



Green Paper Männergesundheitsförderung Steiermark

Christian Scambor

Institut für Männer- und Geschlechterforschung

2013

Titel: Green Paper «Männergesundheitsförderung Steiermark»

Autor: Mag. Dr. Christian Scambor

Veröffentlicht von: Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark
Dietrichsteinplatz 15/8
A-8010 Graz

Jahr: 2013

Ein Projekt des Instituts für Männer- und Geschlechterforschung

Projektmitarbeit: Christian Scambor, Roland Elmer

Gefördert von: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA8 - Gesundheit



Inhalt

1. Einleitung.....	5
2. Begriffe: Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention.....	12
2.1. Definitionen des Begriffs „Gesundheit“.....	13
2.2. Zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention.....	17
3. Zur Entwicklung des Themas „Männergesundheit“.....	21
4. Wie vergleichen?	25
5. Zur Situation	34
6. Männergesundheitsförderung im Kontext der Geschlechtergleichstellung.....	38
7. Männergesundheit in gesundheitspolitischen Zielformulierungen.....	47
7.1. EU.....	47
7.2. Österreich	48
7.3. Steiermark.....	49
7.4. Kritische Betrachtung der Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark im Kontext der Gesundheitsförderung.....	51
8. Männer als Zielgruppe/n von Gesundheitsförderung.....	56
8.1. Begründungen für eine Gesundheitsförderung, die auf Männer fokussiert.....	57
8.2. Zielgruppendifferenzierung.....	62
8.3. Wie kleinteilig sollte man die Zielgruppen definieren?	68
8.4. Einbezug mehrerer sozialer Determinanten / Intersektionalität.....	69
9. Ansatzpunkte und Erfolgsfaktoren.....	71
9.1. Ausgangspunkt	73
9.2. Konzeptuelle Grundlagen von Männergesundheitsförderungs-Projekten.....	73
9.3. Gender-Ansatz, Kooperation mit Frauengesundheit.....	74
9.4. Zielgruppen genau definieren	75
9.5. Ziele: SMART.....	77
9.6. Partizipation: Einbezug der Zielgruppen.....	78
9.7. Wie erreicht man verschiedene Zielgruppen?	79
9.8. Vernetzung.....	81
9.9. Zielgruppen richtig ansprechen und abholen, wo sie stehen	82
9.10. Themen.....	85
9.11. Settings und Handlungsfelder.....	87
9.12. Ressourcen und Rahmenbedingungen	89
10. Good-Practice-Beispiele.....	91
10.1. Einschätzung der allgemeinen Situation durch Expert_innen	94
10.2. Regionale Projekte und Ansatzpunkte	95
10.3. Good Practice: M.E.N. Wien.....	97
10.4. Outreach-Arbeit.....	99
10.5. Schule, Jugendarbeit.....	100
10.6. Betriebliche Gesundheitsförderung.....	101
10.7. Vernetzung, Arbeitskreise, Initiativen.....	103

10.8. Bedarfserhebung, sozialräumliches Vorgehen	104
10.9. Methodik	105
10.10. Websites	107
11. Mögliche Probleme	108
11.1. Probleme in Konzepten	109
11.2. Probleme im Bereich der Kooperation.....	110
11.3. Probleme beim Erreichen der Zielgruppen	112
11.4. Probleme in der Methodik.....	115
11.5. Setting Jugendarbeit, Schule	116
11.6. Setting Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).....	117
11.7. Männergesundheitsförderung pro-forma	120
11.8. Geringe Ressourcen, Gesundheitsförderung als Marketing.....	121
12. Zusammenfassung.....	123
13. Empfehlungen.....	128
13.1. Männergesundheit auf die politische Agenda setzen und breit verankern.....	128
13.2. Aktivitäten zur Förderung der Männergesundheit verstärken.....	129
13.3. Männergesundheitsförderung konzeptuell in ein Rahmenwerk der Geschlechtergleichstellung einbinden	129
13.4. Von guten Beispielen lernen	130
13.5. Vernetzung von Initiativen	130
13.6. Medienarbeit umsetzen und fördern.....	131
13.7. Datenlage verbessern und weiterentwickeln	131
13.8. Wissensbasis verbreitern.....	132
13.9. Männergesundheitsförderung soll professionell erfolgen und sich an den Vorgangsweisen in der Gesundheitsförderung orientieren	132
13.10. Empfehlungen für die praktische Arbeit.....	133
13.11. Kompetenzzentrum / Kompetenznetzwerk / Männergesundheitszentrum einrichten	137
Literaturverzeichnis.....	139
Anhang	147
Anhang 1: Interviewleitfaden	147
Anhang 2: Auszüge aus der Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark (Land Steiermark, 2011).....	148
Anhang 3: Vorschläge für Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für Männer und Burschen aus dem 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht.....	150
Anhang 4: Handlungsempfehlungen im Bereich Männergesundheit aus dem 2. Österreichischen Männerbericht.....	151
Anhang 5: Empfehlungen im Bereich der Männergesundheit aus sRecommendations for actions to main points and summaries from The state of men's health in Europe . Extended report±2011%.....	153
Anhang 6: Empfehlungen im Bereich der Männergesundheit aus dem Bericht sThe Role of Men in Gender Equality%.....	156

1. Einleitung

Die Ausführungen in diesem Papier sollen als Diskussionsbeitrag und Ideensammlung zum Thema *Männergesundheitsförderung in der Steiermark* verstanden werden. In Anlehnung an den Begriff *Green Paper* haben wir den folgenden Ausführungen den Titel *Green Paper Männergesundheitsförderung Steiermark* gegeben. „Grünbücher“ kennt man von der Europäischen Kommission . diese verfolgen meist den Zweck, zu einem bestimmten Thema die Diskussion in der (Fach-)Öffentlichkeit zu fördern. In Grünbüchern werden Fragen und Ideen zusammengetragen, sowie Fachpersonen und Repräsentant_innen¹ von verschiedenen Organisationen und Institutionen gebeten, ihre Sichtweisen zum Thema darzulegen. In Analogie zu „Grünbüchern“ sollen auch im vorliegenden Papier Fragestellungen, Ideen, Beispiele und Perspektiven von Fachpersonen zusammengestellt werden, um die Diskussion über Männergesundheitsförderung anzuregen und zu fördern.

Ein Ideenpapier wie das vorliegende kann nicht den Anspruch einlösen, einen Gegenstand umfassend und vollständig abzuhandeln, sondern es werden einige Aspekte und Perspektiven aufgegriffen, die im Zusammenhang mit der jüngeren Diskussion im Themenbereich wichtig scheinen und in Politik, Forschung oder Praxis aufgegriffen werden könnten und sollten. Das vorliegende Green Paper versteht sich demgemäß auch nicht als wissenschaftlicher Endbericht eines Forschungsprojekts, sondern als schlaglichtartige Zusammenstellung von Anregungen zur Diskussion über Männer- und Genderaspekte im Bereich der Gesundheitsförderung, sowie als Motivation zur praktischen Umsetzung einiger Aktivitäten zur Männergesundheitsförderung in der Steiermark, die anderswo erfolgreich waren und als Best-Practice-Beispiele dienen können.

Die **Methoden**, mit denen Information für das vorliegende Green Paper zusammengetragen wurde, waren die folgenden:

¹ In Berichtsteilen, die vom Autor verfasst wurden, wird die Unterstrich-Schreibweise verwendet, um verschiedene Geschlechter zu bezeichnen. In den Passagen, in denen Interview-Statements von befragten Expert_innen zusammengefasst sind, wird das Binnen-I verwendet. Diese Passagen sind in eben dieser Schreibweise den Expert_innen zum Gegengelesen übermittelt worden.

a) Web-Recherche

Web-Recherchen eignen sich als Vorgangsweise, um einen ersten Überblick über die Aktivitäten verschiedener Akteur_innen, Organisationen und Institutionen zu erhalten, auch eine Reihe von relevanten Veröffentlichungen und Praxisberichten können im www gefunden werden. Das Internet stellt auch eine wichtige Möglichkeit für politische Akteur_innen dar, mit der Öffentlichkeit zu kommunizieren, dementsprechend konnten einige zentrale Materialien wie z.B. die *Steirischen Gesundheitsziele* über das Internet bezogen werden.

b) Studium von Fachliteratur

Relevante Fachliteratur zur Männergesundheit und Männergesundheitsförderung wurde in die Erstellung des Green Paper einbezogen, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit oder umfassende Analyse gestellt wurde. Ein Schwerpunkt wurde auf jüngere einschlägige Veröffentlichungen gelegt. Zentrale Quellen waren u.a. der *First European State of Men's Health Report* (European Commission [EC], 2011a, 2011b) und die Ausführungen zur Männergesundheit in der Expertise *The Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013). Gute Anregungen finden sich auch im Bericht *Men, Male Roles and Gender Equality* des Norwegischen Ministeriums für Kinder und Gleichstellung (Norwegian Ministry of Children and Equality, 2009) und im Konferenzband *Men and Gender Equality: Towards Progressive Policies* (Varanka, Närhinen & Siukola, 2006). Für Österreich ist der *1. Männergesundheitsbericht 2004* (Habl, Birner, Hlava & Winkler, 2004) eine wichtige ältere Quelle, neuere Ausführungen zur Männergesundheit sind im *2. Österreichischen Männerbericht* (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011) enthalten. Weiters wurde der *Steirische Gesundheitsbericht 2010* (Grasser & Wieseneder, 2010) herangezogen, um Informationen über Daten zur Männergesundheit in der Steiermark zu erhalten. Darüber hinaus wurden weitere wichtige Buch- und Zeitschriftenbeiträge in die Erstellung des Ideenpapiers einbezogen.

c) Relevante Veranstaltungen

Als zusätzliche Informationsquellen wurden relevante Veranstaltungen (Tagungen, Kongresse etc.) der letzten Jahre einbezogen, teilweise durch Teilnahme an diesen Veranstaltungen, teilweise indem im Internet verfügbare

Veranstaltungsdokumentationen oder entsprechende Informationen herangezogen wurden. Zu nennen sind z.B. die folgenden internationalen Tagungen und Kongresse:

- Konferenz *Men and Gender Equality . Towards Progressive Policies* (2006 in Helsinki)
- 2007 fand unter portugiesischer EU-Präsidentschaft die Konferenz *Men and Health* statt
- *World Men's Health & Gender Congress* (2007, 2009 und 2011 in Wien)
- *Symposium on Men's Health* (2011 in Leeds)
- Konferenz *Gender and Health Through Life* (2012 in Kopenhagen)
- Konferenz *The Role of Men in Gender Equality - European Insights & Strategies* (2012 in Brüssel)
- Konferenz *Männerpolitik* (2012 in Berlin)

Auch Veranstaltungen in nationalem oder regionalem Rahmen gab es in den vergangenen Jahren, so z.B. die *Österreichische Männertagung (Balance)* 2008 in Salzburg zum Thema Gesundheit (vgl. Männerbüro Salzburg, 2009), den Workshop *„Männergesundheit“* auf der *Österreichischen Männertagung (Diversität von Männlichkeiten)* 2011² oder die Tagung *Gender Medizin* 2012 in Graz.

d) Expert_innen-Interviews

Der Schwerpunkt der Arbeit bei der Erstellung des vorliegenden *Green Paper* bestand in der Durchführung und Auswertung von 12 Expert_inneninterviews mit regionalen, nationalen und internationalen Expert_innen im Bereich der Männer-/Gesundheitsförderung im Zeitraum 2012-2013.

- Auf **regionaler Ebene** bestand der Anspruch, einige wesentliche Organisationen im Feld der Gesundheitsförderung in die Erhebung miteinzubeziehen, um zur Situation der Männergesundheitsförderung in der Steiermark ein gutes Bild zu erhalten, wobei auch hier kein Anspruch auf vollständiges Abdecken des Feldes gestellt werden konnte, sondern versucht wurde, durch einen eher breit angelegten Zugang unterschiedliche Perspektiven einzufangen.

² vgl. <http://maennertagung2011.mur.at/de/content/ws5-m%C3%A4nnergundheit>

- Auf **Österreich-Ebene** wurde versucht, die Perspektive von ausgewählten Organisationen bzw. die Sichtweisen und Erfahrungen von Personen einzubeziehen, die in der Männergesundheitsförderung aktiv waren und sind, sowie Good-Practice-Beispiele beisteuern konnten.
- Für einen Blick über den Tellerrand wurden einige ausgewiesene **internationale** Experten im Feld der Männergesundheit und Männergesundheitsförderung befragt.

Die halbstrukturierten Expert_innen-Interviews erfolgten mithilfe eines Leitfadens (vgl. Anhang 1) und wurden aufgezeichnet. Aufgrund beschränkter Ressourcen wurden die Interviews nicht vollständig transkribiert, sondern unter Einbezug von ausgewählten direkten Zitaten zusammengefasst. Die Expert_innen erhielten diese Zusammenfassungen per E-Mail zur Durchsicht und hatten die Möglichkeit, Anmerkungen zu machen und Änderungen vorzuschlagen, sodass die Endversionen der Interview-Zusammenfassungen nach dieser Rückmeldungs-Schleife die intendierten Aussagen der Expert_innen möglichst gut widerspiegeln. Diese Vorgangsweise erschien uns für das Ziel, ein *Ideenpapier* und keinen wissenschaftlichen Forschungsbericht zu erstellen, insgesamt angebracht.

Den Expert_innen wurde freigestellt, mit ihrem Namen oder anonym im Bericht bezeichnet und zitiert zu werden. Alle befragten Expert_innen stimmten der Nennung ihres Namens zu.

Die interviewten Expert_innen waren im Einzelnen:

Steiermark:

Mag.^a Sylvia Groth, MAS, Geschäftsführerin des Frauengesundheitszentrums Graz.

Mag. Robert Gürtler, Mitarbeiter bei Styria Vitalis im Bereich *Gesunde Gemeinde*.

Mag.^a Verena Krammer, MPH, Leiterin des Bereichs *Gesundheitsförderung und Public Health* der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.

Dr. Martin Sprenger, Leiter des Universitätslehrgangs Public Health an der Medizinischen Universität Graz.

Gert Weilharter, Abteilungsleiter *Jugendalter* bei Vivid - Fachstelle für Suchtprävention, Graz.

Österreich:

Mag. Romeo Bissuti, Gründer und Leiter des Männergesundheitszentrums M.E.N. in Wien.

Dr. Klaus Ropin, Gesundheitsreferent im Fonds Gesundes Österreich, Bereich *Betriebliche Gesundheitsförderung*.

Mag. Eberhard Siegl, Leiter des Männerbüro Salzburg, Trainer/Vortragender im Bereich *Betriebliche Gesundheitsförderung*.

International:

Dipl. Psych. Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

DSA René Setz, selbständiger Experte und Fachberater, aktiv bei Verein Forum Männergesundheit, Bern, vormals Fachberater bei Radix (Schweizerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung).

Prof. Alan White, Professor für Männergesundheit und Gründer des *Centre for Men's Health* an der Leeds Metropolitan University (UK).

Dr. Reinhard Winter, Leiter des SOWIT - Sozialwissenschaftliches Institut Tübingen (gemeinsam mit Gunter Neubauer)

Allen Expert_innen wird für ihre Bereitschaft, an der Erhebung teilzunehmen, herzlich gedankt!

Der **Aufbau** des vorliegenden *Green Paper* ist der folgende:

- Zunächst erfolgen basale **Definitionen** der Begriffe *Gesundheit*, *Gesundheitsförderung* und *Prävention*, und die Statements der Expert_innen zu diesen Begriffen sowie der Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention werden wiedergegeben.
- Es folgen Ausführungen zur **Entwicklung des Themas Männergesundheit** in einem kurzen Rückblick auf die letzten Jahrzehnte, wobei die Perspektive auf Österreich im Mittelpunkt steht.
- Gesundheitsförderung sollte daten- bzw. evidenzbasiert angelegt sei, dies gilt auch für die Männergesundheitsförderung. Häufig werden **Vergleiche** zwischen Männern und Frauen oder Mädchen und Burschen herangezogen, um einen Bedarf in bestimmten Gesundheitsbereichen zu argumentieren. Auf verschiedene Möglichkeiten, wie sinnvolle Vergleiche angestellt werden können, wird eingegangen.
- Anschließend werden Quellen zusammengestellt, die über den **Gesundheitszustand von Männern bzw. Untergruppen** auf EU-, Österreich- und Steiermark-Ebene Aussagen treffen.
- Im darauf folgenden Kapitel geht es darum, wie **Männergesundheitsförderung und Geschlechtergleichstellung** zusammen gedacht werden können, wobei neuere Veröffentlichungen auf EU-Ebene die Basis darstellen.
- Es wird weiters der Frage nachgegangen, welche Rolle der (Förderung der) Männergesundheit im Rahmen verschiedener **politischer Zielformulierungen** (EU, Österreich und Steiermark) zugeordnet wird.
- In den nachfolgenden Kapiteln werden die **Statements der befragten Expert_innen** thematisch geordnet wiedergegeben, und zwar zu den Themen:
 - Männer als **Zielgruppe/n** von Gesundheitsförderung
 - **Ansatzpunkte** und **Erfolgsfaktoren** in der Männergesundheitsförderung
 - **Good-Practice-Beispiele** in der Männergesundheitsförderung
 - Mögliche **Probleme** und **Schwierigkeiten**
- Eine **Zusammenfassung** und **Empfehlungen** bilden den Abschluss des *Green Papers*.

Es wird kein Anspruch auf eine vollständige Darstellung der verschiedenen Aspekte gestellt, und unterschiedliche Auffassungen über einzelne Aspekte bzw. Widersprüche

zwischen verschiedenen Aussagen einzelner Expert_innen können durchaus vorliegen . wiederum sei auf die Absicht des vorliegenden Papiers hingewiesen, die darin besteht, eine Diskussion zu starten und anzuregen (und nicht, eine Diskussion zusammenzuführen oder abzuschließen). Die Kapitel, in denen die Statements der Expert_innen wiedergegeben werden, sind daher als Ideensammlung angelegt.

2. Begriffe: Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte den Gesundheitsbegriff in ihrer Verfassung von 1946 folgendermaßen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (World Health Organization [WHO], 1946, S. 1)³

Diese grundlegende Definition ³ hatte bis Ende der 70er Jahre kaum Einfluss auf die Ausgestaltung der Programme der Weltgesundheitsorganisation (Altgeld & Kolip, 2004, S. 43), bildet aber bis heute eine Grundlage für Politik, Forschung und Praxis im Gesundheitsbereich. Mit der Verabschiedung der Deklaration von Alma Ata im Jahr 1978 und der Ottawa-Charta der WHO (1986) wurde der Grundgedanke der WHO-Gesundheitsdefinition wieder aufgegriffen. In der Ottawa-Charta wurde zu aktiver *Gesundheitsförderung* aufgerufen, und wichtige, bis heute gültige Prinzipien und Strategien wurden benannt, z.B. Empowerment, Partizipation, *Health in all policies*-Ansatz, Settingorientierung. Ein weiteres, wenig später formuliertes Modell, das sich durchgesetzt hat, ist jenes der *Gesundheitsdeterminanten* (vgl. Dahlgren & Whitehead, 1991; WHO, 2012).

Aus der Vielzahl von Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung seien jene von Altgeld und Kolip (2004) herausgegriffen:

„Prävention hat ihren Ausgangspunkt bei spezifizierten Krankheiten oder Störungen und hat das Ziel, diese Risiken zu minimieren oder gänzlich auszuschalten ³ Das zugrunde liegende Modell ist das Risikofaktorenmodell. Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren (auch: Ressourcen) an und will diese fördern ³ Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern. Das zugrunde liegende Modell ist das Salutogenesemodell.“ (S. 41f.)

Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht immer scharf zu trennen. Maßnahmen, die die Gesundheit fördern, leisten oft zugleich einen Beitrag zur Prävention von Störungen und unerwünschten Zuständen; andererseits geht mit dem Absenken von Risiken häufig eine Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen Hand in Hand. (vgl. Altgeld & Kolip, 2004, S. 42).

³ Anm.: Geschlecht wurde damals noch nicht erwähnt.

„Aber auch wenn in zahlreichen Maßnahmen beide Elemente vertreten sind, so ist die konzeptionelle Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention bedeutsam, da sich die Blickrichtung und Strategien unterscheiden.“ (S. 42).

Diese Sichtweisen werden von den befragten Expert_innen weitgehend geteilt⁴, wie im nächsten Abschnitt dargestellt wird.

2.1. Definitionen des Begriffs 'Gesundheit'

Grundsätzlich wird von den befragten ExpertInnen der Gesundheitsbegriff der WHO und die Ottawa-Charta (WHO, 1986) als nach wie vor gültige Definition bzw. Grundlage angesehen, wobei spätere Weiterentwicklungen (z.B. Gesundheitsdeterminanten-Konzept) als sinnvoll hervorgehoben werden.

Weiters wird betont, dass der Begriff der Gesundheit insgesamt schwer zu definieren ist (letztendlich handelt es sich um einen subjektiv zu definierenden Begriff) und ein offener, breiter Zugang angebracht ist. Auch bestehen verschiedene Zugänge und Definitionen je nach Profession (Medizin, Pflege, Psychologie, Soziologie, Ökonomie etc.), und der Gesundheitsbegriff wird auch vermarktet.

Für die praktische Arbeit in der Gesundheitsförderung sind allzu komplexe Definitionen nicht immer hilfreich bzw. schwer vermittelbar. So kann es z.B. in der Arbeit mit Multiplikator_innen ausreichen, sich auf ein Alltagsverständnis von „Gesundheit“ zu einigen.

⁴ Die Themen „Gesundheitsbegriff“ und „Abgrenzung der Gesundheitsförderung von Prävention“ wurden nicht in allen Interviews zum Thema gemacht.

WHO-Definition und Ottawa Charta als Grundlagen:

Die Definition der **WHO** und die **Ottawa Charta** sind nach wie vor die relevanten Definitionen. (White)

Als Grundlage sind die WHO-Definition und Ottawa-Charta nach wie vor eine **gute Basis**. Diese Definitionen werden manchmal aus verschiedenen Gründen kritisiert, aber es gibt keine guten Alternativen. (Weilharter)

Grundsätzlich wird vom WHO-Gesundheitsbegriff ausgegangen, mit der Erweiterung in Richtung **Gesundheitsdeterminanten**. (Groth)

Die WHO-Definition und die Ottawa-Charta bilden nach wie vor die Grundlagen der Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Der Gesundheitsbegriff entwickelt sich laufend weiter, z.B. Gesundheit als **Prozess** in Abgrenzung zum älteren, statischeren Gesundheitsbegriff. Die jeweiligen Definitionen der WHO sind die relevanten Grundlagen. (Krammer)

Die WHO-Definition war **revolutionär**, aber auch sehr **visionär** und damit **schwer erreichbar**. Die Ottawa Charta geht darüber hinaus, sieht Gesundheit als **Ressource** und als etwas an, das von vielen Faktoren (**Determinanten**) auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst wird. (Sprenger)

Wichtig ist in diesem Bereich die **ganzheitliche Sichtweise** auf Gesundheitsförderung und Primärprävention. „Ganzheitlich“ bedeutet: Nicht nur **Verhalten**, sondern auch die **Verhältnisse** werden betrachtet; **Health in all policies**-Ansatz (z.B. Bildung, Familie, Finanzen); **Determinanten**-orientierte Arbeit (z.B. Schule: LehrerInnen, Eltern, SchülerInnen werden betrachtet und einbezogen). (Krammer)

⁵ Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

Grundsätzlich geht es bei Gesundheitsförderung darum, wie eine Person ihr Leben führt und dass ein **guter Gesundheitszustand** die **Grundlage** für dieses Leben bildet. In verschiedenen Strategiegruppen geht es daher auch immer um ähnliche Inhalte (White):

sThe kind of strategies the cancer groups were looking at to reduce the risk of men developing cancer included reducing smoking, increasing activity levels, improving individuals mental health and having a positive outlook on life, which is exactly the same as the conversation I am having with the cardio-vascular groups, and when you speak to the mental health group they are talking about people having good all-round healthy life styles, good diet, and physically active and so on. When you are looking at health, you shouldn't break it down into disease states apart from when you got specific issues, because fundamentally, we are all talking about the same thing. We are talking about a person who is informed about the most effective way of living a healthy life. And that comes down to health being the broad definition that the World Health Organisation came up with.+(White)

Verschiedene Möglichkeiten, Gesundheit zu definieren:

sō je länger man sich damit beschäftigt, desto mehr merkt man, wie schwer sich dieser Begriff fangen lässt.%(Sprenger)

Gesundheit hat sehr viele Facetten, somit gibt es sehr viele Möglichkeiten, Gesundheit zu definieren. (Sprenger)

sch glaube, man sollte da sehr gelassen drangehen, ich meine, wenn es notwendig ist, dann muss man es definieren, aber wenn, dann würde ich es sehr offen, sehr breit definieren, eher als Ressource für ein erfülltes Leben. Und ja nicht irgendwelche starren Definitionen verwenden.%(Sprenger)

Gesundheit kann von unterschiedlichen Ebenen verschieden aufgefasst werden:

- Jede Person kann *Gesundheit* für sich selber definieren; Gesundheit ist dabei veränderlich, schwankt mit Alter und Ereignissen, die die Person treffen;
- Professionen definieren Gesundheit unterschiedlich: Medizin, Pflege, Psychologie, Soziologie, Ökonomie etc.
- Gesellschaftlicher Gesundheitsbegriff: Dies zeigt sich im Umgang mit körperlicher/geistiger Behinderung, Alter, Sterben, pränataler Diagnostikō Die Frage ist immer: Was ist uns Gesundheit wert, was ist gesund, was ist die Norm?

- Seit zirka 20 Jahren ist der Markt ein wichtiger Player, der Gesundheit definiert: Lebensmittelindustrie, Freizeit-, Tourismus-; Vermarktung des Gesundheitsbegriffs in den Medien (Sprenger)

Das ist eigentlich . wenn man so will . ein Trend unserer Zeit: Gesundheit ist sexy, Gesundheit ist positiv besetzt. Deswegen heißt ein Ministerium, das eigentlich ein Krankenversorgungs-Ministerium ist, Gesundheitsministerium; die Krankenversorgungs-Ausgaben heißen Gesundheitsausgaben; Krankenkassen werden zu Gesundheitskassen; Das Etikett Gesundheit wird eben dann auf alles draufgeklebt, obwohl Gesundheit gar nicht drinnen ist. (Sprenger)

In **UK** wird zunehmend der Begriff **Wohlbefinden** (wellbeing) zusätzlich zum Begriff **Gesundheit** (health) relevant:

Wellbeing is a very important part of what we are now trying to do here. It's like in the workplace. It used to be health and safety. Now it's health, wellbeing, and safety. (White, mit Bezug auf UK)

Die Politik beschäftigt sich zunehmend mit dem Konzept Wellbeing. Es gab jüngst einen Entwicklungsschritt in diese Richtung, als die Regierung eine große Umfrage zu **Glück/glücklichem Leben** (happiness) in Auftrag gab . Glück muss individuell definiert werden und hat massive implications for how satisfied you are, and that for how healthy you are. (White, mit Bezug auf UK)

Der Gesundheitsbegriff in der Praxis:

Der Fonds *Gesundes Österreich* beschäftigt sich intensiv mit dem Gesundheitsbegriff. Es gibt teilweise bereits sehr komplexe Definitionen mit hohem wissenschaftlichen Anspruch, die aber **nicht mehr in die Praxis übersetzbar** sind. Kompliziertere Konzepte wie *bio-psycho-soziales Modell* oder *bio-psycho-mental-soziales Modell* sind schwer vermittelbar. Es ist bereits eine Herausforderung, den sozialen Aspekt von Gesundheit zu vermitteln, umso schwieriger ist es, noch komplexere Modelle zu vermitteln. Die Definitionen der WHO und die Ottawa-Charta sind nach wie vor ausreichend. (Ropin)

In der Regel, interessieren sich aber MultiplikatorInnen oder andere Personen, mit denen gearbeitet wird, nicht so sehr für die Definitionen, sondern man einigt sich auf ein **Alltagsverständnis** von Gesundheit (Winter)

2.2. Zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind oft nicht klar voneinander zu trennen, jedoch werden auf der inhaltlichen Ebene von mehreren Expert_innen Unterschiede ausgemacht.

Aber auch professionsbezogene Motive und organisationale Zuständigkeitsfragen spielen manchmal eine Rolle, warum Gesundheitsförderung und Prävention voneinander abgegrenzt werden.

