„Männliche“ Qualitäten der Gesundheitsbildung entwickeln und an den Mann bringen

„MANN was geht“ (LVG + AFS Niedersachsen)
Online-Seminar 13.07.20

Gunter Neubauer, SOWIT Tübingen

„Männliche“ Qualitäten?

Vielfalt von Männlichkeiten: „Viele Männer sind im Mann“ (L. Böhnisch)

- Der Mann als Problemfall der Gesundheitsbildung und -förderung?
- Wer hat die Probleme – und was sind keine Probleme?
- Welche Männer und Männlichkeiten sind relevant?
- Konzeptionelle Ansätze für die Praxisentwicklung
- Praxisbeispiele und Projekte

Gesundheitsbildung – Gesundheitsförderung

Wo bleiben die Männer?

- Problemindikator: **Teilnahmezahlen** an vhs-Kursen – Männer ca. 15 % (D)
- Männer gelten als problematische und **schwer zugängliche Zielgruppe**
- Liegt das in der **„Natur des Mannes“**, an seiner Sozialisation, an traditionellen Männlichkeitsbildern – oder (auch) an anderen Faktoren?
- Bevölkerungspolitik des 19. und 20. Jahrhunderts: „fürsorgliche Belagerung“ der **Frauen und Mütter** im Dienst der „Peuplierung“
- Beispiel: 1917 Gründung der ersten **Mütterschule** in Stuttgart (heute Familienbildungsstätte „Haus der Familie“)

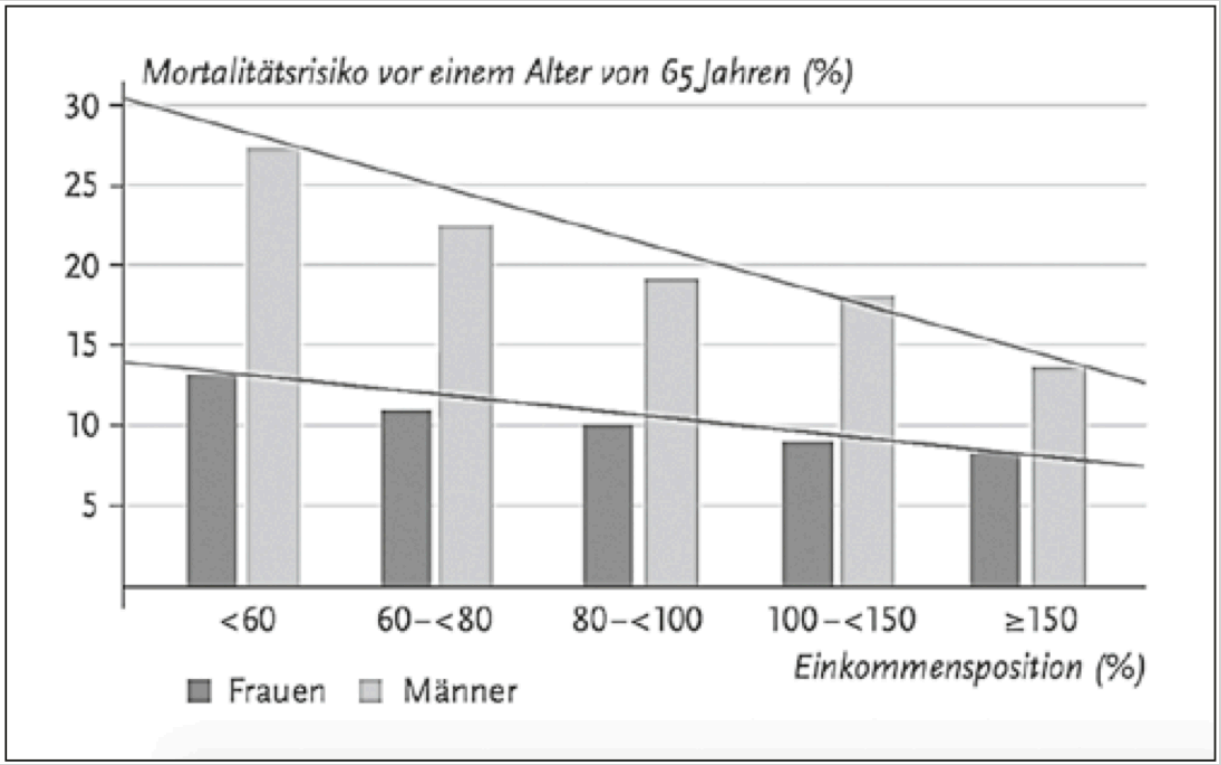
Gesundheitsbildung – Gesundheitsförderung

Wo bleiben die Männer?

