehindertenstatistik, Statistik der Pflegeversicherung), aus der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenhausaufenthaltsdauer, Arbeitsunfähigkeitszeiten, verordnete Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittelverordnungen etc.), aus dem Infektionsschutzgesetz, aus Registern (Krebsregister, Herzinfarktregister) sowie aus epidemiologischen Studien wichtige Informationen für eine geschlechtersensible Berichterstattung bereit.

Als weitere Quelle für die Inanspruchnahme primärpräventiver Leistungen sei der jährlich erscheinende Bericht zu Präventionsleistungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen genannt, der einen guten Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Primärprävention, zu Settingmaßnahmen sowie zur betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Detaillierte Analysen wie oben beschrieben sind allerdings mit diesen aggregierten Daten nicht möglich.

Einen einfachen Zugang zu diesen Daten, die für die Konzipierung und Umsetzung von geschlechtersensibler Gesundheitsförderung relevant sind, bietet das Frauengesundheitsportal der BZgA (www.frauengesundheitsportal.de). Es ist ein Wegweiser zu Informationsquellen im Bereich Frauengesundheit und bietet Links zu Organisationen, die über entsprechende Daten verfügen, wie etwa zum Robert Koch-Institut, dem Statistischen Bundesamt, der Europäischen Kommission, der WHO sowie zu Publikationen mit entsprechenden Daten.

Gender und soziale Ungleichheit

Menschen in sozial schlechter gestellten Positionen verfügen über eine schlechtere Gesundheit als Menschen in sozial besser gestellten Positionen. Dies wurde für unterschiedlichste Kulturen und Versorgungssysteme nachgewiesen. Aktuelle Analysen für Deutschland lassen sich zum Beispiel der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung entnehmen. In der Expertise des Robert Koch-Instituts „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ zum zweiten Armuts- und Reichtumsbericht werden auf einer breiten Daten- und Informationsbasis die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und anderen zentralen Bereichen der Lebenslage – vor allem Einkommen, Bildung und Arbeit – dargestellt, wobei diese sowohl unter dem Belastungs- als auch unter dem Ressourcenaspekt diskutiert werden (Robert Koch-Institut 2005).

Neben den vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit wie Bildung, berufliches Prestige, Macht, Einkommen sowie Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen werden Ungleichheitsstrukturen aber durch horizontale Ungleichheiten wie Geschlecht, Nationalität/Migrationshintergrund und Generation wesentlich mitgeprägt. In Bezug auf die Kategorie Geschlecht stellt sich die Frage, welche Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bestehen und welche Konsequenzen daraus beispielsweise für geschlechtergerechte Zugangswege und Präventionsmaßnahmen abzuleiten sind. Es ist daher notwendig, bestehende Modelle zur Darstellung des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und

Gesundheit – wie etwa das integrative Modell von Elkeles und Mielck – um die Dimension horizontaler Ungleichheiten zu erweitern und mit dieser zu verweben. Eine komplexe Weiterentwicklung eines solchen Untersuchungsmodells für empirische Analysen wurde von Babitsch entwickelt (Babitsch 2005).

In einer Gesellschaft, in der in großen Teilen noch ein traditionelles Familienmodell gelebt wird, wie Analysen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern mit Kindern belegen, unterscheiden sich besonders die aus der Erwerbs- bzw. Haus- und Familienarbeit resultierenden Belastungen und Ressourcen bei Frauen und Männern. Die Vereinbarung von Erwerbsarbeit und Familie ist nach wie vor eine Aufgabe, für die primär Frauen verantwortlich sind; für sie stellt sich somit in stärkerem Maße als für Männer die Frage, wie die unterschiedlich strukturierten Bereiche der Erwerbsarbeit bzw. der Haus- und Familienarbeit miteinander zu vereinbaren sind. Daraus ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Ressourcen und Belastungen.

Bezüglich der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Belastungen erlauben die Daten der telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts einen Aufschluss: Danach geben ein Fünftel der Frauen (21,2%, Männer: 12,2%) unter 65 Jahren an, dass sie mit der Pflege Angehöriger stark oder sehr stark belastet sind. 16,7% der Frauen und 5,2% der Männer der gleichen Altersgruppe empfinden die Belastungen durch die Betreuung der Kinder als stark oder sehr stark; für die starke oder sehr starke Belastung durch Hausarbeit liegen die Werte der Frauen bei 14,4%, die der Männer bei 4,4%. Eine weitere Frage bezog sich auf die Belastungen am Arbeitsplatz. Hier ist auffallend, dass körperliche Belastungen am Arbeitsplatz durchweg auch Frauen betreffen (Frauen: 36,8%, Männer: 34%), die oft in niedrig qualifizierten Tätigkeiten – etwa Verkauf, Pflege – harte körperliche Arbeit leisten müssen. Angesichts der Zahlen, dass 50% der Männer über zeitliche Belastungen klagen (Frauen: 36%) und 58,6% über Stress (Frauen: 55,8%), stellt sich die Frage, ob man diese Erwerbstätigen allein mit verhaltensorientierten, edukativen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erreichen kann, und ob nicht eine stärkere Ausrichtung auf Maßnahmen der Verhältnisprävention geboten wäre.

Auch die Konzeption verhältnisorientierter Maßnahmen muss Genderaspekte berücksichtigen: Dies betrifft auf der Ebene der Entwicklung von *Handlungsspielräumen* die Berücksichtigung der strukturellen Gegebenheiten sowie die Schaffung objektiver Handlungsräume durch Verbesserung ökonomischer, ökologischer und sozialer Lebensbedingungen. Auf der Ebene der Stärkung

salutogenetischer Ressourcen ist beispielsweise die Förderung sozialer Ressourcen wie der Aufbau sozialer Netzwerke und Unterstützungssysteme von Bedeutung (siehe Kolb und Diketmüller 2006).

Datenperspektiven: Gesundheitsmonitoring

Im Rahmen der Etablierung eines bundesweiten Gesundheitsmonitorings wird das RKI künftig kontinuierlich in allen Altersgruppen der Bevölkerung Gesundheitsbefragungen und Gesundheitsuntersuchungen durchführen. Ziel des Gesundheitsmonitorings ist es, Entwicklungen im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten und im Umgang mit Krankheiten und gesundheitlichen Risiken kontinuierlich zu beobachten, Trends und deren Veränderung zu identifizieren und diese im Verhältnis zu möglichen oder bisher gängigen Interventionen zu analysieren. Die im Rahmen des Monitorings erhobenen Daten sollen dazu beitragen, zielgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu planen und damit zu einer evidenzbasierten Steuerung im Gesundheitswesen beizutragen (Kurth, Ziese und Tiemann 2005). Eine umfangreiche Analyse vorhandener Datenbestände hat gezeigt, dass Informationslücken insbesondere bei folgenden Aspekten bestehen:

- Belastungen und Risiken in verschiedenen Lebenswelten,
- gesundheitsbezogenes Verhalten,
- subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- objektiver Gesundheitsstatus (Häufigkeit von Gesundheitsstörungen und Krankheiten),
- Kenntnis, Akzeptanz und Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote,
- Kenntnis, Akzeptanz und Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung,
- psychosoziale Kompetenz in Sachen Gesundheit,
- Soziodemografie einschließlich Behinderungsstatus, Migrationsstatus und Erwerbsstatus,
- Teilhabesituation in unterschiedlichen Lebenswelten.

Diese Lücken im Wissen über den Gesundheitszustand können nur mithilfe von Gesundheitssurveys gefüllt werden, die Aussagen zu Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Krankheiten und Versorgung der Bevölkerung erlauben und diese mit den jeweiligen Lebensbedingungen verknüpfen. Damit können Bevölkerungsgruppen, in denen gesundheitliche Belastungen kumulieren, identifiziert und zielgerichtete Präventions- und Versorgungsangebote unter Berücksichtigung geschlechterspezifischer Belange entwickelt werden.

Das RKI bereitet derzeit drei konzeptionell und inhaltlich aufeinander abgestimmte Surveyerhebungen vor: 1) die Fortsetzung des Kinder- und Jugendge-

sundheitssurveys als Langzeitstudie („KiGGS-Kohorte“), 2) die Fortführung des Bundesgesundheits surveys 1998 als Langzeitstudie unter Einbeziehung neuer Teilnehmerinnen und Teilnehmer, 3) jährlich durchgeführte telefonische Gesundheitsbefragungen.

1. *Fortsetzung von KiGGS*: Ein Bestandteil des Gesundheitsmonitorings ist die Fortsetzung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ab Herbst 2008 als Langzeitstudie (Kohortenstudie). Das bedeutet, dass diejenigen, die an der Basiserhebung von 2003–2006 teilgenommen haben, erneut zu einer Teilnahme eingeladen werden. Im Vordergrund der Kohortenstudie steht die Betrachtung dieser Probandengruppe über verschiedene Messzeitpunkte hinweg, um Entwicklungen und Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge (zum Beispiel zwischen gesundheitsbezogenem Verhalten und Gesundheit) analysieren zu können. Die erste Wiederholungsstudie wird aus einer telefonischen Befragung von Eltern und/oder Jugendlichen bestehen. Neben den Kindern, die bereits an der Basiserhebung teilgenommen haben und die inzwischen 6 bis 23 Jahre alt sind, werden Kinder von 0 bis 5 Jahren zusätzlich eingeladen, um auch für diesen Altersbereich aktuelle Informationen zu erhalten. Die Durchführung und Akzeptanz der Telefoninterviews wurde Mitte Juni 2008 in einem zehntägigen Pretest erprobt. Die Interviews wurden mit Schülern und Schülerinnen sowie Eltern einer Berliner Schule durchgeführt.
2. *Erwachsenenbevölkerung*: Die zweite Erhebung konzentriert sich auf die Erwachsenenbevölkerung ab vollendetem 18. Lebensjahr (nach oben sind dem Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen keine Grenzen gesetzt). Dabei ist die Fortführung des Bundesgesundheits surveys von 1998 als Langzeitstudie (Panelstudie) als integraler Bestandteil geplant. Ähnlich wie bei der KiGGS-Studie werden auch hier die Teilnehmenden der Basisstudie (die einer erneuten Kontaktaufnahme durch uns zugestimmt hatten) wieder eingeladen. Zudem werden neue Probanden und Probandinnen per Zufallsauswahl aus den Melderegistern von insgesamt 180 Studienorten gezogen. Der Beginn der Hauptstudie ist für Ende 2008 geplant. In den drei Untersuchungsjahren sollen etwa 7500 Personen von zwei Untersuchungsteams des RKI in Studienzentren vor Ort befragt und körperlich untersucht werden. Zusätzlich werden die Teilnehmenden um Blut-, Urin- und Speichelproben gebeten, die dann umfangreichen Laboranalysen unterzogen werden.
3. *Telefonische Gesundheitsbefragungen*: Als dritte Komponente des Gesundheitsmonitorings ist die regelmäßige Durchführung bundesweiter telefonischer Gesundheitsbefragungen vorgesehen. Für diese Querschnittserhebungen werden Zufallsstichproben gezogen. Zielpopulation ist die deutschsprache-

chige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Diese Querschnittserhebungen sollen in jährlichen Wellen Informationen zur gesundheitlichen Lage allgemein und zu speziellen aktuellen gesundheitsrelevanten Fragestellungen liefern. Die jährliche Wiederholung wird Trendanalysen ermöglichen.

Die vorhandenen und künftig erhobenen Daten aus Gesundheitssurveys erlauben somit, für einzelne Bevölkerungsgruppen Zusammenhänge zwischen den Einflussgrößen auf die Gesundheit und dem jeweiligen Gesundheitszustand aufzuzeigen. Die in der Perspektive vorliegenden Längsschnittdaten werden es zudem ermöglichen, Aussagen darüber zu treffen, welcher Lebensstil und welche Lebensbedingungen nach einigen Jahren in welchem gesundheitlichen Outcome resultieren (Kausalitätsanalysen). Anhand dieser Daten wird es aber nicht möglich sein, einzelne, konkrete Präventionsmaßnahmen zu evaluieren. Es können aber auf Bevölkerungsebene Aussagen dazu getroffen werden, in welchen Gruppen Veränderungen des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands unter welchen strukturellen Bedingungen „angekommen“ sind und in Alltagshandeln umgesetzt wurden. Damit werden zielgruppenspezifische und gleichzeitig ressourcenschonende Interventionen bei denjenigen erleichtert, die von gängigen Präventionsmaßnahmen noch nicht erreicht werden konnten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Dokumentation 2004 – Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V – Tabellenband.
- Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern, Hans Huber.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J. (2006): The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promot. Int* 21, pp 153–159.
- Burger, M., Tiemann, F. (2005): Diabetes mellitus in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48 [11], S. 1242–1249.
- Kolb, M., Diketmüller, R. (2006): „Reife Äpfel“. Gesundheitsförderung mit älteren Frauen im ländlichen Raum. In: Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim und München, Juventa, S. 145–161.
- Kurth, B. M., Ziese, T., Tiemann, F. (2005): Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Ansätze und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48, S. 261–272.
- Kurth, B. M. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten des Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50, S. 533–546.
- Starker, A., Saß, A.-C., Ziese, T. (2006): Inanspruchnahme von Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen – Wer nutzt sie (nicht) und warum? *Gesundheitswesen* 68, S. 492.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2008): *Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS*. Berlin, Robert Koch-Institut.

1.4 Aspekte der Männergesundheit

Thomas Altgeld



Gesundheitsförderung unter Geschlechterperspektive zu betrachten, bedeutet insbesondere auch, den Blick auf Männer zu richten. Männer zeigen nicht nur in vielerlei Hinsicht ein stärker gesundheitsriskantes Verhalten, sondern sie nutzen auch seltener Angebote der Gesundheitsförderung. Der folgende Beitrag zeigt, dass der risiko- und defizitorientierte Männlichkeitsdiskurs nicht sehr hilfreich ist, um

Gesundheitsbedürfnisse und Präventionspotenziale von Jungen und Männern auszuloten. Thomas Altgeld diskutiert eine Reihe von Vorschlägen, um Jungen und Männer mit Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung besser zu erreichen: mit einem eher ressourcenorientierten Blick, mit einer stärkeren Einbindung von Männern in die Anbieterstrukturen, mit den richtigen und angemessen vermittelten Themen sowie mit partizipativen Strategien. Diese Überlegungen können zu einer Neuorientierung der Gesundheitsförderung und mehr „Männergerechtigkeit“ der Angebote führen.

Männer – (K)ein unerreichbares Geschlecht in der Gesundheitsförderung?

Die Präventionsberichte über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention zeigen Jahr für Jahr das gleiche Bild, was die Erreichbarkeit von Männern für Kursangebote nach dem individuellen Ansatz angeht: Männer nehmen dieses Angebot kaum in Anspruch. Damit leisten diese primärpräventiven Kursangebote – der eigentlichen Intention des Gesetzesauftrages entgegen – bestenfalls einen Beitrag zur Beibehaltung ungleicher Gesundheitschancen zwischen den Geschlechtern. In dem aktuellen Präventionsbericht 2007 wird dieser Sachverhalt eingeleitet mit dem Satz: „Kursangebote nach dem individuellen Ansatz wurden – wie in den Berichtsjahren zuvor – überdurchschnittlich häufig von Frauen in Anspruch genommen. Ihr Anteil lag bei 78 % aller Kursteilnehmer, der Anteil der männlichen Kursteilnehmer lag hingegen bei 22 %“ (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008, S. 64). Die Nichterreichbarkeit von Männern über diese Angebotsstruktur (und bei anderen präventiven Angeboten) wird kaum hinterfragt. Hier sollte thematisiert werden, ob die Angebotsstruktur selbst oder die vorgegebenen Inhalte (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und

Suchtprävention) der Grund für die niedrigen Männerraten in den Kursangeboten sein könnten.

Die Forderung nach mehr effektiven Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, die Männer als Zielgruppe adressieren und erreichen, ist keineswegs neu. Allerdings wird sie insbesondere von den Leistungsanbietern und Kostenträgern der größten Präventionsschienen nicht nachdrücklich erhoben. Bereits der erste deutsche geschlechtersensible Landesgesundheitsbericht für Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2000 stellte solche Defizite bei der Versorgung von Männern mit Gesundheitsförderungsangeboten fest: „Den differenzierten Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen stehen wenig vergleichbare Versuche gegenüber, gezielt die höhere Sterblichkeit der Männer abzubauen. Es gibt kaum Präventionsangebote, die sich gezielt an Männer wenden. Zusätzlich muss man feststellen, dass die für beide Geschlechter entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme vor allem von Frauen genutzt werden“ (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000, S. 43).

Hinze und Samland forderten 2004 erneut „die Beseitigung einer die Geschlechterdisparität betreffenden extremen Schiefelage in der Prävention und Gesundheitsförderung“ (Hinze und Samland 2004, S. 179). In Sachsen-Anhalt

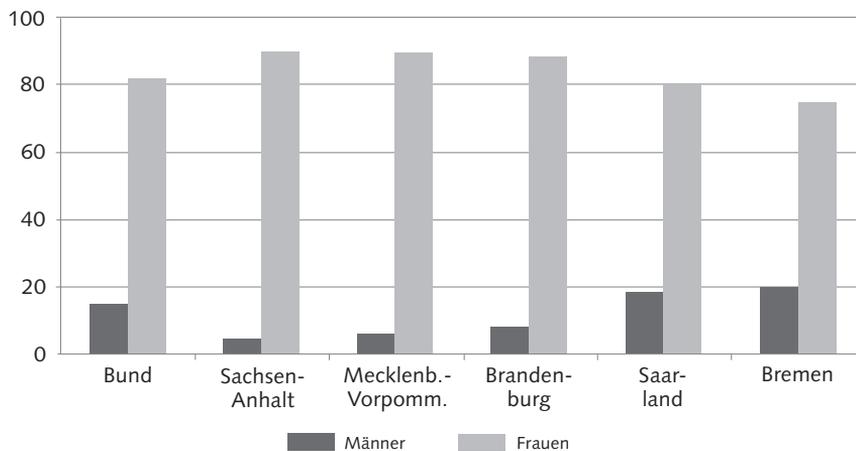


Abb. 9: Inanspruchnahme von Gesundheitsbildungskursen der Volkshochschulen 2005 nach Geschlecht (eigene Darstellung) (Altgeld, 2007)

untersuchten sie die Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionskursen in der Erwachsenenbildung geschlechtervergleichend. Die geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Gesundheitsbildungsangebote variiert erheblich nach Bundesländern, wobei die kleineren alten Bundesländer besser abschneiden, was die erreichten Männer anbelangt, als die neuen Bundesländer (Altgeld 2007).

Während im Bundesdurchschnitt 83,7% der Kursteilnehmenden weiblich waren, sind es in Sachsen-Anhalt 92,8%. Sämtliche neue Bundesländer weisen einen höheren Anteil an weiblichen Teilnehmenden auf. Die höchste Teilnahmequote von Männern an den Gesundheitsbildungskursen können Bremen mit 23,9% und das Saarland mit 19,3% aufweisen. Einer der Gründe für die relativ hohe Männerbeteiligung in Bremen könnte der deutlich höhere Anteil an berufs- und arbeitsplatzbezogenen Gesundheitsbildungsangeboten in Bremen sein. Diese hohe Varianz in den Inanspruchnahmeraten der Männer zwischen den einzelnen Bundesländern zeigt, dass die Angebotsstruktur sich männerspezifischer und -gerechter gestalten lässt. Nachfolgend soll deshalb zunächst ein kurzer Blick auf den Stellenwert von Gesundheit innerhalb der männlichen Sozialisation geworfen werden. Dabei sollen aber auch die Ressourcen von Männern genauer ausgelotet und nicht nur die höhere Risikobereitschaft beklagt werden. Dann werden anhand des „Doing-gender“-Konzepts die Angebotsstrukturen der größeren Präventions- und Gesundheitsförderungsbereiche im Hinblick auf geschlechtsspezifische blinde Flecken genauer beleuchtet. Abschließend werden die Herausforderungen für mehr männerspezifische Prävention und Gesundheitsförderung benannt und Handlungsperspektiven vorgestellt.

Männliche Sozialisation – voller Risiken für die Gesundheit?

Innerhalb des zaghaften männerspezifischen Gesundheitsförderungsdiskurses sind bislang die Risiken überbetont worden, die mit der männlichen Sozialisation und Rolle in den westlichen Gesellschaften zusammenhängen. In geschlechtervergleichenden Analysen wird fast schon stereotyp die höhere Risikobereitschaft und die vermeintlich geringere Gesundheitsbewusstheit von Männern im Vergleich zu Frauen diagnostiziert, zum Beispiel was verschiedene Formen von Suchtverhalten, das Inanspruchnahmeverhalten bezogen auf präventive Leistungen des Gesundheitssystems oder die Nahrungsmittelzufuhr anbelangt.

Das Infragestellen starker Männerbilder hat in bestimmten Teilen der gesundheitswissenschaftlichen Literatur mittlerweile Tradition. Die statistisch nach-

weisbar kürzere Lebenszeit der Männer in Deutschland führt über erhöhte Morbiditätsrisiken für eine Reihe von verhaltensbedingten Erkrankungen (zum Beispiel des Herz-Kreislauf-Systems, der Lungen oder der Leber) manchmal schnell zu dem (Kurz-)Schluss, das Männer gesundheitlich vielleicht das „schwächere Geschlecht“ im Vergleich zu den in all diesen Feldern besser abschneidenden Frauen sein könnten. Das wird schon an den Titeln einiger Publikationen deutlich, zum Beispiel „Der frühe Tod des starken Geschlechts“ (Klotz et al. 1998) oder „Männerdämmerung“ (Hollstein 1999) oder „Konkurrenz, Karriere, Kollaps – Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann“ (Bründel und Hurrelmann 1999).

Die Schwierigkeiten männlicher Sozialisation im Umfeld weiblich dominierter, früher Erziehungsinstanzen und die gesundheitlichen Folgen fasst Hollstein radikal so zusammen: Der Mann „soll braver Sohn seiner Mutter sein, lieber Enkel, gehorsamer Schüler – das Aufmüpfige und Animalische, das durchaus produktiv sein kann, muss er unterdrücken zugunsten eines platten Konformismus. Außerdem wird von ihm zu früh emotionale Unabhängigkeit verlangt. Das sucht sich irgendwann ein Ventil: Alkohol, Spielhölle, Puff, Gewalt. Männer haben nie gelernt, ihre Gefühle zu verbalisieren, sie sind mit der Verhandlungskultur heutiger Partnerschaften völlig überfordert. Das ist der Grund, warum Männer sich Diskussionen entziehen und lieber in den Hobbykeller gehen. Der Mann reagiert mit Ohnmacht und Rückzug in die soziale Unverbindlichkeit“ (www.walter-hollstein.ch).

Diese männertypische Sozialisation scheint in diesem Diskurs ein entscheidender Grund dafür zu sein, dass Männer kaum auf ihren Gesundheitszustand achten. Auch die Ausbildung einer anderen Körperwahrnehmung als bei Frauen wird so erklärt. Brandes beschreibt als zentralen Unterschied: „Man könnte sagen, dass Frauen dazu neigen, eine Innenperspektive auf ihre Körper einzunehmen und Männer eine Außenperspektive. Solange der Körper aus dieser Außensicht funktioniert, verschwenden Männer kaum einen Gedanken an das, was in ihm vorgeht“ (Brandes 2003, S. 10).

Die Konsequenzen dieser defizit- und risikoorientierten Männlichkeitsdiagnose für die Gesundheitsförderung werden zwar breit diskutiert, aber münden kaum in innovative Konzepte und Angebote. Sie bleiben häufig bei eher allgemeinen Aussagen stehen, was jeder Mann für sich tun könnte oder wie die Eigenverantwortung von Männern für ihre Gesundheit gestärkt werden könnte. Scheele hält in seiner Diskursanalyse fest: „Die Selbstverhältnisse der

Männer werden als defizitär ausgemacht. Von ihnen wird Einsicht gefordert, eine Intensivierung der Selbsterkenntnis und die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Selbstverhältnisses, das selbstbestimmt, natürlich, rational und moralisch ist. Auf der Achse des Geschlechterwissens wird Männlichkeit über Elemente konstruiert, die Hindernisse für die Gesundheitsförderung darstellen“ (Scheele 2006, S. 88). Diese „Defizitdiagnosen“ (ebd.) und der deklarierte Bedarf an mehr Eigenverantwortung der Männer führen natürlich auch dazu, dass die Angebotsstrukturen zunächst einmal beibehalten werden.

Ein genauerer Blick auf die epidemiologischen Befunde und Befragungsergebnisse zeigt allerdings, dass ein einfacher Geschlechtervergleich ohnehin nur wenig dazu beiträgt, die spezifischen Gesundheitsbedürfnisse und Präventionspotenziale von Jungen und Männern auszuloten. Geschlechterstereotype und Rollenklischees bringen für konkrete Bedarfsanalysen bei eingegrenzten Zielgruppen relativ wenig. So sind das Alter, die soziale Schicht, der berufliche Status, die Lebensform und die sexuelle Orientierung wesentliche Dimensionen, entlang derer soziale Differenzierungen für Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten bedeutsam werden. Auch weitergehende Analysen des jeweiligen kulturellen Hintergrundes und der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes sind sinnvoll.

Neben einer Ausdifferenzierung klarer Zielgruppen von sehr heterogenen Männern und Jungen könnte auch der salutogenetische Blick auf Männergesundheit zu einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen führen. Der Gesundheitsreport 2008 der Deutschen Angestellten Krankenkasse hat Expertinnen und Experten nach den Ressourcen von Männern befragt. Die in der Auswertung genannten Ressourcen für ein gesundes männliches Leben sehen folgendermaßen aus:

- „bessere Berufschancen und Vergütung bei gleicher Qualifikation, größere Aufstiegschancen in der Arbeitswelt,
- in Beziehungen häufiger weniger Doppelbelastungen bzw. vergleichbare Mehrfachbelastung durch Berufstätigkeit, Hausarbeit und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger,
- mehr soziale Unterstützung (Eltern, Familie, Partnerschaften, Vereinszugehörigkeit),
- selbstwertsteigernde und handlungsbezogene Copingstrategien (u. a. mehr körperliche Aktivität),
- höhere Symptomtoleranz, höhere körperliche und seelische Belastungsfähigkeit,
- höhere Selbstzufriedenheit und Autonomie“ (DAK Forschung 2008, S. 71).

In den Gesundheitsreport flossen auch die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung ein. Diese zeigen, dass Männer entgegen vieler herkömmlicher Zuschreibungen durchaus differenzierte Vorstellungen von Gesundheit haben. Als „extrem wichtig“ oder „sehr wichtig“ wurde die „geistige Leistungsfähigkeit“ mit 87 % am häufigsten genannt, gefolgt von „Energie/Lebensfreude“ (81 %), „Familie/Kinder“ (76 %), „Partnerschaft/Sexualität“ (75 %) und „Freundschaften, soziale Beziehungen“ (74 %). „Männergesundheit“ ist also nicht allein eine Frage der geistigen und körperlichen Gesundheit, sondern vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess, der auch Energie und Lebensfreude, Familie, Kinder etc. umfasst. Anders als erwartet – gilt Berufstätigkeit doch als Kern männlicher Lebensinszenierung – messen die befragten Männer Beruf und beruflichem Erfolg von allen abgefragten Dimensionen die geringste Bedeutung für ihre Gesundheit zu“ (DAK Forschung 2008, S. 73).

„Doing Gender“ in Gesundheitsförderung und Prävention

Wie eingangs bereits am Beispiel der primärpräventiven Kursangebote der Krankenkassen verdeutlicht wurde, werden über Themenauswahl, Ansprachekanäle und Medien der meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote bislang eher Frauen als Männer erreicht. Altgeld hat 2007 aufgezeigt, wie die eher weiblich dominierten Angebotsstrukturen u. a. zu einer geringeren Auseinandersetzung mit Themen führen, die Männer im Bezug auf ihre Gesundheit für relevant erachten. Das Konzept des „Doing Gender“ betont das soziale Geschlecht (gender) als ein sich im Alltag immer wieder neu herstellendes Produkt „performativer Tätigkeiten“ (siehe Gildemeister 2004, S. 132). Gildemeister hebt hervor, dass Geschlecht eben kein natürliches oder erworbenes Personenmerkmal sei, das sich lediglich in Denken, Fühlen und Handeln bzw. einer geschlechtsspezifischen Identität niederschlägt, sondern in der aktiven Her- und Darstellung des Geschlechts im Alltag (ebd.).

Auch in den Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention schlagen sich eine ganze Reihe solcher performativer Tätigkeiten nieder, die reproduzieren, was in unserer Gesellschaft als typisch männlich und als typisch weiblich gilt. Zunächst einmal ist für das Gros der Gesundheitsberufe selbst (bis auf wenige Spezialisierungen in der Medizin) ein Übergewicht von weiblichen Absolventinnen festzustellen, insbesondere in der Krankengymnastik, der Sozialpädagogik, den Ernährungswissenschaften, der Ergotherapie und der Psychologie – alles „Anbieterqualifikationen“, die auch innerhalb des Leitfadens zur Umsetzung des § 20, SGB V als Voraussetzung für die Durchführung der Kursangebote genannt werden (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Kassen 2008).

Die somit eher weiblich dominierten Hauptanbieterstrukturen in der Erwachsenenbildung und in den gesetzlichen Krankenversicherungen sind ein Grund für die eher an den Bedarfslagen und Gesundheitsthemen von Frauen orientierten Angeboten in diesem Sektor. Solange die Nachfrage nach diesen Angeboten ungebrochen ist und jährlich die Gesamtzahl der Teilnehmenden wächst, wird die Notwendigkeit für die Erschließung neuer, teilweise nicht so leicht zu erreichenden Zielgruppen, wie Männer sie in der Primärprävention darstellen, nicht erkannt. Es passt eben zu dem, was als typisch weiblich gilt, eher solche Angebote vorzuzahlen und auch, sie wahrzunehmen. Die Kostenübernahme für die Teilnahme an den Kursen ist ohnehin nicht an die Leistungsausgaben in anderen Bereichen oder an versichertenbezogene Risikoprofile gekoppelt.

Nicht nur diese Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass sich „Doing Gender“ auch in der Art und in der Angebotsstruktur der meisten Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote wiederfinden lässt, sondern darüber hinaus auch die folgenden Faktoren erkennbar werden:

- die Festlegung von Gesundheitsthemen ohne die anvisierten Zielgruppen,
- die Wahl der Ansprachekanäle, Medien und Gestaltung dieser Medien,
- die Überbewertung von all dem, was man äußerst bunt auf weiß besitzt und getrost nach Hause bzw. in die „Settings“ tragen kann, und Unterbewertung von Investitionen in vorhandene, zielgruppennahe, kommunikative Strukturen
- sowie die Vernachlässigung von langfristigen Outcome-Messungen in der Qualitätssicherung und Evaluation.

Die Broschüren- und Medienproduktion ist ein klassischer Weg der Gesundheitsaufklärung und entspricht nicht immer den Routinen und Bedarfen der Zielgruppen. Die PISA-Studie hat sehr detailliert nachgewiesen, dass die relativen Risiken von Jungen, zur Gruppe schwacher Leser zu gehören, um etwa 70 % höher sind als die für Mädchen (vgl. Artelt et al. 2001, S. 87ff). Deshalb führt die leselastige Materialproduktion in der Gesundheitsaufklärung und -information zu einer höheren Akzeptanz bei Mädchen und Frauen. Die Ergebnisse von PISA zeigen zudem, dass es Jungen im Vergleich zu Mädchen deutlich größere Schwierigkeiten bereitet, Texte und ihre Merkmale kritisch zu reflektieren und zu bewerten.

Auch bei den benannten Hobbys von Jungen taucht Lesen nicht einmal bei einem Fünftel als liebstes Hobby auf, während mehr als zwei Fünftel der Mädchen dies als liebstes Hobby angeben. In diesem Zusammenhang kann es eine gute Strategie sein, Männern den Zugang zu Gesundheitsinformationen via

Internet zu eröffnen. Wünschenswert wäre hier ein „Männergesundheitsportal“ analog zu der von der BZgA entwickelten und betreuten Fachdatenbank „Frauengesundheitsportal“, in der Datenquellen und Informationen über Links erschlossen werden können.

Auch für die partizipativ angelegte Strategie der gesundheitsfördernden Settings liegen bislang kaum Vorschläge vor, wie die Gesundheitsförderung im Setting den Geschlechtsunterschieden in Gesundheit und Krankheit angemessenen Rechnung tragen und die unterschiedlichen Lebensbedingungen von Frauen und Männern stärker berücksichtigen kann. Die settingbezogene Gesundheitsförderung stellt vom Ansatz her zwar eine ideale Möglichkeit dar, Zielgruppen in ihren jeweiligen Lebenskontexten zu erreichen, aber in der Praxis werden Frauen und Mädchen auch hier besser erreicht als Männer und Jungen.

Ausgehend von der Grundannahme, dass Gesundheit im Alltag hergestellt wird, ließen sich theoretisch natürlich beide Geschlechter gleichermaßen darüber erreichen, wenn es zum performativen Alltag beider Geschlechter gleichermaßen gehören würde, sich im gesundheitsfördernden Setting zu engagieren – das ist aber nicht der Fall. Damit erweist es sich als Manko, dass die Programmatiken der bislang etablierten Settingansätze ausdrücklich geschlechtsneutral formuliert wurden, obwohl die Erreichbarkeit von Männern und Frauen in den verschiedenen Settings unterschiedlich ausgeprägt ist. Am geringsten ausgeprägt ist die Erreichbarkeit von Männern bislang in kommunalen Settings, insbesondere dann, wenn sie stark auf eigene Beteiligung und Interessenartikulation von Gesundheitsbedürfnissen setzen.