Statements der Expert_innen:⁶

Gesundheitsförderung und Prävention sind oft nicht klar voneinander zu trennen

UK: Der Unterschied zwischen *Prävention* (*prevention*) und *Gesundheitsförderung* (*health promotion*) ist eine Definitionsfrage und **nicht immer klar**: Wenn Gesundheit gefördert wird, wird auch verhindert, dass Probleme entstehen. *Prävention von Krankheit* (*illness prevention*) wird eher selten verwendet. (White)

The term 'illness prevention' is almost in my mind synonymous with 'health promotion' (White)

Die Begriffe sind nicht klar trennbar. In **Deutschland** wird der Begriff *Gesundheitsförderung* weniger verwendet und kaum von *Prävention* abgetrennt. In **Österreich** eher. (Krammer)

Es gibt **unterschiedliche Sichtweisen** zum Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Gemäß Rolf Rosenbrocks Ansatz sollten Gesundheitsförderung und Prävention nicht getrennt werden; es gibt keinen Ansatz, der ausschließlich auf Ressourcensteigerung schaut, und keinen, der ausschließlich auf Risikominimierung

⁶ Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

schaut. Immer dann, wenn es darum geht, Ressourcen zu steigern und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen, sind diese Prinzipien der Gesundheitsförderung auch in die (Primär-)Prävention integrierbar. (Sprenger)

Letztendlich ist die Vermeidung von Krankheiten ja auch ein Ziel der Gesundheitsförderung, und die Förderung von Gesundheit kann ja durchaus auch ein Ziel von Prävention sein. (Sprenger)

Eine zu starke Trennung der beiden Ansätze kann mehr schaden als nutzen, denn es werden **beide Strategien** benötigt, um **erfolgreich** zu sein. (Sprenger)

Ä **aber es handelt sich um zwei verschiedene Konzepte:**

Es handelt sich um zwei **unterschiedliche Grundkonzepte** mit unterschiedlichen **Intentionen**, auch wenn sie einander ähnlich sind. Prävention hat immer einen Fokus auf ein Problem, z.B. auf Menschen, die einem bestimmten Risiko ausgesetzt sind; die Gesundheitsförderung möchte dagegen alle Menschen erreichen und wendet sich auch an Gesunde. In der konkreten Arbeit sind die beiden Konzepte aber nicht immer zu trennen. (Krammer)

Die Trennung ist sinnvoll, und die Gesundheitsförderung soll nicht als Unterpunkt von Primärprävention angesehen werden. Der **Zugang** ist ein völlig anderer: die Ressourcenorientierung steht im Vordergrund. Daher ist die Position im FGÖ: (Ropin)

Gesundheitsförderung steht einmal ganz separat, und dann gibt es Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Ropin).

Diese Unterscheidung hat **Auswirkungen** auf die **methodische Vorgangsweise**: In der Prävention ist eine epidemiologische Grundlage unerlässlich, Datenmaterial wird als Ausgangspunkt benötigt. In der Gesundheitsförderung ist ein manchmal anderer Zugang möglich und auch nötig, weil von weichen Konzepten/Begriffen wie z.B. *Wohlbefinden* ausgegangen wird oder Ansätze verfolgt werden, die auf den ersten Blick paradox wirken, z.B. *Gesundheitsförderung für chronisch Kranke* oder *Gesundheitsfördernde Haftanstalten*. Allerdings ist gerade das letzte Beispiel eine Möglichkeit, Männer mit sehr niedrigem sozialen Status zu erreichen und in diesem Setting einiges umzusetzen (z.B. in den Haftanstalten findet man viele asylsuchende

Männer, Männer mit Migrationshintergrund, sehr niedrig qualifizierte Männer etc.).

(Ropin)

Zur Sinnhaftigkeit der Trennung von Prävention und Gesundheitsförderung meint Experte Winter:

„Naja, doch, ich glaub schon, dass das Sinn macht, weil wenn ich nur präventiv denke, dann fixiere ich mich eher an den Problemen, oder kreise praktisch ständig ums Problem. Insofern würde ich schon sagen, es ist zumindest phasenweise auch sinnvoll, das dann wirklich wegzulassen und zu sagen, wir müssen uns jetzt nicht, wenn wir das Wohlfühl oder eine gute Lebensstimmung oder Kompetenz entwickeln wollen, ständig im Blick haben: Oh Gott, wir wollen vermeiden, dass die süchtig werden oder dass sie zu riskant leben oder so etwas. Man macht sich, glaub ich, freier, wenn man nicht ständig die Prävention im Nacken hat. Insofern hat das schon auch einen Vorteil.“
(Winter)

„Man trifft sich immer wieder“ (Weilharter), aber eine Unterscheidung ist sinnvoll:

Gesundheitsförderung ist **breiter** angelegt als Prävention, weil der Gesundheitsbegriff ein umfassender und breiter ist. In der Prävention kann man sich thematisch oft besser abgrenzen (z.B. Suchtprävention). Es können aber auch in der Gesundheitsförderung gewisse Themen herausgenommen und speziell bearbeitet werden. (Weilharter)

Professionsbezogene Motive zur Trennung der Konzepte:

Es ist nachvollziehbar, dass es AkteurInnen gibt, die die beiden Bereiche trennen wollen, weil die Prävention stark von der **Medizin** dominiert wird, einer heute sehr dominanten **Berufsgruppe** im Gesundheitssystem. (Sprenger)

„Und die Gesundheitsförderer sagen: Diese Abgrenzung ist auch bewusst notwendig, damit unser kleines Pflänzchen überhaupt wachsen kann, weil sonst wird es vereinnahmt und dann wird auch die Gesundheitsförderung quasi mit einer medizinischen Sichtweise dominiert und das wollen wir auf keinen Fall, denn dann löst sich das Feld auf.“ (Sprenger)

Diese Befürchtung ist nachvollziehbar, da die Medizin in Österreich derzeit noch nicht so weit ist, in gesundheitsfördernden Bahnen zu denken: d.h. Fokus auf Ressourcen, Partizipation, Empowerment, ein umfassender Gesundheitsbegriff, sozialwissenschaftliche und psychologische Zugänge usw. sind nach wie vor nicht Teil der Ausbildung von zukünftigen ÄrztInnen. (Sprenger)

Generell gilt: In der Gesundheitsförderung ist häufig ein Thema, sich von der Prävention abzugrenzen, und umgekehrt. (Weilharter)

sDa geht es eher so um den Gartenzaun um sein Angebot zu setzen und zu sagen: OK, das machen wir, aus diesem und diesem Grund, und da unterscheiden wir uns auch. Weil du musst dir denken, Sucht- und Gewaltprävention ist ja schon sehr nah beinander. So diese grundsätzlichen Ansätze der Lebenskompetenzen sind bei beiden ident. Erst dann, wo es spezifisch wird, da unterscheiden wir uns dann, Sucht und Gewalt. Da hab ich dann andere Methodiken, andere Zielgruppen, andere Zugänge, andere Maßnahmen.%¶(Weilharter)

Lebenskompetenzen wie z.B. Kommunikationsfähigkeit, Frustrationstoleranz etc. spielen in der Suchtprävention eine wesentliche Rolle, weil diese Kompetenzen vor Sucht oder Gewalt schützen; genau dort ist aber auch der **Schnittbereich** zur Gesundheitsförderung, denn die Stärkung dieser Kompetenzen ist gesundheitsfördernd. *sGenau dort treffen wir uns einfach.%¶(Weilharter)* Dann geht es aber darum, wer mit welchen Zielen weiterarbeitet. (Weilharter)

3. Zur Entwicklung des Themas **„Männergesundheit“**

Betrachtet man die historische Entwicklung, so war die Medizin als eine Leitdisziplin der Gesundheitswissenschaften genauso wie viele andere Wissensgebiete und gesellschaftliche Bereiche androzentrisch ausgerichtet (vgl. Rieder & Lohff, 2004b): Der Mann und der männliche Körper stellten die Norm dar, die Frau und der weibliche Körper den Sonderfall (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [BMGF], 2005a;).⁷ Diese traditionelle Perspektive, sich mit der Krankheit und Gesundheit von Männern als Standardfall des Menschen zu beschäftigen, ist aber mit dem Begriff **„Männergesundheit“** nicht gemeint, sondern das, was heute darunter verstanden wird, ist ein relativ neues interdisziplinäres Gebiet, das sich erst in den letzten 15 bis 20 Jahren entwickelt hat. Es geht nicht mehr um ein rein medizinisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, sondern psychische, soziale und politische Aspekte wurden verstärkt in Erklärungs- und Praxismodelle einbezogen. Mit einiger zeitlicher Verzögerung wurden im Bereich der Männergesundheit Ideen und Konzepte der Frauengesundheitsbewegung aufgegriffen, wobei auf einige Unterschiede hingewiesen werden muss: Mit der Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch bildete sich in den 1970ern eine breit getragene Frauengesundheitsbewegung heraus, für die die Kontrolle über den eigenen Körper und die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf den eigenen Körper zentrale Themen waren. Kritik gegen die Medikalisierung des weiblichen Körpers kam auch von der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung:

„Dieser gemeinsame Protest von Forschung und Praxis gegen die Medikalisierung des weiblichen Körpers resultierte schließlich in der Gründung von Frauengesundheitszentren ... Im Laufe der 1980er Jahre geriet somit ein Bewusstseinsprozess in Gang, der nicht nur Frauen der Allgemeinbevölkerung, sondern auch in Gesundheitsberufen tätige Frauen erfasste. Gesundheit wurde zunehmend zum zentralen Begriff in der Forderung nach der Selbstbestimmung der Frau“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen [BMGF], 2005a, S. 40).

⁷ z.B.: „Die wesentlichsten Schritte in der Etablierung der Frauengesundheit als eigenständige Größe im Gesundheitssystem sind in den letzten beiden Jahrzehnten erfolgt und haben ihren Ausgang in den USA genommen. Ursprünglicher Hauptkritikpunkt an einer männerdominierten Medizin war die Tatsache, dass bis Anfang der 1990er Jahre Frauen systematisch aus klinischen medizinischen Studien ausgeschlossen wurden; Gründe dafür waren die Problematik einer möglichen Schwangerschaft während der Studiendauer und eine mögliche Beeinflussung der Ergebnisse durch den hormonellen Zyklus der Frau. Es wurden zum Beispiel Studien zum kardiovaskulären Erkrankungsrisiko ausschließlich bei Männern durchgeführt, obwohl kardiovaskuläre Erkrankungen als Haupttodesursache bei postmenopausalen Frauen gelten; damit wurden wichtige geschlechtsspezifische Einflussfaktoren, wie z.B. die Rolle der Östrogene, einfach aus den Untersuchungsfragestellungen ausgeschlossen und langfristig eine adäquate medizinische Versorgung für Frauen verhindert.“ (BMGF, 2005b, S. 10) Als Beispiele, in denen die medizinische Forschung auch Männer vernachlässigt hat, werden im 2. Österreichischen Männerbericht Osteoporose und psychische Erkrankungen angeführt; der Einbezug der Gender-Perspektive in der Medizin nützt daher beiden Geschlechtern (vgl. Raml, Dawid & Feistritzer, 2011).

Eine solche politische und emanzipatorische Einbettung lässt sich für Männergesundheit bislang nicht bzw. nur in Ansätzen feststellen (wenngleich sie konzeptuell möglich ist, vgl. unten). Dementsprechend verhalten und fragmentarisch blieb für lange Zeit der Appell an das Wissenschafts- und Gesundheitssystem, das Thema der Männergesundheit weiterzuentwickeln. Im Zuge der frühen Problematisierung von Männern und Männlichkeiten (ab den 1970ern im englischsprachigen Raum, etwas später im deutschsprachigen Raum) wurden gesundheitliche Probleme, die sich aus der sozialen Positionierung von Männern in den Gesellschaften ergab, kaum aufgegriffen. Ab Mitte der 90er Jahre lässt sich mehr wissenschaftliches Interesse an Gesundheitsfragen in Bezug auf Männer und an der Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch Männer feststellen; doch erst seit relativ kurzer Zeit wird Männergesundheit breiter diskutiert und findet Eingang in (gesundheits-)politische Strategien und Zielpapiere. In der gegenwärtigen Diskussion spielen Geschlechterverhältnisse und die Differenzierungen von Männlichkeiten nach Alter, sexueller Orientierung, soziokulturellen und sozioökonomischen Bedingungen, Behinderung und weiteren Merkmalen eine wichtige Rolle (vgl. EC, 2011a; White & Raine, 2012).

Auch ein Blick in die einschlägige wissenschaftliche Fachzeitschriften-Landschaft zeigt, dass Männergesundheit erst seit kurzer Zeit ein breiter wahrgenommenes Themengebiet geworden ist: Wissenschaftliche Journals, die sich außerhalb der medizinischen Fächer (Andrologie, Urologie) explizit mit Männergesundheit beschäftigen, sind ein relativ junges Phänomen. So existiert z.B. die Fachzeitschrift *International Journal of Men's Health* erst seit 2002, oder *The Journal of Men's Health & Gender* seit 2004. Etwas früher beschäftigten sich die Lifestyle- und Kosmetikindustrie mit dem Thema; so wurde z.B. 1987 in den USA das Magazin *Men's Health* auf den Markt gebracht, die deutsche Ausgabe folgte 1996.

Als **Meilensteine** für die Weiterentwicklung der Männergesundheit in Politik, Forschung und Praxis in jüngster Zeit können u.a. die oben angegebenen Konferenzen und Tagungen betrachtet werden, auf denen Fragen der Männergesundheit unter Gender-Perspektive behandelt wurden. Als wichtigste Projekte und Veröffentlichungen der jüngsten Zeit auf EU-Ebene können die folgenden betrachtet werden:

- *The State of Men's Health in Europe Report*, herausgegeben von *DG Health and Consumers (SANCO)*; vgl. EC, 2011a; 2011b). In diesem Bericht werden Daten

zur Männergesundheit aus den 27 EU-Ländern, vier EFTA-Ländern (Island, Liechtenstein, Norwegen und Schweiz) und drei Ländern mit Beitrittskandidaten-Status (Kroatien, Türkei, Mazedonien) aufbereitet.

- Der Bericht *The Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013) wurde vom DG Justice der Europäischen Kommission in Auftrag gegeben. In diesem Bericht werden verschiedene Themen im Hinblick auf ihre *Bedeutung für die Rolle der Männer im Gleichstellungsprozess* behandelt: Lohnarbeit, Betreuungsarbeit, Bildung, Gewalt, Gesundheit, politische Repräsentation.

Beide Berichte leisten einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Ausrichtung der Männergesundheit: Der *State of Men's Health in Europe Report* hat Gesundheitsprobleme, die Männer betreffen, umfassend dargestellt und Männergesundheit in Zusammenhang mit EU-Strategien und Zielen gebracht. Im Bericht *The Role of Men in Gender Equality* wird Männergesundheit im Kontext der Geschlechtergleichstellung und einer gleichstellungsorientierten Männerpolitik verortet.

Von verschiedener Seite wird Österreich eine Vorreiterrolle in der Männergesundheitsforschung attestiert. Im 1. Männergesundheitsbericht, 2004 herausgegeben vom BMSG, werden folgende Initiativen als Beleg für diese Vorreiterrolle genannt:

• Wien gab als erste europäische Region einen Männergesundheitsbericht in Auftrag
In Österreich wurde im Jahr 2001 die internationale Gesellschaft für Männergesundheit (International Society for Men's Health and Gender, ISMH) gegründet
In Wien wurde mit dem M.E.N. im Kaiser-Franz-Josef Spital das EU-weit erste Männergesundheitszentrum eingerichtet
Die männerpolitische Grundsatzabteilung hat mit der Studie "Suizide von Männern in Österreich" (BMSG 2003b) die Grundlagenforschung im Bereich männlichen Risiko- und Gesundheitsverhaltens begonnen (Habl et al., 2004, S. 2).

Im Männerbericht 2011 wird als wichtiger Schritt ergänzt, dass 2010 an der Medizinischen Universität Wien ein Lehrstuhl für Gender Medizin eingerichtet wurde. Weiters wird jedoch festgehalten:

• Österreich hat . national betrachtet . in der Männergesundheit die europäische Vorreiterrolle, die es zur Zeit der Präsentation des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts 2004 (BMSG) inne hatte, verloren und kann nun von anderen Ländern lernen: Irland z.B. hat eine eigene Men's Health Policy (2009 bis 2014). (Raml, Dawid & Feistritz, 2011, S. 141)

Im Frauengesundheitsbericht (BMGF, 2005a) werden zwei Entwicklungslinien für Männergesundheit in Österreich festgehalten: Einerseits das Entstehen von psychosozialer Männerberatung (im Jahr 1984 in Wien, ab den 90er Jahren in den Bundesländern), darauf aufbauend insbesondere das Männergesundheitszentrum M.E.N. (gegründet 2002); andererseits der Versuch, eine Gender Medizin zu etablieren, ausgehend vom 1. Wiener Männergesundheitsbericht (Schmeiser-Rieder & Kunze, 1999), der Gründung der ISMH im Jahr 2001 und der Weltkongresse für Männergesundheit in Wien. Auch auf das in Wien herausgegebene Kompendium *Gender Medizin* (Rieder & Lohff, 2004a) wird hingewiesen.

4. Wie vergleichen?

In der Fachliteratur und in relevanten Berichten zur Männergesundheit wird durchgängig von großen Gesundheitsproblemen der männlichen Bevölkerung berichtet, wobei als erster Vergleich der Gesundheitszustand von Männern jenem von Frauen gegenübergestellt wird. Faltermaier (2008) fasst die Situation folgendermaßen zusammen:

„Frauen und Männer unterscheiden sich deutlich in ihrem Gesundheitszustand. Erstens zeigen sich große Unterschiede in der Mortalität: In den meisten westlichen Industriegesellschaften haben Frauen je nach Land eine um 5 bis 8 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich epidemiologisch zweitens in der Morbidität. Es gibt Krankheiten, bei denen Männer einen deutlich höheren Anteil haben (z.B. Herzinfarkt, Alkoholismus, Lungenkrebs), und Krankheiten, bei denen Frauen dominieren (z.B. Angststörungen, Depressionen, rheumatische Erkrankungen). Das Bild ist zwar komplex, aber es lässt sich grob so zusammenfassen, dass Frauen insgesamt mehr Krankheiten aufweisen, Männer aber bei jenen überwiegen, die schwer und lebensbedrohlich sind. Und es lassen sich drittens deutliche Unterschiede in den Risikofaktoren für schwere Krankheiten und Unfälle feststellen: Männer haben eine insgesamt größere Risikobereitschaft. Schließlich lässt sich das Bild abrunden, wenn viertens die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit herangezogen wird: Empirische Befunde zeigen konsistent, dass Männer ihren Gesundheitszustand besser einschätzen als Frauen und sich weniger anfällig für Krankheiten fühlen“ (Faltermaier, 2008, S. 35f.).

Die durchschnittlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen hinsichtlich des Gesundheitszustands werden als gut belegte Befunde angesehen:

„Gesundheitliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind sehr gut dokumentiert und durch objektive Fakten (Lebenserwartung, Todesursachen, etc.) und repräsentative subjektive Daten (Lebensstile, Risikoverhalten, Symptome, subjektiver Gesundheitszustand, etc.) belegt.“ (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 140)

Die Vergleiche zwischen Männern und Frauen zeigen eine Reihe von Unterschieden auf, die verschiedene Schwerpunkte bei gesundheitsfördernden Aktivitäten nahelegen. Die beiden großen Geschlechtergruppen⁸ fungieren dabei jeweils als Referenz füreinander, was ein möglicher Startpunkt sein kann. Eine differenzierte Argumentation ist aber immer angezeigt. Denn einerseits sind „Männer“ und „Frauen“ zunächst noch sehr ungenau definierte Gruppen, die in sich noch genauer aufgeschlüsselt werden müssen, um die Unterschiede innerhalb jeder Geschlechtergruppe nicht zu

⁸ Sigusch (2005) verwendet den Begriff der „beiden großen Geschlechter“ (S. 7) für die Gruppen der (heterosexuellen) Männer und Frauen und verweist damit auf weitere Varianten von Geschlecht, z.B.: „Heute ist der Transsexualismus ein höchststrichlerlich anerkanntes Neugeschlecht“ (S. 7). Wenn in diesem Ideenpapier zur Männergesundheit von Männern und Frauen die Rede ist, dann ist in keiner Hinsicht (biologisch-medizinisch, sozial, Selbstkonzept-bezogen usw.) gemeint, dass diese beiden Ausprägungen „Geschlecht“ und „Gender“ vollständig abdecken würden.

vernachlässigen. Andererseits geraten Vergleiche zwischen Männern und Frauen generell sehr leicht ins Fahrwasser einer öffentlichen Diskussion, die sich um die Konkurrenz um die größeren Problemlagen dreht, nach dem Motto: Welche Geschlechtergruppe ist insgesamt stärker betroffen und braucht daher mehr Unterstützung und mehr Mittel, z.B. in Prävention und Gesundheitsförderung? Die Rolle dieser Diskussion im Zusammenhang mit einem männlichen Opfermythos⁹ (Rosenbrock, 2012) wird weiter unten behandelt.

Aus den ersten Vergleichen zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Gesundheitszustands kann jedenfalls geschlossen werden, dass die Schwerpunkte gesundheitsbezogener Problematiken von Männern und Frauen verschieden gelagert sind: Als Beispiele seien die stärkere Betroffenheit von Frauen (verglichen mit Männern) durch einen schlechten Gesundheitszustand im Alter erwähnt, oder die stärkere Betroffenheit von Männern (verglichen mit Frauen) durch Arbeitsunfälle. Diese Beispiele weisen auch auf die verschiedene Eingebundenheit von Männern und Frauen in gesellschaftliche Zusammenhänge hin, somit auf *Gender*: im ersten Fall z.B. auf niedrigere durchschnittliche Pensionen von Frauen aufgrund von Lohnschere, pflegebezogenen Unterbrechungen des Berufslebens und Teilzeit, in der Folge Altersarmutsgefährdung die mit Gesundheitsproblemen in Verbindung steht; im zweiten Fall auf einen segregierten Arbeitsmarkt, wo gefährliche und gesundheitsabträgliche Arbeitsbedingungen als *normal and expected masculine practice, as men's work* (EC, 2011a, S. 277) angesehen werden, diese Risiken Männern aus einem Stereotyp heraus zugemutet und von Männern auf der Basis einer männlichen Sozialisation auch eingegangen werden.

Vergleiche zwischen Männern und Frauen sind als erste Annäherungen zu betrachten. Das Modell der Gesundheitsdeterminanten nennt eine Reihe von Faktoren⁹, die den Gesundheitszustand beeinflussen und die herangezogen werden können, um Geschlecht weiter zu differenzieren, z.B. nach Alter, sexueller Orientierung, Region, Migrationsgeschichte, Behinderung/Befähigung, um nur einige zu nennen. Große Bedeutung wird in der Fachliteratur dem Einfluss sozio-ökonomischer Bedingungen auf den Gesundheitszustand zugemessen, häufig bezeichnet als *sozialer Gradient*: Die Tatsache, dass mit sinkendem sozioökonomischem Status auch der

⁹ Als Darstellungsform für das Gesundheitsdeterminanten-Modell werden meist Halbkreise gewählt, in denen verschiedene Determinanten versammelt sind. Die Querverbindungen und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gesundheitsdeterminanten müssen als sehr komplex betrachtet werden.

Gesundheitszustand sinkt, wird als „sozialer Gradient“ bezeichnet (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 11). Wird auf Datenebene jede Geschlechtergruppe nach sozio-ökonomischen Indikatoren differenziert, dann tun sich innerhalb jeder Geschlechtergruppe große Unterschiede auf, was auf die große Bedeutung dieser Variablen verweist. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen bestehen weiterhin, aber es zeigen sich häufig noch größere Unterschiede *innerhalb* der Geschlechtergruppen, differenziert z.B. nach Bildung oder Einkommen. Mackenbach (2006) hat sich eingehend mit dem Einfluss von sozio-ökonomischen Faktoren auf die Gesundheit beschäftigt. (Eine Darstellung des Zusammenhangs von Gender, sozio-ökonomischem Status und Gesundheit wird weiter unten gegeben).

Von der Intersektionalitätsforschung ist gefordert worden, mehrere relevante, Ungleichheit erzeugende Variablen gleichzeitig zu betrachten. Das hat manchmal zur Diskussion darüber geführt, welche der in Frage kommenden sozialen Kategorien die relevantere ist, z.B. *Geschlecht, Klasse, Ethnizität* (vgl. Walgenbach, 2007). Einen möglichen Weg zeigt Walgenbach auf, wenn sie *Gender* als interdependente, in sich differenzierte Kategorie vorschlägt; innerhalb von *Gender* werden weitere Kategorien betrachtet. Diese Differenzierung weist dann auf „die innere Architektur“ (Walgenbach, 2007, S. 63) von Gender hin. Je nach Kontext werden relevante Aspekte einbezogen:

„Die Auswahl der Kontexte wird wiederum von unseren Erkenntnisinteressen abhängig sein: geht es um politische Ziel? soll ein Textkorpus analysiert werden? oder geht es um die Ordnung quantitativer Daten? Neben unserem Erkenntnisinteresse wird auch die Auswahl des Analysekorpus bzw. Gegenstandsfelds vorgeben, welche Aspekte eine interdependente Kategorie formieren. Das Material gibt also ebenfalls vor, welche Formationen einer interdependenten Kategorie sich herausbilden.“ (Walgenbach, 2007, S. 63)

Im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten kann die Analyse also von einem Vergleich der Geschlechtergruppen ausgehen, den Vergleich in einen sozialen Kontext stellen (Gender) und die Gruppen nach relevanten weiteren Kategorien, die soziale Ungleichheit bedingen, differenzieren.

Ein alternativer Weg des Vergleichens ist, Charakteristika einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in Bezug zu einem idealen oder Soll-Zustand zu stellen. (Auf Datenebene kann aber eine Schwierigkeit darin bestehen, den Soll-Zustand zu quantifizieren . eventuell müssen wiederum Vergleichsgruppen als vorläufiger Soll-Zustand festgelegt werden). Ob auf quantitativer oder qualitativer Ebene: Eine Orientierung an idealen Vorgaben wie z.B. der WHO-Gesundheitsdefinition oder der

Ottawa-Charta kann eine lohnenswerte Perspektive sein, um Ziele und Richtungen für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu definieren. Im Zusammenhang mit Männer- und Jungen-Gesundheitsförderung nennt Experte R. Winter ein Beispiel: In Bildungsveranstaltungen verwendet er manchmal die Formulierung der Ottawa-Charta und setzt statt „Mensch“ den Begriff „Mann“ ein:

„... dann ist das schon sehr anregend, und man kann damit operieren. Oder „Jungen“ je nachdem, in welchem Bereich man sich befindet. Das machen wir manchmal ...“ weil das dann schon auf die richtigen Fährten führt, also ich finde es nach wie vor nützlich ...“ (Winter)

Die Orientierung an einem idealen Standard liegt implizit auch Bestrebungen zugrunde, auf bestimmte sozio-ökonomische Problematiken zu reagieren, wenn z.B. wie im *First State of Men's Health in Europe*-Bericht darauf verwiesen wird, dass es in der Altersgruppe 15-64 Jahre die Anzahl der Todesfälle bei Männern 630.000 betragen hat, bei Frauen 300.000 (Daten für 2007; vgl. EC 2011a, 2011b). An anderer Stelle im Bericht wird darauf verwiesen, dass es ein erklärtes gesundheitspolitisches Ziel auf EU-Ebene ist, den Bevölkerungen der einzelnen Länder so lange wie möglich einen guten Gesundheitszustand zu ermöglichen, nicht zuletzt aus der Überlegung heraus, dass die Weiterentwicklung von Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitssystem davon abhängig ist, dass die Menschen gesund und aktiv bleiben. Ein idealer Zustand wäre daher gegeben, wenn es zu gar keinen frühzeitigen Todesfällen und Erkrankungen käme, ein Zustand, der wohl nie eintreten wird, aber eine Richtung zur Orientierung vorgeben kann. Dass ein Ungleichgewicht zwischen den Zahlen der Männer und Frauen in dieser Altersgruppe vorherrscht, ist offenkundig, was darauf hinweist, dass verschiedene Problemlagen und Faktoren, die es zu erkennen gilt, wirken. Letztendlich geht es aber in dieser Altersgruppe um die Verhinderung von insgesamt 930.000 Todesfällen, und bei beiden Geschlechtergruppen muss angesetzt werden. Das Ideal, die Anzahl der Todesfälle in dieser Altersgruppe für beide Geschlechtergruppen auf null zu setzen, ist zwar utopisch, weist aber auf einen Handlungsbedarf bei beiden Gruppen hin.