- Teilnahme an der **Krebsfrüherkennung** ist nicht das Hauptproblem – überwiegend unwesentliche Unterschiede (GKV-Daten / ZI)
- Teilnahme am **Check-up** ist nicht das Hauptproblem – 2/3 der Männer und der Frauen nehmen nicht teil (GKV-Daten / ZI)
- **Arztkontakte** sind nicht das Hauptproblem – m / w ca. 14 / 20 = 1 / 1,4 (Versorgungsatlas)
- **Lebenserwartungsdifferenz** ist nicht das Hauptproblem: Männer leben im Durchschnitt ca. 2,5 Jahre weniger – als der Bevölkerungsdurchschnitt
- **Gesundheitskompetenz** ist nicht das Hauptproblem – zentrale Gesundheitsbotschaften sind einigermaßen bekannt (GK-Studie Bielefeld 2016)

Männergesundheit und sozialer Gradient

RKI-Gesundheitsmonitoring: Soziale Unterschiede in Deutschland (2019)



Gesundheitsbildung – Gesundheitsförderung

Um welche Männer sollte es vorrangig gehen?

- **Intersektionalität**: Armut und Gesundheit x männlich
- **Klosterstudie** (Luy): von einer höheren Lebenserwartung in den Klöstern profitieren v.a. die gering/er qualifizierten Männer, die durchschnittlich höhere Lebenserwartung insgesamt ist (nur) ein Folgeeffekt
- Kontext (gesundheitlicher) **Grundbildungsbedarf**, (gesundheitliche) Zugangs- und Bildungsbenachteiligung
- Kontext **Migration und Bildung** – z.B. Flucht, Arbeitsmigration
- Männer in **prekären Lebens- und Berufssituationen**: z.B. Großbaustellen, Schlachthöfe, Saison-Gemüsearbeiter, Logistik (Lieferdienste, Fernfahrer)

Perspektiven zur Praxisentwicklung

JMGB B-W 2015, S. 149

Strukturen	1.a	Aus einem **Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention** heraus wird eine **Perspektive auf Jungen und Männer** gerichtet, und es werden gezielte Angebote für sie bereitgestellt.
		oder
	1.b	Aus einem **jungen- und männerbezogenen Kontext** heraus werden Themen und Aspekte der **Jungen- und Männergesundheit aufgenommen** und gezielt bearbeitet.
	2.	Die Praxis ist auf eine gewisse **Dauer** angelegt *(und keine situative / einmalige Angelegenheit).*
Zielgruppen	3.	Das Themengebiet einer jungen- und männerbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention wird **explizit und spezifisch bearbeitet**.
	4.	Hinsichtlich der Arbeitsform in den Angeboten wird reflektiert und entschieden, ob der **homosoziale** *(ausschließlich Jungen bzw. Männer)* oder der **heterosoziale** Kontext *(geschlechtergemischt)* angemessen ist; die Angebote werden entsprechend konzipiert und reflektiert.
	5.	Die Arbeit richtet sich innerhalb der Gesamtgruppe der Jungen und Männer an **jeweils spezielle Gruppen** *(nicht verallgemeinert an „die Jungen“ bzw. „die Männer“).*
Erreichung	6.	Die Praxis erreicht **spezifische Lebenswelten** von Jungen und Männern.
	7.	Dort werden die Zugänge zu Jungen und Männern **proaktiv** gestaltet *(und nicht nur nachfrageorientiert oder zufällig).*
	8.	Die Praxis erreicht Jungen und Männer **persönlich und direkt**.