Über Partizipation und die richtigen Themen sind Jungen und Männer erreichbar für Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze

Den größten gesundheitlichen Nutzen für Jungen und Männer hätte wahrscheinlich nachhaltige geschlechterreflektierende Praxis in den frühen Bildungseinrichtungen sowie die Teilmaskulinisierung des dortigen Personals. Darüber hinaus muss eine zielgruppengerechtere Arbeit in allen Präventions- und Gesundheitsförderungsbereichen erreicht werden. Kolip und Altgeld haben 2006 deutlich gemacht, dass sich Zielgruppengerechtigkeit von Präventionsprogrammen in vier Schritten erreichen lässt:

- in der Wahl der Zugangswege,
- in der Entwicklung der Methodik,
- in einer effektiven Ansprache,
- in einer gelingenden Sozialraum- und Lebensweltorientierung (vgl. Kolip und Altgeld 2006).

Für die Gesundheitsförderung und weite Bereiche anderer gesundheitsbezogener Präventionsansätze ist ein sich ausdifferenzierendes Spektrum von Handlungsoptionen wie beispielsweise in der Suchtprävention (vgl. Helfferich 2006) noch nicht zu erkennen. Die verschiedenen Präventionsbereiche profitieren zudem noch zu wenig von den in jeweils anderen Feldern gemachten Erfahrungen, auch wenn die Herausforderungen vielfach dieselben sind: das Erreichen sogenannter bildungsferner Schichten sowie die Verankerung von Ansätzen in Lebenswelten. Die Ergebnisse einer Umfrage des 2006 gegründeten Netzwerks für Männergesundheit zeigen, dass die benannten relevanten Themen bisher kaum innerhalb des Mainstreams der von öffentlichen Händen oder Kassen finanzierten Prävention abgedeckt werden.

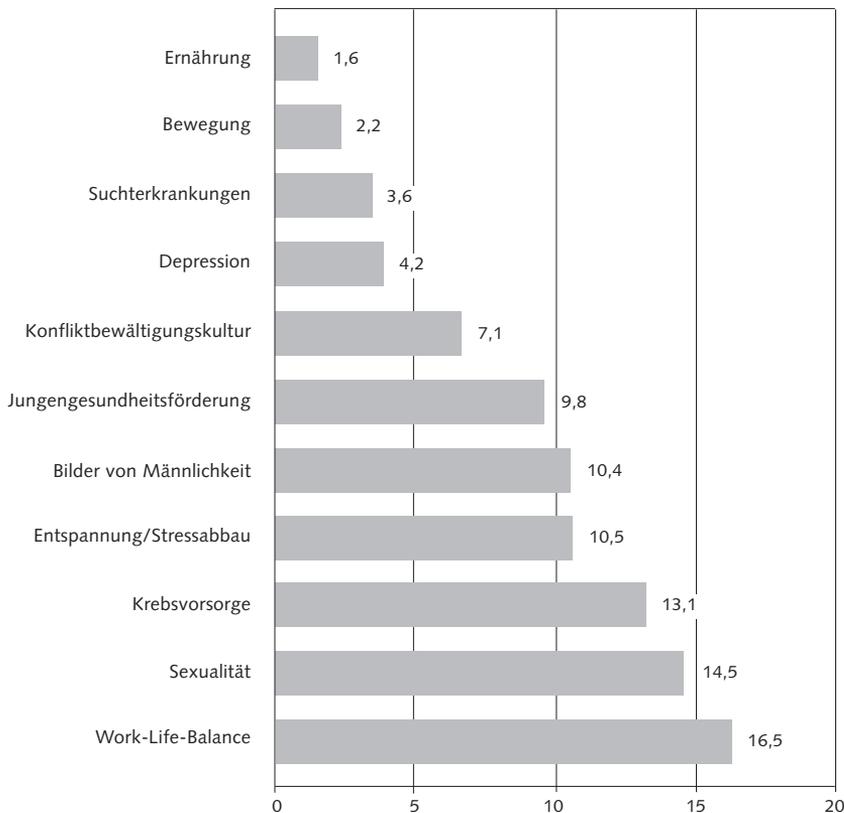


Abb. 10: Wichtige Themen der Männergesundheit (Netzwerk für Männergesundheit, 2007; 500 Befragte) (Altgeld, 2008)

Mit der Wahl der richtigen Themen und dem stärkeren Anknüpfen an Ressourcen im männlichen Lebensverlauf könnte eine effektive Neuorientierung der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote eingeleitet werden.

Altgeld hat darüber hinaus 2004 vier Haupthandlungsfelder für die Entwicklung einer männergerechteren Gesundheitsförderung und Prävention skizziert:

- Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikatoren im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich für männerspezifische Gesundheitsproblematiken und Gesundheitsförderungsansätze,
- Entwicklung einer jungen- und männerspezifischen Gesundheitskommunikation,
- Ausdifferenzierung von klar umrissenen Subzielgruppen,
- Implementation von Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Altgeld 2004).

Insbesondere für den Bereich der Qualifizierung von Multiplikatoren für männerspezifische Gesundheitsproblematiken und der männerspezifischen Gesundheitskommunikation gibt es bislang zu wenig Angebote und Strategien. Dabei könnte die Gesundheitsförderung und Prävention vom Wachstumsmarkt „Neue Männerkrankheiten“ einige Anregungen erhalten. Innerhalb des Gesundheitsmarktes werden nämlich zunehmend männerspezifische Angebote entwickelt. Angefangen von der erfolgreichen Markteinführung von Viagra, über Schönheitschirurgische Leistungen bis hin zu speziellen Antiaging-Angeboten werden Männer als Zielgruppe neuer, zum Teil fragwürdiger „Gesundheits“-Angebote mit speziellen Vermarktungsstrategien angesprochen und erreicht. Leider gelingt diese Ansprache häufig über das Anknüpfen an traditionelle Geschlechterrollen.

Neben der Entwicklung geeigneter geschlechtersensibler Kommunikationsansätze muss vor allem mehr zielgruppenorientiert und nicht orientiert an zugeschriebenen Risiken gedacht und gehandelt werden. Die meisten Angebote werden von außen an vermeintlich Erfolg versprechende Settings (insbesondere Bildungsinstitutionen) und Zielgruppen herangetragen und nicht mit ihnen zusammen entwickelt. Zudem fehlt es an einer von der Pharmaindustrie unabhängigen Männergesundheitsforschung (insbesondere zu Prostatakrebs, sexuellen Störungen, Depression und ADS/ADHS). Es fehlt hier eine Übersicht über vorhandene Forschungsergebnisse und -projekte, wie sie für Frauen mit der Datenbank zu Frauengesundheit bei der BZgA gegeben ist. Hier sollte man möglichst schnell ein vergleichbares, interessenneutrales Angebot für

den Bereich der Männergesundheit erarbeiten und die Mittel dafür zur Verfügung stellen.

Die Genderkompetenz von Anbietern im Feld könnte neben der durchgängigen Implementierung von Gender Mainstreaming als Qualitätsmerkmal (siehe Beitrag von Petra Kolip, S. 21) auch durch die Entwicklung von Medienprüfsteinen für die Medienentwicklung erhöht werden. Diese Medienprüfsteine sollten nicht nur die Vermeidung von Geschlechterstereotypen, sondern auch die Berücksichtigung unterschiedlicher Rezeptionsgewohnheiten und Interessen beider Geschlechter berücksichtigen. Die Entwicklung innovativer Strategien zur Förderung der Männergesundheit darf nicht weiterhin allein dem Männergesundheitsmarkt überlassen werden, weil darüber bestenfalls ohnehin gesundheitsbewusste Männer erreicht werden. Jungen und Männer sind bei frühzeitigem Einbezug mit der richtigen Themenauswahl und dem Einsatz geeigneter Strategien eben kein unerreichbares Geschlecht für Gesundheitsförderung und Prävention.

Literatur

- Altgeld, T. (2004): Jenseits von Antiaging und Workout? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa, S. 265–286.
- Altgeld, T. (2007): Warum weder Hänschen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2007/2, S. 90–97.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Kassen (2008): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 4. Juni 2008. Bergisch Gladbach.
- Artelt, C., Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Schümer, G., Stanat, P., Tillmann, K.-J., Weiß, M. (Hrsg.) (2001): PISA 2000 – Zusammenfassung zentraler Befunde. Berlin, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Brandes, H. (2003): Männlicher Habitus und Gesundheit. In: Blickpunkt DER MANN 2/2003, S. 10–13.
- Bründel, H., Hurrelmann, K. (1999): Konkurrenz, Karriere, Kollaps – Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart, Kohlhammer.
- DAK Forschung (2008): Gesundheitsreport 2008 – Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. Hamburg, Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK).
- Gildemeister, R. (2004): Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker, R., Kortendiek, B. (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden, VS, S. 132–141.
- Helfferich, C. (2006): Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention? In: Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa, S. 27–40.
- Hinze, L., Samland, A. (2004): Gesundheitsbildung – reine Frauensache? In: Altgeld, T. (Hrsg.): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa, S. 171–182.

- Hollstein, W. (1999): Männerdämmerung. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht.
- Klotz, T., Hurrelmann, K., Eickenberg, H.-U. (1998): Männergesundheit und Lebenserwartung: Der frühe Tod des starken Geschlechts. Deutsches Ärzteblatt 1998, 95, S. 9.
- Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Präventionsbericht 2007. Essen.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000): Gesundheit von Frauen und Männern – Landesgesundheitsbericht 2000. Düsseldorf.
- Netzwerk für Männergesundheit (2007): Newsletter 10/Juni 2007. Freiburg.
- Scheele, S. (2006): „... dann wird was entdeckt, was man vorher nicht kannte“ – Selbstverhältnisse und Geschlechterwissen in der Männergesundheitsförderung. Bielefeld, Kleine (in Druck).

1.5 Internetnutzung von Frauen und Männern

Cornelia Lins

Gender Mainstreaming erfordert, die geschlechterbezogene Sichtweise auf allen Stufen von Entscheidungsprozessen einzubeziehen. Ein wichtiges Anliegen ist es, Frauen und Männer für Gesundheitsthemen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in gleichem Maße zu erreichen. Der folgende Beitrag setzt hier an und bezieht neben der Geschlechterperspektive eine Differenzierung nach Migrationshintergrund ein. Konkret geht es um den Zugang von Zielgruppen zu Informationen über das Medium Internet, das im Gesundheitsbereich eine wichtige Rolle spielt.



Der Hintergrund

Das Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit fördert mit bundesweiten Projekten die verstärkte Nutzung der Potenziale von Frauen zur Gestaltung der Informationsgesellschaft und Technik sowie die Verwirklichung der Chancengleichheit von Frauen. Im Arbeitsschwerpunkt „Digitale Integration“ wurden dazu unterschiedliche praxisnahe Konzepte und Maßnahmen entwickelt, um für alle Bevölkerungsgruppen die aktive Mitwirkung an der Informations- und Wissensgesellschaft zu ermöglichen und zu verbessern.

Das erste Projekt „Frauen ans Netz“ startete 1998 mit alltagsnahen Internet-einstiegskursen für Frauen von Frauen. Ausgangspunkt des Projekts war, dass Frauen dem GfK-Online-Monitor zufolge nur zu etwa 30% das Internet nutzen. Anschließend folgten weitere Projekte für ältere Frauen und Männer, in denen Onlinekompetenz anhand alltagsnaher Themen vermittelt wurde.

Im August 2007 startete das Projekt „Online-Kompetenz für Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Expertise“. Im Rahmen des Projekts wurde eine Bestandsaufnahme durchgeführt, um einerseits einen systematischen Überblick über vorhandene Zahlen, Daten und Fakten zur Nutzung bei Frauen und Männern mit Migrationshintergrund zu schaffen und andererseits Erfolgsfaktoren von Projekten und Initiativen zu ermitteln. Auf einer Fachtagung im September 2008 wurden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme geladenen Exper-

tinnen und Experten präsentiert und mit ihnen diskutiert. Im Anschluss an die Fachtagung wurde ein Projektbeirat gebildet, der Handlungsempfehlungen für zukünftige Maßnahmen und Angebote entwickeln soll. Informationen zum Projekt und zur Fachtagung finden Sie unter: www.kompetenzz.de/Digitale-Integration/Migrantinnen.

Bei der Bestandsaufnahme wurde deutlich, dass die Internetnutzung von Migrantinnen und Migranten, im Gegensatz zur deutschsprachigen Bevölkerung, noch wenig erforscht ist.

Das Projekt ist mit dieser Genderfachtagung über die Frage verbunden, wie man ausgewählte spezielle Zielgruppen erreichen kann, und zwar sowohl unter der Genderperspektive als auch unter der Perspektive eines Migrationshintergrundes oder des Alters (zum Beispiel die spezielle Zielgruppe 50plus). Das Internet ist schon heute ein wichtiges Informationsmedium, wenn es um Fragen der Gesundheit und der Gesundheitsförderung geht. Viele Studien weisen darauf hin¹. Auch für die Nichtnutzenden des Mediums Internet ist das Thema Gesundheit das wichtigste Thema. Seit Jahren stehen Informationen über Medizin und alternative Heilmethoden auf Platz eins der Interessenspyramide bei den Offlinern (Gerhards und Mende 2007, S. 390: „Zunehmend distanzierter, aber gelassener Blick aufs Internet“). Auch für die Zukunft wird nach der Delphie-Studie aus Baden-Württemberg ein starker IT-Boom bis zum Jahr 2016 für die Bereiche Gesundheit, Wellness und Tourismus prognostiziert (Cuhls und Kimpeler 2008). So können die Ergebnisse zur Internetnutzung von Migrantinnen und Migranten auch zu einer Lösung der Frage beitragen, wie schwer erreichbare Migrantengruppen besser über Angebote der Gesundheitsvorsorge informiert werden können. Zu diesem Thema führte die BZgA im Februar 2008 die Fachtagung „Migration und Gesundheitsförderung“ in Köln durch.

Nutzung des Internets nach Geschlecht

Bei der Internetnutzung gibt es Unterschiede in der Art und Weise der Nutzung sowie beim Zugang zum Medium. Beim Zugang zum Internet gibt es klassi-

¹ Nur einige Beispiele: Bei der Evaluation der Kursangebote (Winternet-Zeit im Okt. und Nov. 2006) wurde am Ende der Internet-Einstiegsurse nach Interessensthemen gefragt. An erster Stelle interessierten sich die Kursteilnehmenden mit 52 % für das Thema Gesundheit. Weitere Studie: AGOF-Studie 2008. Dort haben 72,9 % der Internetnutzenden innerhalb der letzten drei Monate Gesundheitsprodukte und Medikamente gekauft [www.agof.de/studie.353.html]. In Amerika wurde beispielsweise eine Studie durchgeführt, die besagt, dass das Internet die Art der Gesundheitsvorsorge bei 35 % der 4000 Befragten verändert hat [<http://blog.aysberg.de/fragen-sie-ihren-arzt-aber-nicht-online>].

sche Merkmale der digitalen Spaltung: Zu ihnen gehören Geschlecht, Alter und Bildung. Inwieweit diese klassischen Merkmale auch auf Menschen mit Migrationshintergrund zutreffen oder ob es hier weitere bzw. andere Merkmale gibt, wird derzeit noch geprüft.

Eine der größten Erhebungen in Deutschland zur Frage, wer das Internet nutzt (Onliner) bzw. nicht nutzt (Nonliner), ist der (N)ONLINER Atlas. Er wird jährlich von der Initiative D²¹ und TNS Infratest erhoben und befragt 50 000 deutschsprachige Personen in Telefoninterviews. Die Kategorie Onliner ist eine rein quantitative Aussage und gibt keine Auskunft zu Nutzungsintensität, Ort der Nutzung oder Nutzungsform. Onliner, Offliner und Nutzungsplaner (Nichtnutzer mit der Absicht, innerhalb der nächsten zwölf Monate das Internet zu nutzen) werden nach den Merkmalen Geschlecht, Bildungsgrad, Alter, Haushaltsgröße und Einkommen differenziert beschrieben. Weiterhin macht der (N)ONLINER Atlas Zuordnungen nach Bundesländern und Regierungsbezirken und gibt somit Hinweise auf regionale Unterschiede. Die Ergebnisse des (N)ONLINER Atlas 2007 ergaben, dass 60 % der Befragten online und 34 % offline sind sowie 6 % eine Nutzung des Internets in den nächsten zwölf Monaten planen.

Vergleicht man die Internetnutzung nach Geschlecht seit 2001, so sind die Anteile der Nutzerinnen und Nutzer in den beiden Geschlechtergruppen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, bei Männern von 44,2 % im Jahr 2001 auf 67,1 % im Jahr 2007. Bei den Frauen ist in demselben Zeitraum ein Anstieg von 30,5 % auf 53,8 % zu verzeichnen – bei beiden Geschlechtern ist das ein Anstieg um 23 Prozentpunkte. Seit 2006 ist auch mehr als jede zweite Frau im Netz – der Anteil der Nutzerinnen liegt erstmals über der 50 %-Schwelle. Der Abstand zwischen Männern und Frauen ist insgesamt gesehen – und mit zwischenzeitlichen Schwankungen – gleich geblieben; er beträgt etwa 13 Prozentpunkte.

Differenziert nach Alter und Geschlecht lässt sich erkennen: Je jünger die Personen sind, desto eher sind sie im Internet, und je älter sie sind, desto weniger nutzen sie das Internet. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der jüngeren Altersgruppe geringer als bei den Älteren. Die größte Differenz zwischen Männern und Frauen liegt mit 20 % bei den 60- bis 69-Jährigen. 26 % der Frauen und 46 % der Männer zählen zu den Onlinern. Im Vergleich dazu liegt der Onlineranteil bei den 14- bis 19-jährigen Frauen mit 91 % über den der Männer mit 88 %. Insgesamt haben in den letzten Jahren sowohl die Frauen als auch die Generation 50plus bei der Internetnutzung stark dazuge-

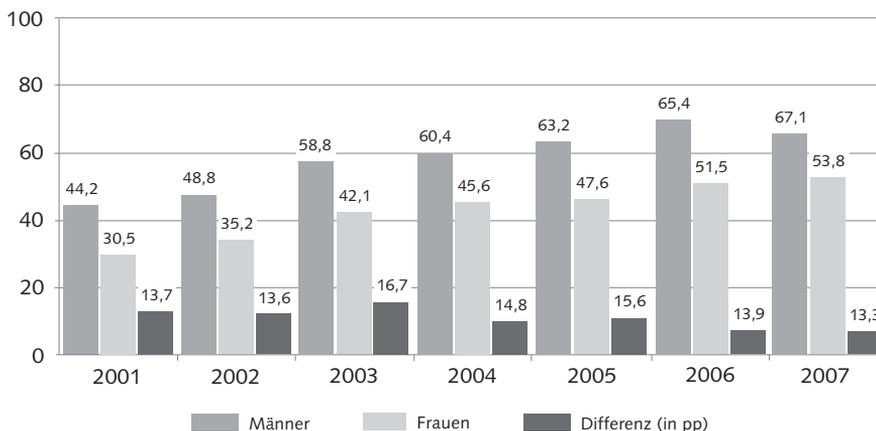


Abb. 11: Onlinerinnen und Onliner (Angaben in Prozent). Quelle: Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V.

wonnen. Der starke Zuwachs lässt sich daraus erklären, dass diese Gruppen vorher das Internet wenig genutzt haben, häufig weil sie beruflich nicht mit den neuen Medien gearbeitet haben.

Differenziert nach Bildung und Geschlecht sehen wir, dass 2007 die Schülerinnen einen Prozentpunkt vor den Schülern lagen (92 % zu 91 % Onlineranteil). Ebenfalls kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern finden sich bei denjenigen mit einem abgeschlossenen Studium (Frauen und Männer je 81 % Onlineranteil). Ein Abschluss der Volksschule ohne Lehre geht bei Frauen und Männern einher mit einer insgesamt niedrigeren Nutzung und mit einem größeren Geschlechterunterschied (Frauen 23 %, Männer 47 % Onlineranteil; beide im Vergleich zum Vorjahr mit einer hohen Wachstumsrate: Frauen +6 %, Männer +7 %).

Nutzung des Internets nach Migrationshintergrund

Der (N)ONLINER Atlas befragt die deutschsprachige Bevölkerung. Diese schließt die deutschsprachigen Migranten und Migrantinnen ein, wenn sie über gute oder sehr gute Deutschkenntnisse verfügen. Wie hoch die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund innerhalb der Gesamtmenge ist, kann bisher nicht beantwortet werden. 2008 hat der (N)ONLINER Atlas erstmals in der Studie den Migrationshintergrund abgefragt. Ergebnisse dieser Sonderbefragung wurden am 18. September 2008 veröffentlicht².

Die bis dahin einzige Studie, die die Definition „Menschen mit Migrationshintergrund“ vom Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes aufgenommen hat, ist die Studie „Migranten und Medien 2007“ von ARD/ZDF. Hier wurden 3010 Personen mit Migrationshintergrund ab 14 Jahren befragt, jeweils 500 pro Migrationsgruppe. Dabei wurden Migrationsgruppen mit folgender Herkunft befragt: türkisch, polnisch, italienisch, griechisch, aus der ehemaligen Sowjetunion (= Spätaussiedler), aus dem ehemaligen Jugoslawien (Kroatien/Serbien/Montenegro/Bosnien-Herzegowina).

Eine Voraussetzung für die Internetnutzung ist die Ausstattung mit einem Computer oder Laptop. Hier zeigt sich, dass die Migranten und Migrantinnen über alle ethnischen Hintergründe hinweg relativ gut ausgestattet sind, sogar besser als die deutschsprachige Bevölkerung. Ein weiteres Ergebnis der ARD/ZDF-Studie zur Internetnutzung ist, dass die Internetnutzung von Migranten und Migrantinnen ähnlich ist wie bei den deutschsprachigen Usern und Userinnen. Diese Aussage ist jedoch nur im Vergleich mit den Medien Radio und Fernsehen in dieser Form zu bewerten, da insbesondere das Medium Radio von den Migrantinnen und Migranten weniger genutzt wird. Im Gegensatz zum Radio wird Fernsehen und Internet ähnlich stark genutzt. Betrachtet man dagegen die Ergebnisse für die Internetnutzung allein, so nutzen Migrantinnen und Migranten das Internet zu 22 % täglich und liegen damit 6 Prozentpunkte unter der deutschsprachigen Vergleichsgruppe, die zu 28 % täglich mit dem Internet erreicht werden kann.³

In der Studie wurde zwischen Stammnutzern bzw. -nutzerinnen und Gelegenheitsnutzern bzw. -nutzerinnen unterschieden. Stammnutzende sind Personen, die vier bis sieben Tage in der Woche online gehen. Rund 40 % sind Stammnutzende und ca. 60 % nutzen das Internet entweder gar nicht oder selten. Von einer „Parallelgesellschaft“ kann bei der Internetnutzung nicht die Rede sein, denn nur 2,1 % der Stammnutzenden nutzen ausschließlich heimatssprachliche Internetseiten. Die größte Gruppe mit 28,2 % sind diejenigen, die nur deutschsprachige Internetseiten aufsuchen; jeder Zehnte bzw. jede Zehnte nutzt deutsch- und heimatssprachliche Seiten. Im Vergleich zu anderen Medien

2 Die Studie ist zu finden unter: http://www.initiaved21.de/fileadmin/files/08_NOA/NOA_Migration.pdf.

3 Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Vergleichswert aus dem Jahr 2005 stammt (Studie: Massenkommunikation 2005), von wo sich dieser Wert in den letzten zwei Jahren gesteigert haben wird, so dass von einer höheren Differenz ausgegangen werden kann.

(Radio, Fernsehen) ist der Prozentsatz von 2,1 % Nutzung der nur heimat-sprachlichen Internetnutzerinnen und -nutzer am geringsten.

Migranten und Migrantinnen sind eine sehr heterogene Gruppe bei der Internetnutzung. Dies ist ein wesentliches Ergebnis beim Vergleich der ethnischen Gruppen, bezogen auf verschiedene Aspekte der Internetnutzung wie Surf-dauer, Tagesreichweite⁴, Stammnutzer/-in und Gelegenheitsnutzer/-in. Für jeden Aspekt gibt es einen Durchschnittswert aller Menschen mit Migrations-hintergrund. Die durchschnittliche Surf-dauer in Minuten liegt für alle Grup-pen bei 39 Minuten. Die Surf-dauer der Frauen und Männer mit türkischem Migrationshintergrund liegt bei nur 32 Minuten, dagegen surfen Spätaussied-lerinnen und Spätaussiedler durchschnittlich 47 Minuten.

22 % der untersuchten Migrantinnen und Migranten werden täglich über das Internet erreicht (Tagesreichweite). Am häufigsten sind Männer und Frauen mit polnischem Migrationshintergrund (29 %) täglich im Internet. Die Tages-reichweite der türkischen Frauen und Männer liegt am unteren Ende der Skala mit 20 %.

Auffällig für alle Gruppen ist, dass die Stammnutzer bzw. die Stammnutze-rinnen des Internets zu 39 % über deutschsprachige und zu 13 % über mutter-sprachige Internetangebote zu erreichen sind. Auch hier gibt es unter den ver-schiedenen Gruppen unterschiedliche Ausprägungen.

Nutzung des Internets nach Geschlecht und Migrationshintergrund

Die Studie legt für die türkische Gruppe eine geschlechterdifferenzierende Auswertung vor. Danach nutzen türkische Männer das Internet fast doppelt so häufig regelmäßig wie türkische Frauen. 75 % der türkischstämmigen Frauen nutzen das Internet entweder gelegentlich oder gar nicht und nur 25 % gehö-ren zu den Stammnutzerinnen. Bei den Männern gibt es dagegen 46 % Stamm-nutzer. 54 % der Männer nutzen das Internet selten oder gar nicht.

Interessant ist das Ergebnis, dass gerade bei den türkischen Frauen, von denen insgesamt anzunehmen ist, dass sie vergleichsweise weniger gut deutsch spre-chen, der Anteil der genutzten muttersprachigen Webseiten relativ klein ist.

⁴ Unter Tagesreichweite versteht man die addierte Zahl der Personen, die das Medium über einen be-stimmten Zeitraum (mindestens 60 Sekunden [Teletest] bzw. eine Viertelstunde [Radiotest]) nutzen. Quelle: mediaresearch.orf.at

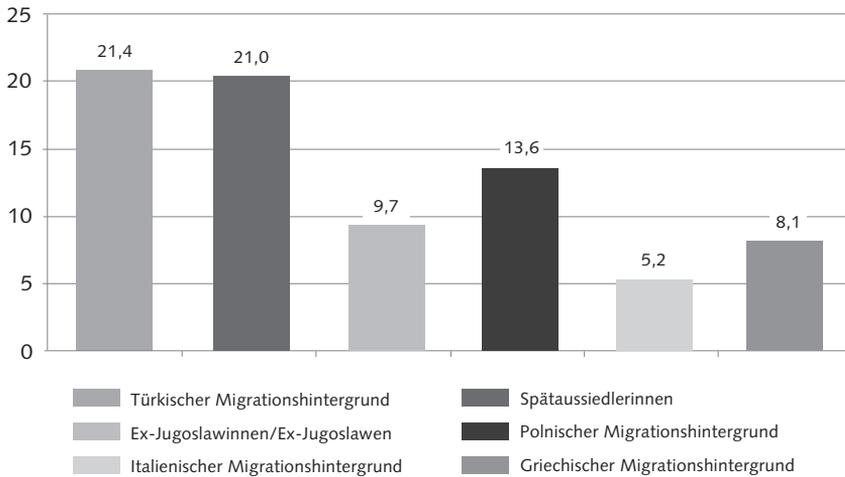


Abb. 12: Migranten und Medien 2007 – Stammnutzende Internet (Differenz in Prozentpunkten). Die Unterschiede bei Männern und Frauen liegen zwischen 21 und 5 Prozentpunkten zugunsten der Männer. Die größte Differenz besteht bei den türkischen und postsowjetischen Migrantinnen und Migranten. Die geringste Differenz findet sich bei den Italienerinnen und Italienern. Quelle: Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e. V.

Das spricht dafür, dass deutsche Sprachkenntnisse die Wahrscheinlichkeit der Internetnutzung erhöhen.

Eine weitere Auswertung zeigt, dass die Geschlechterunterschiede bei den sechs ethnischen Gruppen sehr unterschiedlich sind. Männer nutzen das Internet häufiger als Frauen. Die Unterschiede liegen im Einzelnen zwischen 5 und 21 Prozentpunkten.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Durchschnittswert für eine Migrationsgruppe nicht sehr aussagekräftig ist und viele Fragen offen lässt. Es bedarf weiterer Differenzierungen nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen, um nähere Informationen über eine Migrationsgruppe zu erhalten.

Die deutsche Sprachkompetenz spielt bei der Internetnutzung eine wichtige Rolle. Nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Deutschkenntnisse

gefragt, beurteilten 52 % ihre Deutschkenntnisse als sehr gut. 47 % der Befragten mit sehr guten Sprachkenntnissen nutzen das Internet auch regelmäßig. Mit abnehmenden Sprachkenntnissen nimmt auch die Internetnutzung ab.

Die Nutzung des Internets ist eine wichtige Informationsquelle für den Gesundheitsbereich, und sie wird in Zukunft noch zunehmen. Gender Mainstreaming ist eine Voraussetzung und eine große Chance, um sowohl Frauen als auch Männer für die Themen der Gesundheitsförderung zu gewinnen. In der Umsetzung bedeutet eine geschlechtsspezifische Perspektive Auswirkungen auf die Navigation, die Layoutgestaltung, die Auswahl von Bildern und Themen sowie die Gestaltung von Texten.

Literatur

- ARD/ZDF (2007): Migranten und Medien 2007. Ergebnisse einer repräsentativen Studie der ARD/ZDF-Medienkommission. [www.unternehmen.zdf.de/fileadmin/files/Download_Dokumente/DD_Das_ZDF/Veranstaltungsdokumente/Migranten_und_Medien_2007_-_Handout_neu.pdf]
- Cuhls, K., Kimpeler, S. (2008): Delphi-Report 2008: Zukünftige Informations- und Kommunikationstechniken. MFG Stiftung Baden-Württemberg, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH (ZWE), Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (Hrsg.). [<http://www.competencesite.de/offshore.nsf/flb7ca69b19cbb26c12569180032a5cc/d41a26dd0490ec53c125743200578202!OpenDocument>]
- Gerhards, M., Mende, A. (2007): ARD/ZDF-Offline-Studie 2007. Offliner 2007: Zunehmend distanzierter, aber gelassener Blick auf das Internet. In: Media Perspektiven 8/2007, S. 379–392. [http://www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/08-2007_Gerhards_Mende.pdf]
- Initiative D²¹ (2008): (N)ONLINER Atlas 2008. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. [<http://www.nonliner-atlas.de>]

2. Beispiele aus den geschlechtersensiblen Programmen der BZgA

2.1 Einführung

Die BZgA hat Fragen der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung und Prävention nicht erst in Zeiten von Gender Mainstreaming entdeckt. Es wurden grundsätzliche und systematisch strukturierende Vorgaben für eine geschlechtersensible Arbeit bereits frühzeitig entwickelt. Die Geschlechteraspekte werden sehr speziell in die einzelnen Fachgebiete und in die Programme und Maßnahmen eingebracht. Dies zeigt ein weiteres Mal, dass ein „Gendern“ von Themen und Maßnahmen nicht starr und stereotyp erfolgen kann, sondern den jeweiligen Erfordernissen und Besonderheiten der Geschlechterfragen angepasst werden muss. Diese Anpassung betrifft zum einen die Verbindung

von Geschlechtersensibilität mit der Berücksichtigung anderer, sozialer Differenzierungsmerkmale sowie die jeweilige Gewichtung dieser Aspekte für ausgewählte Zielgruppen und Themen. Die Ansprache sozial benachteiligter Gruppen und der Einbezug des Migrationshintergrundes sind für die Arbeit der BZgA neben Gender Mainstreaming von genereller Bedeutung. Zum anderen gilt es, die Art des „Genderns“ auf methodischer Ebene, zum Beispiel bei der Gestaltung von Medien, beim Einsatz geschlechterbewusster Pädagogik etc. jeweils für die konkrete Maßnahme bewusst und neu zu bestimmen.

Die vier Beiträge in diesem Themenblock stellen jeweils kurz die Arbeit in dem Fachgebiet allgemein vor und begründen dann die jeweilige Ausgestaltung der Arbeit unter der Perspektive von Gender Mainstreaming.

Der erste Beitrag (von Wolfgang Müller) zeigt, dass im Fachgebiet der HIV-Prävention die nach Geschlecht differenzierten Zahlen zu Neuinfektionen Männer in doppelter Hinsicht als prioritäre Zielgruppe ausweisen – als Männer, die mit Männern Sex haben, haben wollen oder sich das vorstellen, sowie als deren Sexualpartner. Gender ist ein wichtiger Aspekt der Zielgruppendifferenzierung, aber nicht der einzige. Die sexuelle Orientierung und Lebensstile spielen eine zentrale Rolle. Im Einzelnen werden die Geschlechteraspekte auf den Umsetzungsebenen unterschiedlich gehandhabt: Neben bewusst geschlechtsneutral gehaltenen Medien für allgemeine Zielgruppen gibt es zum Beispiel eine „männliche“ Ansprache für Männer. Bei zahlenmäßig kleinen Zielgruppen (zum Beispiel nach einem speziellen Migrationshintergrund und Geschlecht) besteht der geeignete Weg eher darin, Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zu befähigen, in personal-kommunikativen Settings auf die individuellen Besonderheiten einzugehen.