Die Wege, wie in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe der Gesundheitszustand verbessert werden kann, setzt eine gute Kenntnis und Analyse der zugrundeliegenden Prozesse voraus. Je nach Gruppe können sich diese Prozesse und das Gewicht von einzelnen Faktoren unterscheiden. Mit Blick auf die erwähnten Todesfälle in der

Altersgruppe zwischen 15 und 64 Jahren und Gesundheitsproblemen bei Männern im Allgemeinen fassen White et. al (2011) zusammen:

„Poor lifestyles and preventable risk factors explain a large proportion of premature death and morbidity in men ... There is a strong gendered dimension to lifestyle choices and risky behaviours. Men's lifestyles and behavioural choices do put them at greater risk of ill health. However, these differences must be considered within the context of economic, social, environmental and cultural influences. The data reveal that, across Europe, men who live in poorer material and social conditions are likely to: eat less healthily; take less exercise; be overweight/obese; smoke, drink excessively and use other drugs; and engage in unsafe sexual behaviour. The higher premature death rate is also associated with men's higher likelihood of having been incarcerated or being homeless.“(White et al. 2011, S. 193)

Die hier als Beispiele angeführten Wege des Vergleichens lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Typ 1) Vergleiche von Gruppen zu einem idealen Standard (z.B. WHO-Definition von Gesundheit)

Typ 2) Vergleich zwischen den Geschlechtergruppen (interkategorial)

Typ 3) Vergleiche innerhalb der Geschlechtergruppen (intrakategorial)

Typ 4) Vergleich zwischen und innerhalb der Geschlechtergruppen

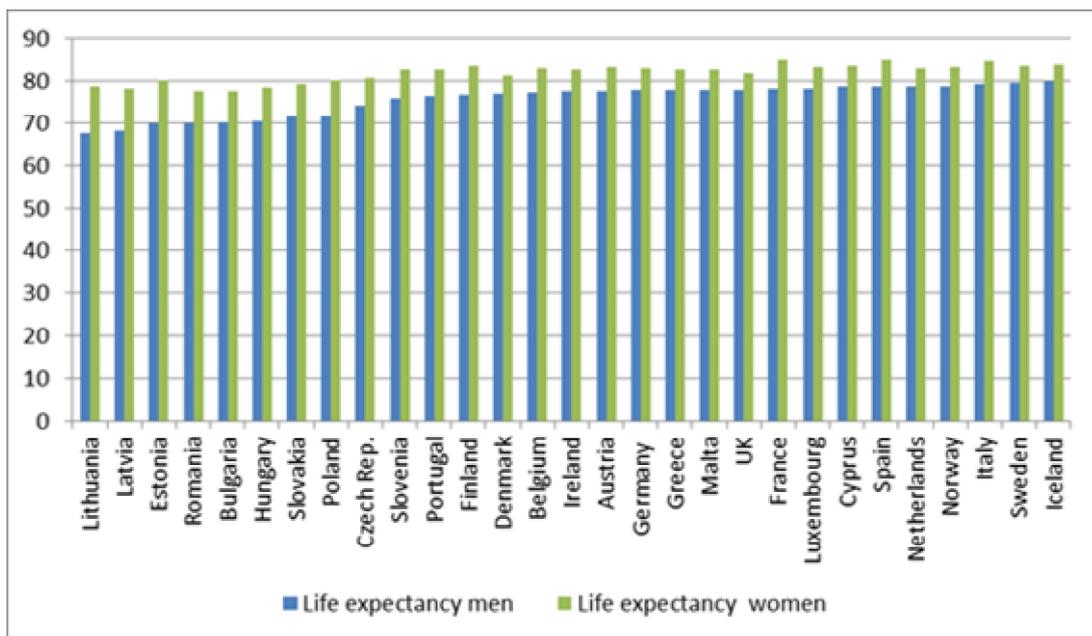
Als Beispiel für Typ-4 seien hier Vergleiche zur Lebenserwartung angeführt, die als sehr aussagekräftiger Gesundheitsindikator angesehen wird: „Die Lebenserwartung bei der Geburt ist einer der stärksten objektiven Indikatoren zur Beschreibung des gesundheitlichen Geschehens in einer Gesellschaft.“(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 149) Daten aus dem Bericht *The Role of Men in Gender Equality* bilden hierbei die Basis.¹⁰

Ausgangspunkt sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen (durchgängig höhere Lebenserwartung von Frauen, verglichen mit Männern), die international festgestellt werden können (vgl. Abb. 1).

¹⁰ Die den folgenden Ausführungen und Abbildungen zugrundeliegenden Daten wurden für das Projekt *The Role of Men in Gender Equality* aufbereitet und von Mag.^a Nadja Bergmann (L&R Sozialforschung, Wien) dankenswerterweise zur Verfügung gestellt. Vgl. auch Scambor, Scambor, Bergmann, White & Raine (2012).

Abbildung 1¹¹

Life expectancy in absolute value at birth by gender, 2009*



Source: Eurostat (online data code: hlth_hlye); extracted on 1.Dec 2011; * figures UK and Italy: 2008; own calculations.

Wird *Geschlecht* mit einem Indikator für sozio-ökonomischen Status verbunden, wie z.B. *höchstes abgeschlossenes Bildungsniveau* (vgl. Abb. 2, Abb. 3)¹², so zeigt sich ein komplexes Bild, für dessen Interpretation eine Reihe von Überlegungen und Vorarbeiten aus verschiedenen Disziplinen einbezogen werden muss.

Erklärungsbedürftig sind die folgenden Sachverhalte:

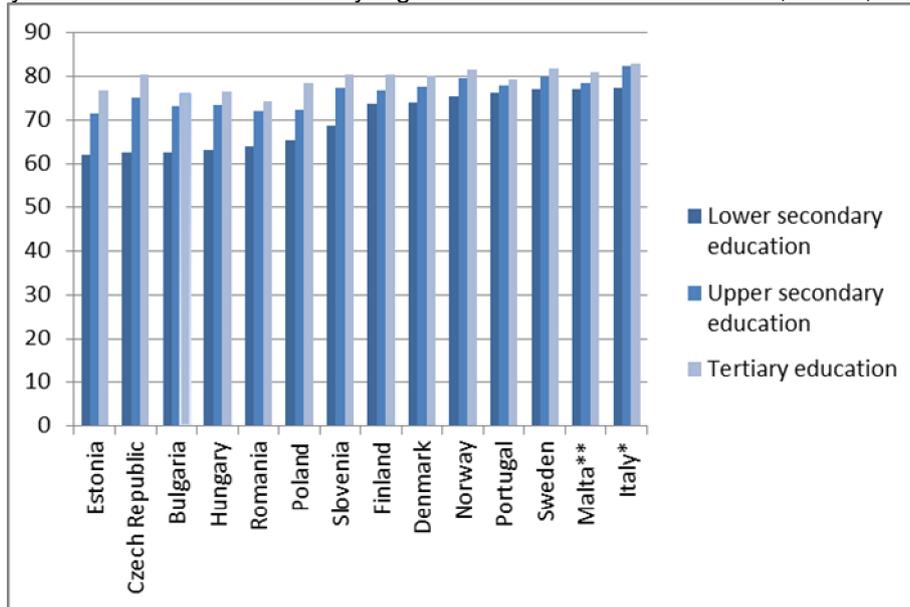
- Insgesamt liegt die Lebenserwartung von Männern in allen Ländern unter jener der Frauen
- Der Unterschied ist in postsozialistischen Ländern besonders hoch
- Ein Zusammenhang von Bildungsniveau und Lebenserwartung (sozialer Gradient) liegt bei Männern und Frauen vor
- Ein Zusammenhang von Bildungsniveau und Lebenserwartung ist bei Männern stärker zu beobachten als bei Frauen, insbesondere in den postsozialistischen Ländern

¹¹ Tabellenüberschrift und Anmerkungen aus den Projektpapieren übernommen.

¹² Vergleichbare Daten für Österreich konnten nicht ausgehoben werden.

Abbildung 2¹³

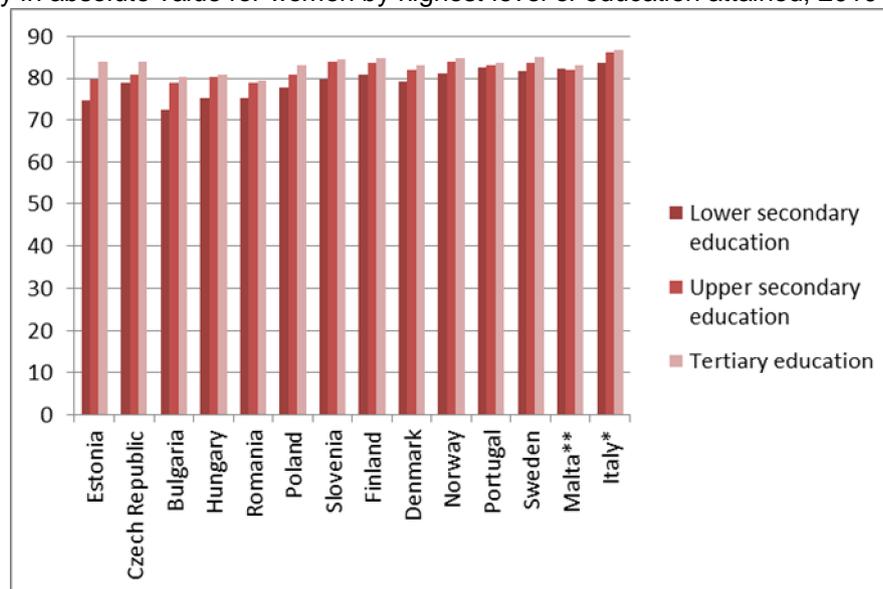
Life expectancy in absolute value for men by highest level of education attained, 2010*, **



Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpecedu); extracted on 12.March 2012; %lower secondary education+ levels 0-2: pre-primary, primary and lower secondary education, %upper secondary education+ levels 3 and 4: upper secondary and post-secondary non-tertiary education, %tertiary education+ levels 5 and 6: first and second stage of tertiary education; * data Italy, Romania, Slovenia 2009; ** data Malta 2007.

Abbildung 3¹⁴

Life expectancy in absolute value for women by highest level of education attained, 2010*, **



Source: Eurostat (online data code: demo_mlexpecedu); extracted on 12.March 2012; %lower secondary education+ levels 0-2: pre-primary, primary and lower secondary education, %upper secondary education+ levels 3 and 4: upper secondary and post-secondary non-tertiary education, %tertiary education+ levels 5 and 6: first and second stage of tertiary education; * data Italy, Romania, Slovenia 2009; ** data Malta 2007.

¹³ Tabellenüberschrift und Anmerkungen aus den Projektpapieren übernommen.

¹⁴ Tabellenüberschrift und Anmerkungen aus den Projektpapieren übernommen.

Aus der Perspektive der Männergesundheit schlagen White, McKee et al. (2011) eine Interpretation vor, in der *Gender* eine wichtige Rolle spielt, indem auf der Gesundheit abträgliche Einstellungen und Verhaltensweisen von Männern abgestellt wird; weiters wird mit einer schlechteren Anpassung von Männern an die veränderten Bedingungen in den postsozialistischen Ländern argumentiert. Die Perspektive der Autor_innen ist die der Männergesundheit, Vergleichsgruppe sind jeweils Frauen in den jeweiligen Ländern, aufgeschlüsselt nach Bildungsabschluss.

Differences in mortality and morbidity are not simply the result of biological factors; nor are they intractable. In fact, the health gap between men and women varies considerably. It is much greater in eastern Europe than in western Europe, and within countries it is influenced by class, education, employment, and other social determinants. The clustering of material, cultural, and psychosocial factors seems to be particularly detrimental to the health of many men. These factors contribute to gendered lifestyles and behaviours that have traditionally been seen as predominantly masculine and that cause many of the premature deaths in men. Traditional masculine attitudes are associated with unhealthy behaviours such as poor diet, smoking, excessive alcohol consumption, non-use or delayed uptake of health services, and higher likelihood of injury. All of these factors are more common among men living in eastern Europe than those in western Europe and in poorer material and social conditions everywhere. Men also seem to have adapted less well than women to the changes that have accompanied the political and social upheavals in eastern Europe in recent decades, such as more transient and unstable working conditions, increasing unemployment, and changing family structures (reduction in marriage and increased divorce). (White, McKee et al. 2011, S. 1)

In den Ausführungen von Mackenbach (2006) steht der Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf die Gesundheit im Zentrum, und Geschlecht wird in einem zweiten Schritt herangezogen. Letztendlich führen beide Schwerpunktsetzungen in der Analyse zu ähnlichen Ergebnissen. Die folgende Informationsbox (Box 1) ist dem Bericht *The Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013, S. 127f.) entnommen.

Box 1

Zum Zusammenhang von sozio-ökonomischem Status, Gender und Gesundheit.

Socio-economic status, gender and health

It has been argued that the socio-economic status is indirectly linked to the health status (see Mackenbach, 2006):

- by **material factors**, for example low income and poverty, which can result in bad housing conditions, poor diet and reduced access to health-promoting facilities; occupational risks like exposure to chemicals, accident risks, or physically strenuous work;
- by **psychosocial factors**, like daily hassles, high demands and low control at work, or work strain leading to psychosocial stress, which can be detrimental to health;
- by **behavioural factors**, such as higher rates of alcohol consumption and smoking among populations with lower socio-economic status.

These factors are interacting: *For example, the higher frequency of material disadvantage in lower socio-economic groups may partly explain their higher frequency of psychosocial stress or lack of leisure time physical exercise.* (Mackenbach, 2006, p. 32)

Finally, these factors affect men and women in different ways, leading to complex patterns of explanation for gender differences in morbidity and mortality. For example, the exposure to occupational risks is distributed very differently among the genders, according to the labour market segregation in each country, and consequently accidents at the workplace are distributed differently.

The differences in life expectancies of men in the old EU-member states versus Post-socialist countries can be explained in a similar manner:

Since the political transition, mortality rates have changed dramatically in many countries in Eastern Europe, sometimes for the better (e.g. in the Czech Republic) but often for the worse (e.g. in Hungary and Estonia), particularly among men. This is probably due to a combination of (interlinked) factors: a rise in economic insecurity and poverty; a breakdown of protective social, public health and health care institutions; and a rise in excessive drinking and other risk factors for premature mortality. (Mackenbach, 2006 p. 10)

Quelle: EC (2013, S. 127f.)

Eine weitergehende Analyse könnte z.B. die Variable *Alter* einbeziehen, die hier großen Einfluss haben dürfte, da oben auf die höhere Anzahl von Todesfällen in der männlichen Bevölkerung (verglichen mit der weiblichen) im Altersbereich 15-64 Jahre hingewiesen wurde. So ist es z.B. vorstellbar, dass die Lebenserwartung von älteren Männern mit hohem sozio-ökonomischem Status sich kaum von jener der vergleichbaren Gruppe der Frauen unterscheidet bzw. ja nach Kombination von Alter und Status spezifische Muster vorliegen.

5. Zur Situation

Auf Ausführungen zur Männergesundheit auf der Basis von EU-weiten Berichten wurde oben bereits eingegangen. Was Berichte aus **Österreich** betrifft, so wird z.B. im 1. *Männergesundheitsbericht* der Gesundheitszustand der Männer mit jenem der Frauen verglichen, und es wird festgehalten, was auch international beobachtet wird:

„Männer haben tendenziell ein höheres Risiko im Laufe ihres Lebens an einer geschlechtsindifferenten Erkrankung zu leiden als Frauen. Sie erkranken zwar nur halb so oft an bösartigen Neubildungen wie Frauen, sterben aber doppelt so oft daran. Darüber hinaus nehmen Männer Gesundheitsleistungen mit Präventivcharakter, wie kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, deutlich seltener in Anspruch und zeigen ein geringeres Gesundheitsbewusstsein. In der Folge leiden sie häufiger an vermeidbaren Erkrankungen als gleichaltrige Frauen“ (Habl et al., 2004, S. 11).

In weiterer Folge werden Einflussfaktoren identifiziert, die die Gesundheit von Männern belasten, um diese Unterschiede erklären zu können. Zu diesen Einflussfaktoren gehören:

„Lebensstil (Ernährung, Alkohol, Bewegung, Rauchen)
Stress
Erhöhte Unfallhäufigkeiten, die speziell bei jungen Männern auf ein bewusstes, höheres Risikoverhalten zurückzuführen sind
Körperliche Belastungen, z. B. durch Schwer- und Schichtarbeit
Geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge“ (Habl et al., 2004, S. 11).

Im 2. *Österreichischen Männerbericht* wird zur Gesundheit von Männern festgehalten:

„Männer weisen eine kürzere Lebenserwartung als Frauen auf, verbringen ihr Leben jedoch zu einem höheren Anteil bei guter Gesundheit. Männer sterben früher an vermeidbaren, d.h. stark lebensstilabhängigen Erkrankungen wie Krebs oder Unfällen und Verletzungen. Männer tendieren dazu, ihre Gesundheit besser einzuschätzen als sie ist bzw. neigen dazu, körperliche und psychische Symptome nicht wahrzunehmen oder zu verharmlosen. Es dauert länger, bis sie bei Beschwerden zum Arzt gehen und sie werden dazu häufig von ihren Frauen gedrängt. Alleinstehende Männer sind daher noch stärker gesundheitlich gefährdet. Dies gilt auch für den Bereich der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung. Männer pflegen einen ungesünderen Lebensstil: Sie trinken mehr Alkohol, rauchen häufiger und ernähren sich weniger ausgewogen. Im Schnitt sind sie zwar körperlich aktiver, dennoch häufiger übergewichtig. Negative Verhaltensweisen werden schon im Kindes- und Jugendalter erlernt und verfestigen sich im Erwachsenenalter, d.h. Buben leben bereits ungesünder als Mädchen. Die Tendenz zu ungesundem Verhalten im Jugendalter ist bei beiden Geschlechtern deutlich zunehmend, insbesondere jedoch bei den jungen Männern.“ (Raml, Dawid & Feistritz, 2011, S. 140).

Die Erklärungen für die gesundheitsbezogenen Unterschiede zwischen den Geschlechtergruppen stellen auch hier auf verschiedene Einflussgrößen ab: Lebensstil, psychologische Prozesse des Nicht-Wahrnehmens von Beschwerden,

geschlechtsspezifische Sozialisationsprozesse. Im 2. *Österreichischen Männerbericht* wird weiters auf wesentliche Gesundheitsdeterminanten eingegangen (sozialer Gradient, Migration).

Ausführungen zur Männergesundheit auf **Steiermark**-Ebene fügen sich nahtlos in das Bild, das für Österreich bzw. international gezeichnet wird. im Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark wird grundsätzlich darauf hingewiesen, dass für Männer und Frauen aufgrund von biologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen Unterschiede im Gesundheitszustand resultieren, was eine Differenzierung der beiden Geschlechtergruppen in der Gesundheitsberichterstattung notwendig macht:

„Männer und Frauen weisen einen unterschiedlichen Gesundheitszustand auf, erkranken an unterschiedlichen Krankheiten und sind verschiedenen Belastungen sowie unterschiedlichen Risiken ausgesetzt ... Frauen leben beispielsweise länger als Männer, jedoch ist ihre Morbidität häufig aufgrund der Doppelbelastung durch Haushalt und Arbeit erhöht ... Hingegen nehmen Männer Vorsorgeleistungen seltener in Anspruch und weisen häufig ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein als Frauen auf. Aus diesem Grund ist die Darstellung der Geschlechtsunterschiede, die biologisch, sozial und kulturell bedingt sind, unabdingbar.“ (Grasser & Wieseneder, 2010; S. 10).

Für die beiden Geschlechtergruppen Männer und Frauen werden verschiedene Problembereiche mit jeweils besonderer Relevanz benannt, die konsequenterweise unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei gesundheitsbezogenen Aktivitäten erfordern.

„Die Steirerinnen weisen im Vergleich zu Männern einen höheren Anteil an älteren Menschen auf, berichten einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, sind tendenziell weniger körperlich aktiv, leben häufiger in Einpersonenhaushalten und sind häufiger mit den Herausforderungen des Alleinerziehens konfrontiert. Des Weiteren sind zunehmende Kaiserschnittraten zu beobachten. Die Steirer hingegen haben eine niedrigere Lebenserwartung und eine höhere vorzeitige Sterblichkeit aufgrund verschiedenster Todesursachen und erkranken häufiger an bösartigen Neubildungen. Darüber hinaus sind sie einerseits häufiger übergewichtig, ernähren sich nach eigenen Angaben ungesünder und haben häufiger mit alkoholbezogenen Problemen zu kämpfen und weisen andererseits eine höhere Arbeitslosigkeit, eine niedrigere Arbeitszufriedenheit und einen höheren Anteil an familiären Gewalttättern auf. Geschlechtssensible Zugänge bei Präventionsmaßnahmen sind aufgrund des unterschiedlichen Gesundheitsbedarfs wie auch aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenswelten von Frauen und Männern bei der Planung und Umsetzung aller Maßnahmen zu berücksichtigen.“ (Grasser & Wieseneder, 2010; S. 4)

An dieser Stelle sei wieder das Beispiel der Lebenserwartung aufgegriffen; die zentralen Befunde im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* sind die folgenden:

- Für 2008 wird die Lebenserwartung (bei Geburt) in der Steiermark mit 83 Jahren bei Frauen und 77 Jahren bei Männern angegeben, was im österreichischen

Durchschnitt liegt (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 37). Auf die Korrelation von Lebenserwartung und Bildungsniveau (bzw. sozioökonomischem Status) in anderen Studien wird verwiesen, eine Berechnung auf der Basis der steirischen Daten war dem Bericht zufolge nicht möglich.

- Auf Unterschiede in den Bezirken wird im Bericht hingewiesen, auch auf die allmähliche Verringerung des Unterschiedes in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern: Im Jahr 2050 wird der Unterschied nach der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose der Statistik Austria nur mehr vier Jahre betragen: Frauen wird für das Jahr 2050 eine Lebenserwartung von 90 Jahren und Männern eine von 86 Jahren vorausgesagt (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 37).
- Für die fernere Lebenserwartung (d.h. die Lebenserwartung, die bei einem Alter von 65 Jahren besteht) gilt: Bis zum Jahr 2050 ist von der Statistik Austria ein weiteres Anwachsen der ferneren Lebenserwartung bei Steirerinnen auf 26 Jahre und bei Steirern auf 23 Jahre prognostiziert worden. (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 38).
- Allerdings zeigt sich auch, dass Frauen in der Steiermark einen längeren Zeitraum in schlechter Gesundheit verbringen als Männer: Bei Frauen sind es rund 21 Jahre, bei Männern rund 15 Jahre. Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt weisen die Frauen in der Steiermark eine niedrigere Lebenserwartung bei guter Gesundheit auf als die Österreicherinnen insgesamt (63 Jahre). Die Lebenserwartung in guter Gesundheit liegt bei den Steirern hingegen genau im österreichischen Durchschnitt (62 Jahre). (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 39)

Auf die Bedeutung der differentiellen Darstellung nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Faktoren bei der Darstellung von Gesundheitsdaten im Allgemeinen wird von Grasser und Wieseneder (2010) im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* explizit hingewiesen, und es erfolgen auch Ausführungen zum sozialen Gradienten. Allerdings stieß die konkrete Auswertung den Autorinnen zufolge an methodische Grenzen.

Im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* liegen insgesamt Datenauswertungen vor, auf die sich Planer_innen von Gesundheitsförderungsprojekten teilweise beziehen können, auch wenn wichtige Variablen nicht berücksichtigt wurden, z.B.

Migrationshintergrund. Auch wenn argumentiert werden könnte, dass Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status in einem Zusammenhang stehen, ersetzt dies nicht die Analyse von Gesundheitsindikatoren nach verschiedenem Migrationshintergrund und Untergruppen hiervon, da es für die praktische Arbeit und das Erreichen verschiedener Zielgruppen einen großen Unterschied macht, welche spezifischen Zielgruppen sich z.B. hinter den einzelnen Ausprägungen der Variable *„Bildungsabschluss“* (bei *„Bildung“* als vertretender Variable für den Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit) verbergen. Bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen können immer auch Potentiale erkennbar werden, die gesundheitsfördernd wirken. Insofern würde ein genauerer Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund auch Lernprozesse über gesundheitsfördernde Faktoren befördern.

„Migration wird von vielen als Gesundheitsrisiko eingestuft. Die Argumente hierfür sind so plausibel wie naheliegend: Migration bedeute eine Zäsur, traumatisierende Ereignisse im Heimatland, Ausweisungsbedrohungen, Unsicherheit, Diskriminierung, etc. Migranten und Migrantinnen haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, armutsgefährdet zu sein als die autochthone (angestammte) Bevölkerung, haben schlechtere Arbeitsbedingungen und damit einhergehend einen niedrigeren sozioökonomischen Status δ ; durch sprachliche Barrieren kommt es zu Informationsdefiziten bezüglich der Gesundheitsversorgung und zu Missverständnissen zwischen Patienten und Patientinnen und den Beschäftigten in den Gesundheitsdiensten.“ (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 147)

Weiters war im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* eine intersektionelle Betrachtungsweise (Analysen unter gleichzeitiger Betrachtungsweise mehrerer Merkmale, die soziale Ungleichheit konstituieren) nur teilweise möglich. Analysen im Gesundheitsbericht, die mehrere Variablen einbeziehen, verwenden z.B. Geschlecht, Alter und Bezirk. (Die Entwicklungen in den einzelnen Bezirken und *„aktives Altern“* werden im Bericht daher auch explizit erwähnt.) Der Versuch, mehrere Variablen gleichzeitig zu betrachten, stößt aber ganz allgemein und in vielen Forschungsvorhaben rasch an methodische Grenzen (wie z.B. Stichprobengrößen oder Fragen der Operationalisierung; vgl. auch Scambor & Scambor, 2012; Scambor, Scambor & Zimmer, 2012). Eine Weiterentwicklung der Erhebung und Darstellung von Statistiken in Richtung mehrerer Indikatoren, die soziale Unterschiede im Gesundheitszustand aufzeigen könnten, sowie deren Zusammenwirken, wäre aus Praxisperspektive dennoch wünschenswert, um Zielgruppen und Ziele für gesundheitsfördernde Projekte noch besser identifizieren zu können.

6. Männergesundheitsförderung im Kontext der Geschlechtergleichstellung

Eine besondere Herausforderung im Zusammenhang mit Männerthemen stellt sich fast immer vor dem Hintergrund patriarchaler Systeme und männerdominierter Gesellschaften über die vergangenen Jahrhunderte, deren Herrschaftsstrukturen in mehreren Wellen durch politische Bewegungen von Frauen . und ab den späten 60ern auch durch die Schwulenbewegung . hinterfragt wurden (vgl. Connell, 2006): Wie kann es vor diesem Hintergrund gelingen, Männer als Zielgruppe(n) für Maßnahmen zu definieren, ohne in den Antagonismus „Männer gegen Frauen“ zu verfallen oder Männer als die eigentlich benachteiligte Geschlechtergruppe darzustellen, wie es in der öffentlichen Diskussion häufig geschieht? Im Zusammenhang mit dem Gewaltthema schreiben Puchert und Scambor (2012):

„Für eine sachliche Diskussion erschwerend kommt hinzu, dass die These von der Gendersymmetrie bei Gewalt in Partnerschaften (d.h. ähnliche Anteile von Männern und Frauen in heterosexuellen Partnerschaften, die von körperlichen Übergriffen betroffen sind, jedoch ohne Einbezug von Häufigkeit und Schweregrad der Gewalt; vgl. Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis [GiGnet], 2008) von Bewegungen aufgegriffen wurde, die eine generelle Benachteiligung von Männern in der Gesellschaft behaupten, was häufig mit selektiven Verweisen auf die geringere Lebenserwartung von Männern, auf Jungen als Bildungsverlierer, auf Benachteiligungen von Männern in Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren oder auf eine Gleichverteilung der Gewalt in Partnerschaften untermauert werden soll (zur ‚männlichen Opferideologie‘ in der antifeministischen Männerrechtsbewegung vgl. Rosenbrock, 2012). Diese Strömungen werden nicht nur in den deutschsprachigen Ländern, sondern in der gesamten EU und darüber hinaus beobachtet.“ (Puchert & Scambor, 2012, S. 26)

Hier wird deutlich, in welchem Spannungsfeld sich das Thema *Männergesundheit* befindet. Einerseits gibt es eindeutige Problemlagen und großes Verbesserungspotential im Bereich der Männergesundheit, sowie gute Gründe, entsprechende Aktivitäten zu verstärken (vgl. Kapitel 7: *Zielformulierungen*). Andererseits wirkt die Idee von unterstützenden Maßnahmen für eine im Durchschnitt privilegierte Bevölkerungsgruppe für viele paradox. Die Unentschlossenheit, mit der sich politische Akteur_innen auf allen Ebenen Männerthemen im Allgemeinen und dem Thema Männergesundheit im Besonderen nähern, könnte mit Bezug auf dieses Spannungsfeld zum Teil erklärt werden: Niemand weiß so recht, was von diesen Forderungen zu halten ist; könnte eine „Männerförderung“ die Position von Frauen schwächen? Untergräbt oder unterstützt so ein Ansatz die Bemühungen um Geschlechtergleichstellung?