Perspektiven zur Praxisentwicklung

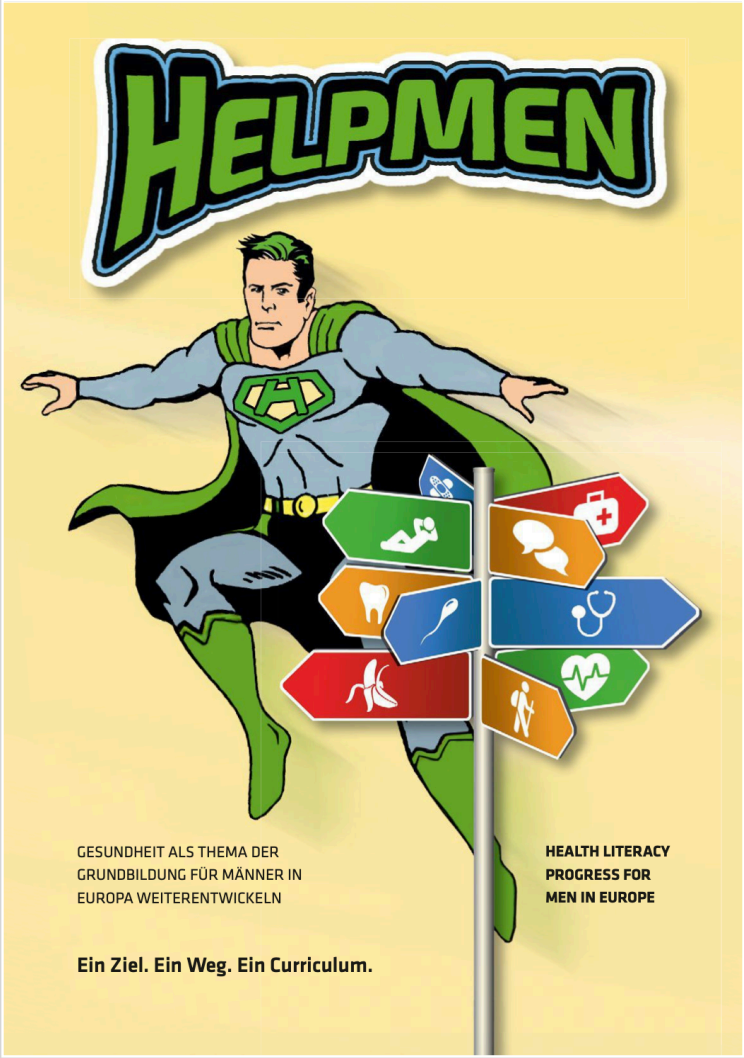
„Männliche“ Qualitäten – konzeptionelle Ansätze

- zwischen **Nachfragedimension und Angebotsdimension** unterscheiden => mehr proaktive, aufsuchende Angebote im Setting – es liegt in unserer Verantwortung, die Männer zu erreichen
- **biografische Situationen** nutzen: Übergang in Ausbildung, Beruf und eigene Haushaltsführung; Vaterschaft; Übergang in die Nacherwerbsphase; Krisen (z.B. Trennung, Unfälle, Krankheiten) – situativ oft größere Offenheit für Information, Beratung, Interaktion!
- **Männergesundheitsfenster:** physische, psychische, soziale und sexuelle Gesundheit
- „männliche“ **Zugangswege** didaktisch an- und aufnehmen: Wissens- und Statusabgleich, Risikokompetenz und Autonomiewünsche, konkrete Umsetzungsmöglichkeiten (nächster gesunder Schritt)
- **Balancehalten**: Aktivierung und Reflexion, kompetitiver und kooperativer Charakter, persönlicher und indirekter Zugang, Praktisches und auch (etwas) Praxistheorie

Gesundheitsbildung – Gesundheitsförderung

Praxisbeispiele und Projekte

- **HelpMen** – Health Literacy Progress for Men in Europe (Erasmus+ Strategische Partnerschaft, 2017 - 2019) www.help-men.eu
- **movemen** – empowering male refugees (Bundesforum Männer, 2016 - 2018) www.movemen.org
- **Netzwerk Jungen- und Männergesundheit** (gegründet 2005) – www.netzwerk-maennergesundheit.de > „Gute Praxis“
- Kampagne zum **Tag der ungleichen Lebenserwartung** am 10. Dezember (Stiftung Männergesundheit, seit 2018) www.tag-der-ungleichen-lebenserwartung.de
- Übersicht: **Jungen- und Männergesundheitsbericht B-W 2015**, Kapitel 6: Gesundheitsförderung und Prävention www.gesundheitsdialog-bw.de > Bericht_Jungen-_und_Maennergesundheit
- **Männerbezogene Suizidprävention** (SOWIT für Sozialministerium B-W, 2020 - 2021)


HELPMEN
GESUNDHEIT ALS THEMA DER GRUNDBILDUNG FÜR MÄNNER IN EUROPA WEITERENTWICKELN
HEALTH LITERACY PROGRESS FOR MEN IN EUROPE
Ein Ziel. Ein Weg. Ein Curriculum.