Im Fachgebiet Sexuaufklärung ist das Thema Geschlecht stark präsent, geht es doch um die sexuelle Dimension, die verbunden ist mit der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Interaktion von Geschlechtern. Eine Sexualpädagogik, die Geschlechteraspekte nicht ausreichend beachtet, ist nur begrenzt sinnvoll. Der Arbeit der BZgA in diesem Fachgebiet liegt eine ausgefeilte Konzeption zugrunde. Gender Mainstreaming ist konzeptuell vor allem mit dem Ziel verbunden, die Geschlechterrollen sensibel und kritisch zu reflektieren und ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das offen und respektvoll ist gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, Einstellungen und Werten in Bezug auf Sexualität, Familie und Verhütung. Damit ergibt sich eine Ausrichtung der Arbeit im Sinne von „Sexual diversity management“. Die Facharbeit orientiert sich an einer komplexen Vielfalt bei gleichzeitiger Be-

rücksichtigung der Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, Frauen und Männern, wie der Beitrag von Stefanie Amann zeigt.

In dem Beitrag aus dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt der Suchtprävention (von Mareike Strunk) wird eine allgemeine Leitlinie der „Berücksichtigung des Geschlechterspekts in der zielorientierten Kampagnenplanung der BZgA“ vorgestellt. Analog zum „Public Health Action Cycle“ (siehe Beitrag von Petra Kolip, S. 21) werden dabei für die einzelnen Projektschritte – Analyse der Ausgangssituation, Entwicklung und Umsetzung eines Interventionskonzepts sowie Qualitätssicherung – systematisch die Fragen beschrieben, nach denen die Bedeutung des Geschlechterspekts geprüft wird und begründete Entscheidungen für die Umsetzung getroffen werden. Anschließend wird am Beispiel der „rauchfrei“-Kampagne beschrieben, wie die einzelnen Medien – Printmedien, Internetportal, Anzeigen und Spots – jeweils geschlechtersensibel Mädchen und Jungen ansprechen.

Die Präsentation zum Fachgebiet Ernährung (Beitrag von Reinhard Mann) beleuchtet, auf welche Weise der Genderaspekt bei den interaktiven, primärpräventiven Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Kinder berücksichtigt wird. In diesem Zusammenhang ist insbesondere wichtig, dass die Moderatoren und Moderatorinnen in ihrer pädagogischen Arbeit geschlechtergerecht agieren. Im sekundärpräventiven Bereich werden die Geschlechterunterschiede bei der Betroffenheit von Übergewicht und Essstörungen sowie die unterschiedliche Ansprechbarkeit von Mädchen und Jungen als Grundlage für die geschlechtsspezifische Ausgestaltung der Medien und Angebote aufgegriffen.

2.2 Genderaspekte in der HIV-Prävention der BZgA

Dr. Dr. Wolfgang Müller



Die BZgA spricht in der HIV-Prävention unterschiedliche Zielgruppen an und arbeitet dabei mit unterschiedlichsten Medien und Zugangswegen (bevölkerungsbezogene Massenkommunikation, intensive Ansprache von spezifischen Zielgruppen und individuelle Ansprache). In diesem Beitrag wird die Prioritätensetzung, bezogen auf die Zielgruppen, dargestellt; es wird gezeigt, wie die Frage der Relevanz und der konkreten Ausgestaltung des Genderaspekts jeweils spezifisch für die Zielgruppen und Zugangswege beantwortet wird. „Gender“ ist dabei eines von mehreren Kriterien der notwendigen Differenzierung. Weitere wichtige Kriterien sind der sexuelle Lebensstil und vor allem die sexuelle Orientierung, sodass die Leitlinie der HIV-Prävention dem gendernumfassenden Diversityansatz folgt.

Die Kampagne „Gib Aids keine Chance“

Ziele der Kampagne sind ein hoher Informationsstand der Bevölkerung, die Förderung von Schutzmotivation und Schutzverhalten sowie ein gesellschaftliches Klima gegen Stigmatisierung.

Die BZgA-Kampagne wird auf drei Ebenen implementiert, jeweils mit den geeigneten und effektivsten Medien:

- *Bevölkerungsbezogene Ansprache von Zielgruppen*
Medien: TV-/Kino-/Radiospots, Plakate, Printmedien, Internet
- *Intensive Ansprache von Zielgruppen* (beteiligt: AIDS-Hilfen)
 - beispielsweise Jugendliche, Männer, die mit Männern Sex haben; Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, Sexarbeitende, Reisende sowie Medien
 - beispielhafte Maßnahmen: Mitmachparcours für Schulklassen, Jugend-FilmTage, Materialien für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen
- *Individuelle Ansprache* (beteiligt: AIDS-Hilfen, Öffentlicher Gesundheitsdienst)
 - persönliche Ansprache und Beratung

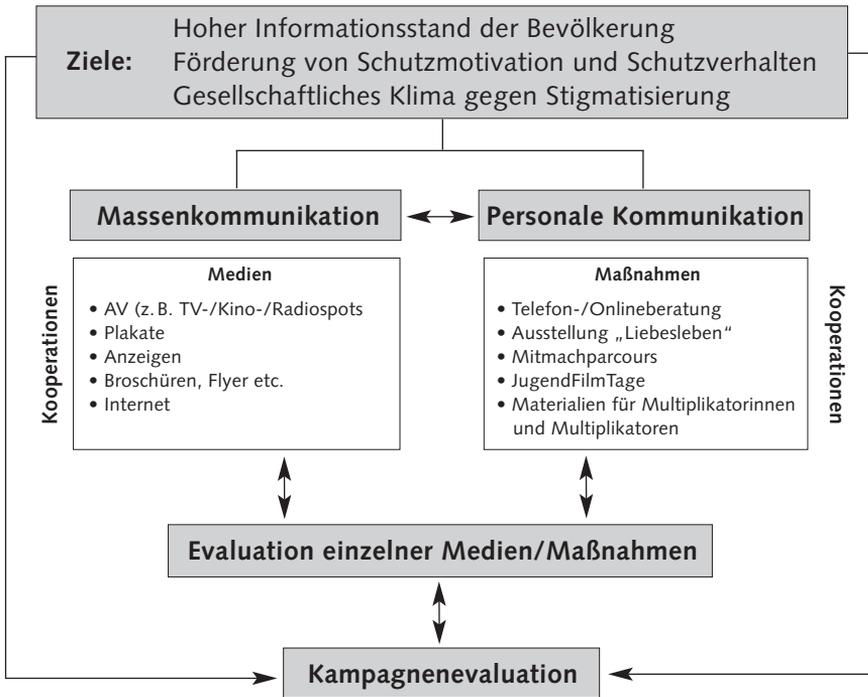


Abb. 13: Kampagnenarchitektur (Kampagne „Gib Aids keine Chance“). Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Aids-Präventionskampagne wird in der Öffentlichkeit allerdings häufig nur auf den sichtbarsten Teil reduziert wahrgenommen: nämlich auf die Plakate und andere dauerhaft sichtbare Printmedien. Abbildung 13 zeigt aber, dass die Kampagne wesentlich mehr Zugangsebenen und Aktivitäten umfasst, als nur das Erstellen und Verteilen von gedrucktem Material. Sowohl die einzelnen Maßnahmen und Medien als auch die Kampagne werden regelmäßig evaluiert.

Die Zielgruppen: Die Bedeutung von Gender und sexuellem Lebensstil

Etwa 59 000 HIV-infizierte Menschen lebten 2007 in Deutschland, davon waren etwa 49 000 Männer und 10 000 Frauen. Die Zahl der Neuinfektionen wird vom Robert Koch-Institut auf jährlich etwa 3000 geschätzt, davon sind 2400 Männer. Das heißt: Sowohl unter denen, die mit HIV leben, als auch bei denen, die sich neu infizieren, überwiegen deutlich Männer.

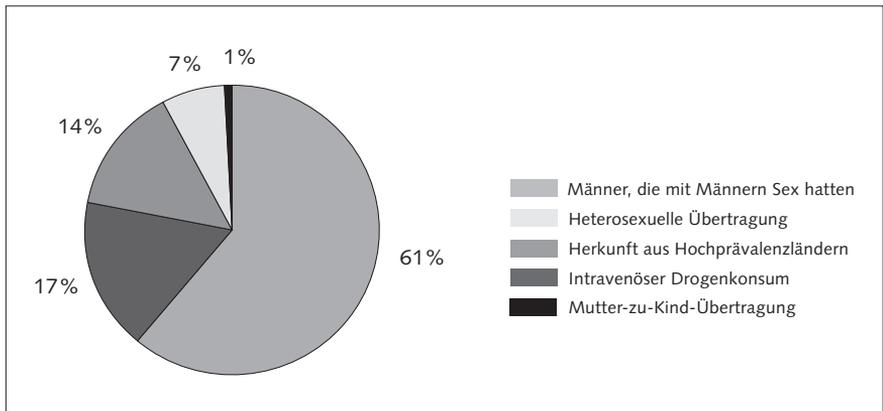


Abb. 14: Verteilung der HIV-Neudiagnosen 2006 in Deutschland. Insgesamt 2638 HIV-Neu-diagnosen, davon 2246 mit Angaben zum Infektionsweg. Quelle: Robert Koch-Institut, 2007

Das Robert Koch-Institut⁵ schlüsselt die HIV-Neudiagnosen nach Übertragungswegen auf. Der größte Anteil mit 61 % entfiel 2006 auf die Übertragung unter Männern, die mit Männern Sex haben bzw. hatten. Die Zahlen von 2007 zeigen einen Anstieg des relativen Anteils dieser Übertragung an allen Neudiagnosen um 4 % ebenso wie einen Anstieg der absoluten Zahl an Neudiagnosen in dieser Kategorie um 12 %. Per definitionem handelt es sich hier ausschließlich um Männer.

Den zweitgrößten Anteil machen die heterosexuellen Übertragungen mit 17 % aus. Es wird vermutet, dass in diese Kategorie einige Übertragungen unter Männern, die mit Männern Sex haben, eingeordnet wurden, weil die Infizierten sich als heterosexuell definierten. 14 % der Neudiagnosen entfallen auf Menschen aus Hochprävalenzländern. Diese sind definiert als Regionen, in denen mehr als 1 % der Bevölkerung HIV-infiziert ist. Zu diesen Ländern gehören zum Beispiel die Länder südlich der Sahara, viele bevölkerungsreiche asiatische Staaten und neuerdings auch einige osteuropäische Länder wie Russland und die Ukraine. In diesen Kategorien machen Frauen etwa die Hälfte der neu diagnostizierten Infektionen aus.

⁵ Das Robert-Koch-Institut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und veröffentlicht in regelmäßigen Abständen die HIV-Meldedaten in Deutschland.

7 % der Neudiagnosen wurden bei i.v.-Drogengebrauchenden gestellt. Der relative Anteil der Neudiagnosen bei Menschen aus Hochprävalenzländern (hier wird die Infektion meist importiert, die Übertragung fand im Herkunftsland statt) und bei i.v.-Drogen gebrauchenden Menschen sinkt.

Insgesamt werden Infektionen bei uns also wesentlich häufiger bei Männern neu diagnostiziert und zwar mit steigender Tendenz. Der Anteil der auf Frauen entfallenden Neudiagnosen betrug 2007 16,1 % mit weiter sinkender Tendenz. Unter den Männern sind diejenigen, die Sex mit Männern haben, die bedeutendste Gruppe.

Für die BZgA folgt daraus, dass sich die Zielgruppenansprache auf die nicht heterosexuellen Männer konzentrieren muss (also auf Männer, die mit Männern Sex haben). Die „männliche“ Ansprache hat also eine hohe Priorität. Unter Genderaspekten ist anzumerken, dass damit die Ausrichtung auf Männer in doppelter Hinsicht bedeutsam wird: Die direkte Zielgruppe sind Männer, nämlich Männer, die mit Männern Sex haben, haben wollen oder sich das vorstellen; ebenso sind deren Sexualpartner Männer. In diese Prioritätensetzung geht nicht nur Gender, sondern vor allem auch der konkrete sexuelle Lebensstil bzw. der Wunsch danach ein.

Der Einbezug von sexuellem Lebensstil und Orientierung wird für die einzelnen Zielgruppen je nach Alter (sowie auch Migrationshintergrund) unterschiedlich gehandhabt. Es gibt zudem besondere Formen sexueller Verhaltensweisen, zum Beispiel bei den sogenannten Sextouristen (besser: Menschen, die im Urlaub Sex außerhalb einer Beziehung suchen) oder „Freiern“.

So wird die Ansprache von Männern, die Sex mit Männern wollen oder haben, bei der Zielgruppe der Jugendlichen weniger deutlich, weil männliche Jugendliche meist noch keinen Sex mit Männern hatten bzw. oft noch nicht wissen, mit wem sie Sex haben können oder mit wem sie sich Sex wünschen. Bei Menschen mit Migrationshintergrund, die als drittgrößte Gruppe der Betroffenen eine wichtige Zielgruppe sind, muss noch weitergehend differenziert werden, weil die Frage der geschlechtlichen Orientierung vor dem jeweiligen sehr unterschiedlichen kulturellen Hintergrund zu sehen ist und nur sehr schwierig explizit angesprochen werden kann. Bei Menschen mit Migrationshintergrund sind – wie bereits erwähnt – Frauen ähnlich stark betroffen wie Männer, sie sind aber aufgrund ihrer sozialen und kulturellen Situation oft vulnerabler und zudem viel schwerer erreichbar.

Besonderheiten gibt es bei der Ansprache der „Freier“ oder „Sextouristen“. Da sich die Zielgruppe nicht selbst in solchen Kategorien definiert, kann sie so auch nicht angesprochen werden. Gleichwohl handelt es sich um riskierte Personen. Bei diesen Gruppen wird die Ansprache in der allgemeinen Kommunikation „versteckt“. Sie werden deshalb, ohne ihre Besonderheiten explizit anzusprechen und diese quasi unter ein Spotlight zu stellen, indirekt angesprochen. Auch hier überwiegt die „männliche“ Ansprache sehr weitgehend.

Umsetzung der genderspezifischen Zielgruppenansprache in der Praxis der BZgA-Aidsprävention

Schon seit vielen Jahren werden auf allen drei genannten Ebenen der HIV-/Aidsprävention der BZgA – der bevölkerungsbezogenen Ansprache von Zielgruppen, der intensiven Ansprache von Zielgruppen und der individuellen Ansprache, siehe S. 66 – Genderaspekte einbezogen, wobei jede dieser Ebenen unterschiedliche Anteile von Genderdifferenzierung aufweist. Auch sind die Genderaspekte jeweils an den Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppe auszurichten:

Ebene der Massenkommunikation in der Allgemeinbevölkerung

Bei der weitreichenden Massenkommunikation, zum Beispiel bei Plakaten und Spots, werden in der Regel beide Geschlechter gemeinsam angesprochen, häufig mit den versteckten oder in der Regel geschlechtsneutralen Botschaften.

Ansprache von Jugendlichen

Bei der Ansprache von Jugendlichen ist die Ansprache von Jungen und Mädchen parallel notwendig. Bei Jugendlichen – wie generell bei einer spezifischen Zielgruppenansprache, verglichen mit einer Bevölkerungsansprache in der massenmedialen Kommunikation – besteht eine höhere Differenzierungsnotwendigkeit; als weiteres Differenzierungsmerkmal ist der Migrationshintergrund einzubeziehen. Für Jugendliche wurden daher gesonderte Printmedien für Jungen und Mädchen allgemein sowie für türkische Jungen und für türkische Mädchen entwickelt, die diese Differenzierungen aufgreifen und die bezüglich der Inhalte, der Anspracheformen, der Gestaltung etc. unter Gender- und Kulturaspekten auf die spezifische Zielgruppe (vgl. Abbildung 15) zugeschnitten sind.

Geschlechtsneutral gehaltene Medien für allgemeine Zielgruppen

Daneben gibt es Medien mit einer eher geschlechtsneutral gehaltenen Ansprache, wie die Broschüre „... ist da was?“ oder das Leporello „Wie benutzt man Kondome?“. Hier sind die bildlichen Darstellungen zwar auf das männliche



Abb. 15: Zielgruppenspezifische Broschüren der BZgA

Geschlechtsorgan bezogen, weil es sehr konkret um Kondome geht, aber die Ansprache richtet sich an Frauen wie Männer.

„Männliche“ Ansprache für Männer

Als spezielle Zielgruppenmedien wurde zum Beispiel eine handliche Broschüre zu Safer Sex entwickelt. Gerade diese kleinformatigen Broschüren nehmen Männer sehr gern mit, weil man sie schnell in der Tasche verschwinden lassen kann – und das ist der erste Schritt zum Lesen. Man kann sie übrigens auch im Internet finden. Hier werden Männer weitgehend ungedendert direkt angesprochen. Für türkische Männer gibt es gesonderte Printmedien. Bei der Ansprache spezifischer Zielgruppen – wie Männer, die Sex mit Männern haben, „Freier“ oder „Sextouristen“ – ist die „männliche“ Ansprache in spezifisch dafür konzipierten Medien zwingend notwendig. Trotzdem wird bei der Neuentwicklung von Medien immer wieder die besondere Ansprache und die Bedeutung des Genderaspekts diskutiert und neu spezifiziert.

Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund: Grenzen der notwendigen starken Differenzierung

Medien und Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund sprechen stärker und explizit auch bzw. spezifisch Frauen an. Hier stößt die BZgA allerdings an Grenzen, was die Erstellung von differenzierenden Printmedien angeht. Werden Aspekte wie die individuell unterschiedliche Migrationsgeschichte (zum Beispiel Generationen in Deutschland) oder auch andere sozio-psychologische Aspekte einbezogen, multipliziert sich die Differenzierungsnotwendigkeit (siehe Beitrag von Petra Kolip, S. 21) sehr stark. Die BZgA-Ressourcen dafür sind aber eng begrenzt und damit auch die Möglichkeit, für immer kleinteiliger differenzierte Zielgruppen jeweils gesonderte Printmedien zu entwickeln. Der Fokus der Prävention der BZgA liegt daher auf der individuellen und personalen Kommunikation mit diesen Menschen bzw. auf der Arbeit mit Gruppen. Ein Schwerpunkt ist folgerichtig die Erstellung von Medien, mit denen die Arbeit der Multiplikatoren und Multiplikatorinnen in der Schule, in anderen personal-kommunikativen Settings, in Beratungssituationen etc. unterstützt wird. Die Multiplikatoren und Multiplikatorinnen können mit diesen Medien ihre persönliche Ansprache der speziellen Zielgruppen besser fundieren und gestalten.

„Gender“ ist ein wichtiger Aspekt – aber nur einer von vielen Aspekten der Differenzierung

Ich habe verdeutlicht, dass „Gender“ bei der HIV-Prävention der BZgA nur ein – allerdings wichtiger – Aspekt der Differenzierung unter mehreren anderen ist. Die HIV-präventive Kommunikation muss vor allem offen sein für verschiedene sexuelle Orientierungen und sexuelle Lebensstile. Ein Mann, der sich als schwul oder bisexuell definiert – oder heterosexuell ist und bewusst Sex mit Männern hat –, muss anders angesprochen werden als ein heterosexueller Mann mit Kinderwunsch oder als ein schwuler Mann mit Kinderwunsch etc. Ein Mann, der monogam mit seiner Partnerin bzw. seinem Partner zusammenlebt, muss anders angesprochen werden als ein Mann, der vielfältige Sexualkontakte sucht und hat.

Aus diesem Grund ist das Diversitykonzept als „Dach“ für die Genderdifferenzierung die entscheidende Leitlinie der HIV-Präventionsarbeit der BZgA.

Literatur

Robert Koch-Institut (2008): HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A, Mai 2008. Berlin.

2.3 Geschlechtersensible Ansprache in der Sexuaufklärung der BZgA

Stefanie Amann

Gender Mainstreaming wird im Bereich der Sexuaufklärung bei der BZgA konzeptuell vor allem mit den Zielen verankert, die Geschlechterrollen kritisch zu reflektieren und ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das offen und respektvoll ist gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, Einstellungen und Werten in Bezug auf Sexualität, Familie und Verhütung. Die Wertschätzung der Vielfalt von Orientierungen und Lebensformen erweitert Gender Mainstreaming über eine eng gefasste und binäre Kategorie „Geschlecht“ hinaus. Der Beitrag stellt in diesem Sinne die grundlegende Orientierung an einem „Sexual diversity management“ dar und beschreibt die Umsetzung auf allen Arbeitsebenen der Sexuaufklärung als Arbeitsbereich der BZgA. Aus der Vielzahl der Medien werden die beiden geschlechtsspezifisch zugeschnittenen Broschüren „Wie geht’s, wie steht’s?“ für Jungen und „Jules Tagebuch“ für Mädchen ausgewählt, um die Umsetzung von Gender Mainstreaming bei der Konzeption der Inhalte und der Gestaltung exemplarisch zu präsentieren.



Ansatz und Ziele der Sexuaufklärung

Der gesetzliche Auftrag der BZgA seit 1992 ist die Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten, insbesondere die Reduktion von Teenagerschwangerschaften und ungewünschten Schwangerschaften. Dazu wurde von der BZgA in Abstimmung mit den Bundesländern ein Rahmenkonzept erstellt, in dem inhaltlich und konzeptionell die Ziele, Zielgruppen und Umsetzungsstrategien bestimmt sind.

Die allgemeinen Ziele der Sexuaufklärung sind:

- die Körperwahrnehmung und das Körperwissen bei Jungen und Mädchen zu verbessern,
- das Bewusstsein für sexuelle Identität und Geschlechterrollen zu verbessern,
- zu informieren und zu motivieren, Hilfe aufzusuchen,

- Lebenskompetenz zu fördern, um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung verantwortlich und partnerschaftlich gestalten zu können,
- dazu beizutragen, ein gesellschaftliches Klima zu schaffen, das sexualfreundlich, offen und respektvoll gegenüber unterschiedlichen Lebensstilen, Einstellungen und Werten in Bezug auf Sexualität, Familie und Verhütung ist.

In dem Rahmenkonzept ist festgelegt, dass bei der Umsetzung unterschiedliche Zielgruppen nach Alter, Geschlecht, Lebenssituation, kulturellem Hintergrund und sexueller Orientierung differenziert werden.

Die Ansprache der Zielgruppen soll darüber hinaus emotional ansprechen, Gefühle thematisieren und nicht nur Fakten und Informationen bieten. Beziehungsaspekte, Werte und Lebensstile sollen in ihrer Vielfalt akzeptierend integriert werden. Gerade dieser Aspekt ist zentral, weil bei den Themen Liebe, Sexualität und Partnerschaft Werte und Normen aufeinandertreffen, die in unterschiedlichem Maß gesellschaftlich akzeptiert sind und die im Konflikt zueinander stehen können. Die Sexualaufklärung basiert auf einem ganzheitlichen, lebensbegleitenden Ansatz und berücksichtigt, dass Sexualität im Laufe des Lebens unterschiedliche Fokussierungen erfährt – im Jugendalter stehen eher Fragen der Identität oder der Lustaspekt im Vordergrund, in späterem Alter interessiert mehr der Beziehungsaspekt oder Fruchtbarkeit.

Grundlagen: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Sexualität, Verhütung und Familienplanung

Die BZgA gibt Untersuchungen wie zum Beispiel die repräsentative Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“ in Auftrag, um Erkenntnisse zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten von Jungen und Mädchen – bezogen auf die sexuelle Entwicklung und Erfahrung – zu gewinnen. Die Ergebnisse zeigen Angleichungen und bleibende Differenzen:

- *Aufklärung im Elternhaus:* Sie hat sich im Laufe der letzten zehn Jahre verbessert; fast alle Mädchen und Jungen wurden im Elternhaus aufgeklärt. Allerdings spielt das Geschlecht immer noch eine Rolle: Mütter klären eher ihre Töchter auf als ihre Söhne. Die Väter stehen immer noch etwas außen vor. Mädchen werden eher über die Pille aufgeklärt, die Jungen über Kondome.
- *Ansprechpartner und -partnerinnen für Fragen der Sexualität, Verhütung und Partnerschaft:* Vor einigen Jahren hatten Jungen noch kaum Ansprechpartner bzw. -partnerinnen für solche Fragen. Das hat sich wesentlich verbessert, aber immer noch haben Jungen weniger Vertrauenspersonen als Mädchen.

- *Informationsquellen sowie präferierte Medien und Personen:* Mädchen nutzen intensiv Printmedien wie Aufklärungsbroschüren, Bücher, Aufklärungsmaterialien. Jungen nutzen diese Quellen zwar auch, aber verstärkt auch technische Medien wie Internet, Video und Computerprogramme.
- *Sexuelle Erfahrungen:* Mädchen und Jungen haben sich im Laufe der letzten 20 Jahre in diesem Punkt angeglichen; dennoch sind Mädchen in allen Phasen der sexuellen Entwicklung den Jungen voraus und sexuell erfahrener.
- *Schutz beim ersten Geschlechtsverkehr:* Jungen erleben den ersten Geschlechtsverkehr – häufiger als Mädchen – ungeplant und ohne Verhütung, meist weil sie es nicht erwartet haben und sie keinen Schutz dabei hatten.
- *Körperwahrnehmung und Körperbewusstsein:* Für beide Geschlechter sind Körper, Aussehen, Fitness und Gewicht wichtige Themen. Mädchen haben aber in vielen Punkten einen wesentlich kritischeren Umgang mit ihrem Körper. Sie sind unzufriedener mit sich und fühlen sich eher zu dick. Jungen dagegen achten eher darauf, dass sie gestählt, muskulös und fit sind.
- *Sexuelle Übergriffe und Gewalt:* Mädchen berichten deutlich häufiger, Opfer sexueller Übergriffe und Gewalt geworden zu sein.
- *Das romantische Liebesideal:* Diesem Ideal folgen Mädchen wie Jungen. Sie haben mehrere Partnerschaften, die seriell aufeinanderfolgen; während der Dauer dieser Partnerschaft haben sie einen hohen Anspruch an Treue, Zärtlichkeit und Liebe und hoffen auf eine lebenslange Partnerschaft, auf Familie und Kinder.

Gender Mainstreaming in der Sexualaufklärung

Gender Mainstreaming ist ein konstitutiver Bestandteil des Konzepts. Explizite Ziele der Sexualaufklärung sind die (kritische) Reflexion der Geschlechterrollen und der mit ihnen verbundenen impliziten und expliziten Bewertungen sowie die Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas, das offen und respektvoll gegenüber unterschiedlichen (auch sexuellen) Lebensstilen, Einstellungen und Werten in Bezug auf Sexualität, Familie und Verhütung ist. Dieses Ziel wird in den Broschüren und Maßnahmen aufgegriffen. Jungen und Mädchen werden darauf aufmerksam gemacht, dass es Unterschiede, Abhängigkeiten, Ungleichgewichte, aber auch Zuschreibungen gibt, die veränderbar sind.

Die Akzeptanz von unterschiedlichen Lebensstilen bezieht sich insbesondere auch auf gleichgeschlechtliche Orientierung und gleichgeschlechtliche Partnerschaften. In der Umsetzung werden sie in den Medien integrierend – das heißt als selbstverständlicher Bestandteil sexueller Orientierung und Lebensformen – thematisiert. Das Begehren nach sexuellem Kontakt mit dem gleichen sowie mit dem anderen Geschlecht wird gleichberechtigt behandelt. Es

reicht nicht aus, nur zu erwähnen, dass es auch Jugendliche gibt, die gleichgeschlechtlich fühlen – diese Jugendlichen bekämen damit den Status einer Abweichung von der heterosexuellen Norm und würden so wiederum marginalisiert.

Jungen und Mädchen sowie Frauen und Männer werden befähigt, gleichberechtigte Partnerschaften zu führen. Auch hier gibt es im Zuge der allgemeinen Pluralisierung von Familienmodellen und Lebensweisen eine Fülle von Vorstellungen von Lebensformen, die zu benennen und gleichwertig nebeneinander darzustellen sind. Das Prinzip ist auch hier, nicht das eine abzuwerten und das andere als bevorzugte Lebensform darzustellen. Auch hier reicht es nicht, darauf hinzuweisen, dass es auch alleinerziehende Mütter oder gleichgeschlechtliche Partnerschaften gibt, die sich um ein Kind sorgen. Wird der Grundgedanke der Akzeptanz von Vielfalt weiter ausgedehnt auf die soziale Lage und Kultur, ergibt sich ein Anschluss an die Unterstützung und Förderung interkultureller Denk- und Handlungsformen.

Im Bereich Sexualaufklärung greift die BZgA „Sexual diversity management“, wie Uwe Sielert es in seinem Beitrag im FORUM Sexualaufklärung 2001 beschreibt, auf. „Sexual diversity management“ geht über eine Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten und Differenzen sowie die Reflexion von Geschlechterrollen hinaus und meint im Zusammenhang von Gender Mainstreaming eine Strategie zur Ermöglichung sexueller Vielfalt, bezogen auf Geschlecht, sexuelle Identität, Generativität und Lebensweise. Diese Vielfalt gibt es bezogen auf sexuelle Orientierungen, ebenso wie bezogen auf Generativität. Sie besteht nicht nur darin, dass es Männer und Frauen, Heterosexualität und Homosexualität gibt, sondern auch Transgender und Bisexualität. Elternschaft kommt nicht nur als biologische Elternschaft vor, sondern auch als Verantwortung für Kinder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft oder einer Patchworkfamilie. Die Akzeptanz und Wertschätzung einer Vielfalt der Orientierungen und Lebensformen ist dabei unabhängig von ihrem quantitativen Vorkommen. Gleichwertigkeit in der Vielfalt ist mehr als Minderheitenschutz, der nur die bestehende „Normalität“ normativ bestätigen würde.

Umsetzung von Gender Mainstreaming auf den Arbeitsebenen der BZgA

Die BZgA wendet diese Grundgedanken auf allen Ebenen ihrer Arbeit an:

- In der *Massenkommunikation* wird Gender Mainstreaming beachtet.
- In der *personellen Kommunikation*: Im Erlebnisparcours „Komm auf Tour“ – ein interaktives Angebot für Jugendliche der 7. Klasse zur Berufsorientie-



Abb. 16: Screenshots www.loveline.de

nung und Lebensplanung – ist zum Beispiel die Thematisierung der Geschlechterrollen und eine Öffnung für geschlechteruntypische Berufsoptionen zentral im Konzept verankert.

- Forschung ist ein Teil des *Qualitätsmanagements*. Es wurden Expertisen zu sexualpädagogischer Mädchen- und Jungenarbeit erarbeitet, die Grundlagen für die Erstellung und Konzeption von geschlechtsspezifischen Medien und Maßnahmen sind. In allen quantitativen und qualitativen Untersuchungen zu Jugendsexualität sowie Mädchen- und Jungengesundheit wird nach Geschlecht differenziert.
- Auf der Ebene des *Wissenstransfers* wird der Austausch über das Genderthema auf Tagungen und Kongressen gefördert.
- Es werden Modellprojekte gefördert, die sowohl die Jungen- als auch die Mädchengesundheit real in der Praxis umsetzen. Gender Mainstreaming wird auch umgesetzt bei der Erstellung und beim Angebot von Handreichungen und Curricula für die Aus- und Fortbildung sowie bei der Implementation von Modellen guter Praxis als Methodenpool, aus dem die Praxis Anregungen schöpfen kann.

Umsetzung anhand ausgewählter Beispiele

Es gibt Medien zur Sexualaufklärung, die speziell Mädchen oder Jungen ansprechen; andere Medien richten sich an Mädchen und Jungen gleichermaßen. Auch in von Jungen und Mädchen genutzten Medien werden geschlechtsspezifische Themen angeboten. Bei www.loveline.de (siehe Screenshots auf S. 77) zum Beispiel – der Jugendhomepage zu Liebe, Sexualität und Verhütung für Jugendliche ab 13 Jahren, die entgegen den Erwartungen stark von Mädchen genutzt wird – können Themen, Tipps und Infos, die besonders relevant für Jungen bzw. Mädchen sind, unter „Liebesthemen“ angeklickt werden.

Beispiele für die geschlechtsspezifischen Medien sind die Broschüren „Wie geht's, wie steht's?“ für Jungen und „Jules Tagebuch“ für Mädchen. Die Ziele für die Erstellung der Medien entsprechen dem Wissen um die jeweiligen relevanten Themen und Fragen von Jungen und Mädchen.

Für Jungen: „Wie geht's, wie steht's?“

Jungen haben wenige Vertrauenspersonen und wenig Kenntnisse über ihren Körper und Sexualität. Ziel der Broschüre ist es, Informationen über Körper, Geschlechtsorgane und Sexualität zu geben. Dem Interesse von Jungen entsprechend wird der Körper als funktionierendes Organ mit Vergleichen aus der Mechanik thematisiert.

... *Sie unterliegen einem starken Normalitätsdruck.* Ziel: ein positives Körpergefühl vermitteln.



Abb. 17: BZgA-Broschüre „Wie geht's – wie steht's?“

... *Ihr Körperbezug ist stark leistungsorientiert.* Ziel: den Normalitäts- und Leistungsdruck reduzieren.

... *Es existieren viele Mythen rund um Männlichkeit und Potenz.* Ziel: Mythen und Vorurteile über den männlichen Körper und männliche Sexualität korrigieren.

... *Ihre Verantwortung für Verhütung ist nicht so ausgeprägt wie bei Mädchen.* Ziel: das Bewusstsein für die eigene Fruchtbarkeit und die Verantwortung für Verhütung erhöhen.

... *Sie zeigen wenig Motivation, bei Fragen und Problemen Hilfe aufzusuchen.* Ziel: Anregungen geben, wann Jungen zum Arzt bzw. zu einer Ärztin gehen sollten.

Die Gestaltung der Broschüre ist auf Fakten und Informationen ausgerichtet, sie ist wenig emotional und wenig bebildert. Das Format ist klein, die Broschüre kann in die Hosentasche gesteckt werden. Beworben wurde die Broschüre zum Beispiel in „BRAVO Sport“.

Für Mädchen: „Jules Tagebuch“

Mädchen haben Vertrauenspersonen, insbesondere die Mutter und die Freundin. Sie haben dennoch Wissenslücken, was biologische Vorgänge angeht. Ziel der Broschüre ist es, Basisinformationen über körperliche Vorgänge in der Pubertät zu geben.