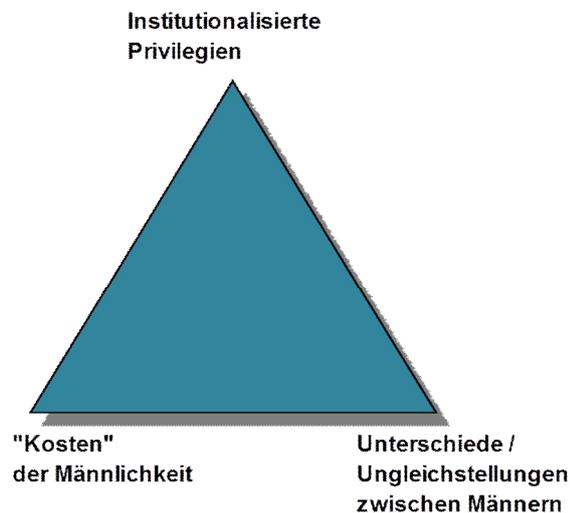
Die Europäische Kommission (DG Justice) hat 2010 einen *Call for Tender* ausgeschrieben, um die Rolle der Männer im Geschlechtergleichstellungs-Prozess in den Bereichen *Arbeit, Betreuung, Bildung, Gesundheit, Gewalt und politische Repräsentation* näher zu beleuchten. Im 2011-2012 durchgeführten Projekt *The Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013) wurde ein Rahmenmodell vorgeschlagen, das die Basis für eine gleichstellungsorientierte Männerarbeit und -politik bilden kann. Das Modell greift auf die Arbeiten von Michael Messner (2000) zurück, dessen Anliegen es war, Männergruppen und Männerbewegungen in den USA hinsichtlich ihrer Ausrichtung und Haltung zu vergleichen. Er verwendete dabei drei Positionen, nämlich:

1. Kritik an institutionalisierten männlichen Privilegien (*institutionalized privileges* z.B. die antisexistische Männerbewegung in den USA)
2. Betonung von *Kosten der Männlichkeit* (*Costs of masculinity*), die sich aus der Rolle von Männern in der Gesellschaft ergeben können: Gesundheitsprobleme, einseitige Sozialisierung (*the costs attached to adherence to narrow conceptions of masculinity*; Messner, 2000, S. 12)
3. Betonung von Unterschieden und Ungleichstellungen zwischen Männern (*Differences/inequalities among men*)

Messner (2000) verortete verschiedene US-amerikanische Männergruppen in einem Dreieck mit diesen drei Eckpunkten (vgl. Abbildung 4), das er mit *terrain of the politics of masculinities* (S. 12) bezeichnete. Während die Verortung einer Organisation in der Nähe einer Ecke des von Messner vorgeschlagenen Dreiecks zu spezifischen Problemen, Verkürzungen oder Einseitigkeiten in deren Argumentation führt, sieht der Autor im Mittelfeld des Dreiecks jenen Bereich, in dem die Thematiken *Privilegien*, *Kosten* und *Unterschiede* gut ausbalanciert sind. In diesem Mittelbereich wird die Ungleichstellung der Geschlechter auf struktureller Ebene benannt, gleichzeitig wird betrachtet, welche Nachteile auf individueller und kollektiver Ebene aus der bestehenden Geschlechterordnung Männern bzw. bestimmten Gruppen von Männern erwachsen können (z.B. in Hinblick auf Gesundheit). Die Diversität innerhalb der Geschlechtergruppe *Männer* durch die Verbindung mit anderen sozialen Kategorien (z.B. sexuelle Orientierung, Alter, Migrationserfahrung etc.) wird zusätzlich transparent gemacht. Messners Modell ist nicht nur zur Verortung von Organisationen geeignet, sondern eignet sich auch gut zur Einordnung von öffentlichen Diskussionen, Argumenten oder Konzepten. So haben z.B. Holmgren und Hearn (2009) dieses Modell

benützt %afor locating men's diverse gender-conscious positionings in gender debates%o (S. 404).

Abbildung 4
Das Feld der sPolitics of masculinities%(nach Messner, 2000)



Ausgewogene Positionen können in der Mitte des Dreiecks abgebildet werden; ausgewogen bedeutet, dass eine Argumentation die Aspekte Privilegien, Kosten und Unterschiede einbezieht: Strukturelle Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern werden benannt und in Beziehung zum interessierenden Phänomen gesetzt; gleichzeitig werden sKosten%und Nachteile betrachtet, die für Männer aus den bestehenden Geschlechterverhältnissen resultieren; weiters wird von der Vorstellung einer einheitlichen Geschlechtergruppe *Männer* abgegangen, und Kategorien, die Ungleichheit innerhalb der Männer bedingen, werden einbezogen. Dies macht Messner zufolge die öffentliche Kommunikation zwar schwieriger, ist aber die überzeugende Vorgangsweise.

sConsequently, communication becomes more complex, because so many pros and cons, arguments and aspects come in; however, links, connections and alliances to other political actors (or discourses) are enabled. The differences between men become clear by specifying subgroups according to other social categories (sexual orientation, ethnic or cultural background, class, etc.). In this view, there may be interests of not all, but of many men to change the existing gender regimes and the dominating masculinity concepts.+(Scambor, Scambor, Bergmann, White & Raine, 2012, S. 16)

Auf der Basis dieses Modells kann man sich dem Bereich Männergesundheit wie folgt nähern:

Den Privilegien und Vorteilen, die *im Durchschnitt* Männern unter der Bedingung der bestehenden Geschlechterordnungen zuteil werden (die *patriarchale Dividende* bei Connell, 2006), stehen *Costs of masculinity* (auch im Gesundheitsbereich) gegenüber. Die bestehenden Geschlechterverhältnisse bauen auf geschlechtsspezifischen Sozialisationsschienen bzw. idealtypischen Verhaltensmustern für Männer und für Frauen auf. Für Buben und männliche Jugendliche ist in der idealtypischen Variante von Männlichkeit (hegemoniale Männlichkeit bei Connell, 2006) z.B. ein hohes Ausmaß an Risikobereitschaft, eine funktionelle Beziehung zum Körper und Abspaltung bestimmter Gefühle (Angst, Unsicherheit etc.; vgl. Böhnisch, 2003; 2004) vorgesehen, das im Verlauf des Aufwachsens eingeübt wird, schließlich soll schlussendlich resultieren, dass sich Männer auch selbst am entsprechenden Idealbild orientieren: *Harte, zum Verbrauch bestimmte Leistungserbringer, die draußen ihren Mann stehen und nicht in Betreuungsarbeit eingebunden sind* (vgl. Holter, 2003). Auch wenn sich sozio-ökonomische Bedingungen geändert haben und die Verfügbarkeit über eine Masse von männlichen Arbeitskräften in der industriellen Produktion bzw. massenhafter Einsatz von Männern in Heeren derzeit in unseren Breiten nicht mehr so bedeutsam sind wie früher, ist dieses männliche Idealbild nach wie vor relevant.¹⁵ Die eingelernte Ausrichtung der Männer auf den Leistungsbereich erzeugt damit eine Einschränkung der individuellen Lebensgestaltung, es resultiert eine *halbe Vergesellschaftung* von Männern¹⁶ (Einbindung in die Gesellschaft nur durch Produktionsarbeit, nicht aber durch Reproduktionsarbeit, also die Tätigkeiten im Bereich Pflege, Erziehung, *scaring*). Die ökonomischen Vorteile, die im Durchschnitt für die Geschlechtergruppe Männer festgestellt werden können, werden durch hohe *Costs of masculinity* gleichsam erkauf:

Die strukturellen Ungleichheiten, von denen Männer im Durchschnitt profitieren, werden als *patriarchale Dividende* (vgl. Connell, 2006) ausgeschüttet, sind aber die Investition in Form der individuellen Einschränkung und Selbstvernutzung nicht wert, wie es Männergesundheitsberichte und Unfallstatistiken widerspiegeln, wie aus den *Zwischenbilanzen* von Männern in der *Midlife-Crisis* hervorgeht und wie es Männerberatern aus ihrem Arbeitsalltag bekannt ist. Diese Zusammenhänge sind der Selbstreflexion von Männern und Burschen aber grundsätzlich zugänglich - insofern können durch Männerarbeit die Grundlagen für individuelle, aber auch strukturelle Veränderung geschaffen werden, in Richtung von mehr Lebensqualität und Gesundheit im umfassenden Sinn. Die Zurichtung und Verkürzung von männlichen - und weiblichen - Leben widerspricht einem umfassenden Gesundheitsbegriff völlig. (Scambor & Baumann, 2009, S. 57)

¹⁵ Die grundlegenden Zutaten von hegemonialer Männlichkeit werden heute nur neu gemischt: höhere Geschwindigkeit der Arbeitsprozesse, abstraktere Machtverhältnisse, Anforderung nach totaler Verfügbarkeit im Arbeitsprozess (vgl. Böhnisch, 2003, 2004) erfordern entsprechende Identitäten. Wer hier mithalten will, braucht (unabhängig vom biologischen Geschlecht) eine psychologische Verfasstheit, die jene des industriellen Arbeitsmannes sogar noch überdreht.

¹⁶ In Anlehnung an die *doppelte Vergesellschaftung* der Frauen (vgl. Becker-Schmidt, 1987).

Weiters ist festzuhalten, dass . mit Blick auf die dritte Ecke des Messner'schen Dreiecks . nicht alle Männer gleichermaßen von den bestehenden Geschlechterverhältnissen profitieren, sondern große Ungleichheiten innerhalb der Geschlechtergruppe der Männer (wie auch der Frauen) bestehen. Diese Ungleichheiten sind nicht zufällig verteilt, sondern hängen je nach Kontext mit verschiedenen sozialen Kategorien zusammen. Im Zusammenhang mit *Gesundheit* wurde insbesondere auf die Forschungsergebnisse zum sozialen Gradienten hingewiesen, der in mehreren Ländern bei Männern besonders stark ausgeprägt ist:

As outlined above, a range of men's health problems and their premature mortality rates can in large part be seen as a combination of social inequality and one-sided socialisation patterns towards toughness, paid labour and non-caring. It is worth noting that it is the combination of low socio-economic position and male gender that has the most worrying effects. On the other hand, it is also men who have the highest positions and most resources in society. This has led to the notion of men as the 'extreme gender' (EC, 2013, S. 129)

Mit dem Verweis auf Männer als 'extreme gender' wird auf Ausführungen im *First State of Men's Health in Europe Report* Bezug genommen:

In this respect men might be viewed as the 'extreme gender' of which a small part dominates the top of society and who for the big majority feel well when things go well, but who on the other side are the majority of the homeless, of the criminals, of alcohol and drug abusers, of people who commit suicide etc., when things go wrong. (EC, 2011a, S. 304)

So betrachtet gibt es ein Interesse von nicht allen, aber doch von vielen Männern, die bestehende Geschlechterordnung und die hegemonialen Männlichkeitskonzepte aufzugreifen und zu verändern. (Diese Positionierung von bestimmten Gruppen von Männern gegen die Position hegemonialer Männlichkeit ist auch gemeint, wenn die Idee einer einheitlichen Männerbewegung skeptisch betrachtet wird; Connell (1996) sprach bereits vor geraumer Zeit in diesem Zusammenhang von einer 'disunity of men'. Auf der Basis einer 'ausbalancierten' Position (in der Mitte des Dreiecks von Messner) können Allianzen gegründet werden, die ihre theoretische Klammer im *Social Justice*-Konzept (vgl. Czollek, Perko & Weinbach, 2009) finden.

In einer umfassenden Perspektive von Geschlechtergleichstellung kommt also der Männergesundheit die Rolle von 'Costs of masculinity' zu, die nicht isoliert betrachtet werden können, sondern in Bezug zu Geschlechterverhältnissen in allen Lebensbereichen gesetzt werden müssen. Eine Veränderung der

Geschlechterverhältnisse könnte sich daher positiv auf die Gesundheit von Männern auswirken . dies ist einer unter mehreren Aspekten, wie Männer von Geschlechtergleichstellung profitieren könnten (vgl. Hearn, 1987; Connell, 1996; zusammenfassend: Scambor & Scambor, 2008).

Für die Männergesundheits-Förderung folgt aus diesem Blickwinkel die *Forderung nach Gleichstellungsorientierung* . Ziele, Konzepte, Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen der Männergesundheit sollen an einer umfassenderen Perspektive der Gleichstellung der Geschlechter und Abbau von sozialen Ungleichheiten ausgerichtet werden, um nicht isolierte Projekte mit geschlechterpolitisch unbedachten Wirkungen zu implementieren oder bestehende Differenzen noch zu vergrößern (was z.B. der Fall wäre, wenn Aktivitäten nur sozio-ökonomisch gut gestellte männliche Zielgruppen erreichen würden, oder Ungleichstellungen zwischen oder innerhalb der Geschlechter durch Maßnahmen stabilisiert oder verstärkt würden, vgl. Box 2).

Box 2

Männergesundheit und Frauengesundheit

Männergesundheit und Frauengesundheit

Ein Argument, das für eine Gesundheitsförderung spricht, die sich an die Zielgruppe Männer richtet, wird von Experten Bissuti vorgebracht:

„Um Frauengesundheitsförderung erfolgreich betreiben zu können, muss man aus meiner Sicht Männergesundheitsförderung betreiben. Einer der Hauptbelastungsfaktoren für Frauen, für Frauengesundheit ist die mangelnde Männergesundheit.“ (Bissuti)

Die geschlechtliche Rollenverteilung in heterosexuellen Beziehungen äußert sich generell in einem höheren Risikoverhalten der Männer und weist den Frauen die Funktion der „Gesundheitsmanagerin des Mannes/ der Familie“ zu. Männer achten weniger auf ihre Ressourcen und entwickeln ihre Gesundheitspotentiale weniger, und Frauen sind oft die Resilienzfaktoren der Männer, die im Hintergrund viele gesundheitsbezogene Probleme abfedern, was zu deren Belastung beiträgt. (Bissuti)

„Also ich glaube auch, dass für die Frauengesundheitsförderung es von zentraler Bedeutung ist, dass es Männergesundheitsförderung gibt.“ (Bissuti)

Diese Überlegung hält auch Expertin Groth aus Frauengesundheits-Perspektive für sinnvoll:

„Ja, das denke ich, ist ein ganz wichtiger Aspekt. Das würde tatsächlich Frauen entlasten und würde auch den Männern guttun, für die Gesundheit eigene Verantwortung zu übernehmen. Im Sinne des gemeinsamen Adressierens: Ich denke, es wäre Wunsch vieler Frauen, dass ihre Männer mitmachen, bei Elternbildung, oder Schule oder so. Also wenn das ginge, wäre das, glaube ich, von vielen Frauen in Partnerschaften erwünscht, dass die Männer da ihren Teil übernehmen.“ (Groth)

Aus der Erfahrung der gemeinsamen Arbeit von MEN Wien und FEM leitet Experte Bissuti insbesondere folgenden Vorteil einer gemeinsamen Vorgehensweise von Männer- und Frauengesundheit ab: Durch das Identifizieren von gemeinsamen Themen wird verhindert, dass Gesundheitsinterventionen, die an Männer gerichtet sind, Benachteiligungsprozesse von Frauen aufrechterhalten oder fördern.

Besonders im Zusammenhang mit der Rolle der Frau als „Gesundheitsmanagerin“ in Partnerschaften und Familien ist diese gemeinsame Perspektive relevant, da es verlockend scheinen kann, diese weibliche Rolle in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten einzusetzen, um so Männer zu erreichen, was aber die reproduktiven Aufgaben wieder einseitig der Frau zuweisen und das traditionelle Geschlechterarrangement festigen würde. Experte Siegl betont, dass dieser Ansatz die Eigenverantwortung von Männern für ihre Gesundheit untergraben würde. Experten, die sich mit dem Einbezug von Frauen in Männergesundheitsförderungsprojekte beschäftigt haben (Setz, Ropin, Siegl), weisen darauf hin, dass eine solche Strategie allenfalls am Anfang eines Prozesses stehen kann, in dem Bewusstsein und Eigenverantwortung von Männern für ihre Gesundheit aufgebaut wird. Experte Setz befindet, dass es häufig nötig ist, Männer, Frauen und beide Geschlechter anzusprechen; dies seien drei Strategien, die miteinander kombiniert werden können, z.B. indem beide Geschlechtergruppen zu Veranstaltungen eingeladen und in der Veranstaltung auch geschlechtshomogene Arbeitseinheiten integriert werden.

Mit einer umfassenderen Perspektive in der Männergesundheitsförderung (Gleichstellung der Geschlechter und Abbau von sozialen Ungleichheiten) ergibt sich auch eine Schnittstelle zum Gesundheitsdeterminanten-Ansatz, in dem betont wird, dass Gesundheit von Faktoren in den verschiedensten Bereichen beeinflusst wird, wobei dem Merkmal *Geschlecht* eine zentrale Bedeutung zugemessen wird. Hier ist die Ausrichtung am *Gender*-Konzept zentral, d.h. Geschlecht (wie auch Migration) kann nicht als einer unter mehreren isolierten Faktoren verstanden werden, sondern als Dimension, die sich durch alle Lebensbereiche zieht:

Es sind also Ressourcen, Lebenschancen, Mentalitäten, Wissensbestände, Meinungen und Verhaltensweisen, die Gesundheit beeinflussen bzw. determinieren (Hradil, 2006). Neben dem Einfluss der angeführten vertikalen Faktoren sind diese Determinanten auch von horizontalen Faktoren wie Alter, ethnische Zugehörigkeit, Region, Wohngebiet und insbesondere vom Geschlecht abhängig. Als horizontale Dimension durchzieht das Geschlecht sämtliche Lebensbereiche und damit auch die Gesundheit (Babitsch, 2006). (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 145)

Für den Bereich der Männergesundheit ergibt sich in diesem Zusammenhang ein großer Nachholbedarf auf theoretischer und praktischer Ebene.

Men's health must be understood as much more than the sum of male-specific illnesses or diseases and as a category that is distinct from women's health. The need for a social determinants perspective and a gender-mainstreaming approach to men's health is paramount. A social determinants perspective acknowledges that men's health status is more than simply a consequence of biological, physiological or genetic factors, but that it is also affected by broader economic, social, cultural and environmental elements. One limitation of much epidemiological and behavioural research is that the biological category *male* is conflated with the psychological and social concept *masculine*. However, there is growing evidence that how men define and enact masculinity can determine whether they will engage in unhealthy or risky practices. There is an urgent need to address the substantive differences in health status between different categories of men, and to recognise that social, economic, environmental and cultural factors are key determinants of the health status of men. Indeed, the marked effect of poor socio-economic conditions on the health of men makes men's health not just an issue of gender equality, but a more fundamental equity concern, which relates to the right of men in all member states to be able to live a long and fulfilling life. The application of a gender lens to men's health needs to extend beyond the health sector and to encompass the many facets of men's lives that have a crucial bearing on health . e.g., schools, communities and the workplace. Gender mainstreaming entails assessing the implications for men and women of any policy. The positioning of men's health within a mainstreamed equality agenda with a gender focus affords a more holistic approach than a simple focus on sex differences. In other words, an approach that recognises diversity between men and that strives for health equality among men in all member states is likely to offer a more constructive framework in which to advance men's health than one which focuses on margins of difference between men and women. (White, DeSousa et al., 2011, S. 199)

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Geschlechtergleichstellung braucht Männergesundheitsförderung
2. Männergesundheitsförderung braucht Geschlechtergleichstellung

Ad 1: Bemühungen um Geschlechtergleichstellung werden umso erfolgreicher sein, wenn Männer stärker als bislang motiviert werden können, sich an diesem Prozess zu beteiligen, und diese Bemühungen werden sich umso schwieriger gestalten, je mehr mit der Polarität *Männer versus Frauen* argumentiert wird. Neben grundsätzlichen Überlegungen zur Gerechtigkeit in unserer Gesellschaft und dem Ziel der Diskriminierungsfreiheit in jeder Hinsicht müssen die Vorteile der Geschlechtergleichstellung herausgearbeitet werden, die Männer zu erwarten haben. Solche Vorteile würden großen Teilen der männlichen Bevölkerung aus der Hinterfragung der bestehenden Geschlechterverhältnisse erwachsen, und zwar in verschiedenen Lebensbereichen (vgl. EC, 2013), wobei Männergesundheit ein Bereich ist, in dem diese Vorteile besonders deutlich werden.

Ad 2: Männergesundheitsförderung kann nicht als isolierter Bereich aufgefasst werden, der von anderen gesellschaftlichen Bereichen abgekoppelt ist. Ein solcher Zugang würde leicht in eine larmoyante Position geraten, aus der heraus der schlechte Gesundheitszustand der Männer im Allgemeinen beklagt würde, mit einer breiten Schnittstelle zu einer antifeministischen Diskussion. Zum einen verweist aber die Gender- bzw. intersektionale Analyse von Gesundheitsdaten darauf, dass verschiedene Gruppen von Männern . und Frauen . in *unterschiedlichem* Ausmaß von Gesundheitsproblemen betroffen sind, und sozio-ökonomische Ungleichheiten spielen dabei eine herausragende Rolle. Der konstruierte Geschlechter-Antagonismus würde als Verdeckungszusammenhang für generelle Verteilungsprobleme in unserer Gesellschaft missbraucht. Zum anderen entstehen die Gesundheitsprobleme von männlichen Bevölkerungsgruppen in einem bestimmten Geschlechter-Arrangement, in welchem strukturelle Vorteile durch gesundheitliche (und andere) Kosten erkaufte werden. Daher gilt es, immer das gesamte Arrangement in den Blick zu nehmen.

7. Männergesundheit in gesundheitspolitischen Zielformulierungen

7.1. EU

Die weiter oben angesprochenen **politischen Strategien und Zielformulierungen** auf **EU-Ebene** im Zusammenhang mit Männergesundheit sind insbesondere die folgenden:

- Die *EU 2020-Strategie*, in der das Ziel formuliert wird: *so promoting a healthy and active ageing population to allow for social cohesion and higher productivity.*+ (EC, 2010, S. 18). Hier werden die Thematiken Gesundheit, gesundes Altern, demographischer Wandel, sozialer Zusammenhalt und Produktivität/Wirtschaftswachstum in einen Zusammenhang gebracht, der darauf verweist, dass Gesundheitsförderung bis ins hohe Alter nicht zuletzt einen Effekt auf die wirtschaftliche Weiterentwicklung der EU hat: Die Bevölkerungsstruktur von Männern und Frauen verändert sich, die Lebenserwartung steigt. Damit kommen einerseits neue Herausforderungen auf die Gesundheits- und Pflegesysteme zu, andererseits wird es immer wichtiger, die Gesundheit aller Personen im (verlängerten) Haupterwerbsalter zu erhalten.
- Diese Überlegungen finden sich auch im EU-Gesundheitsprogramm *Health for Growth* wieder, das für den Zeitraum von 2014-2020 gelten wird (vgl. EC, 2011c; EC n.d.): Ziel ist es, die Menschen länger gesund und aktiv zu erhalten, auch mit Blick auf die Aufrechterhaltung von Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit.

Im *First State of Men's Health in Europe Report* (EC, 2011a, 2011b) und im Bericht *The Role of Men in Gender Equality* werden diese Überlegungen folgendermaßen in Bezug auf Männergesundheit zusammengefasst:

The timing of this scrutiny is important, as the male and female population are seen to be changing, and this will bring new challenges for the health and social care sector. Thus, generally speaking, investing in health is of vital interest for the EU, as working age men and women are needed to be in the best possible health to be productive and to avoid an old age limited by chronic illness.+ (EC, 2013, S. 120)

The male population is changing, bringing new challenges to the health and social care sector. It is predicted that between 2010 and 2060, there will be a reduction of 24 million men in the working age range (15-64 years), and an increase of 32 million men over the age of 65 years across the EU27. These changes in demographics have clear implications for the capacity of economies to maintain provision of health and social care. With low birth rates in the majority of countries, most countries that are still experiencing growth in their numbers of young people are only doing so as a result of inward migration.%(White et al., 2011, S. 193)

7.2. Österreich

Auf **Österreich-Ebene** wurden 2012 vom Ministerrat 10 Rahmen-Gesundheitsziele beschlossen, die als Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens dienen und die Handlungsschwerpunkte für die nächsten 20 Jahre vorgeben sollen. Bei der Erarbeitung dieser Ziele wurde von verschiedenen Grundprinzipien ausgegangen, von denen die folgenden drei als besonders relevant bezeichnet werden (neben Ressourcenorientierung; Public-Health-Orientierung; Zukunftsorientierung und Nachhaltigkeit; Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung und Relevanz; Verständlichkeit; vgl. Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2012):

- §Determinantenorientierung, d. h. Ausrichtung an den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung
- §Health in All Policies-Ansatz, d. h. Berücksichtigung des möglichen Beitrags verschiedener Politikfelder
- §Förderung von Chancengleichheit, d. h. Berücksichtigung der Reduktion von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten als durchgängige Anforderung. (BMG, 2012, S. VI)

Im Zusammenhang mit Männergesundheit ist vor allem Ziel 2 relevant (*§Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen*), wobei in der Formulierung zunächst von *Altersgruppen* ausgegangen wird, die weiter nach *Herkunft, Wohnregion* und *Geschlecht* differenziert werden. Faire Ausgangsbedingungen im Bildungssystem und die Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen werden als Wege gesehen, dieselben Gesundheitschancen herzustellen. Der Zugang zum Sozial- und Bildungssystem soll schließlich *gleich, zielgruppengerecht* und *barrierefrei* gestaltet sein:

- §Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. (BMG, 2012, S. 13)

7.3. Steiermark

In der **Steiermark** liegen folgende Gesundheitsziele vor (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark, 2009; 2011):

- Gesunde Lebensverhältnisse schaffen
- Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben entwickeln
- Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

Bei der Formulierung der steirischen Gesundheitsziele wurde auf die Definitionen der WHO, die Ottawa-Charta (WHO, 1986) und auf das unter Finnischer EU-Präsidentschaft herausgegebene Dokument *Health in All Policies* (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo, 2006) Bezug genommen (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark, 2011). Die Gesundheitsziele Steiermark orientieren sich weiters an Grundsätzen der Gesundheitsförderung:

Das bedeutet, sie zielen in allen Bereichen auf die Nutzung vorhandener Ressourcen, auf die Stärkung und Ermutigung einzelner Personen und Gruppen sowie auf Nachhaltigkeit ab und gehen von einem Gesundheitsbegriff aus, der die mentale, soziale, körperliche und Umwelt bedingte Gesundheit berücksichtigt. (Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 10)

Partizipation, gesundheitliche Chancengleichheit und der Ansatz *Health in All Policies* (bzw. Gesellschaftsbereiche) werden als Grundsätze herausgestrichen. Im Zusammenhang mit letzterem Grundsatz wird betont:

In diesem Zusammenhang ist besonders auf die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinzuweisen. Gender muss als Kategorie in allen Phasen berücksichtigt werden. (Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 10)

Punkte in den Gesundheitszielen, in denen explizit auf Männer hingewiesen wird, sind die folgenden:

- Im Zusammenhang mit dem Ziel *Gesunde Lebensverhältnisse schaffen*: Arbeit(-losigkeit), Bildung und das Leben im Wohnumfeld sowie in der Familie haben einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern, Frauen und Männern. (Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 12)
- Im Zusammenhang mit den möglichen Maßnahmen zum Ziel *Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern*: Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderungen wurden bisher hauptsächlich in männlich dominierten Branchen und Bereichen entwickelt und etabliert. Frauen-dominierte

Bereiche (z.B. Handel) wie auch Frauen in männlich dominierten Bereichen (z.B. Frauen in technischen Berufen) haben unterschiedliche Bedürfnisse und benötigen daher unterschiedliche Maßnahmen.%(Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 13)

- Im Zusammenhang mit dem Ziel *Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten*: Einige Zielgruppen (z.B. besonders bedürftige und alte Frauen und Männer) sind am Besten über die Lebensbereiche Gemeinde und Familie erreichbar.%(Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 15)
- Im Zusammenhang mit den möglichen Maßnahmen zum Ziel *Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern*: Integration bedürfnisorientierter und geschlechtssensibler Sexualpädagogik in der Schule sowie Ausbildung männlicher Sexualpädagogen%(Gesundheitsfonds Steiermark, 2011, S. 31)

Genauere Ausführungen zu Zielen und Maßnahmen sind im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* enthalten, wie z.B.:

„Betrachtet man den Alkoholkonsum und die direkten Konsequenzen daraus, so ergibt sich für Männer ein größerer Interventionsbedarf als für Frauen, wobei zu bedenken ist, dass Frauen zusätzlich auch (besonders) von den indirekten Folgen des Alkoholkonsums (Gewalt, Unfällen etc.) betroffen sind.“(Grasser & Wieseneder, 2010; S. 2)

Insgesamt wird auf allen betrachteten politischen Ebenen (EU, Österreich, Steiermark) *Gender* im Prinzip und grundsätzlich als wesentliche Perspektive in der Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet. Unklarer ist die Situation hingegen, wenn danach gefragt wird, welche konkreten Ziele und Maßnahmen im Bereich der Männergesundheitsförderung vorliegen bzw. wie jene Ziele, die geschlechtsunspezifisch formuliert wurden, bei bestimmten Zielgruppen (z.B. Männer und Frauen bestimmter Altersgruppen oder mit einer bestimmten Migrationsgeschichte) konkret umgesetzt werden. Auf EU-Ebene gibt es Überlegungen zur Verbindung von Gesundheitszielen mit Maßnahmen der Männergesundheitsförderung (vgl. EC, 2011a, 2011b; Men's Health Forum, 2004; European Men's Health Forum, 2011; Banks, Richardson & Madsen, 2012). Auf Österreich- und Steiermark-Ebene sind es hier entweder Einzelinitiativen, die bottom-up männergesundheitsfördernde Aktivitäten umsetzen, oder es werden Männer/männliche Jugendliche in Aktivitäten „miterreich“ die an die Allgemeinbevölkerung oder bestimmte andere Zielgruppen gerichtet sind (z.B. in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, oder über Kampagnen) . dies ist aber

kein Zugang, der mit einer expliziten Gender-Perspektive arbeitet. sGender% wurde lange Zeit und wird auch derzeit noch häufig mit sFrauen% gleichgesetzt . eine Verkürzung, auf die in verschiedenen Zusammenhängen bereits seit längerer Zeit hingewiesen wird (vgl. z.B. Holter, Riesenfeld & Scambor, 2005). Mit Verweis auf die Gender-Perspektive im Bereich der Gesundheit werden zwar Männer zunehmend mitgedacht und mitgenannt, in der Praxis ist der Bereich *Männergesundheit* allerdings noch nicht sehr weit gediehen.