Abb. 18: BZgA-Broschüre „Jules Tagebuch“

... *Sie haben ein kritisches Verhältnis zu ihrem Körper und sind unsicher, bezogen auf das Aussehen.* Ziel: Gefühle, Verunsicherungen und Fragen in dieser Entwicklungsphase thematisieren, einen bewussten und positiven Umgang mit dem eigenen Körper fördern.

... *Sie suchen bei Fragen und Informationsbedarf den Frauenarzt bzw. die Frauenärztin auf; diese sind hoch akzeptiert.* Ziel: die kommunikative Kompetenz fördern.

Die Broschüre ist emotionaler und durch Originaltöne und authentische Berichte persönlicher gestaltet als die Broschüre für Jungen. Zentral ist der Rückblick eines 16-jährigen Mädchens auf die eigenen Erfahrungen in der Pubertät. Beworben wurde die Broschüre zum Beispiel in „BRAVO Girl!“.

Literatur

Sielert, U. (2001): Gender Mainstreaming. In: BZgA (Hrsg.): FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung, 4–2001. [<http://www.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=184>]

2.4 Geschlechtersensible Zielansprache in der Suchtprävention in der BZgA

Mareike Strunk

Die Suchtprävention der BZgA setzt Gender Mainstreaming in einer systematischen Weise in der gesamten zielorientierten Kampagnenplanung um. Der Beitrag stellt zunächst allgemein dar, welche Routinen zur Berücksichtigung der Geschlechteraspekte in den einzelnen Schritten der Kampagnenplanung – Situationsanalyse, Entwicklung und Umsetzung des Interventionskonzepts – und in der Qualitätssicherung entwickelt wurden und wie diese geschlechtersensible Planung kontinuierlich überprüft und angepasst wird. Die Jugendkampagne „rauchfrei“, die unterschiedliche Medien einsetzt und auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt, dient im Anschluss als Beispiel, um die Ergebnisse der allgemeinen Strategien zu veranschaulichen.



Allgemeine Leitlinien der Berücksichtigung des Geschlechteraspekts in der zielorientierten Kampagnenplanung der BZgA

Die geschlechtersensible Zielgruppenansprache ist ein zentraler Bestandteil aller Arbeitsschwerpunkte in der Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und wird umgesetzt in

- der Kampagne zur Suchtvorbeugung „Kinder stark machen“ (www.kinderstarkmachen.de),
- der Prävention der Glücksspielsucht (www.spielen-mit-verantwortung.de),
- der „rauchfrei“-Kampagne (www.rauchfrei-info.de und www.rauch-frei.info),
- der Internetplattform „drugcom“ zur Prävention des Substanzkonsums (www.drugcom.de) und
- der „NA TOLL“-Kampagne zur Alkoholprävention (www.bist-du-staerker-als-alkohol.de).

Generell gehen in die Planung relevante Merkmale von Zielgruppen ein, darunter Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Herkunftsland, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus. Im Folgenden werden die wichtigsten Routinen der

BZgA zur Berücksichtigung des Geschlechterspekts am Beispiel der Planung und Qualitätssicherung der „rauchfrei“-Jugendkampagne aufgeführt.

Situationsanalyse

Die Kampagnenplanung beginnt mit einer Situationsanalyse im Sinne einer wissenschaftlichen Abschätzung des Gesundheitsproblems und einer Analyse der Handlungsfelder. Bei diesem Schritt werden geschlechtsspezifische Unterschiede bei dem infrage stehenden Verhalten abgeschätzt. Konkret geht es beim Rauchen um Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, bezogen auf die Häufigkeit und den Umfang des Konsums, das Alter beim Erstkonsum und das Einstiegsalter beim regelmäßigen Konsum; ferner um gesundheitliche Folgen, Motive zum Einstieg, zur Beibehaltung und zum Ausstieg aus dem Rauchen sowie um Unterschiede beim Wissen und bei den Einstellungen zum Rauchen und seinen Folgen. Quellen sind nationale und internationale Forschungen und Expertengespräche. Die Situationsanalyse wird in der Umsetzungsphase auf dem laufenden Stand gehalten.

Entwicklung eines Interventionskonzepts und seine Umsetzung

Im nächsten Schritt werden auf der Basis der Situationsanalyse die zentralen Kampagnenziele u. a. geschlechterdifferenziert formuliert. In die Entwicklung des Umsetzungskonzepts, das heißt in die Festlegung von Teilzielen, Einzelprojektzielen und in die entsprechend differenzierte Interventionsplanung, geht das Wissen um Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, bezogen auf folgende Aspekte ein:

- Motive für das entsprechende Verhalten und Motive zur Verhaltensänderung,
- Wirksamkeit von Methoden zur Verhaltensänderung,
- Lebens- bzw. Themeninteressen (Herausarbeiten von kommunikativen „Ankern“),
- Bildungs- und Freizeitverhalten,
- Mediennutzung (Printmedien, audiovisuelle Medien, Internet, Telefonnutzung für Telefonberatung),
- Jugendkultur (Musik, Outfit),
- Glaubwürdige Testimonials, Meinungsbildnerinnen und -bildner, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Das entsprechende Wissen wird gewonnen aus quantitativen und qualitativen Studien und Untersuchungen, die von der BZgA an Forschungseinrichtungen vergeben werden, aus eigenen Evaluationsstudien sowie aus Evaluationsstudien aus dem internationalen Bereich.

Auf dieser Grundlage entscheidet die BZgA, in welchem Umfang geschlechterdifferenzierende, spezifische Maßnahmen zielführend und realisierbar sind, oder ob beide Geschlechter gemeinsam, aber geschlechtssensibel angesprochen werden sollen. Das bezieht sich vor allem auf

- die inhaltlich-thematische Aufbereitung,
- Kommunikationsanker,
- Sprachstil, Tonalität und Gestaltung,
- Auswahl der Kommunikationskanäle,
- Einschaltung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Kooperationspartnerinnen und -partnern.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung der Einzelmaßnahmen dient im Sinne einer Lernschleife der internen Steuerung der Einzelmaßnahmen und der Kampagne insgesamt. Vor allem für Print- und audiovisuelle Medien dienen Pretests und Einsatzuntersuchungen dazu, u. a. geschlechterdifferenzierend zu prüfen, ob die Maßnahme ausreichend wahrgenommen wird und ob die Botschaft verstanden wird. Weiter sind die Folgen von Interesse, ob die thematische Aufbereitung Relevanz erzeugen kann und ob die Maßnahme Kommunikation in der Zielgruppe auslöst.

Bei geschlechterdifferenzierenden Printmedien werden vor der Produktion auch Expertinnen und Experten für Jungen- bzw. Mädchenarbeit zum „Gegenlesen“ eingeschaltet. Informations- und Beratungsangebote (Internet und Telefonberatung) werden auf der Basis von eingehenden Nutzer- und Nutzerinnen-daten kontinuierlich überprüft und optimiert.

Fortlaufende Überprüfung geschlechtsspezifischer und geschlechtersensibler Gesundheitsförderung

Entscheidend ist die Entwicklung einer Informationssammlung mit geschlechtsspezifischen Inhalten bzw. Informationen und Botschaften, die fachlich-wissenschaftlich abgesichert sind und laufend überprüft werden. Ohne einen solchen Fundus an validen Forschungsergebnissen bleibt Gender Mainstreaming eine inhaltsleere Forderung.

Veranschaulichung der Ergebnisse der geschlechterdifferenzierten Kampagnenplanung bei der „rauchfrei“-Kampagne

Die Quote weiblicher Tabakkonsumentinnen hat sich in den letzten Jahren der Quote männlicher Konsumenten nahezu angeglichen. In den Jahren 1997, 2001 und 2003 rauchten sogar mehr weibliche als männliche Jugendliche im



Abb. 19: Screenshot www.rauch-frei.info

Alter von 12 bis 17 Jahren. Seit 2004 ist die Raucherquote der Jungen und jungen Männer jedoch leicht oberhalb der Quote von Mädchen und jungen Frauen anzusiedeln. Auch die Gründe und die Bereitschaft für das Rauchen, die Bereitschaft zum Rauchstopp und das allgemeine Gesundheitsbewusstsein unterscheiden sich u. a. nach Geschlecht und sind als Beispiel für die Notwendigkeit zu verstehen, Jungen und Mädchen im Rahmen der „rauchfrei“-Kampagne geschlechtersensibel zu erreichen und zielgruppenspezifisch zum Nichtrauchen zu motivieren.

Die „rauchfrei“-Kampagne folgt einer multidimensional ausgerichteten Kampagnenstrategie und setzt sich aus personalkommunikativen und aus massenmedialen Teilen zusammen. Die BZgA hat für die Zielgruppe der Jugendlichen eine gesonderte Jugendkampagne konzipiert und schrittweise realisiert. Ziel ist es, in einer jugendspezifischen und geschlechtersensiblen Ansprache Interesse für das Thema „Nichtrauchen“ zu wecken und über die Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums aufzuklären. Jugendliche Nichtraucherinnen und Nichtraucher sollen in ihrer Entscheidung gegen den Tabakkonsum bestärkt werden. Ihr Einstieg in das Rauchen soll verhindert werden. Sowohl regelmäßige Tabakkonsumentinnen und -konsumenten als auch jugendliche Probier- und Gelegenheitsraucherinnen und -raucher sollen zu einer bewussten Entscheidung für das Nichtrauchen motiviert und ihr Ausstieg damit gefördert

werden. Um alle sozialen Schichten anzusprechen und schwierige Sachverhalte jugendgerecht darzustellen, werden generell niedrigschwellige, gut verständliche Angebotsformen benutzt. Durch die Verwendung von bildhaften Darstellungen und Fotos von Jugendlichen in ihrer Lebenswelt sollen auch Leseungewohnte erreicht werden.

Das Internet

Das Internetportal für Jugendliche www.rauch-frei.info informiert geschlechtersensibel über Wirkungen, Risiken und gesundheitliche Folgeschäden des Rauchens und besteht im Wesentlichen aus den Elementen „Information“, „Kommunikation“ und „individualisiertes Ausstiegsprogramm“. Anstatt die langfristigen Folgen, die durch das Rauchen entstehen, in den Vordergrund zu stellen, sind für jugendliche Internetuserinnen und -user zeitnahe Veränderungen – wie zum Beispiel die vorzeitige Alterung der Haut, Mundgeruch oder Zahnverfärbungen – von Interesse.

Um Jungen und Mädchen in ihrer Lebenswelt zu erreichen und um sie für das Nichtrauchen zu interessieren, werden Schlüsselthemen wie „Partnerschaft“,



Abb. 20: BZgA-Broschüren „Stop Smoking – Girls“ und „Stop Smoking – Boys“

„Sexualität“, „Coolness“, „Stärke“ und „Attraktivität“ aufgegriffen und für beide Geschlechter separat aufgearbeitet. Eine klare, glaubwürdige Sprache, die nicht belehrend wirkt, transportiert die für die Zielgruppe zu vermittelnden Inhalte. Damit Jugendliche aller sozialen Schichten aufgeklärt werden, dass mit dem Tabakkonsum hohe monetäre Aufwendungen verbunden sind, kommen interaktive Elemente wie der Test „Was kostet mich das?“ zum Einsatz. Auf das jeweilige Geschlecht und die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten abgestimmt, wird in der Auflösung rechnerisch und bildhaft verdeutlicht, wie viel Geld durch Nichtrauchen gespart bzw. anderweitig ausgegeben werden kann.

Printmedien

Unter den vielfältigen Angeboten der BZgA zur Unterstützung der Tabakentwöhnung spielen die schriftlichen Informationsangebote auch für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen eine große Rolle. Neben der Basis-



Abb. 21: BZgA-Plakat- und Postkartenserie „Meinungsbildung“

broschüre zum Nichtrauchen für beide Geschlechter sind speziell für Jungen und Mädchen geschlechtersensible Broschüren entwickelt worden. Die Broschüren „Stop Smoking – Girls“ und „Stop Smoking – Boys“ beinhalten eine Anleitung zum Rauchverzicht und sind mittels Bildauswahl, Farbgestaltung, Inhalten und sprachlicher Aufbereitung auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet.

Anzeigen und Spots

In der weitreichenden Massenkommunikation werden gezielt Mädchen und Jungen angesprochen. Die Plakat- und Postkartenserie „Meinungsbildung“ (vgl. Abbildung 21) verstärkt die Kommunikation von Jugendlichen zu Jugendlichen und betont den Gedanken der Unabhängigkeit. In jeder Anzeige wurde die Kampagnenidee – selbstbewusste Jugendliche zu zeigen, die attraktiv sind, weil sie nicht rauchen – mit einer anderen inhaltlichen Umsetzung aufgegriffen.



Abb. 22: Fotos aus den BZgA-Spots

Auch im Rahmen der verschiedenen Spots werden Jungen und Mädchen über die gesundheitlichen Gefährdungen, die durch den Tabakkonsum entstehen, aufgeklärt. Mit dem Spot „Strand“ werden zum Beispiel Jugendliche, vor allem Mädchen, auf die Risiken des Zigarettenkonsums und gleichzeitiger Einnahme der Antibabypille hingewiesen. Anhand einer Gruppe von Fußballspielern zeigt der Spot „Fußball“, wie Kurzatmigkeit und schlechte Kondition als Folge des Rauchens auftreten. In der ersten Reaktion lassen sich bei diesen Spots geringe geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, in der Tendenz spricht aber der Spot „Strand“ die Mädchen etwas besser an, während die Jungen sich dem Spot „Fußball“ mit etwas größerer Aufmerksamkeit zuwenden.

Bilanz

Die Bemühungen der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens sind erfolgreich. Die Quote der Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren ist seit 2001 stetig gesunken und hat 2007 einen historischen Tiefpunkt erreicht. Während im Jahr 2001 noch 27 % der männlichen und 28 % der weiblichen Jugendlichen Tabak konsumierten, reduzierte sich dieser Anteil im Jahr 2003 bereits auf 22 % bei den Jungen und 23 % bei den Mädchen. Im Jahr 2007 rauchten 18 % der männlichen und 17 % der weiblichen Jugendlichen.

Dieser Trend bestätigt die Wirksamkeit verhaltenspräventiver Maßnahmen im Bereich der Tabakprävention. Für viele Jungen und Mädchen ist das Nichtrauchen zur sozialen Norm geworden.

Es wird ersichtlich, dass in der zielorientierten Kampagnenplanung und -umsetzung der Suchtprävention die geschlechtersensible Zielgruppenansprache wesentlicher Bestandteil ist. Um sie zu optimieren, sind die fortwährende Analyse der Bedürfnisse beider Geschlechter und ein kontinuierlicher Ausbau zielgruppenspezifischer Ansatzpunkte notwendig.

Literatur

Marsen-Storz, G. (2005): Berücksichtigung des Geschlechteraspekts in der zielorientierten Kampagnenplanung der BZgA am Beispiel der „rauchfrei“-Jugendkampagne. [<http://artemis.bzga.de/frauen/beruecksichtigung-geschlechteraspekt.pdf>]

2.5 Geschlechtersensibilität in der „Ernährungs“-aufklärung der BZgA

Reinhard Mann



Die Maßnahmen der BZgA im Bereich Ernährung – Bewegung – Stressregulation berücksichtigen die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, bezogen auf Interessenslagen und Verhaltensunterschiede. Die Maßnahmenplanung der BZgA im Bereich der Ernährungsaufklärung setzt an einer nach Geschlecht differenzierten Daten- und

Sekundäranalyse an. Der aktive Einbezug von Mädchen und Jungen bei Aktionen (zum Beispiel bei Parcours oder einer Musikshow) spielt eine wichtige Rolle; so kommt die Genderperspektive in der Verankerung geschlechtergerechter Pädagogik zum Ausdruck. Die Multiplikatoren und Multiplikatorinnen werden nach den Prinzipien geschlechtergerechter Pädagogik geschult. In der Umsetzung achten sie zum Beispiel darauf, dass Mädchen und Jungen in gleichem Maß das Angebot nutzen können und die Handlungsspielräume über die typischen Geschlechtsrollen hinaus erweitert werden. Die Art des Vorgehens variiert dabei von Maßnahme zu Maßnahme.

Geschlechterunterschiede im Ernährungsbereich

Während sich in anderen Verhaltensbereichen wie zum Beispiel dem Alkoholkonsum und dem Rauchen die Geschlechterunterschiede auf der Ebene der Prävalenzen verringern, gibt es im Ernährungsbereich nach wie vor deutliche Unterschiede, zum Beispiel in der Diäterfahrung oder im Gewichtsstatus von Jungen und Mädchen. So geben 12 % der 11- bis 15-jährigen Jungen und 17 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen in der „Health Behaviour in School-Aged Children“- (HBSC-)Studie an, eine Diät mit dem Ziel der Gewichtsreduktion zu machen oder gemacht zu haben (DGE 2000). Nach Pudel haben 18 % der weiblichen und 5 % der männlichen 12- bis unter 17-jährigen Jugendlichen mindestens eine Schlankheitsdiät durchgeführt. Erschreckend ist, dass 8 % der Mädchen trotz objektiv zu geringem Gewicht sich für zu dick halten (DGE 2000). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, bezogen auf Diäterfahrung, korrespondiert mit einem anderen, ebenfalls hartnäckig seit den 70er-Jahren wenig veränderten Unterschied: Mädchen sind mit ihrem Körper unzufriedener als Jungen (DGE 2000).

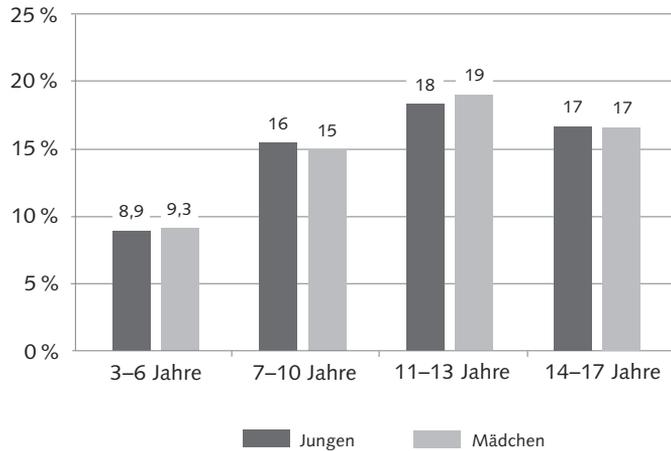


Abb. 23: Kinderübergewicht. Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen. Starker Anstieg im Grundschulalter, danach nur noch leichter weiterer Anstieg. Quelle: KiGGS

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, bezogen auf den Gewichtsstatus, verändern sich im Entwicklungsverlauf in der Größenordnung und Richtung. In der frühpubertären Zeit haben Jungen häufiger Übergewicht/Adipositas; nach diesem Entwicklungszeitpunkt sind Mädchen häufiger betroffen.

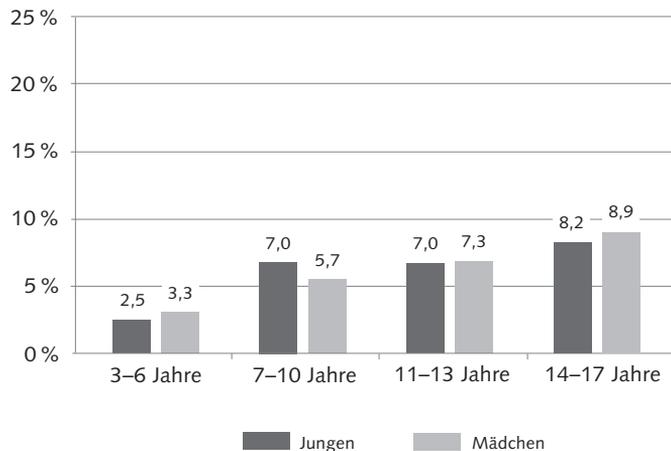


Abb. 24: Verbreitung von Adipositas nach Altersgruppen. Starker Anstieg im Grundschulalter, bei den Jungen besonders ausgeprägt. Quelle: KiGGS



Abb. 26: Screenshot www.tut-mir-gut.net

Bei der Aktion „Unterwegs nach Tutmirgut“ geht es im Rahmen der Mitmachausstellung um Themen, die für die gesunde Entwicklung von Mädchen und Jungen von zentraler Bedeutung sind: Ernährung, Bewegung, Lärmbelästigung, Entspannung, der Umgang mit Gefühlen, aber auch ein Erste-Hilfe-Angebot und Umgang mit Konflikten. Die Leitfrage lautet: „Was hält Kinder gesund?“

Der Genderaspekt wird in doppelter Hinsicht verankert: als Berücksichtigung der geschlechertypischen Interessenlagen und als Verankerung geschlechtergerechter Pädagogik.

Es erfolgt zwar keine ausgesprochene Differenzierung zwischen Mädchen und Jungen, denn die Aktion richtet sich an beide Geschlechter. Es gibt aber Stationen mit impliziter geschlechtsspezifischer Ansprache, wobei berücksichtigt wird, dass Jungen generell aktivierende, Mädchen dagegen eher entspannende Aktivitäten wählen. Bei der Mitmachausstellung gibt es daher Stationen, die eher die Mädchen ansprechen, wie „Luise auf der grünen Wiese“, und andere Stationen, die eher das Interesse von Jungen finden, zum Beispiel die „Rangelbox“.

Das Vorgehen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen der Aktion „Unterwegs nach Tutmirgut“ ist insofern durch die Prinzipien geschlechtergerechter Pädagogik geprägt, als es Aufgabe der Betreuer und Betreuerinnen ist, dafür zu sorgen, dass für beide Gruppen gemeinsam oder alternativ für jede Gruppe separat die Chance besteht, die Stationen zu nutzen. Bei Stationen, die eher von Jungen ausgewählt werden, sollte man Zeiten ausschließlich für Mädchen einführen, damit auch diese die Gelegenheit haben, eine für Mädchen eher untypische Aktivität auszuprobieren. Den Moderatoren und Moderatorinnen werden diese Grundlagen geschlechtergerechter Pädagogik vermittelt.

Die „Kinderliedertour“

Die „Kinderliedertour“ ist eine BZgA-Musikshow für Kinder ab fünf Jahren rund um Ernährung, Bewegung und Entspannung. Die Show entführt die Kinder auf eine Reise nach Tutmirgut. Die Musikshow handelt vom Mut, die Welt zu entdecken, vom Beweg-Dich-Alphabet, von zu viel und zu wenig Essen und weiteren (ent-)spannenden Sachen, die Kindern guttun.

Die „Kinderliedertour“ spricht Jungen und Mädchen gleichermaßen an; viele Aspekte im Spektrum der angebotenen Themen sind sowohl für Jungen als auch für Mädchen bedeutsam. Im Rahmen der Show erfolgt eine zwar gemeinsame, aber geschlechterdifferenzierende Ansprache. So werden zum Beispiel jungenspezifische Themen und Aktivitäten (etwa Fußball) gezielt auch den



Abb. 27: Screenshot www.kinderliedertour.de

und zu welchen Themenstellungen Mädchen- und Jungengruppen besser getrennt arbeiten und in welchen Bereichen ein Erfolg eher über gemischte Gruppenarbeit zu erzielen ist. Erfahrungen zeigen, dass Mädchen und Jungen unterschiedliche Herangehensweisen an Gruppenaufgaben haben wie zum Beispiel in den Bereichen Klettern oder Floßbau. Diese Unterschiede müssen in der pädagogischen Betreuung beachtet werden.

Geschlechtsspezifische Aspekte und Ansprachewege werden auch in der „Gut drauf“-Medienarbeit genutzt: So werden Mädchen zum Beispiel über die Medien „Heimliche Sucht: Essstörungen“ oder „Immer Ärger mit der Schönheit“ erreicht. Das Interesse der Jungen wird eher über „Fit ohne Pillen“ oder „Fitness – Sport – Body“ geweckt.

Nicht allein die Geschlechtersensibilität ist ein Merkmal der praktizierten Zielgruppenansprache. Bereits seit 1996 gehört das Prinzip „Geschlechtsspezifische und soziokulturelle Unterschiede beachten“ zu den Gestaltungsprinzipien der BZgA-Maßnahmen. Auf dieser Grundlage erfolgt eine differenzierende Ansprache unter Beachtung verschiedener Zielgruppenmerkmale, zum Beispiel Geschlecht, Alter, Soziallage, Kultur.

Der sekundärpräventive Bereich

Der sekundärpräventive Bereich bezieht sich auf das unterschiedliche Verhältnis von Mädchen und Jungen zu ihrem Körper und ihrem Gewicht sowie auf die unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten und Essstörungen. Hier ist – anders als bei den primärpräventiven Kampagnen – eine geschlechterdifferenzierende Gestaltung der Medien und Kampagnen unerlässlich.

Bei Kinderübergewicht wird die Ansprache für Mädchen und Jungen unterschiedlich gestaltet, weil Mädchen mehr auf ihr Gewicht achten als Jungen, wie die eingangs erwähnten Studien belegen. Mädchen nehmen auch eher an Maßnahmen der Übergewichtsbehandlung teil, wie sie eine von der BZgA durchgeführte Studie zu Angeboten und ihrer Wirksamkeit in diesem Bereich zeigt (BZgA 2007).

Bei der Prävention von Essstörungen werden spezifisch Jugendliche angesprochen – in erster Linie Mädchen, die den Großteil der Betroffenen ausmachen. Der Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS-Studie 2007) zeigt, dass 21 % der Jugendlichen eine Affinität zu einer Essstörung haben, und zwar deutlich mehr Mädchen als Jungen. In der letzten Zeit ist aber zu beobachten, dass auch Jungen tendenziell unter einem massiven Schön-

heitsdruck stehen und vermehrt Essstörungen entwickeln. Eine ähnliche Geschlechterverteilung ist auch bei der Nutzung der Beratungsdatenbank der BZgA (www.bzga-essstoerungen.de/beratungsstellen.htm) festzustellen, in der Betroffene Hilfe finden können. Aus den E-Mail-Anfragen lässt sich erkennen, dass sich sehr häufig betroffene Mädchen melden und Hilfe suchen, aber auch Angehörige und Freunde bzw. Freundinnen von betroffenen Mädchen.

Insgesamt zeigt sich, dass der Genderaspekt auch innerhalb eines Themenbereichs bzw. innerhalb eines Referats der BZgA bei den einzelnen Maßnahmen flexibel zu handhaben ist und unterschiedliche Umsetzungen erfahren kann – einmal mehr als Akzentsetzung bei einer gemeinsamen Ansprache von Jungen und Mädchen und geschlechtergerechter Moderation, das andere Mal mit einer Trennung der Zielgruppe und gesonderten, geschlechtsspezifischen Medien. Beide Zugänge sind sensibel auch für andere Unterschiede in den Zielgruppen und beschränken sich nicht auf Geschlechtsunterschiede.

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007): Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- DGE (2000): Ernährungsbericht 2000. Frankfurt am Main.
- KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, 2007. [http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html]

3.

Modellprojekte für Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention

Im Rahmen des Workshops wurden neun zielgruppenspezifische und geschlechtersensibel arbeitende Angebote der Gesundheitsförderung (gerichtet an sozial benachteiligte Personengruppen) präsentiert, die jeweils über ihre innovative Praxis und ihre Erfahrungen mit den Zugängen zu den Zielgruppen berichteten.



Abb. 29: Projektdarstellung zum BZgA-Workshop

Die Arbeit in den Fachgebieten der BZgA, wie in den Beiträgen des zweiten Themenblocks dieses Fachhefts dargestellt, wird mit einem zielgerichteten Auftrag und in weitgehend gesicherten Strukturen geleistet. Für die Projektarbeit in der Gesundheitsförderung vor Ort gelten überwiegend andere Bedingungen: Es müssen Mittel für die Erprobung und später die dauerhafte Absicherung neuer Projekte akquiriert werden, der Bedarf ist zu bestimmen und nachzuweisen, Strukturen müssen überhaupt erst aufgebaut werden.

Geschlechtersensible Projekte müssen „verkauft“ werden an Geldgeber, die von der Idee überzeugt werden müssen, möglicherweise auch an Einrichtungen, die als Träger fungieren sollen, sowie an die Zielgruppe, die zur Teilnahme motiviert werden soll. Die Facharbeit der BZgA und die Projektarbeit vor Ort haben aber gemeinsam, dass für jede Maßnahme die jeweils sinnvolle Form des „Genderns“ zu entwickeln ist.

Wenn es darum geht, sozial Benachteiligte für das Thema Gesundheit zu gewinnen, ist die Frage des Zugangs besonders wichtig. Die meisten Projekte und Aktivitäten der Gesundheitsförderung nutzen vorhandene Strukturen und stützen sich auf Kooperationen mit Einrichtungen, wo die Zielgruppe „ohnehin“ anzutreffen und anzusprechen ist. Oder die Projekte sind in Stadtteilen verankert, um die Zielgruppe vor Ort zu erreichen. Für sozial benachteiligte Zielgruppen hat sich eine Ansprache über Themen bewährt, die im Alltag von Mädchen/Frauen bzw. Jungen/Männern relevant sind; außerdem eine Verbin-

derung von Gesundheitsförderung und Quartiersarbeit. Bei Frauen und Männern mit Migrationshintergrund sind mehr- bzw. muttersprachliche Angebote, ein Zugang über zum Beispiel Migrantenselbstorganisationen („Communitys“) und eine gute Erreichbarkeit wesentlich. Ein gendersensibler Ansatz greift hier die Geschlechterkulturen auf und setzt an den Interessen und Themen der Frauen und Männer als Ausgangspunkt an.

Die strukturelle Verankerung der neun präsentierten Projekte ist in dieser Hinsicht unterschiedlich gestaltet. Sie werden im Folgenden nach der Form der Verankerung und des Zugangs zur Zielgruppe in drei Gruppen eingeteilt:

- Projekte, die ihre Zielgruppe in enger Zusammenarbeit mit speziellen Einrichtungen ansprechen, die von der Zielgruppe „ohnehin“ genutzt werden (Gruppe 1),
- Projekte mit einem engen Stadtteilbezug, die den Zugang zu der Zielgruppe über kooperative Strukturen im Stadtteil finden (Gruppe 2),
- Projekte mit eigenen Strukturen, die ihre Zielgruppe stadtteilübergreifend – über Kooperationen mit Einrichtungen und über Multiplikatoren und Multiplikatorinnen – ansprechen (Gruppe 3).





Die Projektdarstellungen wurden von den Projektzuständigen selbst erstellt und von Birgit Heidtke zusammenführend bearbeitet. Im Anschluss an die Projektpräsentationen wird zusammenfassend in einem Beitrag von Christiane Deneke auf Fragen und Probleme der geschlechtersensiblen Projektarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen.

3.1 Projekte mit engem Bezug zu bestehenden Einrichtungen

Food and More – Kochen mit männlichen Jugendlichen im Jugendclub Hamburg-Heimfeld

Die Zielgruppe – männliche Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren – sind die männlichen Besucher des Jugendclubs in einem sozialen Brennpunktviertel. Der Zugang erfolgt über die offene Arbeit: Die Jungen sind ohnehin im Jugendclub, und das gemeinsame Kochen und Essen ist in das offene Angebot des Jugendclubs integriert. Genutzt wird die Hauptmotivation der Jungen: ihr Hunger. In diesem Setting ist es möglich, sie für eine geschlechtsuntypische Aktivität zu gewinnen und für das Thema „Gesunde Ernährung – was ist das eigentlich?“ zu sensibilisieren.

Mwangaza – Gesundheits- und Sozialberatung für Frauen aus Afrika

Das Projekt arbeitet eng mit zwei Einrichtungen zusammen, über die die Zielgruppe der Frauen aus Afrika, die zum Teil mit unsicherem Aufenthaltsstatus in der Kölner Region leben, gut erreicht werden kann: die Frauenklinik der Universität Köln und das Gesundheitsamt Köln. So werden u. a. Beratungszeiten in der Frauenklinik der Universität und Gruppenangebote in Kooperation mit dem Gesundheitsamt (niedrigschwelliger Zugang) angeboten. Bekannt gemacht wird das Angebot auch über die sozialen und kommunikativen Netzwerke in den afrikanischen Communitys. Motiviert werden die Nutzerinnen darüber, dass sie in dem deutsch-afrikanischen Team kulturelle, religiöse und nationale Bezüge erkennen können. Der Geschlechteraspekt ergibt sich daraus, dass Frauen die Themen und Interessen von Frauen aufgreifen.

Food and more



Thema	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gewandtheaterhaus, im partnership mit Caritas
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ AWO Boarder des Jugendclubs bzw. auch keine/gering qualifizierte Jugendliche
Zugang zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aus der offenen Arbeit
Genderspezif./ Genderansatz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multi thematische Jugendthemen ➤ Workshop/Praxis/Lernformen ➤ Die Zielgruppe wird in der Regel nicht von der Arbeit der Gesundheitsförderung isoliert, sondern wird über bekannte Gesundheitsverhältnisse (z.B. durch das geschlechtsspezifische An, das Ernährung bzw. das modische Verhalten, Hygiene, Ernährung, Gesundheit etc.) angesprochen/zu Themenfeldern ➤ zentralisiert werden in traditionellen Rollenbildern (z.B. männliche Männlichkeit in der Küche nicht vorhanden)
Besonderes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Workshop in der Regel muss sich vorbereiten (z.B. Einkauf des Brotweizens) ➤ Traditionelles und modernes in der Zielgruppe akzeptieren
Hürden/Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aus der offenen Arbeit heraus zu isolieren schwierig ➤ kein Förderkonzept ➤ Finanzierung für unregelmäßige Personell, Spielplatz und Materialien zur Weiterentwicklung des Projekts
Träger/Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitsgemeinschaft Caritasverband Pfalz
Ansprachpartner/ Ansprechpartnerin	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anette Offen Jugendclubtreff@awo-homburg.de



BZgA
 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention
 Ein Handlungskonzept zur Vermeidung von Geschlechterdiskriminierung im Gesundheitsbereich
 www.bzga.de

Abb. 30: Projektdarstellung „Food and more“

3.1.1 Food and more – Kochen mit männlichen Jugendlichen im Jugendclub Hamburg-Heimfeld

Anneke Otten



Projektschwerpunkte und Projektstruktur

Der Jugendclub Heimfeld ist ein Angebot der offenen Jugendhilfe in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Hamburg. Er liegt im Stadtteil Heimfeld-Nord, einem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf im Süden Hamburgs. Heimfeld-Nord ist ein Quartier mit einem hohen Anteil an armer Bevölkerung. Mädchen und Jungen, die den Club besuchen, kommen fast ausschließlich aus Familien mit Migrationshintergrund.

Das Angebot, im Jugendclub gemeinsam zu kochen und zu essen, wurde im Jahr 2000 im Rahmen des Modellprojekts „Selbst is(s)t der Mann“ entwickelt, an dem fünf Einrichtungen in der Region Nordostniedersachsen teilnahmen. Ziel des Projektverbunds war es, Zugangswege zu erschließen, um das Ernährungsverhalten sozial benachteiligter männlicher Jugendlicher zu verbessern. Nach dem Ende der Projektlaufzeit 2003 wurde das gemeinsame Kochen und Essen in das ständige Programm des Jugendclubs Heimfeld integriert.

In der Projektlaufzeit wurde an vier Tagen in der Woche gemeinsam gekocht und gegessen. Da sich dieses neue Angebot bewusst an Jungen richtete, fand es an dem Wochentag, wo der Jugendclub nur für Mädchen geöffnet ist, nicht statt.

Am Projekt nahmen Jungen im Alter von 13 bis 19 Jahren teil. Für die meisten Jugendlichen war Hunger die Hauptmotivation, sich zu beteiligen. Zielsetzung des Projekts war nicht nur eine Verbesserung der Ernährung und des Ernährungsverhaltens, sondern auch der Erwerb hauswirtschaftlicher Kompetenzen. Das Kochprojekt förderte darüber hinaus die sozialen Kontakte zwischen den einzelnen Cliques und zwischen Teilnehmenden verschiedener Kulturen und Herkunftsländer.

Das gemeinsame Kochen und Essen wird seit 2003 in das offene Angebot des Jugendclubs Heimfeld integriert. Das heißt, es gibt an drei Tagen der Woche, die für die Zielgruppe geöffnet sind, das Angebot, kochen zu können. Es wird von immer derselben Fachkraft begleitet. Unterschiedliche Besuchergruppen

nutzen mit unterschiedlichen Kenntnissen dieses Angebot. Das bedeutet für den Projektdurchführenden die besondere Herausforderung, dass jeder Tag neu zu gestalten ist.

Der konkrete Ablauf des Tages wie die Einteilung in Koch-, Einkauf- und Reinigungsteams oder die Anzahl der Essen wird von den anwesenden Jugendlichen mit Unterstützung durch die Fachkraft organisiert. Grundbedingung von Seiten der pädagogischen Fachkräfte ist, dass nur mitessen darf, wer sich an der Arbeit beteiligt. Im Verlauf pendelt es sich ein, dass jeweils 5er-Teams für ca. 30 Jugendliche kochen. Die anderen kümmern sich um das Tischdecken oder beteiligen sich am Einkauf, am Aufräumen und Saubermachen der Küche.

Gendersensible Ansätze

Der Entscheidung, das Projekt als genderspezifisches Angebot für sozial benachteiligte männliche Jugendliche zu entwickeln, liegen Erfahrungen aus einem Gemeinwesenprojekt zugrunde, in dem deutlich wurde, dass diese Zielgruppe im Hinblick auf gesunde Ernährung sehr wenig Vorkenntnisse hat, und dass riskante Essgewohnheiten sehr verbreitet sind. Hinzu kommt, dass männliche Jugendliche durch gesundheitsfördernde Angebote nur sehr schwer zu erreichen sind.

Bewusst werden die Mädchen im Jugendclub aus dem Angebot herausgehalten, da die Jungen eher bereit sind, Arbeiten zu übernehmen, die weiblichen Rollenstereotypen entsprechen, wenn kein Mädchen in Reichweite ist. In Heimfeld machen die Projektmitarbeiterinnen zum Beispiel häufig die Erfahrung, dass Jungen ihre Aufgaben sofort abschieben wollen, sobald ein Mädchen aus ihrer Familie das Haus betritt.

„Food and more“ zielt auch darauf, festgelegte Rollenklischees zu durchbrechen und stereotype Zuschreibungen, etwa gegenüber „Frauenarbeit“ oder „Männlichkeit“, zu entschärfen. Vorbilder – zum einen männliche Jugendliche, die gern kochen und selbstverständlich putzen, vor allem aber auch männliche Anleiter – erweisen sich als gute Zugänge, um Entwicklungsprozesse zu initiieren. Der Spaß am gemeinsamen Kochen und die Befriedigung, in der Lage zu sein, sich selbst und andere zu versorgen, verschafft dem Projekt nachhaltig Anerkennung – bei allen Nutzern des Hauses.

Neben hauswirtschaftlichen Kompetenzen, die über die Verarbeitung von Lebensmitteln u. a. auch die wirtschaftliche Planung, Kenntnisse über gesun-

de Ernährung oder Hygiene umfassen, hat sich das offene Gruppenangebot auch bewährt, um soziale Kompetenzen zu vermitteln. Dazu gehört nicht nur, geschlechtsspezifisch festgelegte Handlungsfelder zu erweitern, sondern zum Beispiel auch Fähigkeiten wie die Kooperationsfähigkeit, sich in der Gruppe abzustimmen und Konflikte zu lösen. Gemeinsam zu kochen kann Jugendliche auch darin unterstützen, ihr Durchhaltevermögen in der Bewältigung einer Aufgabe zu verbessern, Ess- und Tischkultur kennenzulernen und zu üben.

Für die sozialpädagogische Arbeit mit Jugendlichen im offenen Bereich ist das „Food and more“-Projekt von großem Nutzen. Beim Kochen und gemeinsamen Essen ergeben sich besonders niedrigschwellige Kontakte, die ein Kennenlernen der Jugendlichen und die Aufnahme von Beziehungsarbeit ermöglichen.

Reichweite und Perspektiven

Das gemeinsame Kochen und Essen wurde nach dem Ende der Projektlaufzeit 2003 in das ständige Programm des Jugendclubs Heimfeld integriert. Es gibt jedoch keine feste Finanzierung. Das Projekt wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Jugendlichen als so wertvoll für die offene Arbeit geschätzt, dass es seit 2003 über unterschiedlichste Mittelakquisen aufrechterhalten wird. „Food and more“ wird ausschließlich von einer männlichen Fachkraft durchgeführt, die aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel derzeit auf Honorarbasis beschäftigt ist. Wünschenswert wäre eine feste Finanzierung, die auch den Standard des Projekts sichern würde.

Kontakt

Jugendclub Heimfeld
Grumbrechtstraße 65
21075 Hamburg
Tel.: 040-7912378
E-Mail: jugendclubheimfeld@awo-hamburg.de
Internetseite: <http://www.awo-hamburg.org/jugendhilfe>

Weiterführende Informationen

Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften der Fachhochschule Nordostniedersachsen und der Universität Lüneburg (Hrsg.) (2003): Selbst is(s)t der Mann. Essen kochen in der Jugendarbeit. Handbuch für die Praxis. ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte. Lüneburg.

Mwangaza*

„Klassen! – das Licht, das den Weg weist“



Thema	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheits- und Sozialberatung für Frauen aus Afrika
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frauen aus Afrika und in der Schweiz
Zugang zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontakt über Medien (Presse, Fernsehen) ➤ Mündliche, digitale und telefonische Erträge sind deutlich für die Fraueninnen erkennbar ➤ 2. spezialisiertes Mitarbeiter/innenwissen an Team ➤ Einbeziehung von interkulturellen Gruppen
Genderspektiv/ Gendersatz	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einbeziehung männlicher Mitarbeiter/innen und anderer Rollen als Antwort für die Beratung und Förderung der Frauen. Durch eine mehr weibliche Arbeitsstruktur (Mitarbeiter/innen und Gesundheitsfachkräfte) werden mehr Frauen mit Hilfe und Beratungsgeldern für ihre Bedürfnisse in der Schweiz und in der Heimat unterstützt und gefördert
Besonderes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbesserung des Zugangs aller Frauen und Eltern zu Spezialisten der Chirurgie in der Schweiz und in der Heimat ➤ Etablierung von MBO (Mutter- und Kindgesundheitsversorgung) ➤ Unterstützung der Mütter bei der Planung und der Umsetzung ➤ Nutzung der lokalen Ressourcen ➤ Unterstützung bei der Identifizierung
Hilfery/ Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Blockade bei der Lösung der Themen „Wirtschaft“, „Geld“, „Arbeit“ und „Einkauf“ von notwendigen Ressourcen ➤ Ungeklärte Finanzierung
Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gesundheitsamt der Stadt Köln, Fakultät der Universität Köln, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Gesundheitsamt der Stadt Köln ➤ Arbeitsgemeinschaft, Jugendamt, Caritas, BZgA, Müttergesundheitsförderung, Gesundheitsförderung ➤ Schulen, Kindertagesstätten ➤ Familienberatungsstellen ➤ Eltern, Gesundheitsamt der Stadt Köln, Gesundheitsamt der Stadt Köln
Träger/Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deutsches Rotes Kreuz, Evangelischer Kirchenverband Köln und Region, Gesundheitsamt der Stadt Köln
Anspruchspartner/ Anspruchspartner:in	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Heide Dierker ➤ Heide Dierker ➤ Heide Dierker

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention

A-Ebene: Integration in die Gesundheitsförderung oder Gesundheitsförderung der Frauen, Männer und Kinder

© 2010 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – www.bzga.de



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Abb. 31: Projektdarstellung „Mwangaza“ – Gesundheits- und Sozialberatung für Frauen aus Afrika

3.1.2 Mwangaza – Gesundheits- und Sozialberatung für Frauen aus Afrika

Hélène Batemona/Séraphine Musabyimana



Projektschwerpunkte und Angebotsstruktur

In Trägerschaft des Diakonischen Werks des Evangelischen Kirchenverbandes Köln und Region besteht „Mwangaza“ seit 2003 als Angebot für Frauen aus Ländern des zentralen und südlichen Afrikas. Ein deutsch-afrikanisches Team bietet, in Kooperation mit

der Frauenklinik der Universität Köln und dem Gesundheitsamt Köln, Beratung und Informationen in rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Fragen.



Die Beratung ist niedrigschwellig konzipiert. Sie setzt bei Problemen und Fragen an, die die Frauen haben, zum Beispiel Fragen zu so unterschiedlichen Themen wie Aufenthaltsrecht, Schwangerschaft, Diskriminierung, familiäre Situation, Arztbesuch. Die Lebenssituation der Frauen ist meist geprägt durch komplexe Problemlagen, viele befinden sich in einer ungesicherten ausländerrechtlichen Situation und leben in materieller Not, einige sind vor politischer Verfolgung und Gewalt geflohen, hier in Deutschland aber erneut mit Diskriminierung konfrontiert.

Über die individuelle Beratung und Unterstützung hinaus gibt es offene Gruppenangebote, die in Kooperation mit dem Gesundheitsamt durchgeführt werden. Im sogenannten „Montagstreff“ werden Fragen der Gesundheitsförderung behandelt, zum Beispiel eine gesunde Ernährung oder Unfallprävention bei Kindern, aber auch gesellige und kulturelle Unternehmungen angeboten.

Über die individuelle Beratung und Unterstützung hinaus gibt es offene Gruppenangebote, die in Kooperation mit dem Gesundheitsamt durchgeführt werden. Im sogenannten „Montagstreff“ werden Fragen der Gesundheitsförderung behandelt, zum Beispiel eine gesunde Ernährung oder Unfallprävention bei Kindern, aber auch gesellige und kulturelle Unternehmungen angeboten.

Ein weiterer Schwerpunkt von „Mwangaza“ liegt auf der Gesundheitsberatung, vor allem zum Thema HIV/Aids.

Gendersensible Ansätze

Das Projekt ist als genderspezifisches Angebot konzipiert, das zum einen die Frauen in ihrer individuellen Lebenssituation erreichen will, sie zum anderen

aber auch als Gesundheitsmittlerinnen in ihrer Familie und darüber hinaus auch in ihrer Community anspricht.

Die Arbeit von „Mwangaza“ zielt darauf, den Zugang afrikanischer Frauen und ihrer Familien zum deutschen Gesundheits- und Sozialsystem zu verbessern. Die Lebenssituation der Frauen ist Ausgangspunkt der Beratungsarbeit. Im Mittelpunkt steht, den Frauen effektive Hilfestellungen zur Klärung von Lebensperspektiven zu geben. Um tragfähige Lösungen entwickeln zu können, ist eine fachübergreifende Beratungsarbeit notwendig, die rechtliche, medizinische, soziale und persönliche Aspekte mit einbezieht. Dabei kann die Perspektive sowohl darauf gerichtet sein, die allgemeine Integration der Frauen als Zuwanderinnen zu fördern, als auch darauf, sie im Prozess der Rückwanderung und Reintegration im Herkunftsland zu begleiten.

Im Selbstverständnis zielt das Projekt auf die Stärkung der Selbsthilfepotenziale der Frauen und darauf, ihre Handlungsspielräume zu erweitern. Zum Beispiel geben Kenntnisse des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems den Klientinnen die Möglichkeit an die Hand, vorhandene Angebote zu nutzen und Hilfe zur Lösung von Problemen zu suchen. Angebote wie der „Montagstreff“ sind bewusst niedrigschwellig konzipiert, um Frauen zu erreichen, die stark isoliert sind und im Alltag kaum aus dem häuslichen Bereich herauskommen. Für die Zielgruppe junger Frauen und Mädchen geht es darum, sie in einer Entwicklung zu unterstützen, die es ermöglicht, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und Risiken zu vermeiden.

Reichweite, Finanzierung und Kooperationspartner

Um die Klientinnen zu erreichen, sind die sozialen und kommunikativen Netzwerke in den afrikanischen Communitys ein wichtiger Zugangsweg. Grundlegende Voraussetzung der Beratung ist ein mehrsprachiges, muttersprachliches Angebot. „Mwangaza“ arbeitet in einem deutsch-afrikanischen Team, dessen Mitarbeiterinnen die Arbeitsgebiete Gesundheit, Migration und Soziales abdecken. Veranstaltungen und Angebote von „Mwangaza“ erfreuen sich vor allem dann großer Nachfrage, wenn frauen- und kulturspezifische Interessen angesprochen werden. So hat sich zum Beispiel eine afrikanische Modenschau, die in Form eines Festes mit kulinarischen Spezialitäten ausgerichtet wird, als sehr erfolgreicher Weg erwiesen, um Frauen und potenzielle Nutzerinnen für „Mwangaza“ zu interessieren.

Ein großes Problem besteht in der ungesicherten Finanzierung des Projekts, das laufende Mittel aus Spenden und Stiftungsgeldern einwerben muss.

Abgesehen von der Beratungsstelle im Diakonischen Werk arbeitet das Projekt mit Kooperationspartnern an zwei weiteren Standorten in Köln. Es bietet dreimal wöchentlich mehrsprachige Beratungszeiten in der Frauenklinik der Universität sowie ein wöchentliches Gruppenangebot zur Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt.

„Mwangaza“ arbeitet darüber hinaus mit niedergelassenen Ärzten bzw. Ärztinnen und Krankenhäusern, mit städtischen Behörden und Einrichtungen, Schulen und Kindertagesstätten zusammen. Migrantenorganisationen, Kirchen und Beratungsstellen freier Träger sind weitere Kooperationspartner.

Kontakt

Amt für Diakonie des Evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln

Brandenburger Straße 23

50668 Köln

Tel.: 0221-1603826

E-Mail: mwangaza@diakonie-koeln.de

Internetseite: <http://www.diakonie-koeln.de/content/ratundhilfe/koeln/beratung/migration.php>

3.2 Projekte mit engem Stadtteilbezug

Frauengesundheitstreff Tenever/Frauengesundheit in Tenever

Der Frauengesundheitstreff ist ein ausdrückliches Stadtteilprojekt und seit fast 20 Jahren im Stadtteil Tenever etabliert und vernetzt. Der Zugang ist niedrigschwellig mit einem offenen Treff, muttersprachlichen Anleiterinnen, kostenfreien oder kostengünstigen Beratungen und Kursen und einer offenen ärztlichen Sprechstunde. Angesprochen werden die Nutzerinnen über Öffentlichkeitsarbeit (Programmflyer, mehrsprachige Handzettel und Poster, Pressearbeit, direkte Ansprache) und über die Vermittlung anderer Projekte und Kooperationspartner.

Gesund essen mit Freude – ein kultursensibler Ernährungskurs

Verankert ist das Projekt im Stadtteil – ein soziales Brennpunktviertel in Berlin. Der Zugang zu den Teilnehmerinnen erfolgt über die Nutzung der vorhandenen Strukturen im Stadtteil: Schulen, Stadtteilzentren und Nachbarschaftsheime. Angesprochen werden die Frauen auch über Schlüsselpersonen aus der Community. Ausgangspunkt ist das gemeinsame Kochen. Darüber hinaus ist Raum entstanden, weitere Themen anzusprechen, beispielsweise Erziehung der Kinder oder Partnerschaftsfragen. Weiterhin ermöglicht das Projekt den Gruppenmitgliedern einen Zugang zur Öffentlichkeit, zum Beispiel zur Schule ihrer Kinder.

Unser Platz – Gestaltung eines Sport- und Freizeitgeländes

Das Gelände, das gestaltet wird, liegt in einer großen Plattenbausiedlung – Zielgruppe sind die Bewohner und Bewohnerinnen, insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien. Alle sind eingeladen, den Platz attraktiver mitzugestalten (partizipativer Ansatz) und die (kostenlosen) Sportangebote zu nutzen. Erreicht wird die Zielgruppe über offensive Werbung im Stadtteil und monatliche Programmaushänge in den Wohnhäusern, über Artikel in lokalen Zeitungen und Mieterzeitschriften sowie Sportplatzkonferenzen. Die Ansprache ist geschlechterübergreifend, es gibt aber Angebote speziell für Mädchen und speziell für Jungen, jeweils mit geschlechtersensiblen Ansatz.

3.2.1 Frauengesundheitstreff Tenever/ Frauengesundheit in Tenever

Sunya-Lee Antoine



Projektschwerpunkte

Der Frauengesundheitstreff Tenever (FGT) arbeitet im Bremer Ortsteil Tenever, einer in den 1970er-Jahren gebauten Großwohnanlage. Der Ortsteil ist ein soziales Brennpunktgebiet, das in der Statistik der Hansestadt Bremen an erster Stelle der benachteiligten Stadtteile liegt. Es gibt dort einen hohen Anteil an Arbeitslosen und Familien mit Migrationshintergrund. Dort realisiert der FGT seit 1989 Angebote für Frauen aller Altersgruppen. Ziel ist es, die Bewohnerinnen zu Eigenverantwortung zu ermutigen, ihre

Kenntnisse zu erweitern und ihre Stärken zu fördern. Die Arbeit richtet sich im Schwerpunkt an Migrantinnen. Das Projekt setzt, im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, auf eine Unterstützung bei der Entwicklung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten. Eine besondere Herausforderung ist dabei, dass die Lebensrealität der Nutzerinnen, die aus verschiedenen Kulturkreisen kommen, sehr unterschiedlich ist. Viele der Frauen sind geprägt durch Entwurzelungserfahrungen und haben einen erschwerten Zugang zu sozialen und zu Gesundheitseinrichtungen. Sprach- und Bildungsdefizite sowie Kinderreichtum mit der einhergehenden Tendenz, im häuslichen Bereich isoliert zu werden, sind häufige Zugangsbarrieren.

Gendersensible Ansätze

Als genderspezifisches Angebot orientiert sich der FGT an den Bedürfnissen und Ressourcen der Frauen im Stadtteil. Die Leitideen der Ottawa-Charta werden aus einer feministischen Perspektive in die Praxis umgesetzt. Der FGT versucht, an den Lebenssituationen von Frauen anzuknüpfen und geschlechtsspezifische Rollenerfahrungen aufzugreifen, um Frauen in ihrer Selbstachtung und Autonomie zu stärken. In den Angeboten werden die – je nach ethnischer Herkunft unterschiedlichen – weiblichen Rollenzuschreibungen berücksichtigt und aufgegriffen.

Dem Projekt liegen die Arbeitsprinzipien „Partizipation“ und „Empowerment“ zugrunde. Im Hinblick auf eine Partizipation der Nutzerinnen werden die Bewohnerinnen aktiv an der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten beteiligt. Dies reicht von der Sammlung von Ideen und Wünschen für Aktivitäten über die gemeinsame Abstimmung der Angebote des FGT in Programmgeräten bis hin zur partizipativen Evaluation und Weiterentwicklung der Angebote und Arbeitsansätze. Die Erfahrung von Beteiligungsmöglichkeiten ist eine wichtige Voraussetzung für die Nutzerinnen des Zentrums, um Fähigkeiten zu entwickeln, sich aktiv für eine gesundheitsfördernde Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen einzusetzen.

Das Arbeitsprinzip des Empowerments orientiert sich an einem Verständnis von lebenslangem Lernen, das die jeweiligen Ressourcen der Frauen berücksichtigt. Im Mittelpunkt stehen der Alltag der Frauen, ihre Vorstellungen von Gesundheit und die Suche nach Möglichkeiten, Belastungen und Konflikte konstruktiv und gesundheitsförderlich zu bewältigen. Die Aktivitäten des FGT zielen auf Wissensvermittlung und stärken die Selbstwahrnehmung sowie die sozialen Fähigkeiten. Die Frauen werden ermutigt, selbst aktiv zu werden, Verantwortung zu übernehmen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Projektstruktur

Das Stadtteilprojekt bietet niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten. Zugangsbarrieren werden zum Beispiel durch das Angebot von Kinderbetreuung, muttersprachliche Anleiterinnen sowie kostenlose oder preisgünstige Teilnahme gemindert. Herzstück dieses Ansatzes ist der „offene Treff“, der Migrantinnen zweimal in der Woche die Möglichkeit bietet, im FGT vorbeizuschauen, Kontakte zu knüpfen, und sich über Alltags- und Gesundheitsfragen auszutauschen, was ihren Alltag und ihre Gesundheit im weitesten Sinne betrifft. Der offene Treff fungiert als Anlaufstelle für Frauen, die mit dem deutschen Sozial- und Gesundheitssystem wenig vertraut sind. Er ist Anknüpfungspunkt für die weiteren Angebote des FGT, zum Beispiel kostenfreie muttersprachliche psychosoziale Beratungen bei persönlichen Problemlagen. Als Gruppenangebote stehen zur Auswahl: Alphabetisierungs- und Integrationskurse mit gesundheitsfördernden Themenschwerpunkten, Bewegungs- und Entspannungskurse oder Fahrradkurse für Migrantinnen.

Durch die Initiative der Nutzerinnen im FGT sind im Stadtteil neue Angebote entstanden wie die Frauenschwimmtage im Hallenbad Tenever und die internationale Suppenküche im Stadtteil, die von Bewohnerinnen organisiert und durchgeführt wird.

Das breit gefächerte Angebot fördert die Entwicklung von stützenden Netzwerken der Frauen untereinander. Informationen können ausgetauscht, akute soziale und gesundheitliche Problemlagen miteinander besprochen und entschärft werden. Die Frauen, insbesondere Migrantinnen, werden dadurch besser über das Gesundheits- und Sozialsystem informiert und nehmen psychosoziale und medizinische Hilfsangebote gezielter und zudem rechtzeitiger in Anspruch.

Reichweite, Kooperationspartner und Perspektiven

Sonderveranstaltungen, zum Beispiel der „Bremer Frauenbadetag“, sind ein wichtiges Instrument der Öffentlichkeitsarbeit des FGT. Programmflyer, mehrsprachige Handzettel und Plakate sowie die lokale Presse informieren regelmäßig über das Angebot des FGT. Die Informationsweitergabe durch Frauen, die den FGT bereits nutzen, und die persönliche Vermittlung durch Kooperationspartner im Stadtteil haben sich als wirksame Wege erwiesen, um Frauen den Zugang zu Angeboten zu erschließen.

Der FGT ist seit seiner Gründung im Stadtteil vernetzt. Die Angebote der verschiedenen Einrichtungen im Bereich der Migrations-, Frauen- und Seniorenarbeit im Stadtteil werden aufeinander abgestimmt. Kooperationspartner sind darüber hinaus städtische Institutionen, zum Beispiel die Außenstelle des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Bremen. Hier führt eine Amtsärztin einmal im Monat eine offene Sprechstunde für Frauen mit Kindern durch. Sie ist darüber hinaus in die Integrationskurse des FGT eingebunden.

Über die finanzielle Basisförderung der Stadt Bremen hinaus müssen die Mitarbeiterinnen kontinuierlich zusätzliche Projektmittel einwerben – eine Aufgabe, die für die Arbeit im FGT besonders schwierig ist, da Mittel fehlen, um Mitarbeiterinnen für Verwaltungsaufgaben zu beschäftigen.

Die Erfolge der Arbeit des FGT zeigen sich in der Nutzungskontinuität und der intensiven Nachfrage im Stadtteil. Wie die Rückmeldungen der Nutzerinnen zeigen, trägt die Arbeit des FGT zu einem deutlich verbesserten körperlichen, psychischen und sozialen Befinden der beteiligten Frauen bei.

Träger

Frauen und Gesundheit e. V.
Frauengesundheit in Tenever (FGT)
Koblenzer Straße 3 a
E-Mail: FGT@gmx.net
Internetseite: <http://www.bremen-tenever.de>



Der „Frauengesundheitstreff Tenever/Frauengesundheit in Tenever“ wurde vom Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als „Good-Practice-Beispiel“ ausgezeichnet. Weitere Informationen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Darüber hinaus wurde das Projekt mit dem BKK- Preis für vorbildliche Gesundheitsförderung 2008 ausgezeichnet.

3.2.2 Gesund essen mit Freude – ein kultursensibler Ernährungskurs

Carola Gold



Projektschwerpunkte und Projektstruktur

Das Angebot wurde als Modellprojekt des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen im Rahmen der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ entwickelt und in Trägerschaft von Gesundheit Berlin e. V. – Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung realisiert. Die Initiative ging von einer Schulsozialarbeiterin in einem sozialen Brennpunkt-

viertel in Berlin aus, die sich angesichts der vielen übergewichtigen Kinder an ihrer Grundschule mit der Projektidee an Gesundheit Berlin e. V. wandte.

Zielgruppe des BKK-Modellprojekts waren Migrantinnen und ihre Familien. In Kooperation mit Lehrkräften sowie Erziehern und Erzieherinnen der Schule wurde ein Kurs für Mütter konzipiert, der das Ziel verfolgte, Kenntnisse zu einer gesundheitsbewussten Ernährung zu vermitteln und eine Veränderung des Ernährungsverhaltens in den Familien zu initiieren. Der zehnwöchige Kurs, der von einer Ökotrophologin geleitet wurde, verband Gruppengespräche, im Rahmen derer Fragen der gesunden Ernährung besprochen wurden, mit gemeinsamem Kochen. Hier wurden erworbene Kenntnisse praktisch umgesetzt und alternative Zubereitungen beliebter Gerichte und eigener Rezepte ausprobiert. Am Kurs nahmen Mütter mit türkischem Migrationshintergrund teil. In den Gruppengesprächen wurde besonderer Wert darauf gelegt, sich über kulturspezifische Ernährungsgewohnheiten auszutauschen und gemeinsam Strategien für Veränderungen der Ernährungsweisen zu entwickeln. Es ging um Veränderungen, die eine realistische Chance hatten, im Familienalltag anzukommen. Mütter sollten motiviert werden, das neue Wissen selbstständig umzusetzen und weiterzuführen. Inhaltliche Schwerpunkte des Kurses waren u. a. die Identifikation von günstigem und ungünstigem Ernährungsverhalten, Strategien zur Bewältigung von Alltagsproblemen im Zusammenhang mit Essgewohnheiten der Kinder, Esskultur und -erziehung in der Familie, Erkennen von Essstörungen und Möglichkeiten der Prävention und Therapie.

Gemeinsam mit den Müttern entstand ein Kiezkochbuch in diesem Modellprojekt, das zu einem wirksamen Medium für die Öffentlichkeitsarbeit und die Verbreitung des Projekts wurde. Mittlerweile läuft die Gruppe in eigener Initiative der Mütter weiter, unterstützt von einer Schulsozialarbeiterin.

Zentrales Ziel dieses Angebots ist es, einen Weg zu erschließen, den Kindern nicht allein über das schulische Umfeld ein gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten zu vermitteln. Die Verknüpfung der Settings „Familie“ und „Schule“ zielt auf eine nachhaltige Integration von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen in den Alltag der Kinder und soll auch ein Engagement der Mütter in den Schulen unterstützen. Durch dieses Zusammenspiel eröffnen sich neue Möglichkeiten, in der Schule Initiativen zu entwickeln, um die Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Umwelt zu verbessern und Eltern mit Migrationshintergrund besser in den Schulalltag zu integrieren.

Gendersensible Ansätze

Hinsichtlich des Ernährungsverhaltens von Kindern haben Mütter in türkischen Familien meist eine einflussreiche und prägende Schlüsselfunktion. Das Kursangebot setzt deshalb darauf, die Kompetenzen der Frauen im Hinblick darauf zu fördern, ihre verantwortliche Rolle für die Familiengesundheit bewusst wahrzunehmen und weiterzuentwickeln. Daher sind der Alltag der Frauen und die Gewohnheiten in der Familie zentrale Bezugspunkte, um einen Gruppenprozess zu moderieren, in dessen Verlauf Veränderungen in Gang gesetzt werden können.

Tatsächlich eröffnen sich – über das ursprüngliche Interventionsziel, Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten in der Familie zu nehmen, hinaus – im Verlauf des Projekts weitere Handlungs- und Themenbereiche. Denn in der Gruppe wird nicht nur über Ernährungsgewohnheiten oder Gesundheit gesprochen. Für die Teilnehmerinnen entsteht vielmehr ein Raum, um zum Beispiel auch über Erziehungs- und Partnerschaftsfragen, über Rollenzuschreibungen und Kulturklischees zu diskutieren.

Über den Kurs bekommen die Teilnehmerinnen außerdem einen Zugang zur Schule und entwickeln dort ein gemeinsames Engagement. Das Thema „Essen und Kochen“ erweist sich als Vehikel, um bei den Frauen Prozesse des Empowerment zu initiieren, die positive Veränderungen nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch für die Strukturen innerhalb der Schule bewirken. Frauen, die bislang aufgrund ihrer schlechten Deutschkenntnisse im öffentlichen Raum der Schule sehr zurückhaltend waren, haben dort nun Kontakte

und beginnen zum Beispiel, sich bei Schulfesten und Gemeinschaftsaktivitäten zu engagieren. So machen die Mütter im Projektverlauf auch die Situation ihrer Kinder in der Schule zum Thema und erarbeiten Vorschläge zur Verbesserung und kultursensiblen Gestaltung der Mittagsmahlzeit im Hort.

Kooperationspartner, Reichweite und Perspektiven

Das gemeinsam mit den Teilnehmerinnen entwickelte Kurskonzept konnte mit Unterstützung des Kooperationspartners veröffentlicht werden. Ein Kursmanual und weitere Materialien stehen interessierten Akteuren im Internet (www.saglik-berlin.de) und als Druckausgabe zur Verfügung. So konnte der Kurs auch in anderen Schulen durchgeführt werden.

Im Zuge der Veröffentlichung konnte auch ein türkischsprachiger Fernsehsender in Deutschland für das Projekt interessiert werden. Eine Woche lang wurden Rezepte des Kurses im Studio nachgekocht und durch Fachgespräche – u. a. durch Ärzte und Ärztinnen, Krankenkassenvertretungen, Politikerinnen und Politiker – begleitet. Das Publikum hatte außerdem die Möglichkeit, sich mit Anliegen zum Thema Ernährung an eine Hotline zu wenden. Auf diesem Weg konnte die türkische Community zielgruppengerecht zum Thema Ernährungsverhalten angesprochen werden.

Das Modellprojekt wurde auch an anderen Schulen in sozial benachteiligten Stadtgebieten durchgeführt. Hier nahmen Mütter deutscher Herkunft und verschiedener anderer Herkunftsländer am Kurs teil. Der interkulturelle Dialog zwischen den Frauen war ein zusätzliches Ergebnis des Kurses. Frauen, die sonst kaum Kontakt miteinander hatten, lernten sich besser kennen und entwickelten gemeinsam Strategien.

Aus dem Engagement dieser Teilnehmerinnen entwickelte sich auch ein Erfahrungsaustausch mit der Berliner Vernetzungsstelle Schulverpflegung, einem Gremium, in dem sich unterschiedliche Akteure um eine gesundheitsgerechte Gestaltung des Essens in Ganztagschulen bemühen.

Ein sicherer Hinweis auf den Erfolg des partizipativen Ansatzes ist, dass die Gruppe in eigener Initiative der Mütter, unterstützt von einer Schulsozialarbeiterin, weiter besteht und an dieser Schule der Kochkurs auch ohne die Zuschüsse der Krankenkasse weiterläuft.

Kontakt

Gesundheit Berlin e. V.