7.4. Kritische Betrachtung der Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark im Kontext der Gesundheitsförderung

Eine wichtige Frage im Zusammenhang mit einer Gesundheitsförderung, die auf bestimmte Zielgruppen bezogen ist (z.B. Männer, Frauen, Altersgruppen, sozio-ökonomische Position, Migrationshintergrund etc.), wird durch den antikategorial ausgerichteten und auf das Individuum bezogenen Ansatz aufgeworfen, wie er der *Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark* (Land Steiermark, 2011) zugrunde liegt. Die *Charta* ist ein Positionspapier sō zum Themenkreis Integration, Umgang mit Vielfalt und Diversitätsmanagement% (Land Steiermark, 2011, S. 3), das vom Steirischen Landtag 2011 beschlossen wurde und sō definiert das Zielbild für das kommende Jahrzehnt und gibt den Handlungsrahmen für die künftige Integrationsarbeit des Landes Steiermark vor. Die Landesregierung will sich in ihrem Wirkungsbereich Schritt für Schritt den Visionen der Charta nähern.% (Land Steiermark, 2011, S. 3)

Der zugrunde liegende positive Impuls der *Charta* besteht darin, Politik und Verwaltung des Landes Steiermark auf einen professionellen, zukunftsorientierten Umgang mit der gesellschaftlichen Vielfalt auszurichten und öffentliche Einrichtungen und Systeme für alle Menschen zu öffnen. Der Wirkungsbereich der Charta soll nicht nur Politik und Verwaltung des Landes umfassen, sondern darüber hinausgehen:

sDas Land Steiermark lädt Verantwortungsträgerinnen und -träger aus allen gesellschaftlichen Bereichen ein, diese Charta zu unterzeichnen, ihre Inhalte in den eigenen Wirkungsbereich zu übertragen und diese mit Leben zu erfüllen.% (Land Steiermark, 2011, S. 3)

Eine der sinnvollen Grundideen dieses Positionspapiers ist, dass im interindividuellen Umgang von Personen stereotypes Denken, das durch die Zuordnung von Personen zu Kategorien entsteht, abgebaut werden sollte.

Auch sollten sich laut *Charta* die Regeldienste und Institutionen für alle Mitbürger_innen öffnen und niemanden ausschließen. In weiterer Konsequenz bedeutet dies laut *Charta* eine Abkehr von zielgruppenspezifischen Angeboten und Maßnahmen, die nur als „Übergangslösungen“ gedacht sind, bis die Regeleinrichtungen den Prozess der Öffnung weit genug beschritten haben:

§3.2.4 Maßnahmen, die vom Land Steiermark ausgehen oder finanziert werden, werden so gestaltet, dass sie grundsätzlich für alle Menschen, die einen konkreten Bedarf oder konkretes Interesse daran haben, zugänglich und nutzbar sind. Auf Basis einer kritischen Analyse der vorhandenen Bedingungen wird in den unterschiedlichen Lebensbereichen angestrebt, die Zugänge zu Maßnahmen und Angeboten zu verbessern. Es wird dabei jedoch nicht auf kurzfristige Interventionen oder Spezialmaßnahmen für besondere Zielgruppen gesetzt.

3.2.5 Dort wo dies sachlich gerechtfertigt ist, sind weiterhin spezifische Angebote und Maßnahmen notwendig. Zum Teil wird es erforderlich sein, „Übergangslösungen“ in Form von maßgeschneiderten Angeboten für einzelne Zielgruppen zur Verfügung zu stellen, bis alle öffentlichen Einrichtungen und Systeme (Regelinstitutionen und -systeme) ihren Aufgabenstellungen tatsächlich in Chancengleichheit nachkommen. Grundsätzlich werden jedoch auch damit keine Parallelstrukturen etabliert, sondern der Fokus liegt darauf, die Regelinstitutionen und -systeme weiterzuentwickeln.“

(Land Steiermark, 2011, S. 13)

Als Indikator für eine noch nicht erfolgte Öffnung der Regelinstitutionen und Regelsysteme wird das Entstehen von zielgruppenbezogenen Diensten gesehen:

„Das Entstehen gezielter, häufig von NGOs und Selbsthilfegruppen angebotener Dienste für eng umgrenzte Zielgruppen ist eines der deutlichsten Zeichen für ein nicht bedarfsgerechtes Dienstleistungsangebot der Regelinstitutionen und -systeme.“

(Land Steiermark, 2011, S. 19)

Die vollständige Öffnung der Regelinstitutionen und -systeme könnte umgekehrt daran abgelesen werden, dass keine zielgruppenbezogenen Dienste mehr entstehen (wobei auch dann keine mehr entstehen, wenn keine Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden, obwohl sich die Regelinstitutionen noch nicht vollständig geöffnet haben).

Trotz einer grundsätzlichen Abkehr vom zielgruppenspezifischen Ansatz in der *Charta* wird die Umsetzung ebensolcher Maßnahmen im Sinn von „Übergangslösungen“ (vgl. oben) bzw. auch *dauerhafter spezifischer Maßnahmen* eingeräumt, was sinnvoll scheint:

„Manchmal können allgemeine Maßnahmen an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden, manchmal bedarf es vorübergehend oder auf Dauer gezielter spezifischer Maßnahmen.“

Organisationen werden lernen, wie diese Maßnahmen unterschiedlicher Art ins Gleichgewicht gebracht werden können. (Land Steiermark, 2011, S. 19)

Die Öffnung von Regelinstitutionen und Regelsystemen für alle Menschen, als Mitarbeiter_innen und Kund_innen, ein offener und wertschätzender Umgang zwischen diesen und die positive Perspektive auf Vielfalt sind erstrebenswerte Ansätze, die so weit wie möglich entwickelt werden sollten. Da dies in vielen Bereichen (noch) nicht gegeben ist, werden auch weiterhin spezifische Maßnahmen notwendig sein. In einer langfristigen Perspektive handelt es sich aber unbedingt um ein erstrebenswertes Ziel, wenn allen Menschen ein barrierefreier Zugang zu öffentlichen und öffentlich geförderten Dienstleistungen und Angeboten (Land Steiermark, 2011, S. 12) ermöglicht werden soll (vgl. Strategische Zielsetzung 3.2 in der *Charta: Gleiche Chancen ermöglichen*).

Kompatibilitätsprobleme gibt es zwischen dem individuumszentrierten und antikategorialen Gestus der *Charta* und der Vorgangsweise in der Gesundheitsförderung, wie sie von den meisten Expert_innen beschrieben wird (vgl. die Statements der Expert_innen in Kapitel 8).

Der steirische Ansatz ist primär auf das Individuum und weniger auf Kollektive und Gruppen ausgerichtet. Einer der Hauptgründe dafür liegt in der einfachen Tatsache, dass es die Gruppen, die als Zielgruppen fungieren sollen, in der Regel als reale Gruppen gar nicht gibt. Menschen werden häufig nur aufgrund einzelner sozialer Marker zu Gruppen zusammengefasst, die jedoch sehr wenig über ihre wahre Ausgangslage und ihre Bedürfnisse – ja letztlich über ihre Gemeinsamkeiten – aussagen. Sie treffen auf unterschiedliche Herausforderungen und Erwartungshaltungen, ja sogar auf unterschiedliche Formen der Ablehnung und Zurückweisung oder Akzeptanz. Es gilt zu verhindern, dass Individuen aufgrund ihrer Zuordnung zu einer bestimmten Gruppe in ein Gehäuse der Zugehörigkeit gepresst oder auch gesperrt werden. An die Stelle der weit verbreiteten Konzentration auf Gruppenzugehörigkeiten soll die Konzentration auf Lebenswelten treten. (Land Steiermark, 2011, S. 19)

Ein antikategorialer und auf das Individuum bezogener Zugang ist durchaus für den Kontakt zwischen Einzelpersonen sinnvoll, insbesondere zwischen Mitgliedern von Institutionen und Einrichtungen mit ihren Kund_innen, Klient_innen etc. – für andere Kontexte eignet sich dieser Zugang aber weniger. Bestimmte Kontexte in Forschung und Praxis erfordern den – selbstverständlich bewussten und reflektierten – Einsatz von Kategorien (zur analytischen Gruppenbildung und zielgerichteten Ausrichtung der Praxis), die natürlich nur als hypothetische Konstrukte aufzufassen sind, die Komplexität reduzieren und dadurch auch die soziale Realität verkürzen, aber ohne deren Hilfe soziale Ungleichheiten nicht sichtbar gemacht werden könnten, weil ein nur auf Individuen gerichteter Blick dazu führt, dass der sprichwörtliche Wald vor lauter

Bäumen nicht gesehen werden kann, bzw. man in Praxiskontexten bei der Individualbetreuung landet und einen unbekanntem Ausschnitt der Bevölkerung erreicht (denn ohne die Verwendung von Kategorien kann auch nicht bestimmt werden, welche Segmente erreicht, welche verfehlt wurden).

Etwas unklar bleibt, ob in der Charta gegen alle oder gegen bestimmte Gruppenschreibungen argumentiert wird. In den *Erläuterungen zu spezifischen Angeboten und besonderen Maßnahmen* (vgl. Land Steiermark, 2011, S. 19ff.) werden exemplarisch *Migration* und *Behinderung* angeführt:

„MigrantInnen, Personen mit Migrationshintergrund, Personen mit Diskriminierungserfahrungen, Angehörige ethnischer Minderheiten, Menschen mit Behinderung, ... die Liste der Chiffren und Kennungen für bestimmte Zielgruppen ist lang.“ (Land Steiermark, 2011, S. 19)

Da im weiteren Text Ausführungen zum Begriff *Integration* erfolgen, könnte es sich um jene Gruppenschreibungen handeln, mit denen *Integration* in der Praxis, in der öffentlichen oder Fachdiskussion in Verbindung gebracht wird. Ob in diesen Erläuterungen *Geschlecht* auch gemeint ist, bleibt offen, da *Geschlecht/Gender* in diesem Zusammenhang nicht explizit erwähnt wird. An anderer Stelle in den *Erläuterungen zu spezifischen Angeboten und besonderen Maßnahmen* wird explizit auf *Geschlecht* eingegangen:

„Im Bereich der Gleichstellung von Frauen und Männern wurde es aufgrund der massiven Beharrungstendenzen in manchen Systemen jedoch notwendig, Frauen, etwa in Hinblick auf die Gleichbehandlung in der Arbeitswelt, wo sie nach wie vor nur einen geringen Anteil von Führungspositionen in Verwaltung und Wirtschaft einnehmen, positiv zu bevorzugen (Bei gleicher Qualifikation werden Frauen bevorzugt eingestellt). Eine solche Maßnahme ist lediglich als Übergangsmaßnahme zulässig, bis die konsequente Benachteiligung für die betreffende Gruppe nicht mehr gegeben ist. Ziel solcher Maßnahmen ist es, auch über den Umweg einer zeitlich befristeten Diskriminierung von Angehörigen einer Gruppe (hier: Männer), die gesellschaftliche Wirklichkeit des Beschäftigungsbereichs zu beeinflussen, um letztlich wieder chancengleiche Ausgangslagen herzustellen. Eine solche Maßnahme stellt einen sehr intensiven Eingriff dar und soll daher niemals leichtfertig angewendet werden. Es ist zudem nicht ohne weiteres möglich, solche Maßnahmen (wie etwa Quoten) auch auf Bereiche außerhalb der Gleichbehandlung von Frauen und Männern analog anzuwenden.“ (Land Steiermark, 2011, S. 20)

Diese Erläuterung könnte bedeuten, dass die Kategorie *Geschlecht* in der Charta möglicherweise eine andere Rolle spielt als *Migration* oder *Behinderung*. Eventuell handelt es sich aber auch nur um ein Beispiel für eine *besondere Maßnahme* (zu ergänzen ist, dass es mit der Beschäftigungspflicht für Arbeitgeber_innen auch im Bereich der Behinderung Quoten gibt). Wenn *Beharrungstendenzen in manchen Systemen* das ausschlaggebende Argument für den Einsatz von *besonderen*

Maßnahmen wären, dann wären diese Maßnahmen wohl für alle in der *Charta* explizit angeführten oder mitgemeinten Kategorien zu rechtfertigen.

Gesundheitsförderung ist ein Kontext (unter vielen), der mit vorläufigen Kategorien arbeitet: Wenn es um die spezifische Förderung der Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen, für die bestimmte Problematiken empirisch festgestellt werden, geht (vgl. z.B. oben: die Zusammenhänge von Lebenserwartung, Geschlecht, sozio-ökonomischer Position), dann ist eine Orientierung am Individuum nicht zielführend. Dabei spricht nichts gegen einen Lebenswelten- bzw. Setting-Ansatz. Den oben angeführten Gegensatz *Konzentration auf Lebenswelten statt Konzentration auf Gruppenzugehörigkeiten* zu konstruieren ist nicht notwendig: Schließlich können bestimmte (vorläufig und zum Teil immer unzulänglich definierte) Gruppen in bestimmten Lebenswelten oder Settings gut erreicht werden.

Eine *völlig geöffnete* Regelinstitution könnte außerdem bei konsequenter Umsetzung eines antikategorialen Ansatzes gar nicht erkennen, ob sie geöffnet ist oder nicht, da sie auch Kategorien zur Analyse ablehnt¹⁷ (zum Problem des antikategorialen Ansatzes im Praxis- und angewandten Forschungskontext vgl. Scambor & Scambor, 2012).

In der Gesundheitsförderung und vermutlich auch in anderen Kontexten werden damit in den Begriffen der *Charta* häufig *permanente Übergangslösungen* vorliegen müssen. Einen wertvollen Impuls gibt die *Charta* jedenfalls: Ein zielgruppenspezifisches Vorgehen verlangt nach einer guten Begründung und kann nicht einfach als selbstverständliche Praxis vorausgesetzt werden.

¹⁷ *Der steirische Weg*, auf das Individuum und nicht - auf Basis von bestimmten Merkmalen zusammengefasste - Gruppen zu fokussieren, bedeutet auch, dass nicht das "Zählen von Köpfen bzw. Gruppenzuschreibungen" zum Instrument gemacht wird, um die gesellschaftliche Vielfalt in Organisationen abzubilden. Um zu erreichen, dass sich Bevölkerungsvielfalt langfristig in öffentlichen Institutionen und Einrichtungen auf allen Ebenen abbildet, wird der Zugang gewählt, ebendort vorhandene physische und psychische Barrieren zu erfassen und systematisch abzubauen, um Chancengleichheit zu ermöglichen. (Land Steiermark, 2011, S. 20)
Wie wird dann aber festgestellt, ob sich eine Organisation bereits vollständig geöffnet hat, der Abbau von Barrieren den gewünschten Effekt hatte und sich die gesellschaftliche Vielfalt in Mitarbeiter_innen- und Kund_innen-Struktur abbildet, wenn keine Gruppenzuschreibungen als Instrument verwendet werden und keine Köpfe gezählt werden? Ohne *Gruppenzuschreibungen* (also Zuordnung von Personen zu bestimmten analytischen Kategorien, mit allen ihren Unzulänglichkeiten) wird nicht mehr feststellbar sein, ob und wie viele Männer, Frauen, Personen mit verschiedener Migrationsgeschichte, mit welcher Behinderung, Altersgruppen etc. unter den *vielfältigen Personen* (= Ergebnis einer kategoriefreien Erhebung) gewesen sein werden.

8. Männer als Zielgruppe/n von Gesundheitsförderung

Die Expert_innen wurden im Interview gefragt, ob sie spezifische Maßnahmen in der Gesundheitsförderung für Männer als grundsätzlich sinnvoll erachteten und welche weiteren Merkmale für die Auffächerung der Zielgruppe *Männer* sinnvoll seien. Im folgenden Abschnitt werden ihre diesbezüglichen Antworten wiedergegeben. Insgesamt stimmen die Expert_innen überein, dass die **Zielgruppe Männer** in der Gesundheitsförderung **sinnvoll** ist. Weitere Variablen/Determinanten, die die **Zielgruppe** weiter **auffächern** (Alter, sozio-ökonomische Lage usw.), sind dabei notwendig.

Als Begründungen für die Sinnhaftigkeit einer Männergesundheitsförderung werden genannt:

- Grundsätzlich gilt in der Gesundheitsförderung wie in vielen anderen Handlungsfeldern: **Zielgruppenorientierung** ermöglicht **zielgerichtete Arbeit**.
- Ob ein spezifischer Zugang für eine bestimmte Gruppe notwendig ist, wird durch eine **Erhebung des Bedarfs** bestimmt.
- **Gesundheitsdaten** weisen auf einen Bedarf nach Männergesundheitsförderung hin, und Angebote, die sich an **salle%ächten**, werden als Rückschritt gesehen. Gesundheitsdaten zeigen, dass Männer von bestimmten Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind, Frauen wiederum von anderen. Das generell höhere **Risikoverhalten** von Männern/Burschen spielt eine wichtige Rolle.
- Männer wie Frauen können mit gesundheitsfördernden Aktivitäten erreicht werden, aber auf **unterschiedlichen Wegen** und mit **verschiedenen Themen**. Es gibt eine wechselseitige Beeinflussung von Männergesundheit und Frauengesundheit, weil die Geschlechtergruppen in vielen Kontexten aufeinander bezogen leben.
- Allgemein ausgerichtete Gesundheitsförderung erreicht eher Frauen als Männer.

„Männer%als Zielgruppe ist aber zu unspezifisch. Sinnvolles Arbeiten ist nur möglich, wenn **verschiedene soziale Determinanten** mitberücksichtigt werden, möglichst gleichzeitig. Wichtige Variablen/Determinanten, nach denen die Zielgruppe aufgefächert werden sollte, sind die folgenden:

- **Alter, Lebensphase**
- **Sozio-ökonomische Faktoren, Milieus**

- **Migrationshintergrund, Sprache**
- **Sexuelle Orientierung**

Unterschieden zwischen **Stadt** und **Land** wird eine gewisse Bedeutung eingeräumt, hinsichtlich des Zugangs zu Zielgruppen, der unterschiedlichen Strukturen und Kooperationsmöglichkeiten, Anonymität etc.

Bei der **Differenzierung der Zielgruppen** muss man im Allgemeinen **eher weit** gehen und sehr spezifisch werden, weil bestimmte Zielgruppen bestimmte Bedürfnisse haben und nur auf bestimmten Wegen erreicht werden können. Die Herausforderung dabei ist, den **richtigen Grad an Differenzierung** herauszufinden, um nicht einerseits zu unspezifisch bzw. andererseits zu kleinteilig vorzugehen.

Statements der Expert_innen:¹⁸

8.1. Begründungen für eine Gesundheitsförderung, die auf Männer fokussiert

Zielgruppenorientierung ermöglicht zielgerichtete Arbeit:

*sch glaube, dass ein Fokus auf spezifische Zielgruppen, egal jetzt auf welche Zielgruppen, und da in dem Fall auf Männer und Burschen, auf jeden Fall immer sinnvoll ist, weil du viel mehr eingrenzen kannst, um wen handelt es sich, wer ist meine Zielgruppe, was sind die Bedürfnisse dieser Zielgruppe, was sind aber auch die Herausforderungen dieser Zielgruppe, und du kannst viel besser Maßnahmenbündel zielgruppenspezifischer und zielgerichteter gestalten.‰
(Weilharter)*

In den klassischen Settings *Schule, Gemeinde und Betrieb* wird keine bewusste Geschlechtertrennung vorgenommen. Dennoch wird es immer Gesundheitsförderungsprojekte geben, die sich an bestimmte Zielgruppen richten, und diese Zielgruppe kann mit Geschlecht verbunden sein, z.B. männlich Jugendliche oder ältere Männer; diese Fokus-Setzung ist sinnvoll. (Sprenger)

¹⁸ Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

Eine Bedarfserhebung zeigt, ob genderspezifischer Zugang notwendig ist:

Auf die Frage, ob gesundheitsfördernde Maßnahmen für männliche Zielgruppen ein sinnvoller Ansatz sind, antwortet Experte Ropin (FGÖ):

Ich sage eindeutig ja, denn wir verfolgen im Fonds in unserer Arbeit die Gender-Thematik ja schon lange als Querschnittsthema. Wir haben wenig genderspezifische Projekte, weil wir sagen: Die Gender-Thematik gehört in jedem Projekt berücksichtigt. Wir haben den Setting-Zugang, und da leben Frauen und Männer. Und die gehört einfach mitgedacht bei der Projektkonzeption. (Ropin)

In den Antragsformularen gibt es sehr detaillierte Fragen und Ausführungen im Projekt-Guide, dennoch lautet die Antwort der ProjektwerberInnen auf die genderbezogenen Fragen leider noch immer oft:

Es dürfen eh alle teilnehmen, Männer wie Frauen, wir schließen niemanden aus. Das ist aber nicht die Antwort, die wir uns erwarten. Wir wünschen uns schon einen gender-sensiblen bis gender-spezifischen Zugang; in erster Linie gender-sensibel; und wenn es notwendig ist, einen gender-spezifischen. Und das muss aus der Bedarfserhebung herauskommen: Ist da ein gender-spezifischer Zugang notwendig? (Ropin)

Gesundheitsdaten weisen auf einen Bedarf nach Männergesundheitsförderung hin:

The evidence is clear, see the Men's Health Report. (White)

Gesundheitsdaten zeigen eine dramatische Lage bei den Männern: Krankheiten, Unfälle, Suizid, psychische Störungen, geringeres Vorsorgebewusstsein. (Bissuti)

Statistiken belegen, dass Männer von vielen Gesundheitsproblemen stark betroffen sind (Krebs, Suizid, Alkohol, Gewalt, etc.), daher ist Männergesundheitsförderung sinnvoll. (Sieg)

Angebote, die sich an alle richten, wären ein Rückschritt. Frauen und Männer müssen zielgruppenspezifisch angesprochen werden. Gesundheitsdaten belegen, dass Männer

von bestimmten Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind, Frauen wiederum von anderen. (Setz)

Höheres Risikoverhalten von Männern/Burschen:

Risikoverhalten ist ein wichtiges Thema für Männer/Burschen; Beispiele:

- Arbeit: Arbeitsunfälle sind auch ein wichtiges Thema für die Betriebliche Gesundheitsförderung
- HIV, AIDS: Männer zeigen auch im Sexualverhalten diese Risikobereitschaft
- Risikoverhalten und Burschen/junge Männer ist ein wichtiger Bereich - hier geht es darum, eigene Grenzen zu erkennen etc. (Siegl)

Männergesundheit und Frauengesundheit hängen zusammen:

„Um Frauengesundheitsförderung erfolgreich betreiben zu können, muss man aus meiner Sicht Männergesundheitsförderung betreiben. Einer der Hauptbelastungsfaktoren für Frauen, für Frauengesundheit ist die mangelnde Männergesundheit [ö] Also ich glaube auch, dass es für die Frauengesundheitsförderung von zentraler Bedeutung ist, dass es Männergesundheitsförderung gibt.“ (Bissuti)

Dies ist in vielerlei Hinsicht so: Das Risikoverhalten der Männer ist höher, die Frau fungiert als Gesundheitsmanagerin des Mannes, der nicht auf seine Ressourcen schaut und nicht seine Gesundheitspotentiale entwickelt. Frauen sind oft die Resilienzfaktoren der Männer, die im Hintergrund viel abpuffern. (Bissuti)

Allgemeine Gesundheitsförderung erreicht eher Frauen als Männer:

Der Begriff „Gesundheit“ und Kontexte, die mit Gesundheit zu tun haben, sind . zumindest in Wien und Österreich . weiblich besetzt, was die **Geschlechterrollen-Stereotypen** betrifft. Es handelt sich um ein Feld, in dem sich Frauen mit Identitätsentwürfen und Angeboten leichter angesprochen fühlen:

„Es sind eher die weichen, die Zufriedenheitsseiten, die Ich-sorge-mich-um-mich-selbst-Seiten usw., demgegenüber haben wir Männlichkeitsnormen, die Gesundheit als Risiko-Gesundheit fassen, sprich: Ich zeige, dass ich gesund bin dadurch, dass ich riskant lebe. Indem ich viel aushalte, indem ich mich ungesund ernähre, indem ich nicht so genau hinschaue bei Gesundheitssachen, kann ich dafür meinen Status als Mann, oder mich als männlich, mächtig und sonst wie inszenieren.“ (Bissuti)

Dadurch **erreichen Gesundheits-Angebote eher Frauen**, auch wenn intendiert wird, Männer und Frauen zu erreichen.

*sAllein wenn das Wort Gesundheit fällt, schalten viele Männer ab, da gehen die Ohren gleich wieder zu, da haben sie das Gefühl, das geht mich nichts an.%
(Bissuti)*

Da Männer generell **weniger Interesse** für das Gesundheitsthema mitbringen und das Thema Gesundheit oft zu **weich transportiert** wird (mit Begriffen wie sGut gehen, Wohlbefinden, Ressourcen steigern, Ressourcen aufbauen, Selbstbestimmung%etc.), findet Experte Gürtler, sō dass es einfach wichtig ist, spezielle Gesundheitsförderungsprojekte zu machen, die sich an Männer richten, weil man da einfach eine andere Sprache vielleicht verwenden könnte, andere Zugänge, andere Methoden und so weiter.%
(Gürtler)

Experte Altgeld meint zur Frage, ob Maßnahmen in der Gesundheitsförderung, die sich gezielt an die männliche Bevölkerung richten, grundsätzlich sinnvoll seien:

*sEs ist auf jeden Fall grundsätzlich sinnvoll, weil Männer in diesem Bereich eine eher unterbelichtete, unadressierte, schwer erreichbare . in Anführungszeichen . Zielgruppe sind, und das mit dem schwer erreichbar ist aber hausgemacht, weil die meisten Strategien die eben im Bereich der Gesundheitsförderung geplant und gefahren werden eher von Frauen aus den Berufen gemacht werden und eher Frauen adressieren, unbewusst, also das sind gar nicht bewusst frauenspezifische Programme, aber über die Art der Sprache, über die Art der Angebotsstruktur ist es eher ein homogenes Angebot für Frauen, also zumindest in Deutschland ist das so. Und Männer werden eben durch die Art wie das organisiert ist, durch die Themen und Überschriften eher nicht erreicht. Und deshalb ist das auf jeden Fall sinnvoll, sich mit dem, was Männer da gebrauchen können und was Männer eben auch an Bedarfen haben, sich auseinanderzusetzen.%
(Altgeld)*

Aber dies soll nicht top down, z.B. von Landesebene aus erfolgen, sondern **partizipativ**, gemeinsam mit der Zielgruppe. Es sollte immer gefragt werden, wie man Männer und Frauen einbezieht, wenn ein Projekt umgesetzt wird . dies wäre auch auf Landesebene möglich zu regeln. (Altgeld)

sAngebote, die auf einem grünen Tisch gemacht werden, oder wissenschaftlich gemacht werden, sind in der Gesundheitsförderung relativ schwer umzusetzen. Also das ist eher ein beteiligungsorientiertes Projekt und deshalb würde ich auf

*jeden Fall immer mit Männern in gewissen Kontexten, in Betrieben, in Stadtteilen, Vätern, also mit bestimmten Zielgruppen gucken, welche gesundheitsbezogenen Angebote wären für die sinnvoll und wie wollen die die Gestaltung haben.‰
(Altgeld)*

Experte Winter antwortet auf die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Männergesundheitsförderungs-Projekten:

*sJa unbedingt, unbedingt. Die Erfahrung zeigt eigentlich in jedem Bereich, wenn das Geschlecht nicht berücksichtigt wird, das gilt für die Frauen aber ganz genauso, ich glaube also in der Tendenz genauso für die Männer noch mehr, dann droht einfach immer die spezifische Zielgruppe rauszufallen. Man erreicht mit allgemeiner Gesundheitsförderung, oder mit nicht-spezifischer Prävention einfach weniger, ich glaube sogar in manchen Bereichen sogar gar nichts.‰
(Winter)*

Beispielsweise zeigte eine BZgA-Evaluation von Programmen zur gesunden Ernährung, dass Jungen einfach nicht erreicht wurden. Es ist nicht so, dass immer alles auf die Geschlechter bezogen ausgerichtet sein muss, und es müssen Dinge auch einfach ausprobiert werden, aber grundsätzlich muss Gender unbedingt berücksichtigt werden, sonst riskiert man, wenig oder gar keine Wirkung zu erhalten. (Winter)

Männer und Frauen werden auf unterschiedlichen Wegen und mit verschiedenen Themen erreicht:

sWas ich so sehe ist, dass wenn man von Gender redet, immer vergisst, dass Gender zwei Geschlechter sind, und ich denke mir, dass Männergesundheit nicht wichtiger und nicht weniger wichtig ist als Frauengesundheit; es sind einfach nur andere Themen.‰(Sprenger)

Männer und Frauen sind unterschiedlich . aus welchen Gründen auch immer, genetisch oder Sozialisation . daher braucht es auch im Gesundheitsförderungsbereich für beide Geschlechtergruppen verschiedene Zugangswege und verschiedene Themen, um Frauen und Männer zu erreichen. Im Bereich Gesundheitsförderung gab es in den vergangenen Jahren einiges an Maßnahmen für Frauen, das ist eine positive Entwicklung; für Männer braucht es ebenfalls Zugangswege und Themen, um sie besser zu erreichen und ihnen gezielter Angebote und Programme anbieten zu können.
Beispiel betriebliche Gesundheitsförderung: In Betrieben, in denen viele Männer arbeiten, werden andere Zugänge benötigt wie in Betrieben, in denen mehr Frauen arbeiten.