Andrea Möllmann, Carola Gold

Straßburger Str. 56

10405 Berlin

E-Mail: post@gesundheitberlin.de

Homepage: <http://www.gesundheitberlin.de>

Internetseite Saglik Berlin: <http://www.saglik-berlin.de>



„Gesund essen mit Freude“ wurde vom Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als „Good-Practice-Beispiel“ ausgezeichnet. Weitere Informationen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

3.2.3 Unser Platz – Gestaltung eines Sport- und Freizeitgeländes

Joachim Erath



Projektschwerpunkte und Projektstruktur

„Unser Platz“ liegt inmitten einer großen Plattenbausiedlung in Berlin-Marzahn. Das Sport- und Freizeitgelände bietet vielfältige Möglichkeiten für Sport, Spiel und Erholung; es stellt u. a. eine Halfpipe-Anlage, Basketball- und Fußballplatz, Boulebahnen, Tischtennisplatten sowie Rasen- und Sitzflächen bereit. Ziel des Projekts, das im Sommer 2003 startete, ist es, gemeinsam mit den Anwohnerinnen und Anwohnern das anfangs überwiegend brachliegende Gelände erholsamer und attraktiver zu gestalten und

im Stadtteil Möglichkeiten für Sport, Bewegung, Kennenlernen und andere Aktivitäten in der Gruppe sowie als Einzelne zu eröffnen.

Das Projekt richtet sich vom Grundsatz her an alle Bevölkerungsgruppen. Eine wichtige Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, die von den Angeboten der Sportvereine nicht erreicht werden, weil sie sich die Beiträge nicht leisten können oder mit den Strukturen und Regeln dort nicht zurechtkommen. Auf dem Platz bekommen Jungen und Mädchen die Möglichkeit, vor Ort – in ihrer Nachbarschaft – Sport zu machen und zu spielen. Das Angebot richtet sich ausdrücklich auch an Senioren und Seniorinnen aus dem Kiez, darüber hinaus an Väter und ihre Kinder und an russischsprachige Spätaussiedler. Um möglichst vielen Menschen Zugang zum Platz zu ermöglichen, sind alle Angebote kostenlos. Die Trägerschaft des Projekts liegt beim gemeinnützigen Verein „Dissens e. V.“, dessen Arbeitsschwerpunkte u. a. in den Bereichen Gender Mainstreaming, geschlechtsspezifische Pädagogik und Gewaltprävention liegen. Über die gesundheitsfördernde Zielsetzung hinaus – langfristig soll im Stadtteil ein Platz geschaffen werden, auf dem sich verschiedene Altersklassen wohl fühlen und in Bewegung und Kontakt kommen – will das Projekt geschlechtersensible Angebote insbesondere in der Jugendpädagogik weiterentwickeln.

Gendersensible Ansätze

Geschlechtersensible Arbeit spielt eine zentrale Rolle im Rahmen von „Unser Platz“. Sowohl für Mädchen als auch für Jungen entstanden spezifische Ange-

bote, die konzeptionell in den Programmen „MädchenStärken“ und „JungenFördern“ gefasst sind.

„MädchenStärken“, ein bundesweites Programm – gefördert von der Deutschen Kinder- und Jugendstiftung und Nike –, ist ein Teil von „Unser Platz“ und will Mädchen und junge Frauen motivieren, sich durch den Sport neue öffentliche Räume und Handlungsmöglichkeiten zu erobern, dabei geschlechtsspezifische Zuschreibungen zu überwinden und Geschlechterhierarchien zu durchbrechen. Das Angebot für Mädchen setzt gezielt Schwerpunkte in Sportarten, die als Domänen der Jungen wahrgenommen werden, u. a. Fußball, Rugby oder Breakdance. Die Mädchen erhalten die Möglichkeit, Erfolge zu erleben, eine positive Körperwahrnehmung zu erfahren und sich auf dem Platz als selbstbewusste junge Frauen zu erproben. Auch über den Platz hinaus – zum Beispiel mit einem Filmprojekt – können sich die Mädchen neue öffentliche Räume erobern (eine kleine Kostprobe ist zu sehen unter: [http:// de.youtube.com/watch?v=JwRYvMHNWYA](http://de.youtube.com/watch?v=JwRYvMHNWYA)).

„JungenFördern“ verfolgt auf der Seite der Jungen vergleichbare Ziele. Hier werden bewusst Sport- und Freizeitangebote gemacht, die ein breites Spektrum abdecken, etwa Workshops zu Akrobatik und Jonglage, Trampolinspringen, Tischtennis, Fußball und Basketball sowie individuell nach Wunsch auch andere Spiel- und Sportangebote. So werden auch Jungen erreicht, die sich in typischen Sportarten zurückhalten. Ergänzt wird das Angebot auch durch nichtsportliche Angebote, wie etwa das Projekt „Marzahner rappen gegen Rechtsextremismus“. Das Angebot will Jungen die Möglichkeit bieten, neue Erfahrungen zu machen und ihre Handlungsoptionen zu erweitern. Die Jugendleiter sind für die geschlechtersensible Arbeit mit den Jungen qualifiziert. Konzeptionell ist die Arbeit ressourcenorientiert und versteht sich als kritisch-solidarisch. Kernpunkte sind dabei, die Problemlagen und Wünsche der Jungen ernst zu nehmen und unterstützend zu arbeiten: Ältere Jungen werden unterstützt, selbstständig Angebote zu initiieren; jüngeren Jungen steht ein sowohl vielfältiges als auch individuelles Spielangebot zur Verfügung. Die Jungen können auf Jungenkonferenzen Ideen einbringen. Es wird darauf geachtet, dass Abwertungen oder Grenzverletzungen von Jungen gegenüber anderen entgegengewirkt wird.

Partizipation ist ein zentraler Ansatz der Arbeit mit den Jugendlichen, die sich mit ihren Interessen auf dem Platz einbringen können und die Möglichkeit erhalten sollen, ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Das reicht über die Organisation von Platzfesten bis hin zum Angebot, Trainings auf dem Platz zu

gestalten. In Jungen- und Mädchenkonferenzen können Programmwünsche, Schwierigkeiten und Konflikte auf dem Platz diskutiert und gemeinsam Konzepte entwickelt werden.

Reichweite, Kooperationspartner und Perspektiven

Im Vergleich zu den Jugendlichen war es in der Anfangszeit des Projekts schwierig, Ältere für die Sportangebote und die Mitarbeit auf dem Platz zu interessieren. Einen erfolgreichen Ansatzpunkt setzt hier die Kooperation mit dem Seniorenclub im Stadtteil. Seit dessen Leiterin als Honorarkraft gewonnen werden konnte, ist es gelungen, seniorengerechte Angebote zu entwickeln, etwa Boule, Nordic Walking oder Gartenschach. Ältere Männer werden noch wenig erreicht, es gab und gibt aber immer wieder temporär Gruppen und einzelne Senioren, die auf dem Platz Karten, Schach oder Boule spielen.

Für den Platz wird im Stadtteil mit monatlichen Programmplakaten und kontinuierlicher Pressearbeit offensiv geworben. Um Nutzerinnen und Nutzer für das Projekt zu gewinnen, ist ihre aktive Einbindung wesentliches Element der Arbeit. Platzkonferenzen und Platzfeste sind ein gutes Mittel, um neue Zielgruppen zu erreichen. Über die Kooperation mit soziokulturellen Einrichtungen sowie Institutionen – u. a. mit Wohnungsbaugesellschaften, Schulen, Kindergärten, Jugendamt und Vereinen – wurden im Stadtteil Schlüsselpersonen gewonnen, die sich im Projektbeirat für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Projekts stark machen.

„Unser Platz“ wurde in den ersten drei Jahren maßgeblich durch „Aktion Mensch“ und durch Zuschüsse von Wohnungsgesellschaften finanziert. Um die Entwicklung des Projekts professionell weiterzubegleiten, müssen laufend Mittel eingeworben werden, da eine solide Basisfinanzierung fehlt. Konkrete Ideen für die Zukunft, die noch finanzielle Unterstützung suchen, sind:

- a) Kinder- und SeniorInnen-Tage: Gemeinsam in Bewegung kommen,
- b) Rap-Projekt für Mädchen und Jungen,
- c) Spielideen für (junge) Väter mit Kindern.

Kontakt

Dissens e. V.

Allee der Kosmonauten 67

12681 Berlin

Tel.: 030-54987530

E-Mail: Projektleitung Unser Platz – Joe Erath, joeistweg@gmx.de

Internetseite: <http://www.dissens.de/unserplatz>

3.3 Projekte mit eigenen Strukturen – stadtteilübergreifend

Die Patientinnenschulung des Feministischen FrauenGesundheitsZentrums (FFGZ) Berlin

Das FFGZ wendet sich an sozial benachteiligte Frauen und will ihre Gesundheit und ihre Kompetenz fördern, das Gesundheitssystem zu nutzen. Der aus Modulen bestehende Kurs ist zweisprachig und kostenlos. Das FFGZ arbeitet stadtteilübergreifend, die Kurse werden jeweils in enger Zusammenarbeit mit kooperierenden Einrichtungen, zum Beispiel mit Beratungsstellen für Migrantinnen, in Stadtteilen angeboten. Die Einrichtungen eröffnen den Zugang zur Zielgruppe, nehmen aber auch selbst Impulse aus dem Kursangebot auf. Das Angebot richtet sich ausschließlich an Frauen.

Sexualaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten

Über die ärztliche Praxis werden jugendliche Migranten zu Fragen der Sexualität und Väter zu einem angemessenen Umgang mit Sexualaufklärung beraten. Darüber hinaus werden Gruppenangebote veranstaltet. Die Interessenten werden über vielfache, stadtteilübergreifende Kooperationen und Multiplikatoren angesprochen. Durch die Mehrsprachigkeit und durch die erkennbaren Nationalitätenbezüge wird die Zugangsschwelle gesenkt. Das Angebot ist speziell für Jungen und Väter konzipiert.

Männerbüro Mainfranken e. V.: Anti-Gewalt-Beratung für Männer und Jungen

Das Männerbüro arbeitet stadtteilübergreifend in der Region Unterfranken. Die Zielgruppe von gewalttätig gewordenen Männern und Jungen wird über Öffentlichkeitsarbeit, über direkte Ansprache und über Kooperationen mit Schulen, Beratungsstellen zu häuslicher Gewalt, Polizei sowie Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus dem sozialen Bereich angesprochen. Hierbei wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Männer freiwillig und nicht aufgrund einer Weisung an dem Angebot teilnehmen.

BIG-Projekt

Das Projekt erprobte in drei Settings – Wohngebiet, Betrieb und Sportverein – und mit unterschiedlichen Kooperationspartnern neue Zugänge zu Bewegungs- und Präventionsangeboten für Frauen aus sozial benachteilig-

ten Schichten. Ein wesentlicher Ansatz war dabei in jedem Setting die Beteiligung von Vertreterinnen der Zielgruppe in der Planung, der Implementierung und der Evaluation der neuen Angebote. Diese kooperativen und partizipativen Verfahren bezogen darüber hinaus auch Schlüsselpersonen der Projektpartner im jeweiligen Setting in die Entwicklung wie auch Umsetzung ein.

3.3.1 Die Patientinnenschulung des Feministischen FrauenGesundheitsZentrums e. V. Berlin (FFGZ)

Petra Benz



Arbeitsschwerpunkte und Projektstruktur

Das Projekt in Trägerschaft des Feministischen FrauenGesundheitsZentrums e.V. Berlin (FFGZ) wendet sich an sozial benachteiligte Frauen zwischen 40 und 70 Jahren, insbesondere an Frauen mit Migrationshintergrund. Die Patientinnenschulung hat sich zum Ziel gesetzt, Frauen über gesundheitliche Themen zu informieren, um sie darin

zu unterstützen, Erkrankungen vorzubeugen und ihr Selbsthilfepotenzial für den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Erkrankungen zu stärken. Sie sollen außerdem Orientierungshilfen bekommen, um sich im Gesundheitssystem besser zurechtzufinden und um Kompetenzen zu entwickeln, ihre Rechte und Interessen eigenverantwortlich zu vertreten.

Speziell für diese Zielgruppe ist von Mitarbeiterinnen des FFGZ ein mehrwöchiges, modular aufgebautes Schulungsprogramm entwickelt worden, das für die Teilnehmerinnen kostenlos ist, allerdings eine kontinuierliche, verbindliche Teilnahme zur Bedingung macht. In die Konzeption des Kurses sind sowohl aktuelle Forschungsergebnisse als auch die langjährigen Erfahrungen aus der Gesundheitsbildungsarbeit des FFGZ mit älteren Frauen und Migrantinnen eingeflossen.

Das Kursangebot besteht seit 2004. Schulungen für Migrantinnen werden immer zweisprachig in Kooperation mit einer muttersprachlichen Dolmetscherin durchgeführt. Dies erleichtert die Vermittlung für die Teilnehmerinnen, aber auch das Einbringen von Erfahrungen und den Austausch untereinander. Der Kurs besteht aus acht bis zehn Modulen, die sich thematisch an den grundlegenden gesundheitlichen Interessen und Beschwerden von Frauen in schwierigen Lebenslagen im mittleren Lebensalter orientieren. Bei den ersten Terminen stehen der Umgang mit der eigenen Gesundheit und die Wahrnehmung von Beschwerden im Zentrum. Inhalte dieser Module sind zum Beispiel kör-

perliche Veränderungen und gesundheitliche Risiken in der zweiten Lebenshälfte oder Schlafstörungen und depressive Verstimmungen. Zielsetzung ist dabei, eigene Ressourcen und Möglichkeiten der Selbsthilfe aufzuzeigen. Informations- und Wissensvermittlung werden jeweils mit praktischen Übungen verbunden. In den weiteren Modulen geht es um die Rolle der Frau im Gesundheitssystem und ihre Rechte als Patientin. Themen sind zum Beispiel die Kommunikation in der ärztlichen Sprechstunde und im Krankenhaus, der Umgang mit Medikamenten oder Angebote für die Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Kursbegleitende Materialien in Deutsch und der jeweiligen Muttersprache geben den Teilnehmerinnen Informationen zum Nachlesen und Nachschlagen an die Hand.

Die Kurse werden im Vorfeld jeweils vor Ort in den Einrichtungen vorgestellt, die die Schulung in Kooperation mit dem FFGZ anbieten. Auf diese Weise kann effektiv für das Angebot geworben werden. Es können aber auch Schwerpunkte innerhalb der jeweiligen Kurse abgestimmt werden. Hierdurch können die Fragen und Anliegen der Frauen für die konkrete Gestaltung der Inhalte aufgegriffen werden.

Genderspezifische Ansätze

Das FFGZ setzt sich schon seit vielen Jahren für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Frauen ein. Ein Angebot für sozial benachteiligte ältere Frauen zu entwickeln, war aufgrund der besonderen Belastungen dieser Zielgruppe Anliegen des FFGZ. Gerade ältere Frauen in schwierigen Lebensverhältnissen sind oftmals aufgrund ihrer Arbeitssituation, angesichts schlechter Wohnbedingungen oder durch den Aspekt der Migration Belastungen ausgesetzt, die ihre Gesundheit gefährden können.

Mit der zweiten Lebenshälfte machen sich diese Belastungen häufig in Form von Beschwerden bemerkbar und können manifest werden. Altersgemäße Veränderungen des Körpers werden dagegen oftmals als Defizit und Krankheit wahrgenommen, häufig mit der Konsequenz einer Fehlversorgung mit Medikamenten oder der Durchführung unnötiger Operationen.

Gleichzeitig nutzen sozial benachteiligte Frauen die Möglichkeiten des Gesundheitssystems vielfach nicht angemessen, weil sie nicht ausreichend informiert sind und ihnen zum anderen das Selbstbewusstsein fehlt, ihre Interessen zu vertreten. Insbesondere für Migrantinnen besteht die Gefahr der Unter-, Über- oder Fehlversorgung, die aus Verständigungsproblemen sowie einem anderen Verständnis von Krankheit und Gesundheit resultieren kann.

Die Patientinnenschulung knüpft an den Interessen, den Ressourcen und Lebenssituationen der Teilnehmerinnen an. Ausgangspunkt für die Kursgestaltung sind die jeweiligen kulturellen und sozialen Hintergründe der Frauen, ihre Kenntnisse und Erfahrungen. Der Kurs zielt auf ein Empowerment der Frauen. Im Zentrum stehen der Umgang mit sich selbst und der eigenen Gesundheit sowie die Stärkung des Selbstbewusstseins gegenüber Vertretern und Vertreterinnen des Gesundheitssystems. Durch den Austausch in der Gruppe lernen Frauen, eigene Ressourcen und Selbsthilfepotenziale besser zu erkennen. Einstellungs- und Verhaltensänderungen können im Kursverlauf erprobt und entwickelt werden.

Rückmeldungen der Teilnehmerinnen zeigen die Erfolge der Vermittlungsmethode. Viele Frauen berichten, dass sie in der ärztlichen Sprechstunde ihre Bedürfnisse besser kommunizieren können, dass sie beginnen, sich gesundheitsbewusst zu ernähren oder (regelmäßiger) Sport machen. Ein hohes Veränderungspotenzial zeigt sich in dieser Zielgruppe auch gegenüber dem Medikamentenkonsum, der nun hinterfragt und häufig reduziert werden kann.

Reichweite, Kooperation und Finanzierung

Im Zeitraum von 2004 bis 2007 fanden insgesamt 19 Kurse statt, hiervon 16 ausschließlich für Migrantinnen. Eine wichtige Grundlage für das Projekt ist die Zusammenarbeit mit Partnern in den Stadtteilen, zum Beispiel mit Treffpunkten für Seniorinnen oder Beratungsstellen für Frauen oder für Migrantinnen.

Darüber hinaus besteht ein enger Kontakt zu Akteuren aus den Bereichen Frauen, Gesundheit und Migration, zum Beispiel zu interkulturellen Frauenzentren, zum Netzwerk Frauengesundheit Berlin, zu Wohlfahrtsverbänden und insbesondere dem Gemeindedolmetschdienst in Berlin. Kooperationspartner eröffnen zum einen den Zugang zur Zielgruppe, zum anderen nehmen sie selbst Impulse aus dem Kursangebot auf und initiieren eigene Gesundheitsangebote.

In der Anlaufphase wurde das Programm von der AOK und der Integrationsbeauftragten für Berlin finanziert, eine langfristige finanzielle Absicherung für das Projekt ist bislang nicht gewährleistet.

Kontakt

Feministisches FrauenGesundheitsZentrum e. V.

Petra Bentz

Bamberger Straße 51

10777 Berlin

E-Mail: ffgzberlin@snafo.de

Internetseite: <http://www.ffgz.de>



Die Patientinnenschulung wurde vom Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als „Good-Practice-Beispiel“ ausgezeichnet. Weitere Informationen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Sexualaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten	
Thema	→ Sexualaufklärung und Beratung
Zielgruppe	→ Männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund
Zugang zur Zielgruppe	→ Vernetzung Multiplikatoren → Märgel → kultureller Bezug z.B. in einfacher Form durch Plakate, Signets etc. → Aufarbeitung von kulturellen, religiösen, sozialen Rollen → Themen und Gruppen- und Einzelberatung
Genderaspekt/ Genderansatz	→ feministische Geschlechterforschung → Zielgruppenorientierung des Themas Sexualität eingebettet in allgemeine Informationen
Besonderes	→ niedrigschwellige und flexible Zugänge → Qualitätsicherung → Erste Männergesundheitsmaßnahmen als Zeichen inbeter Sozialstruktur
Hürden/ Schwierigkeiten	→ Fachwissen über männliche jugendliche Migranten in Deutschland → Orientierung von Männlichkeit in der Gruppe und zwischen kulturellen und Wirklichkeit umstehender → Rollen des Migrationshintergrundes notwendig
Kooperationspartner	→ Schulen → Sportvereine → Jugendberufshilfen → kulturell-ethnische Diskotheken und Klubs
Träger/Kontakt	→ Expertenkommission Facharzt für Allgemeinmedizin Praxis für Sexualmedizin und Hormontherapie praxis@klinikum-wuerzburg.de www.klinikum-wuerzburg.de

Abb. 36: Projektdarstellung „Sexualaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten“

3.3.2 Sexuaufklärung und Beratung bei männlichen jugendlichen Migranten

Haydar Karatepe



Arbeitsschwerpunkte

Arbeitsschwerpunkt ist die sexualmedizinische Beratung und Aufklärung von deutschen und türkischen männlichen Jugendlichen. Sowohl die Jugendlichen selbst werden in der Praxis zu Fragen der Sexualität beraten als auch Väter zu Fragen einer angemessenen Sexuaufklärung. Darüber hinaus werden Gruppenangebote für

Jungen und junge Männer veranstaltet. Die Schwerpunktpraxis kooperiert hier insbesondere mit Schulen, organisiert aber auch mit Sportvereinen, Jugendeinrichtungen, mit Diskotheken und Kneipen, die sich an spezifische Migrantencommunitys richten, Veranstaltungen zum Thema.

Der Anbieter ist Mitglied im Arbeitskreis Migration und Gesundheit, angesiedelt beim Amt für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt, in der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung, in der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit des Hessischen Sozialministeriums in Wiesbaden und im Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit bei der Bundesbeauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Berlin. In diesen Arbeitszusammenhängen werden Konzepte und Handlungsstrategien entwickelt und verbreitet, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten zielen.

Gender- und kultursensible Ansätze: Empfehlungen aus der Praxis

Um effektive Zugangswege zu den Jugendlichen zu erschließen, ist die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren in der jeweiligen Migrantengemeinschaft von zentraler Bedeutung. Personen, die als Autorität fungieren und für die Jugendlichen eine männliche Vorbildfunktion einnehmen, können zum einen an migrantenspezifische Angebote in der Jugendarbeit und im Beratungs- und Gesundheitswesen vermitteln, zum anderen selbst die Aufgabe übernehmen, die Jungen in ihrer sexuellen Entwicklung zu begleiten und in der Ausbildung ihrer Geschlechtsidentität zu unterstützen.

In orientalischen Kulturen übernahmen traditionell die Väter diese Aufgabe, die sie in modernen Gesellschaften und in einer Lebenssituation wie der

Migration häufig nicht mehr wahrnehmen. Die Väter wieder einzubinden und sie in ihrer Leitbildfunktion für die Söhne zu stärken, ist daher ein Arbeitsansatz, von dem beide Generationen profitieren können.

Eine weitere kulturspezifische Ressource orientalischer Gesellschaften – die Männerfreundschaft – sollte in der Sexualaufklärung mit Jugendlichen ebenfalls mit einbezogen werden. Freundschaft oder verantwortliche Beziehungen zwischen Jungen können zum Beispiel in Gruppenangeboten thematisiert werden, gerade dort, wo sich die Jungen in der Gruppe durch Männlichkeitsgehalte voneinander abgrenzen und versuchen, sich gegenseitig den Rang abzulaufen. Diese Spiele der gegenseitigen Abstufungen und Abwertungen – mit dem Ziel, den eigenen Selbstwert und Grad an Männlichkeit im Vergleich zu taxieren – müssen in der Arbeit mit den Jugendlichen kritisch hinterfragt werden. Dagegen kann in der Gruppe als positives Rollenmodell etabliert werden, Verantwortung zu übernehmen, möglicherweise für einen jüngeren Bruder oder Freund.

Um die Jugendlichen über auf sie zugeschnittene Angebote der Sexualaufklärung und -beratung zu informieren, sollten vorhandene Ressourcen in den jeweiligen Migrantengemeinschaften genutzt werden. Dazu gehören nicht nur kultursensible Angebote in Schulen und Einrichtungen für Jugendliche, sondern auch Orte oder Medien der Jugend- und Musikkultur, zum Beispiel kulturdidaktische Diskos und Kneipen oder Webseiten.

Die Erfahrungen des Angebots zeigen, dass Gruppenangebote von der Zielgruppe angenommen werden, wenn sie geschlechtersensibel ausgerichtet sind. Oftmals sind geschlechtsspezifische Angebote für eine offene Auseinandersetzung zu Fragen der Sexualität förderlicher als die Arbeit mit geschlechtergemischten Gruppen.

In der Konzeption von Medien zur Sexualaufklärung sollte darauf geachtet werden, dass das Thema Sexualität nicht offensiv in den Fokus gestellt wird, sondern eingebettet ist in Informationen, die allgemeiner ansetzen. Eine seriöse, nach außen unverfängliche Präsentation erleichtert vielen das Mitnehmen und Weitergeben von Broschüren und Materialien. In der Gestaltung von Medien sollte außerdem auf die Verwendung kultur- und länderspezifischer Signets sowie auf eine bilinguale Aufmachung geachtet werden.

Kontakt

Haydar Karatepe
Facharzt für Allgemeinmedizin
Oeder Weg 2–4
60318 Frankfurt am Main
Tel.: 069-9551390
Fax: 069-95513930
E-Mail: praxis@karatepe.de

**Männerbüro
Mainfranken e.V.**

männerbüro
Initiative für
Gewaltprävention
Männergesund

Thema

- 1. Anti-Gewalt Beratung für Männer und Jungen

Zielgruppe

- 1. Weiblich geprägten Männer und Jungen
- 2. Opfer
- 3. Täterinnen

Zugang zur Zielgruppe

- 1. Direkte Ansprache der Klienten (Männer beraten Männer)

**Genderaspekt/
Genderansatz**

- 1. Diskussionspunkt mit dem Klienten als Mann
- 2. Erhellung der mit sehr gewalttätigen Verbrechen

Besonderes

- 1. Beziehungsdiskussion
 - 1. Verantwortungsdiskussion
 - 2. Selbstverleugung
 - 3. Verantwortung für die Partnerin
 - 4. Trennung von Aggression und Gewalt
- 2. Prävention und Rückmeldung
- 3. Öffentlichkeitsarbeit

**Hürden/
Schwierigkeiten**

- 1. „Schwarz-Weiß-Modelle“ Tabuisierung
- 2. Selbstverleugung des Mannes als Verantwortlicher
- 3. Mangel an notwendigen Ressourcen / Info

Träger/Kontakt

- 1. Kontaktans.:
Männerbüro e.V.
Eltelstraße 7
97970 Altheim
09391 404-5000

**Ansprechpartner/
Ansprechpartnerin**

- 1. Alexander Pöfner
Telefon: 09391 404-5000 / 404-5001

Die Gewaltspirale

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

© 2014, BZgA, alle Rechte vorbehalten. Dieses Dokument ist ein Produkt der BZgA, alle Rechte vorbehalten. Die BZgA ist ein Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) des Bundesministeriums für Gesundheit. Die BZgA ist ein Teil der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) des Bundesministeriums für Gesundheit.

Abb. 37: Projektdarstellung „Männerbüro Mainfranken e.V.: Anti-Gewalt-Beratung für Männer und Jungen“

3.3.3 Männerbüro Mainfranken e. V.: Anti-Gewalt-Beratung für Männer und Jungen

Alexander Pfeiffer

Projektschwerpunkte und Projektstruktur

Das „Männerbüro Mainfranken“ besteht seit 2001 in Trägerschaft des gleichnamigen Vereins. Es versteht sich als Fach- und Beratungszentrum insbesondere für Männer und Jungen, die gewalttätig geworden sind, und will die Beratungslücke schließen, die es für diese Zielgruppe in Würzburg und der Region Mainfranken gibt.



Die Beratung erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis der Klienten, sogenannter Selbstmelder. Das Männerbüro stellt keine Bescheinigungen über die Teilnahme an der Beratung an Institutionen aus. Eigenmotivation der betroffenen Männer, die entweder aus eigener Einsicht über ihre Problemlage oder durch Druck aus ihrem sozialen Umfeld in die Beratungsstelle kommen, ist Grundvoraussetzung für die Arbeit, die auf einem Peer-to-Peer-Ansatz beruht und bisher von freiwillig engagierten Männern geleistet wurde.

Das Angebot richtet sich an Männer und Jungen, die bereits gewalttätig geworden sind oder sich in einer Krisen- und Problemsituation befinden, in der ein gewalttätiges Handeln vorauszusehen ist. Auch Drittpersonen, die zum Beispiel als Partnerin, im Freundeskreis oder der Schule mittelbar betroffen sind, können im Männerbüro Beratung und Unterstützung finden. Darüber hinaus versteht sich das Männerbüro auch als Anlaufstelle für Männer und Jungen, die Opfer von männlicher Gewalt sind.

Das Männerbüro bietet persönliche Einzelgespräche und eine Beratung über E-Mail an. Gruppengespräche sind als eigenständige Beratungsform für die Zukunft geplant. Die Einzelberatung ist problemorientiert und versteht sich als Krisenintervention. Sie soll der Klärung von Lebenssituationen dienen und zielt darauf, mit den Klienten Handlungsstrategien für einen gewaltfreien Umgang sowie Alternativen für die Lösung von Konflikten zu entwickeln. Die Gruppengespräche des Männerzentrums sind als ergänzendes Angebot geplant, als Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und persönliche Entwicklungsprozesse in der Gruppe zu begleiten.

Häufig wenden sich die Klienten für eine Kontaktaufnahme und für erste Informationen telefonisch an das Männerbüro. Die Anfrage per E-Mail hat sich als niedrigschwelliger Zugangsweg erwiesen, sodass auch die Beratung über E-Mail als eigenständiger Arbeitsbereich etabliert wurde.

Die Klienten beteiligen sich nach ihren Möglichkeiten an den Kosten der Beratung. Die Qualität der Arbeit wird durch Intervention im Team und kontinuierliche Weiterbildung gesichert.

Gendersensible Ansätze

Im Kontext von Gewalt im sozialen Nahbereich und von Beziehungsgewalt ist das Projekt als genderspezifisches Angebot konzipiert, das sich ausdrücklich an Männer richtet und von Männern realisiert wird. Es versteht sich als unumgängliche Ergänzung zum Gewaltschutzgesetz und will eine Beratungs- und Versorgungslücke für Männer schließen.

Hauptzielgruppe sind (potenzielle) Täter. Ansatzpunkt der Arbeit ist es, den Rat suchenden Mann als Täter ernst zu nehmen, was u. a. bedeutet, seine Verantwortung für die Gewalttätigkeit deutlich zu machen und Versuche, die Schuld an das Opfer zu delegieren, zurückzuweisen.

Geschlechtstypische Verhaltensmuster und Sozialisationserfahrungen werden in der Beratung im Hinblick auf gewalttätiges Verhalten thematisiert. Vorstellungen von Männlichkeit werden infrage gestellt, indem zum Beispiel aufgezeigt wird, dass gewalttätiges Verhalten kein Zeichen von Stärke, sondern Ausdruck von Hilflosigkeit, Ohnmacht und/oder Angst zu versagen ist.

Der Peer-to-Peer-Ansatz der Beratung folgt dem Grundsatz, sich „mit den Klienten als Mann zu solidarisieren“ – indem zum Beispiel geschlechtstypische Problemlagen anerkannt werden. Gleichzeitig geht es darum, den Klienten das gewalttätige Verhalten als problematisches Handlungsmuster offenzulegen. Mit dieser Herangehensweise kann eine Basis geschaffen werden, um mit den Klienten Strategien zu entwickeln, mit Konflikten und Aggressionen angemessen umzugehen.

Reichweite, Kooperationspartner und Perspektiven

Zusätzlich zur Beratungspraxis unterhält das Männerbüro ein Fachzentrum, das Bildungs- und Präventionsangebote entwickelt. Dieser Arbeitsbereich umfasst Kurse, Tagungen und Fortbildungen für Fachkräfte. Darüber hinaus erfolgt eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Männergewalt“

und zur Arbeit mit Tätern. Präventionsarbeit wird insbesondere in Schulen und Jugendzentren, für Kinder, Jugendliche und Eltern realisiert.

Das Männerbüro steht in engem Kontakt mit Schulen, mit anderen Beratungsstellen im Bereich häuslicher Gewalt, mit der Polizei sowie mit Fachkräften und freiwillig Engagierten aus dem Sozialbereich. Die Vernetzungsarbeit ist ein wichtiger Faktor, um die Zielgruppe zu erreichen. Unter der Prämisse der Beratung auf freiwilliger Basis ist der Aufwand, die Klienten zu erreichen, vergleichsweise hoch. Die Erfahrung, dass das Thema Beziehungsgewalt immer noch tabuisiert wird, ist eine weitere Herausforderung in der Arbeit. Das Männerbüro finanziert sich ausschließlich über Spenden. Der zeitliche Aufwand, die notwendigen Mittel zu akquirieren, belastet die Arbeit des Zentrums.

Mittel- bis langfristig wird der Einsatz von hauptamtlichen Mitarbeitern notwendig sein, um das Beratungsangebot aufrechtzuerhalten und durch eine Gruppenberatung auszubauen.

Kontakt

Männerbüro Mainfranken e. V.

Bibrastraße 7

97070 Würzburg

Tel.: 0931-4045352

E-Mail: fachzentrum@maennerbuero-mainfranken.de

Internetseite: <http://www.maennerbuero-mainfranken.de>

big-Projekt

big
on the way

Thema	<ul style="list-style-type: none"> → Förderung der (Leistung) durch Bewegung und Sport bei Frauen in schwieriger Lebenslage → Frauen in schwierigen Lebenslagen, dazu Bedingungen, die für ihre Gesundheit in der Regel nicht förderlich sind (Bewegungsmangel, Stress) 	
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> → Frauen in schwierigen Lebenslagen: (sozial)ökologische, finanzielle, soziale, gesundheitliche, rechtliche Benachteiligung, häusliche Gewalt, geringe Bildung, Migrationshintergrund, niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit 	
Zugang zur Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> → über die Unterstützung von Frauenvereinen und Frauenprojekten, Beratung und Zusammenarbeit mit Fachdiensten wie Frauenberatungsstellen → Kooperative Planung gemeinsam mit den Frauen und Entscheidungsmittler:innen (z.B. JCs) 	
Genderaspekt/ Genderansatz	<ul style="list-style-type: none"> → Kontext-spezifischer Ansatz: „Anfangs gender“ über Empowerment und Partizipation der Frauen → Individuelle, gruppen-spezifische und thematische Empowerment-Maßnahmen (z.B. Frauen) 	
Besonderes	<ul style="list-style-type: none"> → Partizipativer Ansatz → Wirkung: (sozial)ökologischer Ansatz über Gender-Gleichstellung, (sozial)ökologischer Ansatz → Setting: Ansatz (Beruf, Sportbereich, Wohnquartier) 	
Hürden/ Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> → Einmischung in die Teilnehmenden → Dauerhafte Bindung der Teilnehmenden → Finanzierung der Fortsetzung des Projektes (z.B. durch) 	
Kooperationspartner	<ul style="list-style-type: none"> → 17 (18) Frauenvereine und Sportvereine → Frauenrat → Deutscher Olympischer Sportbund 	
Träger	<ul style="list-style-type: none"> → Frauenvereine waren die Träger:innen (verantwortlich) 	
Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin	<ul style="list-style-type: none"> → Projektleitung: Prof. Dr. Alfred Huber → Projektleitung: Prof. Dr. Ingrid Isenhardt → Projektleitung: Prof. Dr. Ingrid Isenhardt 	

www.big-projekt.de

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention

Ein Projekt, das sich an eine spezifische Gruppe von Frauen richtet, die in einer schwierigen Lebenslage sind. Das Projekt zielt darauf ab, die Gesundheit der Teilnehmerinnen zu verbessern und sie zu empowern.

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Abb. 38: Projektdarstellung „BIG-Projekt: Bewegung als Investition in Gesundheit“

3.3.4 BIG-Projekt: Bewegung als Investition in Gesundheit

Dr. Ulrike Röger



Projektschwerpunkte und Angebotsstruktur

Das BIG-Projekt verfolgt das Ziel, für Frauen in schwierigen Lebenslagen neue Zugangswege zu Bewegungsangeboten zu erschließen und ihre Aktivierung für körperliche Aktivität auch nachhaltig zu fördern.

Das Modellprojekt war als Forschungsprojekt in Trägerschaft des Instituts für Sportwissenschaft und Sport an der Universität Erlangen-Nürnberg und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung konzipiert und wurde von 2005 bis 2008 gefördert. Es wurde lokal – mit Kooperationspartnern in der Stadt Erlangen – realisiert. Seit Mai 2008 wird der Ansatz im Nachfolgeprojekt BIGff. auf weitere Stadtteile und Sportvereine übertragen. Seit Juli 2008 erprobt BIGGER die Übertragbarkeit des BIG-Ansatzes auf zwei weitere Regionen in Deutschland: Das Projekt leistet als Fallstudie einen Beitrag zur Überprüfung und Weiterentwicklung der WHO-Programme „Assets for Health and Development“ und „Investment for Health“.

BIG konzipierte und erprobte Programme der Bewegungsförderung in drei Settings: im *Wohnquartier*, in der *betrieblichen Gesundheitsförderung* und im *Sportverein*.

BIG konzipierte und erprobte Programme der Bewegungsförderung in drei Settings: im *Wohnquartier*, in der *betrieblichen Gesundheitsförderung* und im *Sportverein*.

- In Kooperation mit der Stadt Erlangen wurden in einem *Wohnquartier* mit einem hohen Anteil von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen Sportkurse veranstaltet. Im Schwimmbad vor Ort wurde einmal in der Woche eine Frauenbadezeit etabliert. Das Wohnquartier wurde gewählt, weil in diesem Setting Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen besonders gut erreicht werden konnten. Über das vertraute nachbarschaftliche Umfeld eröffneten die Angebote zugleich die Möglichkeit, neue soziale Beziehungen zu knüpfen, die eine Basis schafften, um die Teilnehmerinnen langfristig für gemeinsame Aktivitäten zu gewinnen.
- In einem industriellen Fertigungswerk eines Großbetriebs wurden für die Erwerbstätigen der Zielgruppe neue Wege der *betrieblichen Gesundheits-*

förderung erprobt. In diesem Betrieb erreichten die herkömmlichen Angebote des Betriebssports Frauen in schwierigen Lebenslagen kaum. Hier wurde ein Gesundheitsseminar entwickelt, das über Sportangebote wie Nordic Walking oder Gymnastik hinaus auch Ernährungsberatung und Kochkurse integrierte. Voraussetzungen auf organisatorischer und sozialer Ebene für eine erfolgreiche Umsetzung und nachhaltige Etablierung von Bewegungs- und Gesundheitsförderung konnten hier erprobt werden. In Kooperation mit der Unternehmensleitung, dem betriebsärztlichen Dienst, Arbeitnehmervertretungen und dem Betriebssport gelang es, ein kontinuierliches Bewegungsangebot zu initiieren, das langfristig fortgesetzt wird.

- Das Modellprojekt im Setting *Sportverein* wurde in einem Großverein in Erlangen durchgeführt. Dieser Sportverein zeichnete sich durch ein sehr ausdifferenziertes Bewegungs- und Sportangebot für unterschiedliche Zielgruppen aus. Doch trotz der Nähe des Vereinsgeländes zu einem sozialen Brennpunktviertel der Stadt Erlangen sind benachteiligte Frauen bei den Mitgliedern des Vereins deutlich unterrepräsentiert. Diese Ausgangslage ist kennzeichnend für viele Sportvereine in Deutschland. Das Projekt wurde daher in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) im Rahmen des Programms „Integration durch Sport“ realisiert.

In allen drei Settings wurden Projektbüros eingerichtet, die in zwei Settings von Frauen aus der Zielgruppe geleitet wurden. Über die Projektbüros wurden Frauen in schwierigen Lebenslagen über Sport- und Bewegungsangebote gezielt informiert und in die Aktivitäten mit einbezogen.

Gendersensible Ansätze

Ausgehend von den vorhandenen wissenschaftlichen Daten wurde das Projekt genderspezifisch konzipiert, um langfristig die Chancen von sozial benachteiligten Frauen zu verbessern, an gesundheitsfördernden sportlichen Aktivitäten teilzuhaben. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitsberichtes liegt der Anteil derjenigen, die keinen Sport betreiben, in der Unterschicht rund doppelt so hoch wie in den höheren sozialen Schichten. Speziell Frauen schneiden dabei mit ca. 65 % sportlich Inaktiven in der Gruppe der 30- bis 60-Jährigen am schlechtesten ab. Herausforderung des Projekts war es also, diejenigen für regelmäßige Bewegung als Investition in ihre Gesundheit zu gewinnen, die es am nötigsten haben, aber am schwierigsten zu erreichen sind.

Die im Projektverlauf entwickelten Programme zielten auf eine Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Gesundheitsverhaltens. Darüber hinaus richteten sich die Programme auf die Lebensverhältnisse der Nutzerinnen und auf Veränderungsprozesse in vorhandenen Angeboten in ihrem Umfeld.

In der Arbeit mit sozial benachteiligten Frauen kommt deren Beteiligung – gerade auch mit der Zielsetzung des Empowerments – eine Schlüsselrolle zu. BIG entwickelte einen umfassenden partizipativen Ansatz, der die Zielgruppe in allen Projektphasen – von der Bedarfserhebung bis hin zur Ergebnisevaluation – mit einbezog. Für die Planung mit den anvisierten Nutzerinnen wurden in den drei Settings kooperative Planungsgruppen installiert, in denen auch Frauen aus der Zielgruppe Mitglied waren. Dieser Beteiligungsansatz ließ die Frauen im Projektverlauf systematisch zu Mitgestalterinnen des Projekts werden. So sind durch die Zielgruppe selbst Initiativen entstanden, zum Beispiel Frauenbadezeit und Frauenschwimmkurse im Quartier. Die Frauen gaben außerdem die ausschlaggebenden Impulse für die Gestaltung der Rahmenbedingungen, zum Beispiel wohnortnahe Angebote, Kinderbetreuung, kostengünstige Angebote. Die durch die Frauen selbst geleiteten Projektbüros stellten das Sport- und Bewegungsprogramm zusammen, organisierten Treffen und Veranstaltungen. Außerdem konnte eine nachhaltige strukturelle Verankerung der Angebote über die Projektlaufzeit hinaus erreicht werden. Darüber hinaus wurden die Teilnehmerinnen durch eine Ausbildung zur Übungsleiterin individuell gefördert.

Der partizipative Ansatz war sehr erfolgreich. Er erwies sich als effektivster Zugangsweg zur Zielgruppe, die zum größten Teil über persönliche Kontakte für die Bewegungsangebote gewonnen werden konnte. Die Beteiligung am Projekt bewirkte ein Empowerment der Frauen, das über individuelle Veränderungen und Förderung der Teilnehmerinnen hinaus organisatorische und soziale Entwicklungsprozesse in den Settings initiierte. Von diesem Effekt konnten auch Frauen profitieren, die bislang keinerlei Erfahrungen in der Gemeinwesenarbeit gemacht hatten.

Reichweite und Perspektiven

BIG war als Modellprojekt konzipiert, dessen Ergebnisse und Erfahrungen in die laufenden Angebote von Präventionsanbietern einfließen sollten. Entsprechend wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Instituts für Sportwissenschaft und Sport der Universität Erlangen-Nürnberg differenzierte Evaluationsinstrumente entwickelt, um die Wirkungen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen, die soziale Wirksamkeit im Hinblick auf Partizipation, Kompetenzentwicklung, organisatorische und strukturelle Entwicklungen sowie die Kostenwirksamkeit der Programme zu erforschen. Die abschließenden Ergebnisse der Begleitforschung werden zeitnah veröffentlicht.

Spezifische Herausforderungen für die im Projektverlauf entwickelten Programme stellen sich im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Angebote, bezogen auf die längerfristige Bindung der Teilnehmerinnen und die mittel- und langfristige Finanzierung. Aktuell werden die Erfahrungen aus BIG in zwei Folgeprojekten – BIGff. und BIGGER – auf Landes- bzw. Bundesebene weiterentwickelt. Zusammen mit Kooperationspartnern – zum Beispiel den Städten Regensburg und Bottrop, der Region Uecker-Randow in Mecklenburg-Vorpommern und dem DOSB – wird die Übertragbarkeit auf weitere Regionen und Vereine in Deutschland geprüft.

Kontakt

Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Erlangen
Dr. Alfred Rütten, Dr. Ulrike Röger, Annika Frahsa
Gebbertstraße 123 b
91058 Erlangen
Tel.: 09131-8525005
E-Mail: ulrike.roeger@sport.uni-erlangen.de
Internetseite: <http://www.big-projekt.de>

Weiterführende Informationen

- Frahsa, A., Beierlorzer, B., Pfeifer, G., Röger, U., Rütten, A. (2008): Fallbeispiel BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit: Ein gesundheitsorientiertes Projekt zur Bewegungsförderung mit Frauen in sozial schwierigen Lebenslagen im Sportverein TV 1848 Erlangen. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 13. Kongress Armut und Gesundheit „Teilhabe stärken – Empowerment fördern – Gesundheitschancen verbessern!“, CD-ROM, Gesundheit Berlin e. V. [http://www.gesundheitberlin.de/download/Frahsa,_A..pdf]
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Seidenstücker, S., Mayer, S.: Movers for Health – Concept and Use of Assets in Promoting Healthy Behavior. Morgan, A., Ziglio, E. (ed.): Health Assets. WHO (in Druck).
- Rütten, A., Röger, U., Abu-Omar, K., Frahsa, A. (2008): Empowerment von Frauen in sozial benachteiligten Lebenslagen: Das BIG-Projekt. Gesundheitswesen 70, S. 742–747.
- Rütten, A., Röger, U., Mayer, S.: Bewegungsprogramme mit Frauen in schwierigen Lebenslagen – Ansätze und erste Ergebnisse einer Interventionsstudie unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppen-erreichbarkeit. In: Wegner, M. et al. (Hrsg.): Rehabilitation: Zwischen Bewegungstherapie und Behindertensport. Hamburg, Czwalina (in Druck).



Das BIG-Projekt wurde vom Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ als „Good-Practice-Beispiel“ ausgezeichnet. Weitere Informationen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

3.4 Projekte geschlechtersensibler Gesundheitsförderung – eine kritische Kommentierung

Prof. Christiane Deneke

Ausgehend von den präsentierten Projekten, aber auch andere Erfahrungen einbeziehend, wird – unter den Aspekten Geschlechterbezug und Zuschnitt auf die Zielgruppe der sozial Benachteiligten – ein verallgemeinernder Blick auf die Praxis der Gesundheitsförderung geworfen. Die präsentierten Projekte richten sich überwiegend an sozial Benachteiligte und gehen geschlechtersensibel vor.



Gendersensibilität

Genderbezug und Gendersensibilität sind in den Projekten unterschiedlich verankert. Es gibt Angebote, die sich explizit – nur – an Frauen oder (seltener) Männer richten, sowie Angebote, die nicht „geschlechterseparierend“ ausgeschrieben sind, sich faktisch aber an nur ein Geschlecht – meist Frauen – richten. Ein gutes Beispiel sind hier Angebote für Alleinerziehende. Außerdem finden sich Angebote, die aufgrund ihrer Ausrichtung überwiegend von einem Geschlecht angenommen werden. Ein gutes Beispiel sind hier manche Sportangebote für Jugendliche. Bei diesen Sportarten erwarten und erreichen wir kaum Mädchen.

Ein bewusst „geschlechterseparierendes“ Vorgehen kann verschiedene Gründe haben:

- Das Thema interessiert/betrifft – vermeintlich oder real – nur ein Geschlecht.
- Eine Verhaltensänderung oder Problembearbeitung ist in einer homogenen Gruppe leichter bzw. zum Beispiel kulturell eher akzeptabel.

Die Gendersensibilität liegt hier in der Konzeptionierung und pädagogischen Umsetzung des Angebots. Die größte Herausforderung ist Gendersensibilität in geschlechtergemischten Gruppen ohne eine Bevorzugung bzw. Benachteiligung eines Teils der Gruppe. Angeboten, die dies versuchen, sollten besonders gute Rahmenbedingungen zugestanden werden.

Mit der Wahl eines Settings wird festgelegt, wie – rein zahlenmäßig – aktuell die Geschlechter vertreten sind. In Gesundheits-, (freiwilligen) Bildungs- oder Betreuungseinrichtungen sind Frauen häufiger anzutreffen als Männer. Bei Feuerwehr, Polizei und Strafvollzug sind Männer deutlich häufiger vertreten als Frauen. Aus „geschlechtsneutralen“ Angeboten werden, wenn nicht deutlich gegengesteuert wird, geschlechtshomogene Angebote („Irgendwie kommen keine Männer/Mädchen ...“). Um hier die „Minderheiten“ zu erreichen, bedarf es einer „positiven“ Diskriminierung, die auch bewusst gewählt werden sollte. Die Vermittlung dieses Angebots muss berücksichtigen, ob Mädchen bzw. Jungen, Frauen bzw. Männer jeweils ein exklusives Angebot nur für das eigene Geschlecht und insbesondere ein Angebot, das sie an geschlechtsuntypisches Verhalten heranführt, wollen oder ablehnen.

Hürden und Hemmnisse I: Finanzierungsprobleme und Projektpraxis

Gesundheitsförderliche Angebote sind in Deutschland fast immer in Projekten organisiert, zeitlich befristet und haben einen definierten Anfang sowie ein definiertes Ende. Dies stellt eines der größten Hemmnisse der Entwicklung einer guten Praxis dar, denn damit ist die Finanzierung nur für die Projekterprobungsphase gesichert und nicht für die Regelversorgung. Das heißt: Wenn das Vorgehen erprobt und gut ist, wird das Projekt in der Regel beendet. Ein nicht unbedeutender Ressourcenanteil geht in die – erneute – Projektakquise, oder eine längerfristige Maßnahme wird immer neu in aufeinanderfolgende Projekte umdefiniert. Angebote, die nicht nur im Setting (zum Beispiel Schule, Kita, Stadtteil) integriert, sondern auch über dieses (dauerhaft) finanziert sind, finden sich äußerst selten. Bei der Präsentation der Projekte im Rahmen des BZgA-Workshops wurde über die Schwierigkeiten geklagt, eine langfristige Finanzierung zu sichern. Gerade bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten sind eine längerfristige Planbarkeit und eine längerfristige stabile Umsetzung jedoch besonders wichtig.

Hürden und Hemmnisse II: Fehlende Akzeptanz von Genderthemen

Auch unter Genderaspekten sehr gut geplante Projekte müssen für die Umsetzung zunächst Akzeptanz im Politikbereich finden. Die Differenzierung nach Gender oder weiteren Aspekten muss „an den Kämmerer gebracht werden“, der Gelder bereitstellen soll. Je differenzierter die Projekte sind – das heißt, je enger die Zielgruppe nach Geschlecht und anderen sozialen Kriterien definiert ist und je spezialisierter daher die Maßnahme ist –, desto eher werden Bedenken geäußert, ob die wenigen vorhandenen Mittel nur einer kleinen Teilgruppe zugutekommen dürfen.

Hilfreich für die bessere Akzeptanz von Genderthemen wäre es, wenn Gendersensibilität ein anerkanntes Qualitätsmerkmal wird, auf das verwiesen werden kann. Hierzu muss Gendersensibilität als Kriterium guter Praxis verankert werden.

Zugang zur Zielgruppe

Will man eine spezifische „schwer erreichbare“ Zielgruppe gewinnen, ist die Frage nach dem Zugang entscheidend. Wenn die Zielgruppe nicht zum Angebot kommt, wie kommt das Angebot dann an die Zielgruppe? Die präsentierten Projekte zeigen, dass Zielgruppen am besten dort erreicht werden, wo sie sich „ohnehin“ aufhalten: zum Beispiel in einem Jugendclub, im Stadtteil oder in der Frauenklinik. Weitere Beispiele mit Geschlechterbezug: Mütter von kleinen Kindern, die sich nicht in Betreuung befinden, sind relativ sicher auf Spielplätzen anzutreffen. Männliche Jugendliche sind zum Beispiel gern in Elektronikabteilungen von Kaufhäusern. Ältere Männer (zum Beispiel im frühen Rentenalter) gehen gern in Baumärkte. Wenn man herausgefunden hat, wo die Zielgruppe ist, stellt sich die Frage, ob an diesen Ort oder an diese Institution ein gesundheitsförderliches Angebot angebunden werden kann.

Neben der Frage, ob das Setting ein Angebot zulässt, stellt sich die Frage, wie gern bzw. freiwillig sich die Zielgruppe hier aufhält. Allerdings schließt Unfreiwilligkeit ein Angebot nicht prinzipiell aus: Ein Sport- oder Ernährungsangebot im Strafvollzug ist zum Beispiel hochattraktiv mangels Alternativen.

Ein weiterer Aspekt ist die praktische Umsetzbarkeit. Es stellt sich die Frage, ob Professionelle in dem Setting (zum Beispiel Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter in der Jugendarbeit) oder „Gesundheitsfachkräfte“ das Angebot praktisch durchführen können. Für die Durchführung sollten bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen gelten.

Ein übergreifender Blick: Lücken zwischen Settings? Langfristige Kooperation?

Der Kooperation mit Einrichtungen, der Stadtteilarbeit und dem Sozialraumbezug kommt eine hohe Bedeutung für die Erreichung der Zielgruppe zu. Settingansätze haben sich bewährt. Jedoch entstehen selbst bei Settingansätzen teilweise Lücken – zum Beispiel, wenn benachteiligte Kinder die Kita nicht besuchen.

Kooperation und Vernetzung innerhalb des Settings sind zentral für den Zugang zur Zielgruppe und für die dauerhafte Verankerung und Nachhaltigkeit.

Kooperationen sind ein notwendiger Teil der Projektarbeit. Sie aufzubauen und zu pflegen, braucht Zeit und Ressourcen. Projekte mit einer angemessenen Kooperation kosten mehr. Kooperation ist die Grundlage dafür, Projekte sichtbar und umsetzbar zu machen. Sie ist ein Merkmal guter Praxis und häufig unabdingbar, um die Zielgruppe erfolgreich und nachhaltig anzusprechen.

4.

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Zusammenfassung der Gruppendiskussion

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Der Workshop zu Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention brachte Theorie, konkrete Praxiserfahrungen und Empirie zusammen. Praktiker und Praktikerinnen, Forscher und Forscherinnen sowie Frauen und Männer, die Gender Mainstreaming auf der praktisch-politischen Ebene durchsetzen, haben ihre Erfahrungen ausgetauscht und sie gemeinsam diskutiert. Entsprechend ertragreich war die Abschlussdiskussion, in der die unterschiedlichen Perspektiven explizit aufeinandertrafen.⁶



Belebende Kontroversen zwangen zu einer produktiven Präzisierung der Bedeutung der Kategorie Gender in der Gesundheitsförderung. Dabei wurden die einzelnen Handlungsebenen bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming unterschieden, die Vielfalt der konkret-praktischen Strategien betont und unterstrichen, dass die Relevanz von Gender jeweils situativ und zielgruppenabhängig unterschiedlich ausfallen kann. Das lieferte einen guten Ausgangspunkt, um zu erreichen, was in einem der Beiträge formuliert wurde: „Wir müssen darum ringen, was der Genderaspekt im Zusammenhang mit Qualität der Gesundheitsförderung heißt. Wir müssen in die Tiefe gehen und dürfen nicht auf der Oberfläche der Formalia bleiben. Wir müssen Gender Mainstreaming sprachfähig machen als Form der Auseinandersetzung zwischen Professionellen.“ In diesem Sinne konnten auf der Tagung Handlungsstrategien der geschlechtersensiblen Gesundheitsförderung in den Bereichen der konzeptionellen Arbeit, der praktischen Umsetzung und der politischen Verankerung weiterentwickelt werden.

In der folgenden synoptischen Zusammenfassung werden die Hauptlinien der Diskussion nachgezeichnet, ohne die Vielfalt der Positionen zu vernachlässigen und Kontroversen einzuebnen. Ergänzende Bezüge zu aktuellen Diskussionen sind kursiv markiert.

⁶ Die Inhalte wurden methodisch in einer „Fish-Bowl“-Diskussion erarbeitet. Dabei diskutieren in einem Innenkreis Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Wer sich aus dem Außenkreis einbringen und mitdiskutieren möchte, wechselt in den Innenkreis und löst Diskutierende im Innenkreis ab. Auf diese Weise entsteht eine lebendige Atmosphäre in dem kleineren Innenkreis, gleichzeitig können aufgrund der Durchlässigkeit des Innen- und Außenkreises alle Teilnehmenden leicht in die Diskussion einbezogen werden. Viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Tagung diskutierten mit. Die sich in der Diskussion entwickelnden Tendenzen und Ergebnisse werden hier synoptisch zusammengefasst; auf die Urheberschaft der einzelnen Meinungen wird nicht eingegangen.

Theoriegeleitete Genderanalyse – praktische Umsetzung – Politik: unterschiedliche Kontexte für Gender und Gender Mainstreaming

Die wichtigste Unterscheidung in der Diskussion bezüglich des Umgangs mit der Kategorie Gender war die zwischen der politischen Entscheidungsebene einerseits und der Handlungsebene der konkret-praktischen Gesundheitsförderung bei spezifischen Zielgruppen andererseits. Auf der politischen Ebene gilt es zu erreichen, dass Gender Mainstreaming gefördert wird und entsprechende Projekte finanziert werden. Die Relevanz von Gender muss gegenüber den politischen Akteuren nicht nur vorausgesetzt, sondern auch stringent eingefordert werden. Gender ist hier eine politisch-strukturelle Kategorie. Diskutiert wurde die Frage, wie Gendersensibilität als verbindliches Qualitätskriterium durchgesetzt und die finanzielle Förderung einer Weiterentwicklung der Praxis erreicht werden kann.

Auf der Ebene der konkreten Projekte ist differenzierter zu argumentieren und zu entscheiden. Gender kann – anders als in der Politik, in der es um die übergreifenden strukturellen Voraussetzungen auch und gerade der geschlechter-sensiblen Gesundheitsförderung geht und Gender prinzipiell relevant ist – situativ und zielgruppenabhängig *unterschiedliche* Relevanz haben. Gender ist hier ein Merkmal von Personen oder Gruppen und kommt mit anderen Merkmalen dieser Personen oder Gruppen zusammen.

Die folgenden Fragen wurden teilweise kontrovers diskutiert:

- Ist Gender in der Praxis relevant? Wenn ja, wo und wie?
- Ist Gender in einer allgemeinen Lebensweltorientierung der professionellen Praxis (zum Beispiel der Sozialpädagogik) ohnehin enthalten oder soll Gender eine gesonderte Perspektive darstellen?
- Reicht es, die Geschlechterdifferenz – hier etwas für Jungen, dort etwas für Mädchen anzubieten – und die Rollenvorstellungen in der Zielgruppe aufzugreifen? Oder sollen Geschlechterverhältnisse kritisch hinterfragt und Mädchen und Jungen sowie Männern und Frauen Möglichkeiten eröffnet werden, aus ihren Rollen herauszutreten?
- Sind Aspekte der sozialen Lage im gleichen Maße relevant wie Genderaspekte?

Diese Fragen konnten eingeordnet und vermittelnde Positionen erarbeitet werden. Innerhalb der Praxis wurden als Ebenen unterschieden (siehe Beitrag von Mareike Strunk, S. 81):

- die Ebene der ein Projekt vorbereitenden Situationsanalyse unter Geschlechterperspektive mit vielen theoretischen Anteilen und einer empirischen Fundierung,

- die Ebene der Ansprache der Zielgruppe,
- die Ebene der konkreten Umsetzung der Projektziele im Rahmen eines konkreten lebensweltlichen und ökonomischen Kontextes.

Zunächst sollen die Beiträge der Fish-Bowl-Diskussion bilanziert werden, die sich auf diese differenzierten Ebenen innerhalb der Praxis beziehen. Auf die politische Ebene wird am Ende der Zusammenfassung noch einmal ausführlicher eingegangen.

Der analytische Blick

Im Hinblick auf Gesundheit und auf die Zielgruppen ist Gender eine Erkenntniskategorie. Einige Diskussionsbeiträge bezogen sich auf diese analytische Ebene, auf der es inhaltlich um Wissen über die Lebenssituation, Sozialisation, Bewältigungsanforderungen etc. von Frauen und Männern, Jungen und Mädchen geht sowie um die Fähigkeit, Verhalten von Frauen und Männern als „vergeschlechtlichtes“, also mit Geschlechterbedeutung aufgeladenes Verhalten, deuten zu können. Die Analyse kann sich zum Beispiel auf die soziale und gesundheitliche Situation von Frauen und Männern beziehen oder darauf, was Männlichkeit bzw. Weiblichkeit für die Zielgruppe bedeuten und ob bestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen männlich oder weiblich konnotiert sind etc. Die empirischen Daten der Gesundheitsförderung (siehe Beitrag von Cornelia Lange, S. 30) werden unter bestimmten Geschlechterperspektiven erhoben und unterfüttern gleichzeitig den analytischen Blick.

Diese analytische Ebene greift in dem allgemeinen Handlungsmodell des „Public Health Action Cycles“ als erste Phase der Problemdefinition (siehe Beitrag von Petra Kolip, S. 21) und in dem Konzept der zielorientierten Kampagnenplanung als Phase der Situationsanalyse (siehe Beitrag von Mareike Strunk, S. 81). Hier können die theoretischen Genderdiskussionen angeschlossen werden, zum Beispiel im Hinblick auf soziale Konstruktionen der Unterschiede zwischen Frauen und Männern oder auf Interaktionsprozesse, in denen Geschlecht immer wieder neu hergestellt wird („Doing Gender“; siehe Beiträge von Thomas Altgeld [S. 43] und Stefanie Amann [S. 73]). Auf diese Debatten wird nicht näher eingegangen, zum einen weil sie in der Abschlussdiskussion der Fachtagung nur am Rande eine Rolle spielten, zum anderen weil sich diese Aspekte aus der Perspektive der Praxis weniger ausschließen als in der theoretischen Erklärung. In die Diskussion wurde allerdings der Hinweis eingebracht, dass nicht nur „Doing Gender“ als analytische Kategorie von Bedeutung sein kann, sondern auch „Undoing Gender“. Das Ergebnis der Analyse der Situation unter Genderperspektive kann also auch bedeuten, dass der Gen-

deraspekt unter bestimmten Voraussetzungen keine herausragende Rolle spielt. Die Schlussfolgerung kann sein, dass Gender in der Umsetzung eine besondere, verstärkte Bedeutung verliehen werden soll oder dass die sichtbare Bedeutung von Gender „herausgenommen“ und minimiert werden soll.

Dieser analytische Blick, der am Beginn der praktischen Arbeit steht und sie auch weiterhin durchzieht und begleitet, ist – so ein Diskussionsbeitrag – nahe an der Praxis und kann eine neue Praxis ermöglichen. Auf dieser analytischen Ebene ist auch die Sensibilisierung für den Genderaspekt verortet, auf den später noch genauer eingegangen wird.

Der Zugang zu Zielgruppen und Zieldefinition

Es bedarf besonderer Überlegungen zur Bedeutung von „Geschlecht“, wenn es darum geht, Zielgruppen angemessen anzusprechen und zu erreichen. Sich diese Besonderheiten vor Augen zu halten, klärte in der Diskussion einige kontroverse Positionen.

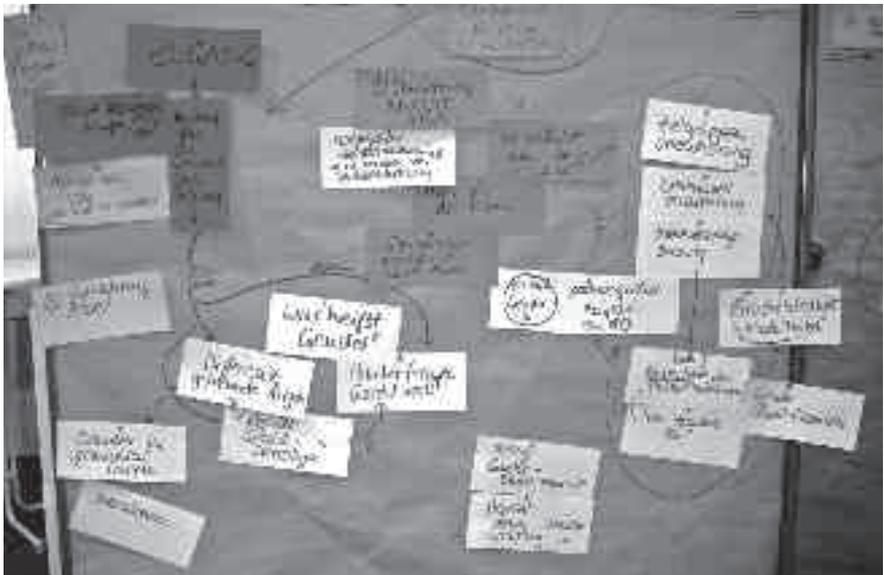
Eine Kontroverse setzte an der Unzufriedenheit an, Mädchen und Frauen mit ihren „typisch weiblichen“ Interessen und Verhaltensweisen anzusprechen und Jungen und Männer entsprechend „typisch männlich“. Der Einwand: So werden Rollenstereotype bestätigt, womit sich Gesundheitsförderung in einem umfassenderen Sinn nicht realisieren lässt. Es müsse vielmehr das Ziel sein, Geschlechterrollen zu verändern und die Geschlechterverhältnisse zu hinterfragen (siehe Beitrag von Wolfgang Müller, S. 66). Es wurde auf den Zusammenhang von Rollenverhalten und Gesundheitseinschränkungen hingewiesen; Projekte mit emanzipatorischem Charakter wurden als Belege dafür angeführt, dass die Veränderungsperspektive positiv und wichtig sei. Als Gegenposition wurde gemahnt: Wenn man mit einer Außendefinition von Problemen – etwa im Sinne einer Problematisierung der alltäglich ausgeübten Geschlechterrollen – arbeitet, von denen die Menschen selbst möglicherweise meinen, dass sie diese Probleme gar nicht haben, sei dies ein vermessener und ineffektiver Weg. Insbesondere könnte ein direkter emanzipatorischer Anspruch, Frauen- und Männerrollen zu reflektieren, Projekte pädagogisch überfrachten.

Bei näherer Betrachtung erwiesen sich beide Positionen aber nicht als Gegensatz: Zum einen geht es darum, die Situation der Zielgruppe zu erfassen, die Selbstwahrnehmung und die Problemdefinition der Zielgruppe zu kennen, ernst zu nehmen und aufzugreifen und in eine gelingende Ansprache umzusetzen. Hier bestand Einigkeit: Zielgruppen müssen dort „abgeholt“ werden,

wo sie sind. Das bedeutet auch, ihre Vorstellungen von Gesundheit und Geschlecht aufzugreifen – auch wenn es sich dabei um klassisch-stereotype Vorstellungen von Frauen und Männerrollen handelt – und nicht vom Rollenverständnis der Professionellen auszugehen. Einige Praxisbeispiele zeigen, dass auch heute bestimmte Gruppen am besten über traditionelle Rollenstereotype angesprochen werden. Werden die Stereotype nicht aufgegriffen, hat man zwar korrekt „gegenderte“ Projekte, an denen jedoch niemand teilnimmt.

Zum anderen ist die Definition eines pädagogischen Ziels in Richtung einer Veränderung zum Beispiel im Sinne einer Ressourcenerweiterung festzuhalten – alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben per se immer eine solche Perspektive der Veränderung. Emanzipatorische Ansätze sind hier nichts wesentlich anderes als „Empowerment unter Genderperspektive“. Nun gilt es aber, beides – die subjektive Problemdefinition der Zielgruppe selbst und die Zieldefinition der Professionellen – aufeinander zu beziehen und die Zieldefinition nicht abstrakt und als „Anspruch von außen“ an das Projekt heranzutragen.