In der GKK-Arbeit für *Schulen* z.B. werden Befragungen nach Geschlecht getrennt ausgewertet, um Unterschiede sehen und entsprechend darauf reagieren zu können. Auch gibt es Angebote für Schulen, die das Thema *sGender%*fokussieren (in Kooperation mit der Männerberatung und dem Frauengesundheitszentrum). (Krammer)

8.2. Zielgruppendifferenzierung

Die Expert_innen wurden im Zusammenhang mit der Zielgruppe Männer in der Gesundheitsförderung befragt, welche Dimensionen sie für relevant erachteten, nach denen die Zielgruppe Männer weiter aufgefächert werden sollte.

Alter:

Neben *sniedrigem Bildungsstand%*ortet Experte Altgeld bei **höheren** bzw. **niedrigen Altersgruppen** (z.B. Kindertagesstätten) den größten Bedarf. In jungen Jahren ist relativ viel machbar, wenn sich Lebens- und Bildungschancen herauskristallisieren. Auch ist z.B. die Körperwahrnehmung von **jüngeren** Kohorten anders als von älteren, was Körperformung und Körpernormen betrifft (Stichworte: Fitness und Anabolika). Im **höheren Alter** zeigen sich dann erste gesundheitliche Probleme, damit wird die Bereitschaft, auf die Gesundheit zu achten, höher, z.B. nach einem Herzinfarkt, bei einer chronischen Erkrankung. Hier würde eine Möglichkeit bestehen, dass auch das Versorgungssystem gesundheitsfördernd arbeitet, das also nicht nur die Krankheit behandelt wird, sondern in dieser Phase auch gefragt wird, wie Lebensstile geändert werden können. In höherem Alter gibt es noch viel Gesundheitsförderungs-Potential. (Altgeld)

Alter ist immer ein wichtiges Thema. Die entwickelten Maßnahmen sollten immer altersadäquat sein. Es geht auch darum, **gute Altersgruppen** zu **definieren**, was aber nicht immer leicht ist, denn die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist dynamisch; z.B. sind Jugendliche heute früher reif (Weilharter):

sAuf der einen Seite haben wir diese körperliche Reife, die eigentlich früher einsetzt, auf der anderen Seite aber irgendwie so diese Entwicklung, die hintennach hinkt, wo Leute sehr lang in so einem System verbleiben, Hotel Mama ÷ Hotel Papa ÷ also da geht es auseinander.% (Weilharter)

Die **Altersgruppen** sollten gut **differenziert** werden: Z.B. das Erwachsenenalter in 28-34 Jahre, 35-49, 50-65, 65-79, 80+. 50-Jährige befinden sich oft in einer Midlife-Crisis. Studien in der Schweiz zeigen, dass die psychischen Belastungen in der Arbeitswelt bei Männern um 50 Jahre am stärksten sind, bei Frauen sind es die jüngeren Altersgruppen, Anfang 30. Auch die Kategorie **„Höheres Alter“** umfasst heterogene Gruppen, z.B. die Personen, die vor bzw. nach dem Krieg geboren wurden, lassen sich nicht in eine Gruppe zusammenfassen. Baby-Boomer (Nachkriegsgeneration) s.. *ticken ganz anders* (Setz) als die Vorkriegsgeneration. *„Normen, Werte und Vorstellungen“* (Setz) sind bei diesen Gruppen verschieden. Die Angebote müssen diese unterschiedlichen Lebenskontexte berücksichtigen. (Setz)

Die **Lebensphasen** sind ein zentraler Aspekt: Für Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder Menschen in Pension braucht es verschiedene Zugänge. (Krammer)

„Spannend ist sicher, darüber nachzudenken, wo setze ich mit der Männergesundheitsförderung an? Also ich würde sagen, generell bieten sich immer Bruchlinien an; also junge männliche Erwachsene würde ich sehr spannend finden.“ (Sprenger)

- *Early Childhood Interventions* sind ein guter Ansatzpunkt: Interventionen in der frühen Kindheit;
- *Jugendliche*: Pubertät als Übergangsstelle im Leben bietet sich für Projekte an, die sich an männlich Jugendliche richten; Projekte, die Umgang mit Risiko thematisieren und Jugendliche *empowern* darüber nachzudenken (Alkohol, Tabak, Sport, Sexualität, Rolle ð); in dieser Lebensphase wird das Gesundheitsverhalten stark determiniert
- Bereich *Männer und Arbeit*: Arbeitslosigkeit oder ältere Männer, die kurz vor der Pensionierung stehen; diese Situationen stellen mögliche Brüche in der Biographie dar, hier könnten Gesundheitsförderungsprojekte etwas anbieten (z.B. über Gemeindeansatz oder betrieblich Gesundheitsförderung). Nicht im Sinne einer Medikalisierung, Vorsorgeuntersuchung etc., sondern eher: Orientierung, Aufgaben, Sinn und Kontrolle im Leben usw. (Sprenger)

Auch Experte White nennt **Lebensphasen** und deren spezifische Herausforderungen für die Männergesundheitsförderung:

Aspekte der **männlichen Sozialisation** müssen in Bezug auf gesundheitsbezogene Interventionen bedacht werden: soziale Erwartungen; Schule und die Ausrichtung von Jungen auf ihr Erwachsenenleben; Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen; Erwerb von Fertigkeiten (Kochen, Arztbesuch vereinbaren, über gesundheitsbezogene Dinge mit Familie und Freunden sprechen); Kenntnisse über das Gesundheitssystem.

Im **Erwachsenenalter** (im Bereich 15-64 Jahre) sollten Männer unterstützt werden, gesündere Lebensstile zu entwickeln, ihre höhere Anfälligkeit für physische und psychische Gesundheitsprobleme sollte reduziert werden (relevante Bereiche: Körpergewicht, körperliche Aktivität, Gesundheitsdienste nützen, insbesondere in Bezug auf psychische Gesundheit). Mehr Gesundheitsinitiativen am Arbeitsplatz werden benötigt, die nicht nur auf Arbeitssicherheit ausgerichtet sind.

Ältere Männer (65+): Diese Bevölkerungsgruppe nimmt an Größe zu, darauf müssen sich auch die Gesundheitssysteme einstellen. Einsamkeit und soziale Isolation wird zum Thema sowie generell psychische Gesundheit, die Selbstmordrate ist in dieser Gruppe sehr hoch. Am Arbeitsplatz könnte viel getan werden, um den Übergang in die Pension vorzubereiten. (White)

Im Erwachsenenalter ist insbesondere **Vaterschaft** ein guter Ansatzpunkt in der Arbeit mit Männern (Winter)

Ebenso im Erwachsenenalter spielt der **Beziehungsstatus** eine wichtige Rolle: Sind die Männer in einer Beziehung oder nicht? (Altgeld)

Alter und Erreichbarkeit. z.B. sind ältere vs. jüngere Arbeitslose in bestimmten AMS-Maßnahmen erreichbar. (Ropin)

Alleinstehende Männer sind eine besondere Risikogruppe. Nach Trennungen haben insbesondere **ältere Männer aus dem wertkonservativen Milieu** große Schwierigkeiten, wenn sie alleinstehend werden (z.B. hinsichtlich Ernährung, Alltagskompetenzen etc.). Es folgen häufig Depression und Suizid. Suizid ist besonders bei alten Männern ein Tabuthema. In der Schweiz ist die Suizidrate bei Männern über 80 Jahren rund 10 Mal höher als bei den Frauen. (Setz)

Sozio-ökonomische Faktoren:

Bildung und andere **sozio-ökonomische Faktoren** werden generell als wichtig im Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsförderung bezeichnet. (Krammer, Siegl, Weilharter, Winter)

Obwohl sich die Situation für viele Männer verbessert, gibt es immer noch ein hohes Ausmaß an frühzeitigen Todesfällen. Diese hängen stark mit den sozialen Determinanten von Gesundheit zusammen: Eine bessere **ökonomische Situation** bedeutet einen besseren Gesundheitszustand. (White)

Soziale Kategorien/soziale Lage sind immer zu beachten (z.B. arbeitslos/nicht arbeitslos); so haben z.B. arbeitslose Männer die meisten Erkrankungen. (Altgeld)

Arbeitslose Männer sind eine problematische Zielgruppe, denn diese sind schwerer erreichbar (Winter)

Soziale Benachteiligung ist sehr wichtig für Gesundheit, ausschlaggebender als Geschlecht, das zeigen alle Gesundheitsdaten. In der Kombination von sozialer Benachteiligung und Geschlecht ergeben sich spezielle Effekte, z.B. wohnungslose Männer versuchen sehr starke Männlichkeitsinszenierungen (z.B. Risikoverhalten, um sich als männlich darzustellen, als eine der wenigen verbliebenen Ressourcen), obwohl sie in einem schlechten Gesundheitszustand sind, dadurch fügen sie sich in einer schwachen Position noch mehr Defizite zu. (Bissuti)

Der Aspekt der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit ist inzwischen zu einer zentralen Ausrichtung der Arbeit des FGÖ geworden. Es sollen jene Personen erreicht werden, die im Bereich Gesundheit und Gesundheitsförderung den höchsten Bedarf haben, also Personen mit **niedrigem Bildungsabschluss** und **Qualifikation**, **niedrigem sozialem Status** etc. (Ropin)

Wir schauen ja ganz stark in Richtung gesundheitliche Chancengerechtigkeit und fokussieren uns jetzt immer mehr auf sozial schwächere Bevölkerungsgruppen, wo wir ja einen hohen Gesundheitsförderungs-Bedarf sehen, hohe gesundheitliche Vulnerabilität usw.¹⁹ (Ropin)

¹⁹ Im Jahr 2013 gibt es beim FGÖ in der BGF den zusätzlichen Schwerpunkt niedrig qualifizierte, gering entlohnte Frauen, die häufig Mehrfachbelastungen durch Beruf und familiären Verpflichtungen (Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen) ausgesetzt sind. Dies betrifft häufig auch die Lebenssituation

Der **Sinus-Milieu-Ansatz** ist im Zusammenhang mit sozialer Lage sehr empfehlenswert. Es ist wichtig, diese Daten für die Region/Einzugsgebiet auszuheben, um die Interventionen entsprechend planen zu können bzw. wenn diese Daten nicht vorhanden sind, vorsichtige Übertragungen von vergleichbaren Regionen zu versuchen. *Statistisches Material ist eigentlich das A und O von Interventionen.* (Setz)

Allgemeine Gesundheitsförderung erreicht eher die Mittelschicht: Wenn man versucht, allgemein vorzugehen, erreicht man oft dieselbe Zielgruppe, nämlich vorwiegend Mittelschicht, Frauen . aber weniger sozial benachteiligte Menschen, weniger Männer. (Gürtler)

Soziale Schicht ist generell bei Gesundheitsförderung zu beachten. Ein gutes Praxisbeispiel ist M.E.N. Wien, die sich an Männer aus der Unterschicht richten, denn diese Männer fallen aus vielen Projekten als Zielgruppe heraus; dann *erreicht man dann mit Gesundheitsförderung eher Mittelschichtler, aber die sind sowieso oft gebildet, die nehmen das dann so ein bisschen als Wellnessfaktor dann auch noch mit* (Winter)

Sprache / Migrationshintergrund:

Migrationshintergrund wird von den Experten Setz, Siegl und Ropin als wichtige Variable betrachtet.

Migration muss genauer betrachtet werden, also welcher kulturelle Hintergrund vorliegt; z.B. sind die Orientierungen von Männern, die aus Osteuropa kommen, anders als von Männern mit muslimischem Hintergrund usw. (Winter)

Der kulturelle Hintergrund beeinflusst Bilder von Mann und Frau, das macht einen Unterschied im Erreichen der Menschen. (Krammer)

Menschen mit anderen **Muttersprachen** bzw. Menschen mit **Migrationshintergrund:** Für diese Menschen gibt es hohe Zugangsbarrieren zu gesundheitsrelevanten

von Frauen am Land, die Teilzeitarbeit verrichten und keine geeigneten Kinderbetreuungseinrichtungen vorfinden. (Ropin)

Angeboten. Daher: Man muss versuchen, Menschen/Männer mit Migrationshintergrund zu erreichen (ebenso Menschen mit sozialer Benachteiligung), mit Öffentlichkeitsarbeits-Material, Kampagnenarbeit, Bildungsveranstaltungen, Strukturentwicklung, Stadtteilarbeit etc. (Bissuti)

Stadt/Land:

Die Differenzierung Stadt-Land genügt nicht. Es gibt verschiedene **Milieus**, die sich auch sozialräumlich abbilden lassen. Interventionen können dann viel zielgenauer und effizienter ansetzen. In Sinus werden 10 Milieus differenziert, diese sind in unterschiedlichen Stadtteilen, Regionen unterschiedlich verteilt. (Setz)

Der Unterschied zwischen Stadt und Land: ist nicht allzu groß einzuschätzen. Ein Unterschied ergibt sich eventuell im **Zugangsweg**, z.B. *Gesundheitsförderung im Stadtteil* versus *Gesunde Gemeinde*. (Krammer)

In Städten braucht man ein anderes **Konzept** als in kleinen Gemeinden. In den kleinen Gemeinden hängt das meiste an ehrenamtlicher Arbeit und ehrenamtlichem Engagement, in den Städten hingegen gibt es mehr laufende Initiativen und Maßnahmen sowie Strukturen (Gürtler):

Die erkennen auch viel schwerer ihre Rolle, weil sie oft dann sagen: Ja - das gibt es ja schon ð und das können wir nicht machen ð und in den Gemeinden hingegen ist das einfacher.%(Gürtler)

Vom Grundwissen der Menschen her gibt es kaum Unterschiede zwischen Stadt und Land, dies wird durch Medien etc. allen vermittelt. Eher ist die **Anonymitätsfrage** relevant. Andererseits gibt es auch Überraschungen, z.B. die Erfahrung, dass ältere Männer am Land bei einem Stammtisch bereit waren, über Prostataprobleme offen zu sprechen. Dennoch sind anonyme Beratungsangebote sicher sinnvoll. (Siegl)

Stadt-Land ist ein Bereich, der in der Gesundheitsförderung eher eine geringere Rolle spielen dürfte (analog zur Suchtprävention, wo auch im Konsumverhalten kaum mehr Unterschiede festgestellt werden), außer beim **Erreichen der Zielgruppe** (Weilharter):

sWeil da könnte ich am Land schon gewisse Strukturen nützen, wo ich eher an Männer herankomme. Das sind eher so diese verbandlichen Vereine und Strukturen. Die hab ich am Landö Die hab ich in der Stadt weniger.%¶(Weilharter)

Auch die **Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten** könnte noch eine Rolle spielen, wenn es um Unterschiede zwischen Land und Stadt geht. (Weilharter)

Sexuelle Orientierung:

Auch sexuelle Orientierung wird von den Experten Setz und Altgeld als wichtige Variable zur Differenzierung der Zielgruppe Männer betrachtet.

Sexuelle Orientierung ist sehr bedeutsam, was Depression und Suizid bei jungen Männern und männlichen Jugendlichen betrifft (Winter)

8.3. Wie kleinteilig sollte man die Zielgruppen definieren?

Bei der Differenzierung der Zielgruppen muss man im Allgemeinen **eher weit gehen** und sehr spezifisch werden, weil bestimmte Zielgruppen bestimmte Bedürfnisse haben und nur auf bestimmten Wegen erreicht werden können. (Ropin)

sDu musst wirklich wissen, wo bist du unterwegs. In welchen Settings bist du unterwegs, mit welchen Zielgruppen arbeitest duö %¶(Ropin)

sJe kleinteiliger, desto besser. Meistens scheitert es daran, dass eben großes Geld nur für einfache Maßnahmen zur Verfügung steht. Mal für ein Plakat und mal für eine Broschüre, und diese Arbeit mit Menschen eben schwer bezahlt wird. Deshalb je kleiner die Zielgruppen sind, desto schwieriger ist es, die Politik auch zu motivieren, mehr zu investieren, je mehr Diversität da drin steckt. Also der ältere schwule Mann auf dem Land ohne Beziehung... ist wahrscheinlich für das Gros der Politik ... die unattraktivste Zielgruppe, während der junge Vater im mittleren Lebensalter, berufstätig, der lange für den Job fit gehalten werden soll, vielleicht auch gar nicht so eine riesige Zielgruppe ist, aber natürlich deutlich attraktiver ist.%¶(Altgeld)

Genau um diese Definitionen der Zielgruppen geht es aber. (Altgeld)

In der Prävention wird von selektiver Prävention gesprochen, wenn bestimmte Zielgruppen erreicht werden sollen. Dies macht in der Gesundheitsförderung ebenso Sinn, und insbesondere unter geschlechtsspezifischer Perspektive. Man könnte in der Gesundheitsförderung ähnlich wie in der Prävention arbeiten, indem man **von der Breite hin zum Speziellen** geht:

- Universelle Prävention richtet sich an die Gesamtgruppe
- Selektive Prävention richtet sich an Gruppen, die ein erhöhtes Risiko haben
- Indizierte Prävention richtet sich an eine spezifische Person mit Risiko (Weilharter)

Letztendlich musst du einen Mix machen. Du musst einen Mix machen und dich nach der Decke strecken; wieviel Geld hast du denn, nicht? õ Da musst du dir gut überlegen, dass du auf der einen Seite schon ein paar sinnvolle Unterteilungen machst, aber nicht zu viele.%¶(Weilharter)

Es geht daher darum, den richtigen Grad an Differenzierung herauszufinden (Winter):

Man muss bei so etwas ein bisschen aufpassen, weil irgendwann, wenn man zu stark differenziert, dann landet man irgendwie nur mehr beim einzelnen Mann, und man muss Individualbetreuung machen. Und auf der anderen Seite, wenn man es zu sehr verallgemeinert, dann erreicht man niemanden mehr.%¶(Winter)

8.4. Einbezug mehrerer sozialer Determinanten / Intersektionalität

Sinnvolles Arbeiten ist möglich, aber nur, wenn möglichst gleichzeitig verschiedene soziale Determinanten mitberücksichtigt werden. Z.B. Frauengesundheitszentrum (FGZ): Auftrag und Fokus für das FGZ sind Mädchen und Frauen in allen Lebensphasen, insbesondere Mädchen und Frauen, die sozial benachteiligt sind. Weitere soziale Determinanten werden berücksichtigt: Bildung, sozialer Status, Migration, sexuelle Orientierung, Behinderung. Diese müssen einbezogen werden, sonst sind Maßnahmen weder für die Zielgruppen adäquat, noch sind sie mit dem Ziel, soziale Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten abzubauen, vereinbar. (Groth)

Wenn du nur Frauen und Männer vergleichst, statistisch, kriegst du ja unheimliche Verzerrungen, ja, dann kriegst du Geschlechterstereotypen raus. Und wenn man õ die sozialen Determinanten einfügt, also Bildung oder Status, kommen auf einmal ganz andere Zahlen raus. Ja, also zum Beispiel ist in Bezug auf Lebenserwartung der Bildungsfaktor ja stärker als der Geschlechtfaktor.

Und das finde ich immer sehr wichtig. Ich möchte nicht eine Frauenarbeit machen . und in dem Sinn seid ihr da der Co±da dazu . die Stereotypen reproduziert. Sondern zu sagen, unsere Aufgabe, unser Auftrag, auch jetzt für uns sehr stark aus der Frauenbewegung heraus, die Forderung von unten, ist, den Fokus da drauf zu legen, zu sehen, wo kommt diese Ungleichheit her, und einen Beitrag dazu zu leisten, diese Ungleichheit abzubauen. Aber nicht zu dem Preis, dass wir die Stereotypen vergrößern und dann sagen immer: Die Männer sind die anderen± Sondern mehr zu sagen: Wo kommt jetzt Bildung hinein, und dann kann ich sehen, die höchste Schicht, da leben die Männer genauso lang wie die Frauen õ Also das muss man dazu sehen. Trotzdem heißt das nicht, dass nicht . für mich natürlich ist es Auftrag, Leitbild, aber auch Überzeugung . dass man die Geschlechterperspektive immer benutzen muss. Sie ist sehr, sehr aussagekräftig, nur sie ist nicht die einzige. Sondern man muss es eben mit den weiteren sozialen Determinanten verknüpfen.%(Groth)

Experte White nennt folgende Aspekte, die zusammenspielen: Soziale Determinanten der Gesundheit: Wohnung, Ausbildung, sozio-ökonomische Situation, eine erfüllende Arbeit, Alter, ethnischer Hintergrund, Gender und viele andere Einflüsse sind mit Gesundheit verknüpft.

sSo all these factors come together to show a complex picture. It isn't just about having a campaign, a poster on the wall. It's about linking that poster on the wall with something meaningful behind it.+(White)

Es ist wichtig, Alter, Geschlecht, Bildung und soziale Lage in **Kombination** anzusehen und zu differenzieren. (Setz)

9. Ansatzpunkte und Erfolgsfaktoren

Im Folgenden werden die Antworten der Expert_innen zusammengestellt, die diese auf die Frage nach sinnvollen Ansatzpunkten in der Männer-Gesundheitsförderung (im Hinblick auf Ziele, Erreichen der Zielgruppe, Gestaltung der Maßnahmen etc.) gegeben haben. Die Angaben sind thematisch geordnet. Der Name des/der Expert_in, der/die die Angabe im entsprechenden Absatz gemacht hat, steht jeweils in Klammer nach der Angabe.

Die unten im Detail angeführten Punkte der Expert_innen können zu folgenden **Erfolgsfaktoren** für Strukturen, Maßnahmen und Projekte im Bereich der Männergesundheitsförderung zusammengefasst werden:

- **Gutes Fundament sicherstellen.** *Stichworte:* Theoretisches Modell, Evidenzbasierung, Wirkungsmodell, umfassender Gesundheitsbegriff, Salutogenese, Ressourcen und Potentiale von Burschen/Männern betonen und stärken, vielfältig denken, sowie insbesondere ein Gender-Ansatz und Kooperation mit Frauengesundheitsprojekten
- **Themen, Zielgruppen und Ziele genau definieren.** *Stichworte:* Größe und Art der Zielgruppe beschreiben, nach Möglichkeit Zielgruppen sozialräumlich bestimmen, sozial benachteiligte Zielgruppen fokussieren; SMART-Ziele (Specific, Measurable, Accepted, Realistic, Timely) zu relevanten Themen entwickeln;
- **Zielgruppen einbeziehen.** *Stichworte:* Möglichst früh bei der Projektentwicklung die Zielgruppe einbeziehen, im Feld Bedarfe sichten, gemeinsame Maßnahmenentwicklung
- **Erprobte Wege gehen, um die Zielgruppen zu erreichen; vernetzen, Zielgruppen richtig ansprechen.** *Stichworte:* Orientierung an Good Practice, Zielgruppen differenzieren (z.B. Milieu-Ansatz), Informationen aus den Zielgruppen einbeziehen (Männer abholen, wo sie stehen), vorhandene Ressourcen und Strukturen nutzen, Schlüsselpersonen gewinnen, passende Materialien/Botschaften (mit Zielgruppen) entwickeln, Niederschwelligkeit, Outreach-Arbeit
- **Settings und Handlungsfelder auswählen.** *Stichworte:* Die klassischen Settings der Gesundheitsförderung sind auch für die

Männergesundheitsförderung relevant: Schule, Jugendarbeit/Freizeit, Betrieb, Stadtteil/Gemeinde; Arbeit an Strukturen (z.B. Ausbildungscurricula bestimmter Berufsgruppen)

- **Ressourcen bereitstellen.** *Stichworte:* Langfristige Perspektive, Einbindung der Männergesundheitsförderung in die Männerarbeit und Anbindung an bzw. Vernetzung mit Gesundheitsdiensten; zielgruppenspezifisches Fachwissen; interkulturelle Kompetenz, Sprachenvielfalt, stabiler institutioneller Background von Angeboten der Gesundheitsförderung

In der Zusammenschau der vorgebrachten Vorschläge ergibt sich zum Teil ein Spannungsfeld aus Zielgruppenorientierung (Männer abholen, wo sie stehen) und einer dadurch möglicherweise entstehenden Verstärkung von Geschlechterstereotypen (z.B. Fokussierung auf Erwerbsarbeit, bestimmte Freizeitkontexte wie Fußball etc.). Dieses Spannungsverhältnis kann günstigenfalls in einer Längsschnittperspektive aufgelöst werden: Nach der erfolgten *Herstellung* des Kontaktes, die an den bestehenden Charakteristika einer Zielgruppe ansetzt, können Geschlechterstereotypen reflektiert und verändert werden, gerade in allfälligen problematischen Wechselwirkungen mit Gesundheit (vgl. oben).

It has sometimes been argued that approaches which reach out to men or try to address men and male youngsters in a way that meets their current lifestyles (for example see above: linking with leisure practices such as football) may result in reinforcing gender stereotypes. The answer is that such approaches are only a first step in reaching out and getting into contact; in the medium and long run, activities will inevitably have to dismantle stereotypes and broaden the attitudinal and behavioural scope of men and male youngsters.+(EC, 2013, S. 133)

Geschlechterstereotypen sind insbesondere zu beachten, wenn sinnvollerweise Ideen zu systemischen Interventionen vorliegen und an den häufigen Fall von heterosexuellen Paarbeziehungen als Ausgangspunkt für Maßnahmen gedacht wird (vgl. oben).

9.1. Ausgangspunkt

Allgemeine Ansatzpunkte lassen sich nur schwer formulieren, denn eine sinnvolle Vorgangsweise kann nur mit Blick auf den speziellen Bereich, das Thema, die Zielgruppe, die Ziele, etc. bestimmt werden. (Winter)

Allgemein gilt: Projekte im Bereich Männergesundheitsförderung unterscheiden sich im Prinzip nicht von anderen Projekten in der Gesundheitsförderung. (Sprenger)

Die Prinzipien der Gesundheitsförderung müssen da wie dort eingehalten werden. (Sprenger)

9.2. Konzeptuelle Grundlagen von Männergesundheitsförderungs-Projekten

Grundlage von Gesundheitsförderungs-Projekten muss ein **theoretisches Modell** sein. Man muss sich fragen: Was will ich mit welchem theoretischen Modell erreichen? Auch bei Modellprojekten, wo noch wenig Evidenz als Basis vorhanden ist, sollten theoretische Überlegungen als Grundlage dienen. (Diese Projekte sind dann gut zu evaluieren.) (Sprenger)

Zentral ist: Wie wird an die Zielgruppen herangegangen, mit welchem **Bild** oder mit welcher **Sichtweise von Menschen**? Dies spiegelt sich dann in den Konzepten wider. (Siegl)

Auch sollte man sich vergegenwärtigen: Prävention ist die Verhinderung von Krankheit, Gesundheitsförderung die **Förderung von Gesundheit**. Dies macht einen großen Unterschied für die Konzeption aus. (Siegl)

²⁰ Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

Mit einem **umfassenden Gesundheitsbegriff** zu arbeiten ist sinnvoll. Es geht nicht nur um z.B. Essen oder Bewegung, sondern um mehr: **Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, soziale Netzwerke** etc. Gut eignet sich der salutogenetische Ansatz mit der Frage: **Was macht mich gesund**, was **erhält** mich gesund? (Gürtler)

Salutogenese ist eine gute Basis für Herangehensweise an Gesundheitsförderung. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit, wie im salutogenetischen Konzept formuliert, sind wichtige Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung. (Sigl)

Auch das Ebenen-Modell der **Gesundheitsdeterminanten** ist hilfreich (Genetik/Physis; Verhalten; soziale und kommunale Netzwerke; Lebens- und Arbeitsbedingungen; sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt). (Gürtler)

Evidenzbasierung/ Faktenorientierung: Man muss von Fakten ausgehen - allerdings ist die Datenlage in Österreich schlecht. Im nächsten Schritt ist zu fragen: Wo sind die Probleme? (Groth)

Eine detaillierte Analyse von Gesundheitsdaten ist zu Beginn wichtig, bevor Initiativen gestartet werden. Die Entwicklung der Initiativen sollte vielmehr auf solchen Datenanalysen basieren. (White)

Statistische Grundlagen sind zentral, das Vorgehen muss evidenzbasiert sein, bezogen auf den Kontext/Lebenswelt, in dem man intervenieren will. (Setz)

Ein **Wirkungsmodell** kann Fachkräfte im Gesundheitsbereich unterstützen, zielführende Strategien auf der Verhaltens- und Verhältnisebene zu entwickeln. Wirkungsmodelle unterstützen Prozesse der Planung, Umsetzung, Evaluation, Reflexion (vgl. <http://www.quint-essenz.ch/>). (Setz)

9.3. Gender-Ansatz, Kooperation mit Frauengesundheit

Kooperation mit Frauenprojekten und gemeinsame Themen zu identifizieren ist zentral, damit nicht Gesundheitsinterventionen, die an Männer gerichtet sind, Benachteiligungsprozesse von Frauen aufrechterhalten oder fördern. Projekte sollen

also in Abstimmung und enger Zusammenarbeit mit Frauenprojekten gemacht werden.
(Bissuti)

Gemeinsame Strukturen sind sehr empfehlenswert. Männergesundheit und Frauengesundheit sollten gemeinsam aktiv sein und eng kooperieren. Dadurch können sich auch Konfliktlinien auftun, aber der Austausch und die Diskussion als Qualitätskriterium ist dies jedenfalls wert. (Bissuti)

Was die Kooperation von Männer- und Fraueneinrichtungen betrifft, wird der Ansatz des MEN in Wien u.a. von Experten Siegl als *sehr spannend und erfolgreich* bezeichnet: **Institutionelle Zusammenarbeit** und **wechselseitiges Lernen** ist ein sinnvoller Weg.
(Siegl)

*Auf die Frage, ob **Männergesundheitsförderung auch der Frauengesundheit nützen kann** (z.B. indem Männer selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen, anstatt dass die Frau Gesundheitsmanagerin der Familie ist), antwortet Expertin Groth:*

Ja, das denke ich, ist ein ganz wichtiger Aspekt. Das würde tatsächlich Frauen entlasten und würde auch den Männern guttun, für die Gesundheit eigene Verantwortung zu übernehmen. Im Sinne des gemeinsamen Adressierens: Ich denke, es wäre Wunsch vieler Frauen, dass ihre Männer mitmachen, bei Elternbildung, oder Schule oder so. Also wenn das ginge, wäre das, glaube ich, von vielen Frauen in Partnerschaften erwünscht, dass die Männer da ihren Teil übernehmen.%(Groth)

9.4. Zielgruppen genau definieren

In der Gesundheitsförderung im Allgemeinen ist es wichtig, die Zielgruppen genau zu definieren . darüber herrscht unter den Expert_innen Konsens. Dies gilt auch für die Männer-Gesundheitsförderung.