Für das Erreichen von für die Gesundheitsförderung „schwer erreichbaren“ Gruppen – zum Beispiel und immer wieder erwähnt: Männer (siehe Beiträge von Cornelia Lange [S. 30] und von Thomas Altgeld [S. 43]) – ist es mög-



licherweise hilfreich, die, wie eine Teilnehmerin formulierte, „Gesundheits- und Bildungsbrille abzunehmen und zu schauen: Wo hält sich diese Gruppe üblicherweise und ohnehin auf?“ Illustrierende Beispiele waren die Ansprache von Männern in einem Baumarkt oder von Schwangeren in der Warteschlange bei Ikea. Dort kann Kontakt hergestellt und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung geworben werden. Auch ein Projektbeispiel zeigte, dass Jungen in einem Jugendhaus, wo sie sich ohnehin aufhalten, gut erreicht werden. Dieser Hinweis war verbunden mit der Kritik, dass ein sektorales Denken allgemein zu stark verbreitet sei; damit könnten nur die erreicht werden, die sich „freiwillig“ und gern in diesem Sektor Gesundheit aufhalten. Der Hinweis war auch verbunden mit der Aufforderung, Kooperationen – auch bislang ungewöhnliche – einzugehen (siehe unten: „Vernetzung und Kooperation“).

Gender – Fragen der Umsetzung auf der Ebene konkreter Maßnahmen

Wird zu wenig oder zu viel „gengedert“? Was ist wichtiger – Geschlechteraspekte oder Aspekte der sozialen Lage? Ist Geschlechtersensibilität ein selbstverständlicher und nicht eigens erwähnenswerter Bestandteil der Lebensweltorientierung oder bedarf die Fähigkeit, mit der „Genderbrille“ zu sehen (siehe Beitrag von Petra Kolip, S. 21), einer eigenen Sensibilisierung? Bei diesen Fragen, die die Diskutierenden beschäftigten, wurden zwei Konsenslinien erkennbar: Zum einen führt eine Konkurrenz der Aufmerksamkeit für Geschlecht *oder für* soziale Lage in die Irre, denn beide Aspekte sind miteinander vermittelt. Zum anderen ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Ausgangspunkt eine Sensibilisierung der Professionellen für die Bedeutung von Geschlecht.

In der Diskussion befürchteten die einen, eine Konzentration auf die Geschlechterperspektive treffe den Kern der Lebenslagen der meisten Zielgruppen der sozialen Arbeit nicht und die „Genderbrille“ erfasse Lebensweltprobleme unzureichend – doch die seien gerade bei der Arbeit mit sozial Benachteiligten zentral. Andere sahen das Problem eher in der verbreiteten „Genderblindheit“ auch bei einer Lebensweltorientierung. Grundsätzlich wurde die Entgegensetzung der Aspekte kritisiert: Auch bei ökonomischen Analysen oder Analysen der sozialen Lage ist Gender immer eine Querschnittsdimension, und auch dort führt sie zu einem Erkenntnisgewinn und zu neuen Impulsen. *Unter dieser Perspektive sind Geschlechteraspekte (die Situation bzw. die Rollen von Frauen und Männern) ohnehin stets durch die soziale und ökonomische Lage sowie durch Bildung vermittelt und umgekehrt. Frauen und Männer sind keine homogenen Gruppen. Gerade in der neueren Männerforschung wird ausdrücklich auf die nach sozialer Lage unterschiedlichen „Männlichkeiten“*

und auf die Bedeutung der Machtpositionen unter Männern hingewiesen. Umgekehrt kann eine soziale und ökonomische Lage immer nur von Männern oder Frauen erlebt werden und hat unterschiedliche Auswirkungen auf beide Geschlechter.

Diese Kontroverse löste sich im Laufe der Diskussion. Konsens war eine Ablehnung der Extrempositionen: Weder sollten Maßnahmen für eine Zielgruppe *ausschließlich* unter der Genderperspektive entwickelt und umgesetzt und andere Aspekte der sozialen Lage ausgeblendet werden noch ist der Genderaspekt irrelevant. Wie und in welchem Maß zwischen diesen Extrempositionen von „ganz“ oder „gar nicht“ der Genderaspekt berücksichtigt wird, so ein Hinweis, ist nicht ein für alle Mal theoretisch festgelegt, sondern hängt jeweils von der speziellen Zielgruppe und der Maßnahme ab. Bei unterschiedlichen Projekten kann die Analyse auch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen: In einem Projekt wird der Geschlechteraspekt begründet zurückgestellt, in einem anderen kommt er auf indirekte Weise zum Tragen und in einem weiteren Projekt ist die Thematisierung von Geschlechterrollen ausdrücklicher Inhalt. Es wurde nachdrücklich auf eine Vielfalt an methodischen Umsetzungen Bezug genommen: Geschlechterbewusstes Arbeiten ist nicht nur in Form von geschlechtertrennenden Angeboten möglich, sondern geschlechterbewusst kann auch in gemischten Gruppen gearbeitet werden, wenn zum Beispiel die Interaktion zwischen und innerhalb der Geschlechtergruppen Medium oder Ansatzpunkt der Maßnahme ist. Diese Anmerkung ist deshalb wichtig, weil mitunter bestimmte Settings keine Trennung der Geschlechter zulassen, während andere ohnehin rein geschlechtshomogen sind.

Zentral ist damit eine Flexibilität in der Umsetzung von geschlechtersensibler Gesundheitsförderung angesprochen, die ein „Doing Gender“ ebenso wie ein „Undoing Gender“ umfassen kann. Der Genderaspekt, so könnte man diesen Strang der Diskussion zusammenfassen, ist immer so wichtig, wie die Situationsanalyse es für eine bestimmte Projektzielsetzung und Zielgruppe begründet nahelegt. Die Formen, Gender aufzugreifen und auf eine konkrete praktische Maßnahme herunterzubrechen, sind abhängig von Zielgruppe, Setting, Rahmen und thematischer Ausrichtung der Maßnahme. *Hier kann die Gesundheitsförderung eine Anleihe bei der Schulpädagogik vornehmen. Dort wird diese Flexibilität als strategisches Abwägen von „Dramatisierung“ und „Entdramatisierung von Geschlecht“ beschrieben.*

Gemeinsamer Kern der Positionen war die Befürwortung einer Sensibilisierung für die besonderen Bedingungen der Zielgruppe, nach sozialer Lage

ebenso wie nach Geschlecht. Diese allgemeine Bewusstheit von Unterschieden führt zu einer differenzierten Wahrnehmung der Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen der spezifizierten Zielgruppe und zu dem allgemeineren Begriff von *Diversity* (siehe Beitrag von Stefanie Amann, S. 73). *Diversity* bedeutet nicht rein individuelle Vielfalt und Vernachlässigung der Genderperspektive, sondern schließt diese konstitutiv mit ein.

Sensibilisierung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen

Die Sensibilisierung für Unterschiede rückte in den Fokus der Diskussion. Eine sensible Wahrnehmung, verbunden damit, dass die Umsetzung der Genderperspektive jeweils speziell für eine konkrete Maßnahme bei einer konkreten Zielgruppe zu prüfen und flexibel zu entscheiden ist, erfordert spezifische Kompetenzen. Als wesentlicher Schritt bei Gender Mainstreaming wurde die Verankerung einer entsprechenden Qualifikation von Professionellen in den Ausbildungsgängen von Gesundheits-, Bildungs- und sozialen Berufen von mehreren Teilnehmenden unterstrichen (siehe Beitrag von Reinhard Mann, S. 89). Teilnehmerbeiträge lauteten zum Beispiel: „Es ist notwendig und möglich, bei den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen anzusetzen. Wer das Wort Gender nicht kennt und davon keine Ahnung hat, kann keine geschlechtersensible Arbeit machen.“ – „In die sportwissenschaftliche Ausbildung beispielsweise sollte Gender Mainstreaming implementiert werden. Es sollte selbstverständlich sein, dass sich Lehrer und Lehrerinnen damit auseinandergesetzt haben.“ – „Das heißt nicht, dass alles gegendert werden muss, sondern es geht einer Konzeption eine gewisse Bewusstheit voraus, warum Mädchen und Jungen teilnehmen und was getan werden kann, damit sie teilnehmen. Die Ausbildungsgänge aller sozialen, Gesundheits- und Bildungsberufe müssen diese Geschlechterbewusstheit stärker vermitteln.“ – „Mir würde es reichen, wenn die Professionellen selbst ihre eigenen Frauen- und Männerrollen reflektieren und daraufhin ihre Arbeit überprüfen. Das betrifft nicht nur ein konkretes Präventionsprojekt, sondern wäre die Basis jeder Qualifikation bei der Gesundheitsförderung und Pädagogik allgemein.“

Das Geschlechterbewusstsein, das zu vermitteln ist, beinhaltet nicht nur die Fähigkeit, Geschlechteraspekte sensibel wahrzunehmen und angemessen aufzugreifen, sondern auch eine Reflexion der eigenen Geschlechterbilder, die in der Arbeit und in der professionellen Kommunikation transportiert werden. Diese Reflexion ist umso notwendiger, als die Wahrnehmung der Zielgruppe nie geschlechtsneutral sein kann, das heißt sie muss in Kenntnis der eigenen Positionen reflektiert werden. Wenn sich Professionelle in der sozialen sowie Gesundheits- und Bildungsarbeit nicht bewusst sind, welche Geschlechterbil-

der sie transportieren und welche blinden Flecken sie haben, können sie Geschlechterfragen bei der Zielgruppe nicht angemessen erkennen. Auf der Basis dieser Kompetenz kann dann – im Einzelnen ausgerichtet auf die konkrete Praxis – über geschlechteremanzipatorische Ansprüche und über die Relevanz von Gender entschieden werden.

Gewicht bekamen diese Positionen durch die Hinweise auf die empirischen Ergebnisse zu dem Geschlechterbias bei der Ansprache von Frauen und Männern für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Immer wieder fanden sich in der Diskussion Problemanzeigen in dem Sinn, dass der geschlechtsspezifische Bedarf von Frauen und von Männern vernachlässigt wird und Frauen bzw. Männer nicht angemessen angesprochen werden. Die Defizite zeigen, dass ein Bedarf an Genderqualifikation der Professionellen besteht.

Die politische Ebene: Vermittlungsarbeit für Finanzierung

Auf politischer Ebene ging es – ohne größeren Dissens – um die Frage, wie es gelingen kann, Gender Mainstreaming als Konzept politisch zu befördern und das Mitdenken von Geschlechteraspekten auf der Planungsebene der Gesundheitsförderung in der Politik zu verankern. Diese Frage stellte sich umso dringlicher, als aus der Praxisperspektive beklagt wurde, dass in der Gesundheitsförderung vor allem kurzfristig finanzierte Projekten zu finden sind und auch gut bewährte, evaluierte Projekte ständig um ihre Existenz kämpfen müssen, was Kräfte bindet und die Qualität der Projekte beeinträchtigt (siehe Beitrag von Christiane Deneke, S. 145).

Gefordert wurden Möglichkeiten, bewährte Projekte in die Regelversorgung zu übernehmen und statt vereinzelter Projekte eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Die Ressourcenknappheit ist in den Bereichen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und bei Frauen eklatant. Finanzierung und Absicherung ist aber eine Frage der politischen Prioritätensetzung, weshalb Strategien zu entwickeln sind, Genderansätzen auf der politischen Ebene Geltung zu verschaffen. Hierzu lieferten die Fachtagung und insbesondere auch die Diskussion der Experten und Expertinnen entsprechende Anknüpfungspunkte.

Einen ersten Ansatzpunkt liefern *Qualitätskriterien* für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung. Hier wurde auch auf das von Petra Kolip vorgestellte Beispiel der Schweiz Bezug genommen, eine Genderperspektive als Kriterium für die Vergabe von Mitteln zu fordern und eine entsprechende Beratung zu etablieren (siehe Beitrag Petra Kolip, S. 21). Die Diskussion griff dabei Gen-

der sowohl als Spezialthema als auch als Querschnittsthema auf: Eine angemessene Einbindung der Genderperspektive sollte als spezielles Qualitätsmerkmal guter Praxis der Gesundheitsförderung verankert sein und thematisiert werden.

Für eine Verankerung des Konzepts von Gender Mainstreaming auf der politischen Ebene ist weiter eine entsprechende *Datenlage* und Berichterstattung notwendig, auf die dann auch Bezug genommen werden muss. Die Daten müssen von Akteuren auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene aufgegriffen und entsprechende Abhilfen angemahnt werden, insbesondere dort, wo sie Defizite in der Gesundheitsförderung unter Geschlechterperspektive aufdecken, wie zum Beispiel die geringe Inanspruchnahme von Krankenkassenkursen durch Männer.

Eine Hoffnung auf Verankerung bezog sich auch auf die politische Ebene der Arbeit der *Interessengruppen, Ressorts und Standesvertretungen*, zum Beispiel auf die Ärzteschaft. Einzelne und verinselte Projekte können kaum breite gesellschaftliche Veränderungen hervorbringen, daher gilt es, so ein Teilnehmer, systematisch ein Umdenken bei den Standesvertretungen als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zu initiieren. Die unterschiedlichen Berufsgruppen – Erzieherinnen und Erzieher, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter,



Lehrkräfte, Ärzte und Ärztinnen etc. – haben originäre Aufgaben. Aber in allen Sektoren können gendersensible Vorgehensweisen bestärkt und es kann die Genderperspektive geschärft werden. Die berufsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung liefert hier einen guten Ansatzpunkt und kann zum Kristallisationspunkt einer professionellen Gendersensibilisierung werden. Erfahrungen mit Gender Mainstreaming können als Handlungsorientierung oder Leitlinien in Berufsgruppen und in deren Ausbildung hineingetragen werden. Die Datenbank für Projekte der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (siehe www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) kann hier eine wichtige Funktion übernehmen.

Damit ist zugleich der Aspekt der Vernetzung und Kooperation als weiterer Ansatzpunkt, Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung politisch stärker zu verankern, angesprochen. Diesem Punkt kam in der Diskussion ein eigenes Gewicht zu, daher wird darauf gesondert eingegangen.

Vernetzung und Kooperation

Als Ergebnis der Diskussion wurde die Bedeutung der Aufgabe unterstrichen, an Berufsgruppen, Sektoren und Ressorts heranzutreten und Kooperationen aufzubauen. Kooperationen mit solchen Einrichtungen außerhalb des Gesundheitssektors können gerade deshalb zum gegenseitigen Nutzen aufgebaut werden, weil Gesundheit und Gesundheitsförderung weite und potenziell viele Aspekte umfassende Begriffe sind. Das Thema Gesundheit kann an Berufsgruppen und Bereiche angedockt und die dort vorhandenen Ressourcen können so erschlossen werden. Es kommt also auf das spezielle „Label“ der Gesundheitsförderung an („Nicht überall, wo *nicht* Gesundheit draufsteht, ist *keine* Gesundheit drin“). In diesem Zusammenhang wurde auf die BZgA-Praxisdatenbank zu Projekten der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) hingewiesen, in die gerade nicht nur die klassischen Präventionsprojekte aufgenommen wurden, sondern viele Angebote, die auf den ersten Blick mit Gesundheit nicht viel zu tun haben. Damit werden Zugangswege, Determinanten und Ansprachemöglichkeiten in der Praxis identifiziert, die über den Gesundheitsbereich im engen Sinn hinausgehen.

Weiteres Gewicht hatte das Thema der Kooperation und Vernetzung über den Hinweis einer Teilnehmerin bekommen, dass Maßnahmen, die strikt innerhalb des Gesundheits- und Bildungsbereichs verortet sind, grundsätzlich das Problem haben, dass sie eher Frauen, nicht aber Männer ansprechen (siehe Beiträge von Thomas Altgeld [S. 43] und von Cornelia Lange [S. 30]). Die Gender-

perspektive verlangt hier geradezu eine Kooperation mit den Bereichen, in denen sich Männer aufhalten, zum Beispiel mit Sportvereinen, die zu wertvollen Verbündeten werden können (siehe oben).

Öffnungen wurden gefordert, und als potenzielle Sektoren wurden neben dem Bildungsbereich die Bereiche Umwelt, Verkehr und Stadtplanung (zum Beispiel Kooperation mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk) genannt. Zur Illustration diente die Kooperation der BZgA mit dem Programm Soziale Stadt (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung BMVBS), bezogen auf die Arbeit des Quartiersmanagements. Dort ist der Gesundheitsaspekt noch wenig angedockt; das Feld bietet aber viele neue Möglichkeiten und Ansatzpunkte gerade auch für gendersensible Gesundheitsförderung. Unterstrichen wurde auch die Bedeutung einer Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Erziehern, deren gesundheitsfördernde Arbeit mit Kindern zu bestärken ist.

Ein Schlusskommentar

Ein besonderer Gewinn der Diskussion der Experten und Expertinnen und des „Ringens um Gender“ war es, die unterschiedlichen Ebenen der Praxis, der Theorie, der Forschung und der Politik zu trennen und damit den jeweiligen für die Ebenen *spezifischen* Anforderungen an die Kategorie Gender und an die Umsetzung von Gender Mainstreaming Platz einzuräumen. Gleichzeitig, und das machte die Diskussion komplex, sind diese Ebenen bei der Durchsetzung von Gender Mainstreaming aufeinander angewiesen.

Die Diskussion zeigte: Die Praxis verbindet mit der Genderperspektive faktisch nicht immer in erster Linie eine Bereicherung. Vorbehalte gegen „Ansprüche von oben“ oder „von außen“ lassen die Genderperspektive bei einigen Praktikern und Praktikerinnen *eher als neuen Zwang, als aufgesetzte neue Normativität erscheinen*. Diese Kluft zwischen „drinnen“ (Praxis) und „draußen“ (Wissenschaft, Politik) findet sich nicht nur beim Thema Gender und nicht nur in der Gesundheitsförderung. Sie zeigt aber hier, dass der Praxis mehr Möglichkeiten eingeräumt werden muss, die Genderperspektive auch aus der Praxis heraus zu entwickeln, denn es liegen viele positive Erfahrungen mit der Genderperspektive vor, die Verbreitung verdienen. Es gilt, nicht nur in die Politik, sondern auch stärker aus der Praxis heraus zu vermitteln, dass die Relevanz von Gender in jeder Maßnahme auf der praktischen Ebene zunächst zu bestimmen ist, dass also die Genderperspektive nicht normativ „von außen“ übergestülpt wird. Es ist zu verdeutlichen, dass eine Berücksichtigung der Genderperspektive mit einer Erhöhung der Qualität der Arbeit adäquat verbunden ist. Voraussetzung dafür ist aber in jedem Fall eine entsprechende Sen-

sibilisierung für Genderaspekte. Auf der Ebene der Praxis darf das „Ringens um Gender“ die *Vielfalt* der angemessenen Umsetzungen und der mehrfach – nicht nur über Geschlecht – determinierten Zielgruppen durch eine neue Gendernormativität nicht beschädigen.

Weil hinter möglichen Vorbehalten aber die ohnehin schwierigen finanziellen und sonstigen Rahmenbedingungen stehen, die die Möglichkeiten der Praxis vielfach beschränken, kann gerade die teilweise so skeptisch betrachtete Genderperspektive neue Chancen auf eine politische Prioritätensetzung und damit eine Verbesserung der Finanzierungssituation öffnen. Um die Genderperspektive auf der politischen Ebene durchzusetzen, bedarf es einer normativen Eindeutigkeit und einer Priorisierung der Kategorie Geschlecht auf der politischen Ebene. Hier können Wissenschaft und Forschung wichtige Stützen der Durchsetzung sein.

Gender hat auf den verschiedenen Ebenen einen jeweils unterschiedlichen Stellenwert. Während Wissenschaft und Politik Gender permanent theoretisieren, gibt es in der Praxis häufig wenig Freiräume, die eigene Arbeit unter der Geschlechterperspektive systematisch aufzubereiten und als Input an Wissenschaft und Politik zu vermitteln. Während Wissenschaft und Politik „Gender“ explizit zum Gegenstand machen, gibt es in der Praxis neben dem reflektierenden Geschlechterbewusstsein nicht nur die geschlechterblinde, sondern auch die geschlechterintuitive Arbeit, das heißt, Gender wird berücksichtigt, vor allem ohne dass dies reflektiert oder theoretisiert wird. Während „Geschlecht“ als Kategorie in der Wissenschaft und Politik vereindeutigt werden muss, gilt in der konkreten Praxis das Primat der Vielfalt und Flexibilität.

Die Fachtagung war im Sinne dieser Differenzierung ein erster wichtiger Schritt, Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention sprachfähig zu machen. Die nächsten Schritte, die in der Diskussion angemahnt wurden, sind das Aufstellen eines Katalogs transparenter Kriterien für Gendersensibilität und die Verankerung von Gendersensibilität als Qualitätsmerkmal. Dies sollte in der Kooperation von Praxis und Wissenschaft geschehen. Die Tagung hat hierfür viele Anregungen geboten.

5. Anhang

5.1 Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (Hrsg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa.
- Altgeld, T. et al. (Hrsg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.
- Altgeld, T., Maschewsky-Schneider, U. (2003): Gender Mainstreaming. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Methoden und Strategien der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, Sabo Verlag, 4. Aufl., S. 45–47.
- Becker, R., Kortendiek, B. (2004): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Ergänzende Auswahlbibliografie.
- Bühler, A., Heppekausen, K. (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Gesundheitsförderung konkret, Band 6. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundesamt für Gesundheit, Schweiz (2004): Konzepte Sex und Gender.
- Bundesgesetzblatt (2006): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, Gesetz zur Umsetzung europäischer Richtlinien zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung vom 14.8.2006, Jg. 2006, Teil I, Nr. 39.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Gesetz zur Durchsetzung der Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesverwaltung und in den Gerichten des Bundes. Artikel 1, Gleichstellungsdurchsetzungsgesetz (DGleichG) vom 30.11.2001.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): Sechster Bericht der Bundesrepublik Deutschland zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Berlin, Publikationsversand der Bundesregierung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret, Band 4. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a): Bilanzbericht 2004–2006. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 3. erw. und überarb. Aufl. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Christiansen, G. (1999): Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 8. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Council of European Municipalities and Regions (CEMR) – Europäischer Städtetag (2006): Europäische Charta für die Gleichstellung von Frauen und Männern auf lokaler Ebene. Rat der Gemeinden und Regionen Europas und seinen Partnern. [http://www.rgre.de/pdf/charta_gleichstellung.pdf]
- Deutsches Institut für Menschenrechte: Dokumente zum Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW).
- Dohnke, B., (2006): Gesunder Lebensstil bei Frauen: Wissen, Motive, Barrieren und Handeln, Klinikarzt 35, S. 12–17.
- Eichler, M. et al. (2002): Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs. Berlin. [http://bsph.charite.de/stuff/Blaue_Liste/2002-04_ger.pdf]
- Gerhards, J., Rössel, J. (2003): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 20. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Hahn, D., Maschewsky-Schneider, U. (2003): Geschlechterunterschiede und Gesundheit/Krankheit. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, Sabo Verlag, 4. Aufl., S. 49–52.
- Hollbach-Grömig, B., Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 33. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern, Verlag Hans Huber.
- Jahn, I. (2003): Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. BIPS, Bremen. [www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/activities/program/spp3/spp3_GenderGlossar_03.pdf]
- Jahn, I. (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. [http://www.frauengesundheit-nrw.de/aktuell/download/gender_gesamtdatei.pdf]
- KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, Band 50, Heft 5/6, 2007. [http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html]
- Kolip, P., Altgeld, T. (Hrsg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München, Juventa.
- Kröger, C. (2002): Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 18. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kuhlmann, E., Kolip, P. (2005): Gender und Public Health. Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim und München, Juventa.
- Lademann, J., Kolip, P. (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. [www.rki.de/cln_048/nm_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/mittleres_lebensalter.pdf]
- Lange, C., Lampert, T. (2003): Stand und Perspektive einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. In: Blickpunkt DER MANN – Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit 3/2003, S. 20–25. [www.kup.at/kup/pdf/3585.pdf]
- Lehmann, F., Meyer-Nürnberg, M. et al. (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Marsen-Storz, G. (2005): Berücksichtigung des Geschlechteraspekts in der zielorientierten Kampagnenplanung der BZgA am Beispiel der „rauchfrei“-Jugendkampagne. [http://artemis.bzga.de/frauen/berueck_sich_tigung-geschlechteraspekt.pdf]
- Messing, K., Östlin, P. (2006): Gender equality, work and health: A review of the evidence. Genf, WHO Press.
- Meyer-Nürnberg, M., Viehmann, S. (2006): BZgA-Handreichung. Geschlechtergerechtes Formulieren. Tipps – Hinweise – Vorschläge.
- Razum, O. et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. [www.rki.de/cln_091/nm_205770/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/migration.pdf]
- Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln. [www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/fileadmin-kgs/pdf/KiGGS_GPA.pdf]
- Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. überarb. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto und Seattle, Hogrefe Verlag.
- WHO (2002): Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO – WHO Gender Policy. Genf, WHO.
- WHO-Europa (2001): Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe. Endorsed at a WHO meeting Copenhagen, 5–7 February 2001, Kopenhagen, WHO. [http://www.who.dk/document/e73519.pdf.23.07.04]
- WHO Regional Office for Europe (2002): Mainstreaming Gender Equity in Health: The need to move forward, Madrid Statement 2001. Kopenhagen, WHO.

Relevante Internetseiten

www.bag.admin.ch (Thema Gesundheitspolitik, Chancengleichheit, Gender Health)

www.bzga.de

www.frauengesundheitsportal.de

www.genanet.de (Thema Gender-Umwelt-Gesundheit)

www.gender-mainstreaming.net

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.health-inequalities.eu

www.quint-essenz.de

www.who.int/gender/en

5.2 Verzeichnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- Altgeld, Thomas* – Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
- Amann, Stefanie* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Sexualaufklärung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Antoine, Sunya-Lee* – Frauengesundheitstreff Tenever, Vorkampsweg 50, 28359 Bremen
- Balke, Kathrin* – ProjektBüroKöln, Gotenring 4, 50679 Köln
- Batemon, Hélène* – Diakonisches Werk des Evangelischen Kirchenverbandes Köln und Region, Brandenburger Straße 23, 50668 Köln
- Bentz, Petra* – Feministisches FrauenGesundheitsZentrum e. V., Bamberger Straße 51, 10777 Berlin
- Blimel, Stephan* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Qualifizierung, Fortbildung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Dahmen, Britt* – Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie, Abteilung Geschlechterforschung, Carl-Diem-Weg 6, 50933 Köln
- Deneke, Christiane, Prof.* – Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Life Science, Lohbrügger Kirchstraße 65, 21033 Hamburg
- Engels, Uta, Dr.* – Deutscher Olympischer Sportbund, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main
- Erath, Joachim* – Dissens e. V., Allee der Kosmonauten 67, 12681 Berlin
- Gold, Carola* – Gesundheit Berlin e. V., Friedrichstraße 231, 10996 Berlin
- Hanusch, Katja* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Internationale Beziehungen“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Hartmann-Tews, Ilse, Prof. Dr.* – Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie, Abteilung Geschlechterforschung, Carl-Diem-Weg 6, 50933 Köln
- Helfferich, Cornelia, Prof. Dr.* – Sozialwissenschaftliches FrauenForschungs-Institut Freiburg/Ev. Hochschule Freiburg, Buggingerstraße 38, 79114 Freiburg
- Hünert, Monika* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Sexualaufklärung, Verhütung, Familienplanung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Kadak, Selen* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

- Karatepe, Haydar* – Praxis für Sexualmedizin und Männerheilkunde,
Glauburgstraße 64, 60318 Frankfurt am Main
- Kolip, Petra*, Prof. Dr. – Universität Bremen, Fachbereich Human- und
Gesundheitswissenschaften, Grazerstraße 2 a, 28359 Bremen
- Köster, Monika*, Dr. – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Referat „Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Straße
220, 51109 Köln
- Krane, Elisabeth* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat
„Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Straße 220,
51109 Köln
- Lange, Cornelia*, Dr. – Robert Koch-Institut, FG 24, Seestraße 10,
13353 Berlin
- Lausberg, Beate* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat
„Ausstellungen, personale Kommunikation“, Ostmerheimer Straße 220,
51109 Köln
- Lehmann, Frank*, Dr. – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Referat „Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Straße
220, 51109 Köln
- Lins, Cornelia* – Technik-Diversity-Chancengleichheit e. V., Wilhelm-
Bertelsmann-Straße 10, 33602 Bielefeld
- Mann, Reinhard* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat
„Prävention von ernährungsbedingten Krankheiten“, Ostmerheimer
Straße 220, 51109 Köln
- Metz, Elke* – Bundesministerium für Gesundheit, Referat „Frauen und
Gesundheit“, Am Propsthof 78 a, 53121 Bonn
- Müller, Wolfgang*, Dr. Dr. – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
Referat „Aids-Prävention“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Musabyimana, Séraphine* – Diakonisches Werk des Evangelischen Kirchen-
verbandes Köln und Region, Brandenburger Straße 23,
50668 Köln
- Otten, Anneke* – Jugendclub Heimfeld, Grumbrechtstraße 65,
21075 Hamburg
- Paradies, Christina* – ProjektBüroKöln, Gotenring 4, 50679 Köln
- Pfeiffer, Alexander* – Männerbüro Mainfranken e. V., Bibrastraße 7,
97070 Würzburg
- Reemann, Helene* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat
„Internationale Beziehungen“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Röger, Ulrike*, Dr. – Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissen-
schaften und Sport, Gebbertstraße 123 b, 91058 Erlangen
- Sander, Ulrike* – Nußbaumer Wiese 4 a, 51467 Bergisch Gladbach

- Schiller, Kathrin* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Wissenschaftliche Untersuchungen, Qualitätssicherung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Schulte, Doris* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Familienplanung und Verhütung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Sonntag, Ute* – Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover
- Strunk, Mareike* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Prävention von Substanzmissbrauch, Suchtprävention“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Töppich, Jürgen* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Wissenschaftliche Untersuchungen, Qualitätssicherung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Viehmann, Sabine* – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Referat „Aufgabenplanung und -koordinierung“, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
- Wachtlin, Martina* – Universität Bremen, Human- und Gesundheitswissenschaften, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung, Grazer Straße 2, 28359 Bremen

Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

- Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten · Kommentierte Medienübersicht*
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschen und Janet Mandler
Best.-Nr. 60641000
- Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Inst. für
Therapieforschung, München)
Best.-Nr. 60642000
- Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen* (neue, erweiterte
und überarbeitete Auflage)
Best.-Nr. 60643000
- Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.
Best.-Nr. 60644000
- Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz –
Beispiele – Weiterführende Informationen*
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a.
Best.-Nr. 60645000
- Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen
und kommentierte Übersicht*
Von Anneke Bühler und Kathrin Hepekausen (IFT Inst. für Therapieforschung, München)
Best.-Nr. 60646000 (1. Auflage nur als PDF-Datei verfügbar, 2. Auflage als Broschüre
bestellbar)
- Band 7: *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe*
Von Elisabeth Wienemann und Günter Schumann
Best.-Nr. 60647000
- Band 8: *Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland –
Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004–2005*
Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA, durchgeführt durch das Universitätsklini-
kum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung unter Leitung
von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Best.-Nr. 60648000
- Band 9: *Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler
Suchtprävention“*
Eine Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
unter Leitung von Dr.-Ing., Dipl. Volkswirt Michael Bretschneider und Mitarbeit von Ina
Kaube und Jörg Schumacher
Best.-Nr. 60649000
- Band 10: *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention*
Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer
Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung
bei sozial Benachteiligten. Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in
Köln. Von Cornelia Helfferich und Monika Köster, unter Mitarbeit von Birgit Heidtke
Best.-Nr. 60649100
- Band 11: *Unterrichtsmaterialien zur Ernährungserziehung in der Grundschule – eine bundesweite
Bestandsaufnahme. www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6*
Best.-Nr. 60649110

Englische Ausgaben:

- Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler
Best.-Nr. 60644070
- Vol. 8: *The treatment of overweight and obese children and young people in Germany – Quantity and quality of initiatives in 2004–2005*
A research project carried out by the University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, the Centre for Psychosocial Medicine, the Institute and Policlinic for Medical Psychology and the research group for quality assurance research led by Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche and Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, on behalf of the Federal Centre for Health Education
Best.-Nr. 60648070
-

In der Praxis der Gesundheitsförderung bedeutet Gender Mainstreaming eine Sensibilisierung für die Bedeutung von Geschlecht und das grundsätzliche Einbeziehen geschlechtsspezifischer Belange. Da es darum geht, Maßnahmen an den Besonderheiten der Zielgruppen auszurichten, wird Gender zusammen mit anderen Merkmalen – zum Beispiel Alter, soziale Lage, Migrationshintergrund – berücksichtigt. Der aktuelle Stand der Praxis ist gekennzeichnet durch ein breites Spektrum an Formen der Umsetzung von Gender Mainstreaming, einen fehlenden systematischen Austausch über Praxiserfahrungen und ein Spannungsverhältnis zwischen der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Geschlechteraspekten und der konkreten Praxis der Gesundheitsförderung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat 2008 den Workshop „Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention“ durchgeführt, um neue umsetzungsorientierte Impulse zu setzen. Ein spezieller Fokus lag auf geschlechtergerechter Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Zielgruppen. Hierzu fand im Rahmen der Tagung ein produktiver Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis statt.

Das vorliegende Fachheft gibt die Beiträge und Diskussionen des Workshops wieder. Dokumentiert sind die wissenschaftlichen Beiträge und Daten zu den Grundlagen von Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung, Umsetzungsbeispiele aus der Facharbeit der BZgA sowie Praxisprojekte. Die Diskussion erbrachte Verständigungsprozesse, zum Beispiel hinsichtlich der Notwendigkeit, die Genderperspektive als Qualitätsmerkmal in eine zukünftige Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Die Fachtagung war ein wichtiger Schritt, Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention sprachfähiger zu machen und Möglichkeiten einer geschlechteradäquaten Umsetzung aufzuzeigen.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-62-4