Die Männer gibt es nicht. Und es ist wichtig sich genau zu überlegen, für welche Zielgruppe möchte ich was genau anbieten, und warum.%(Bissuti)

In der Gesundheitsförderung ist es notwendig, die Zielgruppen genau zu definieren.
(White)

Eine Übung, die Experte White mit seinen Studierenden durchführt, beinhaltet die folgenden Fragen:

- Bei welchen Männern liegen die größten Gesundheitsprobleme vor? Um wie viele handelt es sich?
- Wie groß ist die Population? Z.B. wie viele Männer im Alter von 16 bis 64 Jahren leben in einer Stadt mit 100.000 Personen?
- Wie viele von diesen gehen einer Beschäftigung nach, sind arbeitslos, haben eine Behinderung etc.?
- Nach der Beantwortung dieser Fragen kann die Größe der Zielgruppe abgeschätzt werden.
- Dann folgt die Frage: Wo sind diese Männer? Wie können sie erreicht werden? Wie sehen Kampagnen für Männer bei der Arbeit aus? Arbeitslose Männer können an Arbeitsämtern erreicht werden usw.

Es ist ein großer Unterschied, ob die Zielpopulation aus 5.000 oder 100.000 Männern besteht. Bei kleineren Zielgruppen ist es möglich, spezifischer vorzugehen, als bei großen. (White)

Zielgruppenorientiert vorzugehen ist ein wichtiger Ansatz, auch Styria vitalis versucht, diesen Ansatz in den Gemeinden zu vermitteln. Ganz selten werden vorgefertigte Maßnahmen in die Gemeinden gebracht, sondern *Beteiligung* ist ein wichtiges Prinzip in der Gesundheitsförderung, *so dieses Hinschauen, wo ist wirklich ein Bedarf, wo sind wirklich Bedürfnisse? Und dann zu schauen, was braucht jetzt die Gemeinde oder was möchte die Gemeinde selber machen* *ö Aber ich glaub, und das sagen wir den Verantwortlichen in den Gemeinden immer wieder, schaut, dass ihr zielgruppenspezifisch arbeitet.* (Gürtler)

Die **Vorgangsweise der Wahl bei der Projektentwicklung** ist:

- Sich klar werden, für wen will man etwas machen, für welche Zielgruppe?
- Sichten, was andere bereits gemacht haben, wie haben die das verpackt?
- Mit der Zielgruppe testen: Spricht das an? (Weilharter)

Da braucht es viel Know-how am Beginn, da braucht es auch viel Grips und Zeit. Damit muss man sich auseinandersetzen, glaub ich. Weil auf das kommt es sehr stark an, ob etwas angenommen wird und gelingt. (Weilharter)

9.5. Ziele: SMART

Zunächst sollte geklärt werden, worum es in einem Projekt eigentlich geht. Geht es um die Lebenserwartung von Männern oder deren Wohlbefinden? Um die Unterstützung von Männern für ihre Familien, ihre Vaterrolle, um gesundes Altern, um Reduktion von Pflegekosten im höheren Alter? Alle diese Aspekte hängen zusammen, aber man sollte versuchen, den Fokus des Projekts zu spezifizieren und das Thema zu benennen, das man mit dem Projekt anzielt. (White)

Gemeinsame Definition von realistischen und konkreten Zielen (Altgeld)

Definition von SMART-Zielen (sSpecific, Measurable, Accepted, Realistic, Timely) die Ziele müssen realistisch und konkret sein, nicht z.B. *Lebenserwartung einer Kohorte um 5 Jahre erhöhen*, sondern z.B. *Sprachauffälligkeiten bei Jungen in Kinder-Tagesstätten verringern, ohne Therapie* (Altgeld)

Realistische Ziele:

Was ich grundsätzlich finde: Die Ziele nicht zu hoch stecken. Der erste Schritt ist: Bewusstsein, Sensibilisierung, Gesundheitsbildung. Dass man eben auch von dem Wissen ausgeht, dass Männer anders gesund aber auch anders krank sind als Frauen, dass man auch da die Ziele so steckt, dass man sie auch erreichen kann. (Ropin)

Dann sollte langfristig auch die Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit aufgebaut werden. Wenn das Bewusstsein für die Notwendigkeit, auf die eigenen Gesundheit zu schauen, aufgebaut ist, kann man mit Ansätzen weiterkommen, die auf Sportlichkeit, Fitness, Leistung etc. abstellen. (Ropin)

The important thing is: What's possible? There is all sorts of things which you can do. But if it is not possible, then it is better to focus on what is feasible. (White)

Es braucht **gut gesteckte Ziele**, die auch **erreichbar** sind. (Weilharter)

Du musst immer einen Weg finden zwischen breit streuen, und das möglichst eine standardisierte Sache, das ist relativ günstiger, vom Preis ... und letztendlich ist auch die Frage, wie ist die Wirksamkeit dann. (Weilharter)

In der Steiermark könnten die **Gesundheitsziele** einen roten Faden, Markierungen darstellen. Ausgehend von den Gesundheitszielen können spezifische Zielgruppen bei Männern oder Burschen definiert werden, deren Bedürfnisse, Defizite und Ressourcen identifiziert werden, als Ausgangspunkte. (Weilharter)

Spezifische, machbare Ziele für klar definierte Zielgruppen entwickeln (Weilharter):

Je spezifischer etwas ist, umso leichter tust du dir dann. Also das heißt, dass dieses vorab Abklären, was mach ich für wen, mit welchen Zielen, in welchem Zeitrahmen. Das merkst du immer mehr. Und das merkst du dann auch bei der Evaluation. Wenn ich von Anfang an das mitdenke, und wenn ich aber auch klar sage: Das sind Ziele - das sind nicht Ziele, das kann ich messen. das kann ich nicht messen, tust du dir dann einfach viel, viel leichter. Also das zieht sich durch, in allen unseren Projekten. (Weilharter)

9.6. Partizipation: Einbezug der Zielgruppen

Partizipation wird von den meisten Expert_innen als ein zentrales Prinzip in der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der Männer-Gesundheitsförderung im Speziellen angesehen:

Wichtig ist, **mit der Zielgruppe gemeinsam** Maßnahmen zu erarbeiten (Krammer), wobei ein **früher Einbezug der Zielgruppe** zentral ist (Altgeld).

Männer müssen ihre **Themen** einbringen können, diese stehen oft in Zusammenhang mit Arbeit (Probleme mit Vorgesetzten etc.). (Setz)

Wichtig ist, auf gleicher **Augenhöhe** zu arbeiten, die Personen aus der Zielgruppe **ernst** zu **nehmen** und nicht abwertend zu werden, auch wenn es nicht der eigenen Vorstellung entspricht. (Setz)

Die Zielgruppen müssen in die Planung und Umsetzung der Angebote miteinbezogen werden. **Bewährte Ansätze** sind: Fokusgruppen-Arbeit, in Stadtteile gehen und mit den Leuten sprechen, Befragungen machen etc. (Bissuti)

Experte White benennt seinen Ansatz mit **Going out / listening to target groups**:

Dies soll früh in einem Projekt geschehen, wobei nicht nur die Zielgruppen, sondern auch Gesundheitsfachkräfte und Stakeholder vor Ort befragt werden sollen, um

Probleme zu definieren und Lösungen zu erarbeiten. In einem aktuellen Projekt in zwei Gebieten in London wurde eine Phase von 6 Monaten vorgeschaltet, um Informationen über die lokalen Rahmenbedingungen und Bedarfe zu sammeln. (White)

Bewährt hat sich, mithilfe von Fokusgruppen erfragen, was die Zielgruppe will, um das, was man ihnen anbietet, möglichst passend zu gestalten. Was das Frauengesundheitszentrum Graz betrifft, wird nicht einfach alles angeboten, was die Zielgruppen wollen, sondern **Bedürfnisse der Zielgruppen** und **Angebote** des FGZ werden möglichst gut **verknüpft**. (Groth)

Mit der Zielgruppe etwas zu entwickeln, ist **häufig gut**, aber es ist **kein unbedingtes Kriterium**. Die Erfahrung zeigt, dass auch Maßnahmen, die von außen entwickelt werden, gut angenommen werden können. (Winter)

9.7. Wie erreicht man verschiedene Zielgruppen?

Orientierung an Best Practice: Sich an gelungenen Projekten orientieren, fragen, wie ist etwas gelungen, anstatt ständig zu überlegen: Wie erreiche ich bloß die Zielgruppe? (Groth)

Man muss die Zielgruppen dort **abholen, wo sie bestehen**, bei dem, was sie beschäftigt. Angebote müssen die **Erwerbsorientierung** von Männern berücksichtigen. Für viele Männer ist die Erwerbsarbeit nach wie vor sehr wichtig für ihre männliche Identität und Wohlbefinden. Diese Erwerbsarbeitsorientierung kann auch als Ressource genutzt werden. (Setz)

Projekte müssen auf die **Lernkulturen** der jeweiligen Zielgruppen eingehen. (Setz)

Sozialer Status, Bildung:

Zu *sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen* gelangt man in der betrieblichen Gesundheitsförderung, indem Arbeiter, Hilfsarbeiter adressiert werden, aber nur mit der richtigen Sprache. Dann kann einiges erreicht werden. (Ropin)

Höhere Bildungsschichten werden eher über die Verbindung von Gesundheit und Lifestyle ansprechbar (Schlagworte: Kosmetik, metrosexuell usw.); in der BGF werden diese Gruppen in Seminaren für das Management erreicht. (Ropin)

Über die Schwerpunktsetzung auf *bestimmte Branchen* können in der BGF bestimmte Zielgruppen erreicht werden (z.B. niedrigerer Qualifizierungsgrad: Baunebengewerbe) (Ropin)

Alter:

Jüngere Männer werden heute auch stark von Fitness-Centers angesprochen, es geht um Körperformung usw. allerdings besteht ein neues Risiko darin, dass diese jungen Männer sehr unkontrolliert mit Substanzen zum Muskelaufbau operieren. (Ropin)

Ältere Arbeitslose: Diese werden in Settings wie AMS-Kursen oder Transitarbeit (sozialökonomische Betriebe) gut erreicht. (Ropin)

Milieu-Ansätze zur Spezifizierung der Zielgruppen:

Eine Herausforderung für Praxis besteht darin, Angebote für Zielgruppen entwickeln, die der Fachperson fremd sind. Fachpersonen sind häufig mittelständische, städtische Personen, bei Interventionen in ländlichen Milieus muss erst Kenntnis erworben werden, wie diese Milieus *sticken* (Setz)

Bestimmte Milieus erreichen bedeutet, bestimmte Materialien zu produzieren, bestimmte Kontexte herzustellen. Hier helfen Milieu-Ansätze (z.B. Sinus-Milieu-Ansatz) weiter, weil man Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppen erhält. (Setz)

Jeder Fischer weiß das: Wenn ich einen bestimmten Fisch an der Angel haben will, dann muss ich vorne die richtige Fliege platzieren. (Setz)

Wenn Männer **Verantwortung** übernehmen können (z.B. in Arbeitskreisen oder Steuerungsgruppen), dann können sie gut erreicht werden. (Gürtler)

Generell geht es um eine **Arbeit auf gleicher Augenhöhe** und um **Wertschätzung**. Z.B. in Projekten im ländlichen, wertkonservativen Milieu müssen traditionelle Haltungen der Menschen und die Art und Weise, wie Männer und Frauen dort leben, unbedingt *wertschätzend* aufgegriffen werden. Es geht darum, das Vertrauen der Menschen zu gewinnen. Es ist auch wichtig zu wissen, wer im ländlichen Kontext die Definitionsmacht hat, wenn es um gesundheitliche Veränderungen geht. Diese

Schlüsselpersonen gilt es für Projekte zu gewinnen . oft sind das Frauen/Partnerinnen der Männer. (Setz)

9.8. Vernetzung

Ein Gesundheitsförderungs-Netzwerk, das sich der Männergesundheit widmet, ist empfehlenswert, damit alle Akteur_innen an einem Strang ziehen und keine Widerstände von verschiedenen Gesundheitsprofessionen auftreten, sondern gemeinsames Vorgehen gefördert wird. (Bissuti)

Wichtig ist, **vorhandene Ressourcen** zu **nutzen** und nicht alles selber zu machen. Kooperationen (Vereine, Gewerkschaften, etc.) sollen gesucht werden. (Setz)

Kooperationspartner auf dem Land müssen gesucht werden, z.B. für Kampagnen oder Programme, damit die Aktivitäten angenommen werden. (Setz)

Vereinsstrukturen am Land sind eine riesige Ressource; es geht hier darum, den *„Domino-Mann“* (Setz), d.h. **Leader-Figuren** zu finden. Diese Personen sind eine Ressource; teilweise sind einzelne Männer in mehreren Vereinen engagiert, dadurch gelingt der Zugang zu einer größeren Gruppe oft gut. (Es gibt aber auch spezifische Ausschlüsse, Kontexte, an die diese Leader-Figuren nicht herankommen.) Projekte müssen solchen Bedingungen ständig angepasst werden. (Setz)

Vernetzung und Austausch mit den richtigen bestehenden Strukturen sind wichtig, z.B. wären Feuerwehren oder andere Vereine, in denen viele Männer organisiert sind, als Kooperationspartner zu gewinnen. Es ist zu fragen, wo sich Männer aufhalten und in welchen Vereinen sie organisiert sind. Diese Vereine sollte man ansprechen und in die Planung von Maßnahmen einbeziehen. (Gürtler)

„Das ist so ein Leitspruch: Nicht für jemanden anderen etwas planen, organisieren oder durchführen, sondern mit dem gemeinsam, denn dann wird es auch eher angenommen.“ (Gürtler)

Gesundheitsförderung wird wie ein Schirm gesehen, der über der Gemeinde aufgespannt wird. Es sollten alle verantwortlichen Akteur_innen (Politik, Vereine etc.)

vernetzt werden, und es sollte ein Bewusstsein für gesundheitsförderndes Denken geschaffen werden, dieses sollte in allen Entscheidungen einfließen (**Gesundheit als Querschnittsmaterie**). Dies gelingt manchmal besser, manchmal schlechter. (Gürtler)

9.9. Zielgruppen richtig ansprechen und abholen, wo sie stehen

Wichtig ist, eine zielgruppenadäquate **Sprache** zu verwenden, dann werden Männer auch gut erreicht. (Gürtler)

Bilder in Flyers müssen den Zielgruppen entsprechen . bei Männern bedeutet dies oft, z.B. den Kontext *Arbeit* heranzuziehen. (Setz)

Medien sind wichtige Partner. Fachpersonen im Gesundheitsförderungswesen müssen mit der Zielgruppe *Medienschaffende* arbeiten können. (Setz)

Gute Verpackung :

sch glaube, dass man Männer und Gesundheit, dass man das Ding gut verpacken muss ò Es muss lustvoll sein ò Ich glaub es muss, wenn man jetzt vor allem so durchschnittliche Männer erreichen möchte, mit dem Bild des Mannes vereinbar sein, es darf ja nicht irgendetwas sein, was so anrühlich ist ò also ich glaub: ein bisschen mit Pepp, interessant, °Sexiness and Spirit± nicht? ò Also ich glaube, zu gesund darf es nicht sein von Vorneherein, vom Begriff her... Und ich glaube, es muss etwas Lustvolles sein.%(Weilharter)

Oft ist es in der praktischen Arbeit ein guter Zugang, *sõ dass man erst etwas tut und dann darüber redet*%(Winter, 14:56), also eher **handlungsorientiert** zu **beginnen** und verbal-kommunikative Elemente später folgen zu lassen; das **hängt** aber auch immer **von der Zielgruppe ab**; so ist eine verbal-kommunikative Vorgangsweise z.B. bei Leuten aus der Jugendarbeit kein Problem, wohingegen bildungsfernere Männer oder Jugendliche es schätzen, wenn handlungsorientiert begonnen wird. (Winter)

Für Männer und Jungen sind Angebote günstig, die mit Aktivität und Bewegung verbunden sind. Etwas tun, zusammen machen, ein Produkt entsteht; dies ist ein Ansatzpunkt, der vielen Männern eher entspricht als reden. (Setz)

Der **Wettkampfgedanke** kann sinnvoll sein, um Männer zu erreichen, z.B. im Bewegungsbereich. Männer sprechen auf Herausforderungs-Charakter besser an. (Gürtler)

Achtsamkeit, Respekt in der Methodik:

Ansprüche der Fachpersonen, wie z.B. *„Männer zum Reden bringen“* sind nicht ratsam. *„Wenn eine Zielgruppe durch Schweigen ein Problem löst, dann muss ich als Fachperson das aufnehmen und damit arbeiten.“* (Setz; vgl. dazu Good-Practice-Beispiel *„Feierabendtreff“* (Setz))

Im Zusammenhang mit Veranstaltungen, Workshops etc.: Schritte der Veränderung einhalten: *„Auftauen“*, *„Neues ausprobieren“*, *„Verfestigen“* (Setz, mit Bezug auf Levy)

Generell gilt: Wenn sich Männer einmal auf ein Angebot einlassen, sind sie offen und für Auseinandersetzung zu gewinnen, auch bei psychosozialen Themen. (Gürtler)

Gut ist jedenfalls, wenn ein **Nutzen** für Männer erkennbar ist. (Winter)

Zielgruppe eingrenzen, fokussieren und entsprechend erreichen: Wichtig ist, sich zu fragen, wie man bestimmte Gruppen gut erreichen kann: z.B. jüngere Männer, Männer mit Migrationshintergrund, usw. (Krammer)

Gesundheit ist generell ein Thema, das Frauen stärker anspricht als Männer; dies ist an den Verteilungen der Geschlechter in den Ausbildungslehrgängen abzulesen, am Arbeitsmarkt, und auch im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health ist es so. Dies spiegelt auch ein unterschiedliches Interesse der Geschlechter am Thema Gesundheit wider, daher braucht es für Männer **andere Zugänge**, die möglicherweise gar nicht Gesundheit in den Vordergrund stellen, sondern z.B. Sport, oder andere Umwege. (Krammer)

„Du musst deine Zielgruppe schon sehr genau kennen.“ (Ropin)

Spezifische Wege des Ansprechens:

Männer müssen in gesundheitsfördernden Projekten auf spezifischen Wegen angesprochen werden, sonst werden sie nicht erreicht. Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung gilt: Männer sind oft bei der Entscheidung für Projekte als Führungskräfte beteiligt, die Teilnehmenden sind auch im Setting Betrieb mehrheitlich Frauen. Allgemein werden Männer im betrieblichen Kontext noch am ehesten erreicht, im Vergleich zu anderen Settings. Aber auch im betrieblichen Kontext ist es nötig, einen männerspezifischen Zugang zu wählen (z.B. mit Abstellen auf Themen wie Fitness, Leistungsfähigkeit, Sportlichkeit; Bilder wie *Wartung* etc.). (Ropin)

Mit **Vorbildfunktion** arbeiten: Vom Elternhaus bis zu Vorgesetzten in Betrieben. (Sigl)

Outreach-Arbeit:

Aufsuchende Arbeit empfiehlt sich, um bestimmte Zielgruppen zu erreichen, z.B. Moscheen besuchen und dort Informationsangebote machen, Sprechstunden, Fragestunden etc., oder Stammtische in Gasthäusern, um ältere Männer am Land zu erreichen. (Siegl)

Der Weg vom Bekannten zum Unbekannten (Bissuti) ist empfehlenswert; z.B. Orte aufsuchen, die Männern vertraut sind und an denen sie sich bewegen (Arbeitsplatz, Sporteinrichtungen, auf der Straße etc.), dort mit etwas Bekanntem präsent sein (z.B. Torwand schießen, Wettbewerb etc.), Andocken an Personen und Gespräche über verschiedene Themen führen, hier sind Männer sehr gut für Gesundheitsförderung erreichbar. (Bissuti)

Eher **niederschwellige Angebote** sind gut, vor allem zu Beginn eines Projekts. (Weilharter)

There are groups that are hard to reach, and in fact they are hard to avoid, depending on where you go to. Young men; people say that you can't reach young men, and you actually can, you just have to do it in the right way. Reaching out is actually a state of mind. You can reach nearly everybody if you are willing to. But there is also the hard-to-engage. So you reached out to them, you got the message to them, but are they actually getting involved? And then you have got to be creative about what services you are trying to deliver.+(White)

Ein Fußball-Projekt in UK, das zum Ziel hatte, das Leben langzeitarbeitsloser junger Männer zu re-strukturieren, startete am Montag um 9:00, um die Männer wieder an einen regelmäßigen Wochenstart zu gewöhnen. (White)

Kampagnen:

Kampagnen sind gut und vertretbar, wenn es weitere Schritte gibt. (Weilharter)

Beim Vergleich verschiedener Kampagnen fällt auf, dass die erfolgreicherer Kampagnen meist mit einer gesetzlichen Grundlage verknüpft sind, z.B. Kampagnen gegen das Rauchen mit Rauchverboten. Weitere Beispiele für Gesetze sind: Sicherheitsgurtpflicht; Sturzhelmpflicht; Straßensicherheit; Gesetze zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Diese Gesetze müssen auch kontrolliert werden. (White)

Social Marketing ist ein sehr wichtiger Teil von Gesundheitsförderung. Es lässt sich nachweisen, dass die Informationsbedürfnisse von Männern je nach Alter und Lebensumständen sehr unterschiedlich sind. In einer Studie von Experten White zeigte sich, dass ältere Männer sich für sehr spezifische Gesundheitsinformation interessierten, wohingegen jüngere Männer Hinweise wollte, warum ein bestimmtes Gesundheitsthema für sie wichtig sei. Oder: *How you target young fathers is different from how you target young men without children.*+(White)

So the problem with campaigns, just general health promotion campaigns, is it's a blunt tool. Unspecific. So with weight loss, if a gay man doesn't see the messages for him he won't look at it. So if you want to get the gay community to recognize that weight is an issue for them you need to be thinking about how do you campaign specifically for them.+(White)

9.10. Themen

Es ist nicht ratsam, allzu themenspezifisch vorzugehen, auch wenn dies häufig eine (externe) Anforderung für Maßnahmen ist. Z.B. die deutsche Kampagne *„Kenn dein Limit“* in Bezug auf Alkoholkonsum bei jungen Männern erreicht die Zielgruppe nicht gut. (Altgeld)

Themen, die bei Männern eine wichtige Rolle spielen könnten: Risikoverhalten; Alkohol/Drogen; Autoverkehr; Gewalt (als Ausübende, insbesondere in Partnerschaften; als Opfer von Männergewalt; die Gewalt hat in diesen verschiedenen Fällen verschiedene Funktionen und Auswirkungen). (Groth)

Ein wichtiger (zusammenhängender) **Themenbereich** wäre *Burschen, Risiko, Straßenverkehr, Umgang mit Emotionen*. (Weilharter)

Risiko, Primärprävention als möglicher Ausgangspunkt:

„Männer haben einen eher risikoorientierten Zugang und sind daher vielleicht . das wäre eher weniger jetzt von meiner Seite eine Expertise, sondern eine Fragestellung, die mich interessieren würde . vielleicht doch eher zugänglich für primär-präventive Maßnahmen als für Gesundheitsförderung. Das wäre eine Geschichte, die man sich mit Leuten, die direkt in der Praxis arbeiten, noch überlegen könnte.“ (Ropin)

Lebensstil:

Verbindungen zwischen (besserem) Wissen und gesundheitsgefährdendem Verhalten müssen individuell bearbeitet werden. Dies sind längere Prozesse, die genauer betrachtet werden müssen, weil sie mit Lebenssituationen der Menschen zusammenhängen. Klientenorientierte Arbeit ist dazu nötig, in Einzelberatung und Gruppen. (Sigl)

Burnout als Ansatzpunkt für seelische Gesundheit bei Männern:

Die Prominenz des (an sich diffusen) Begriffs "Burnout" in den Medien und der öffentlichen Diskussion ist eine Chance, um das (an sich schwer ansprechbare) Thema der seelischen Gesundheit bei Männern anzusprechen, da Burnout etwas ist, das viele Männer aus ihrer Orientierung auf Arbeit und Leistung akzeptieren können: *„Weil wenn ich Burnout habe, dann habe ich vorher ordentlich gebrannt“²¹ (Ropin)*.

Mit dem Thema Burnout-Prävention könnten Männer motiviert werden, an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilzunehmen. In Firmen, in denen der

²¹ Die Klammer wurde von K. Ropin ergänzt, um die Bedeutung von "gebrannt" zu definieren.

Arbeitsschutz gut etabliert ist (z.B. in der Papierproduktion, allgemein in Firmen, in denen teure Maschinen zum Einsatz kommen und deren Wartung sehr wichtig ist), könnte man in der ^{Verpackung}Bewerbung von gesundheitsfördernden Maßnahmen gut ansetzen: *Da kann man natürlich mit der Analogie ein bisschen spielen: Wartung unserer Maschinen und Wartung unserer Personalressource, sozusagen (Ropin), wie es bereits einmal in einer Produktionsfirma umgesetzt worden ist.*

9.11. Settings und Handlungsfelder

Experte Setz plädiert für den **Settingansatz**, z.B. wenn Familien angesprochen werden sollen, geht es darum, Väter, Mütter und Kinder anzusprechen, und zwar zielgruppenspezifisch. *Die Familie gibt es nicht.*

Gesundheitsförderung geht von einem Lebensweltenansatz aus, mit drei wichtigen Bereichen: Arbeit, Familie/Partnerschaft, Freizeit. (Setz)

In diesen Feldern bewegen sich Männer und Frauen je nach sozialer Schicht und Lage ganz unterschiedlich, und wenn man da jetzt was verändern möchte im Bereich Gesundheitsförderung, dann muss man die Angebote zielgruppenspezifisch ausrichten. Im Kontext von Lebenswelten. (Setz)

Jugendarbeit:

Jugendarbeit ist ein sehr wichtiges Feld in der Gesundheitsarbeit, *so nicht nur, weil Jugendarbeit immer wichtig ist, sondern weil ein Gutteil der verlorenen Lebenserwartung auf Risikoverhalten zwischen 16 und 25 geht. (Bissuti)*

Vergiftungen, Gewalterfahrungen, Unfälle, Verletzungen etc. passieren häufig in diesem Alter. Hier muss angesetzt werden. (Bissuti)

Z.B. männliche Jugendliche: Hobbies und Freizeitaktivitäten als Ansatzpunkte sind gut, also an der Lebenswelt der Jugendlichen ansetzen. Hier kann dann auch soziales Lernen stattfinden. (Sprenger)

Schule:

Manchmal gelangt auch gesundheitsrelevante Information in eine Familie, wenn Kinder Informationsmaterial von der Schule nach Hause bringen. (Ropin)

Betrieb:

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist ein sinnvoller Ansatz. *Arbeit* ist für Männer ein wichtiger Lebensbereich, dort sind sie auch erreichbar. (Sigl)

Über *betriebliche Gesundheitsförderung* können Männer gut erreicht werden (im Setting *Betrieb*). In diesem Feld sind auch relativ viele Männer als Professionelle oder Projektleiter in den Betrieben tätig, mehr als z.B. im schulischen Bereich. (Krammer)

Erweiterter Zugang (*auch Verhältnisse, nicht nur Verhalten*) am Beispiel der BGF (Krammer):

„Gesundheitsförderung ist eben nicht nur Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, sondern es gehören eben auch diese Rahmenbedingungen, diese Determinanten dazu, beim Arbeitsplatz auch das Betriebsklima oder die Arbeitszeitregelung“ (Krammer)

Betriebliche Gesundheitsförderung erreicht viele Männer, ohne dass die BGF als *„Männer-Gesundheitsförderung“* bezeichnet würde. Kritisch anzumerken ist, dass die öffentliche Hand BGF fördert: Wenn die Betriebe von BGF profitieren, sollten sie auch selbst dafür bezahlen. (Groth)

Stadtteil, Kommunales Setting:

Auch Stadtteil-Arbeit, Arbeit im Sozialraum etc. sind vielversprechende Ansätze (Ropin).

Zur sozialräumlichen Vorgangsweise vgl. oben (Setz).

Meta-Ebene als Handlungsfeld:

Auch die Arbeit an Strukturen bieten manchmal gute Möglichkeiten, die keine hohen Investitionen erfordern, z.B. Ausbildungscurricula bestimmter Berufsgruppen zu verändern. (Altgeld)

9.12. Ressourcen und Rahmenbedingungen

Zielgruppenspezifisches Fachwissen ist generell wichtig für Fachkräfte, weiters methodische Kenntnisse, z.B. im Zusammenhang mit der Arbeit in Stadt/Land-Kontexten. (Setz)

Interkulturelle Kompetenz:

Wissen über verschiedene Kulturen ist für Fachkräfte im Gesundheitsbereich nötig, da es verschiedene Vorstellungen über Krankheit gibt, insbesondere psychische Krankheiten (Bissuti)

Es können verschiedene Bedingungen zusammentreffen, und Fachkräfte müssen diese Bedingungen einbeziehen können: Herkunft aus einem ländlichen Raum, niedriger Bildungsabschluss, Niedriglohnbranche, Migrationshintergrund, Sprachbarrieren. (Bissuti)

Einbindung von Männergesundheitszentren in Männerarbeit, Vernetzung und Anbindung von Männergesundheitszentren an Gesundheitsdienste:

Am Beispiel des MEN in Wien wird sichtbar: In einem Spital zu sein hat Vorteile. Viele männliche Zielgruppen können erreicht werden, die sonst nicht oder schwer erreichbar sind. Grundsätzlich ist es aber günstig, ***flexibel mit dem Angebotsort umzugehen***, indem auch Aktivitäten (Vorträge, Gruppen, Bewegungsangebote etc.) außerhalb des Zentrum-Standortes angeboten werden. Auch sollte Männergesundheitsförderung an vorhandene Männerberatungsarbeit angebunden werden. (Bissuti)

Anknüpfungspunkte und Ressourcen nutzen: Experte Siegl überlegt für den Aufbau eines Männergesundheitszentrum den Standort eines regionalen Krankenhauses: Dort wären Ressourcen und Anknüpfungspunkte gegeben. (Siegl)

Wichtig sind andererseits Organisationen, die das Thema Männergesundheit **institutionell** an ihre Einrichtungen andocken, wie z.B. Männerberatungen oder Männerbüros, die auch Ressourcen haben (Fachkräfte, Räume etc.), die sie bereitstellen. Nur nebenbei ein wenig Männergesundheit zu betreiben, ist zu wenig:

„Damit sich etwas entwickelt, brauchst du definitiv Ressourcen und eine längere Perspektive. Infrastruktur. Also das ist glaub ich einer der wichtigen Punkte.“
(Siegl)

Langfristige Perspektive

Lernen in Settings muss langfristig angelegt sein:

„Man braucht auch den Mut zu experimentieren und zu scheitern [...] genau diese Freiräume zu haben und nicht so einen hohen Erfolgsdruck: Da muss ganz schnell was passieren, sondern eher das als Lernschleife zu begreifen und das Scheitern auch wieder zu analysieren, so etwas müsste auch möglich sein.“
(Altgeld)

Es geht in der Arbeit um eine langfristige Strategie, nicht nur drei bis vier Jahre, sondern länger; man muss sich dranbleiben. (Setz)

Es muss auch einen **Auftrag** geben, der langfristig ausgerichtet ist. (Setz)

Was die **gesellschaftlichen Rahmenbedingungen** für Männergesundheit anbelangt, sind diese als eher günstig anzusehen. Die Rollenbilder haben sich in den vergangenen Jahrzehnten etwas verändert, auch im Hinblick auf Männer und Gesundheit, psychische Gesundheit usw. (Krammer)

10. Good-Practice-Beispiele

Die befragten Expert_innen haben eine Reihe von Good-Practice-Beispielen im Bereich der Männergesundheitsförderung genannt, die im folgenden Abschnitt inhaltlich geordnet aufgelistet werden. Insgesamt lassen sich die Statements der Expert_innen wie folgt zusammenfassen:

- Mehrere Expert_innen stimmen überein, dass es im Bereich der Männergesundheitsförderung auf regionaler und österreichischer Ebene **erst wenige gute Beispiele für Projekte und Strukturen** gibt. **International** lassen sich **mehr** gute Beispiele ausmachen, darauf verweisen insbesondere die Experten Setz und White.
- Viele Anregungen für Projekte können den Readern *„Men’s health . How to do it“* (Conrad & White, 2007) sowie *„Promoting men’s mental health“* (Conrad & White, 2010) entnommen werden. Im Bereich der **Männergesundheit** und der **Outreach-Arbeit** sind insbesondere in **UK** viele interessante Ansätze und Projekte zu finden.
- Das **M.E.N. Wien** wird national und international als **Good-Practice-Beispiel** im Bereich der Männergesundheitsarbeit beachtet. Es zeichnet sich durch mehrere Merkmale aus: Enge Kooperation zwischen Männer- und Frauengesundheit, Anbindung an eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung, umfassendes Angebot (Intervention, Prävention, Gesundheitsförderung), mehrsprachiges Angebot, Outreach-Arbeit. Einrichtungen wie das M.E.N. sind auch in den Bundesländern erstrebenswert.
- In der **Steiermark** können durchaus vielversprechende **Ansätze** ausgemacht werden (Know-how und Kompetenzen in der Gesundheitsförderung, BGF, Burschen- und Männerarbeit, Arbeit mit Migrant_innen etc.), die ein Potential für Synergien in sich tragen, aus denen interessante Männergesundheitsförderungs-Projekte entstehen könnten. Bisher umgesetzte Aktivitäten umfassen z.B. die Kooperation von GKK, Männerberatung und Frauengesundheitszentrum in der schulischen Gesundheitsförderung; Outreach-Projekte, in denen Männer mit Migrationshintergrund erreicht werden, z.B. Integrationsfonds Steiermark, Verein Ikemba; Projekte von Styria Vitalis, in denen Männer in Vereinen in ländlichen Gebieten erreicht werden etc.

Vor der Darstellung der Beispiele, die die Expert_innen genannt haben, werden die Aktivitäten des *Vereins für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark*, die bislang im Bereich der Männergesundheitsförderung umgesetzt wurden, kurz dargestellt (vgl. Box 3).

Box 3

Darstellung der gesundheitsbezogenen Aktivitäten des Vereins für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark.

Männergesundheit im

Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark (VMG)

Der Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark (1996 als *s*Verein Männerberatung Graz^{oo} gegründet) ist eine Non-Profit-Organisation, die in den Bereichen Männerberatung, Arbeit mit gewalttätigen Männern, Burschenarbeit, Forschung und Bildung tätig ist (vgl. <http://vmg-steiermark.at/>). Gesundheitsförderung wird im Leitbild der Organisation als Grundsatz angeführt, und der Beitrag der Arbeit des Vereins (wie auch anderer Männerbüros und Männerberatungsstellen in Österreich) zur Gesundheitsförderung wurde im Reader *sPromoting Men's Mental Health^{oo}* (herausgegeben von Conrad & White) ausführlich dargestellt (Scambor, 2010). Als Beispiele für gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte können die folgenden angeführt werden:

Im **Beratungsbereich** erhalten jährlich ca. 800 Männer in Lebenskrisen und schwierigen Lebenslagen rasch und niederschwellig Beratung. Die spezifischen Zuweisungen von Männern mit Fragen und Anliegen im Bereich der Gesundheit, insbesondere der **psychischen Gesundheit**, nehmen laut Angaben der Mitarbeitenden zu. *sDas Erarbeiten von möglichst lösungsorientierten und gesundheitserhaltenden Strategien zur Problembewältigung steht im Fokus. ö Beratung (und bei Bedarf auch Psychotherapie) sollen als Erfolg versprechende Handlungsoptionen in Lebenskrisen (und auch darüber hinaus) im Bewusstsein von Männern verankert werden. ö Risikoverhalten, einseitiges Leistungsdenken, selbst- und fremdschädigendes Handeln von Männern und Burschen können (oft erstmals) in der Männerberatung thematisiert und bearbeitet werden. Konstruktive Krisenbewältigungen werden unterstützt, ausbalancierte gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Lebensentwürfe gefördert.^{oo}* (Verein Männerberatung Graz, 2012, S. 10).

Seit rund 10 Jahren wird in der Männerberatung Obersteiermark (Leoben) eine **Selbsthilfegruppe** zum Thema **Prostata** organisiert, wobei mit dem LKH Leoben und Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich kooperiert wird.

Im Bereich der **Burschenarbeit** werden im schulischen und außerschulischen Kontext Workshops für Burschen angeboten, häufig in Kooperation mit Fraueneinrichtungen, wobei im geschlechterhomogenen und/oder gemischtgeschlechtlichen Setting gearbeitet wird. Im Bereich der Gesundheitsförderung ist insbesondere das Konzept *sMännerKörper in Balance^{oo}* hervorzuheben. Es handelt sich dabei um Workshops für Burschen ab 12 sowie Lehrer_innen-Fortbildungen. Inhalte der Workshops sind: Vielfalt von Männlichkeiten, Selbstwahrnehmung, Körper und körperliche Veränderungen im Jugendalter, Gesundheitsrisiken und Vorsorge, sexuelle Gesundheit, Verhütung, körperliches und psychisches Wohlfühlen und *sin Balance kommen^{oo}* Gewalt und Benachteiligung, Sexualpädagogik. Die Workshops erfolgen in der Regel in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.

Im Bereich **Forschung** arbeiteten die Mitarbeiter_innen des Vereins in den letzten Jahren an Projekten, in denen es um das Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung ging, z.B. *First State of Men's Health in Europe-Report* (EC, 2011a, 2011b); *Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013); *Evaluation des Projekts SEGAME* (ein Projekt zur Förderung der seelischen Gesundheit von Afrikaner_innen in der Migration durch Empowerment und Verbesserung ihres Zugangs zu psychosozialen Diensten); EU-Daphne-Projekt *STAMINA* (Resilienzentwicklung bei Jugendlichen); *Bedarfsanalyse unterstützender Maßnahmen von sozial benachteiligten männlichen Jugendlichen* (Bissuti et al., 2013); u.a.

Im niedrighschwelligem **Bildungsbereich** werden im Projekt *MännerKaffee* Veranstaltungen in einem Grazer Café abgehalten, auch zu gesundheitsbezogenen Themen (z.B. Sexualität). Das *MännerKaffee* ist auch ein Ort, an dem Männer Kontakt, Austausch und Informationen ohne Voranmeldung und Schwellenangst finden können. Dieses Angebot stellt häufig einen Einstieg in professionelle Beratungsgespräche dar.

Im Bereich der Erwachsenenbildung (Tagungen, Workshops, Vorträge, Modulreihen, Seminaren) werden . z.T. in Kooperation mit der **GenderWerkstätte** (www.genderwerkstaette.at) . ebenfalls gesundheitsbezogene Themen behandelt (z.B. *Männertagung 2011*; Modulreihe *Männer und Geschlechtergleichstellung*).

VMG Steiermark und der Verein IKEMBA betreiben seit 2011 das Kooperationsprojekt **Männer und Migration**, in dem u.a. der Empowerment- und Kommunikationskurs *Reden und Verstehen* angeboten wird, an dem Männer mit Migrationshintergrund teilnehmen, die in ihren Communities und Netzwerken als Multiplikatoren fungieren können. Sprachkompetenzen werden erworben, indem männer- und migrationsbezogenen Inhalte behandelt werden (z.B. männliche und weibliche Rollenbilder, Vaterschaft, Gesundheitsfragen etc.). Der Verein **IKEMBA** selbst ist als **Good-Practice-Beispiel** anzusehen, was Gesundheitsförderung für Männer/Burschen und Frauen/Mädchen im Migrationshintergrund betrifft, insbesondere im Bereich der Outreach-Arbeit (vgl. <http://www.ikemba.at/projekte.0.html?&L=0>).

10.1. Einschätzung der allgemeinen Situation durch Expert_innen

Es gibt im Allgemeinen **viele Präventionsprojekte** und **wenige** reine **Gesundheitsförderungsprojekte**. (Altgeld, mit Bezug auf Deutschland)

Im Allgemeinen gibt es noch **nicht sehr viele Beispiele** für Männer-Gesundheitsförderung (Krammer, mit Bezug auf die Steiermark).

Bezüglich spezifischer Gesundheitsförderung für Männer ist in der Steiermark wenig zu finden. Ansatzpunkte sind z.B. bei **Styria Vitalis** vorhanden, mit *Gesunder Gemeinde*, *Gesunder Schule*, *Gesunder Küche*, auch die Arbeit der **AIDS-Hilfe** kommt in die Nähe einer zielgruppenspezifischen Männer-Gesundheitsarbeit, mit dem spezifischen Beauftragten für homosexuelle Männer. (Weilharter)

Auch z.B. für Salzburg bzw. Österreich insgesamt gilt: Es gibt nicht viele Good-Practice-Projekte zur Männergesundheit. Allerdings leisten die **Männerberatungen / Männerbüros** einen erheblichen Beitrag zur Männergesundheit. In der Arbeit dieser Einrichtungen gibt es große Überschneidungen zur Männergesundheit.²³ Häufig ist diese Arbeit als Gesundheitsförderung oder auch Betriebliche Gesundheitsförderung zu betrachten, aber ohne dass dieses Label geführt würde. (Siegl)

²² Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

²³ Psychosoziale Männerarbeit, wie sie in den Männerberatungsstellen und Männerbüros in Österreich geleistet wird, ist jedenfalls als ein Beitrag zur Männergesundheitsförderung anzusehen, insbesondere im Bereich der seelischen Gesundheit. Die österreichischen Einrichtungen wurden als Good-Practice-Beispiel in einem Reader zu Men\$ Mental Health dargestellt (Scambor, 2010).

10.2. Regionale Projekte und Ansatzpunkte

Expertin Krammer nennt die folgenden Projekte und Ansätze in der Steiermark:

- Burschengesundheit bzw. Gender-Ansatz: Die Kooperation der GKK in der schulischen Gesundheitsförderung mit der Männerberatung (für Burschen) und mit dem Frauengesundheitszentrum (für Mädchen) ist ein Beispiel für gute Praxis.
- Ein Projekt für Männer mit Migrationshintergrund wird vom Integrationsfonds Steiermark umgesetzt.²⁴ Der Zugang läuft über Sport (Fußball), und Informationen zum Gesundheitssystem werden vermittelt.
- *Richtig essen von Anfang an*. Ziel dieses GKK-Projekts war, auch Väter anzusprechen, was anfangs noch nicht so gut gelungen ist, doch von 2011 auf 2012 waren Erfolge einer geänderten Gestaltung von Sprache und Bildern in Informationsmaterialien festzustellen. Auch das Thema Kinderbetreuungsgeld ist eines, das die Zielgruppe Väter anspricht.
- Bereich *Gesundheitsförderung und Public Health*: In der Beratungsarbeit der GKK (Schulen, Betriebe) wird versucht, für den Gender-Ansatz zu sensibilisieren. Der Grundgedanke ist: *„Gesundheitliche Chancengleichheit fördern“* in den Bereichen Geschlecht, Bildung, sozioökonomischer Status. Wenn Programme und Maßnahmen geplant werden, sollte dieser Ansatz immer im Hinterkopf der Planenden sein.

Experte Gürtler weist auf einzelne Gesundheitsförderungs-Projekte hin, in denen auch oder vor allem Männer erreicht wurden:

- Mit dem Projekt *„Fit im Ehrenamt“* in Bad Aussee (Zielgruppe: Blaulicht-Organisationen und andere Vereine) wurden sehr viele Männer erreicht, weil viele Mitglieder in diesen Organisationen sind. Themen waren: Auf sich achten, Ernährung, psychische Gesundheit, Burn-out, Bewegung.
- Ein FGÖ-Projekt von Styria Vitalis vor einigen Jahren hieß *„Fit im Einsatz“*. Zielgruppe waren Polizei, Feuerwehr, Rettung. In diesem Projekt es wurden ebenfalls viele Männer erreicht.
- In Gemeinden laufen eher kleinere Initiativen, vor allem Bewegungsangebote für Männer, mit eher sportlichem Charakter (Rad fahren trainieren; oft spielt der Leistungsgedanke eine Rolle).
- Männerkochkurse in kleineren Gemeinden kommen seit einiger Zeit gut an.

²⁴ http://www.integrationsfonds.at/steiermark/news_steiermark/abschluss_fit_mit_fussball_co/

Auf Ansätze in der Arbeit von Vivid . Fachstelle für Suchtprävention verweist Experte Weilharter:

- Es wird teilweise mit den Geschlechtergruppen gearbeitet, aber es handelt sich nicht um spezifische Projekte für Burschen. (Dass mit Burschen- und Mädchengruppen gearbeitet wird, ev. parallel, kommt in verschiedenen Kontexten vor.) (Weilharter)
- Kooperation mit dem Verein IKEMBA im Projekt „Segame“ Basics der Suchtprävention werden an MultiplikatorInnen in verschiedenen Communities vermittelt. Möglicherweise wird sich dort geschlechtsspezifisches Arbeiten ergeben. (Weilharter)

Experte Ropin nennt das Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau²⁵ (Graz) als einen Standort, an dem Gesundheitsförderungs-Projekte betrieben werden, bei denen auch Männer erreicht werden. Dasselbe gilt auch für weitere Einrichtungen, z.B. Omega Graz.²⁶ Stellen, die Projekte im Bereich Gesundheitsförderung durchführen, sind wichtige Vernetzungspartner für Männergesundheits-Projekte.

In Bezug auf Männer mit Migrationshintergrund sagt Experte Weilharter:

Ich glaube, dass Migration zu sehr nur als negativer Faktor gesehen wird. Da muss man aufpassen. Was man aber sehr wohl überlegen sollte in Bezug auf Migration: Wie komme ich an spezifische Gruppen dort heran? Was sind da Wege? Und da merken wir auch sehr stark, da braucht es diese Key persons und so weiter, oder es braucht ein Türkl oder einen Weg, wobei das vielleicht bei Männern leichter ist als bei Frauen im Migrationsbereich.“
(Weilharter)

Hier könnte man gut Good-Practice-Beispiele nützen, indem mit Omega oder Isop kooperiert wird, die Erfahrungen in diesem Bereich haben, z.B. wie man Bildung an bestimmte Zielgruppen heranträgt. (Weilharter)

Expertin Groth benennt ein Good-Practice Beispiel außerhalb der Steiermark:

Bei *Vitamin R*, einem Zentrum für Familie, Soziales und Gesundheit in Radenthein (Kärnten) gibt es seit vielen Jahren funktionierende Projekte, die sich an Männer richten (Gesprächsrunden, Frühstück o.Ä.), in einem überraschenden Kontext: am Land, auch ältere Männer werden erreicht.²⁷

²⁵ <http://smz.at/gesundheitsfoerderung>

²⁶ <http://www.omega-graz.at/index.shtml>

²⁷ vgl. <http://www.vitamin-r.at/de/angebote/gesundheitsfoerderung/maennerfruehstueck2013.html>

10.3. Good Practice: M.E.N. Wien

Das M.E.N. Wien wird in Österreich und darüber hinaus als Good-Practice-Beispiel im Bereich der Männergesundheit betrachtet. Die folgenden Ausführungen zum M.E.N. Wien stammen zur Gänze von dessen Leiter, R. Bissuti.

Das **Institut für Frauen- und Männergesundheit** umfasst drei Standorte (FEM Semmelweislinik, FEM Süd im Kaiser Franz Josefs Spital, M.E.N. im Kaiser Franz Josefs Spital) und zwei kleinere Einrichtungen (FEM Elternambulanz im Wilhelminenspital, FEM Süd Frauenassistenz im 12. Bezirk).

Der **Vorstand** besteht aus der Ärztlichen Leiterin des Kaiser Franz Josefs Spitals, der Leiterin des FEM Semmelweislinik, der Leiterin des FEM Süd und dem Leiter des M.E.N.

Die **Förderung** von M.E.N. besteht in einer Mischförderung, wobei der Krankenanstaltenverbund den Standort im Krankenhaus fördert.

Entstehungsgeschichte: Die Initiative zur Gründung von M.E.N. ging von den FEM-Stellen aus. Ein Männergesundheitszentrum schien sinnvoll, um Frauen zu unterstützen, und weil viele Frauen ihre Männer in ein Gesundheitszentrum vermitteln wollten. FEM trat an die Männerberatung Wien heran. Ohmacht, Fröhlich und Bissuti gründeten daraufhin das Männergesundheitszentrum.

M.E.N. bietet Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung an:

- **Intervention:** Psychologische Beratung und Behandlung, Psychotherapie, ärztliche Beratung
- **Prävention:** z.B. STD-Prävention
- Es gibt verschiedene Angebote im **Zwischenbereich** zwischen Prävention und Gesundheitsförderung: Adipositas-Gruppen, Projekte im Bereich Herz-Kreislauf etc.
- **Gesundheitsförderung:** z.B. Stadtteilfeörderungsprojekte, in denen versucht wird, Stadtteile gesundheitsförderlich zu entwickeln, Arbeitskreise und muttersprachliche Netzwerke aufzubauen, etc.

Es ist auf jeden Fall empfehlenswert, **alle Bereiche gemeinsam** anzubieten (Intervention, Prävention und Gesundheitsförderung), da es anderenfalls für die Leute nicht durchschaubar ist, warum nur bestimmte Dinge angeboten werden und andere nicht. Es ist ratsam, sich an einem **One stop-model** zu orientieren, da alles, was

zusätzliche Hürden bedeutet, insbesondere bei Männern als ungünstig einzuschätzen ist.

Für das M.E.N. ist das Anbieten von **verschiedenen Sprachen** sehr wichtig. Die ärztliche Beratung in türkischer Sprache zeigt z.B., dass viele Männer kommen, die bei ihrem Arzt nicht verstanden haben, wie die verschriebenen Medikamente einzunehmen sind. Also bereits bei medizinischer Compliance zeigt sich die Bedeutung von mehrsprachigen Angeboten. (Ein interessantes, neues Projekt ist sVideo-Dolmetscher%o wo in den Arztpraxen DolmetscherInnen online sind und relevante Inhalte erklären können.)

Bei der Angebotsplanung muss **partizipativ** vorgegangen werden, die Zielgruppen müssen in die Planung und Umsetzung der Angebote miteinbezogen werden. Dies erfolgt durch Fokusgruppen-Arbeit, in Stadtteile gehen und mit den Leuten sprechen, Befragungen etc.

Auch in der Gruppenarbeit wird sehr partizipativ vorgegangen, d.h. die Männer können sich wünschen, welches Thema beim nächsten Termin besprochen wird. Z.B. Gruppen für *türkischsprachige Männer 50+*: Es wurde Dadurch wurden die unterschiedlichsten Themen besprochen, z.B. was passiert beim Gynäkologen, wenn meine Frau oder Tochter zum Gynäkologen geht? Den Männern war es wichtig, Dinge im Gesundheitssystem zu verstehen.

Jugendworkshops werden im schulischen und außerschulischen Kontext (Jugendzentren, AMS etc.) angeboten, weiters **MultiplikatorInnen**-Arbeit. Auch **strukturelle Arbeit** (z.B. in der Plattform Gesundheit und Wohnungslosigkeit) ist wichtig, zu fragen, wo an Strukturen angesetzt werden muss. Hier geht es *auch, aber nicht nur* um männliche Zielgruppen.

Für eine genauere Beschreibung der verschiedenen Angebote und Projekte des M.E.N. (Wohnungslosenprojekt, Herz-Kreislauf-Gesundheitsförderung für Männer 50+, Adipositas-Gruppen in mehreren Sprachen, Boys Day, Jugendworkshops, etc.) wird auf die Website der Einrichtung verwiesen.²⁸

²⁸ <http://www.men-center.at/>

10.4. Outreach-Arbeit

Bezüglich aufsuchender Arbeit (in Pubs etc.) wird auf Projekte in **England/UK** verwiesen. (Setz)

Aufsuchende Arbeit und den **Zielgruppen zuhören** ist ein zentraler Ansatz, darauf verweist ein Beispiel aus UK: Es wurde ein Badminton-Projekt für Männer mit Migrationshintergrund entwickelt, bei dem die Kurse um Mitternacht stattfanden. Viele der befragten Männer arbeiteten nachts, daher wurden die Kurse zeitlich so gelegt, dass viele Männer nach Ende der Abendschicht daran teilnehmen konnten. (White)

Im Zusammenhang mit Outreach-Arbeit ist auf die Publikationen von **Conrad & White (2007, 2010)** zu verweisen, die viele konkrete Beispiele beinhalten. (White)

Aufsuchende Sozialarbeit/Quartierarbeit in Zürich:

Eine Fachfrau hatte sich einen guten Zugang zu Männern mit Migrationshintergrund erarbeitet, indem sie mit deren Frauen kommunizierte und sich Wissen aneignete, wie sie ihre Anliegen erfolgreich an den Mann bringen konnte. In einer Masterarbeit wurde nachträglich mittels *Storytelling* das Vorgehen im Projekt dokumentiert. (Setz)

Ein Projekt in Salzburg setzte Gesprächskreise mit türkischen Migranten um, in einer Moschee nach dem Gebet. Ein türkisch sprechender Arzt hielt einen Vortrag und antwortete auf Fragen der Männer, die sehr interessiert waren: *„Unter dem Motto: Was sie bisher immer wissen wollten, aber sich nicht zu fragen trauten.“* (Sieg).

10.5. Schule, Jugendarbeit

Good Practice: Das Variablenmodell von Neubauer und Winter²⁹

Als guter Ansatz für die Arbeit mit Männern und Burschen wird das Variablenmodell (vgl. z.B. Winter & Neubauer, 2010) angesehen.³⁰ (Altgeld, Setz)

Dieses Variablen- oder Balancemodell ist selbst kein Praxismodell, sondern eher ein so Praxis-Anregungsmodell, oder irgendwo zwischen Theorie und Praxis. Also ich glaub mit dem Modell selber kann man noch gar nicht gut arbeiten, das ist eher so etwas wie eine Perspektive, und dass man es nicht aus dem Blick verliert, dass es eigentlich darum geht, etwas zu entwickeln und nicht was wegzunehmen. Insofern ist es schon mit diesen Depotenzierungs-Ängsten . ist es ein Gegenmittel, weil ich eher dann in eine Situation reingehe mit der Idee, ich kann den Männern was geben und hier können sie was lernen, hier können sie sich weiterentwickeln oder sie kriegen was von mir, und nicht: ich muss denen ihr schlechtes Verhalten wegnehmen.%(Winter)

Das Variablenmodell unterstützt Fachleute beim Nachdenken und Entwickeln im Bereich der Gesundheitsförderung, ist aber noch nicht gut evaluiert. Leute in der Praxis finden es meist nützlich und anregend, sie müssen aber die konkrete Praxis erst selbst entwickeln. (Winter)

Es ist eine Anregung, um die Perspektive aufzumachen, aber dann für die praktische Arbeit müsste man vielleicht eher gucken, was in der echten Praxis auch gewirkt hat.%(Winter)

Innerhalb des Schulprojekts **„Gesund leben lernen“** in Sachsen Anhalt wurde in einer Schule das Projekt **„Wilde Jungs“** entwickelt und umgesetzt: Der Alltag in der

²⁹ Das Variablenmodell „Balanciertes Junge- und Mannsein“ dient uns als ein Hintergrund in der Praxisentwicklung, -bewertung und -beratung. In der Anwendung öffnet das Modell neue Horizonte der Wahrnehmung von Jungen und Männern sowie neue Ansätze für die praktische Arbeit mit ihnen. Das Balance-Modell besteht aus acht Paaren von Aspekten. Der Begriff „Aspekte“ meint mögliche Kompetenzen und männliche Potenziale. In der Balance zwischen den Aspektpaaren, aber auch zwischen den Aspekten insgesamt liegt das männliche Potenzial in der Moderne: Ein „guter Mann“ oder „gelingendes Mannsein“ ist dadurch charakterisiert, dass die Potenziale jeweils auf beiden Seiten entwickelt sind. (http://www.sowit.de/angebote/angebote_konzepte.htm). Aspektpaare sind z.B. „Leistung . Entspannung“ oder „Stärke . Begrenztheit“. In der Arbeit mit Burschen und Männern geht es darum, so die Kompetenzen und Stärken von Männern als solche wahrnehmen und begrifflich besser fassen zu können sowie ihre vorhandenen Entwicklungspotenziale ohne defizitäre Zuschreibung in den Blick zu bekommen. (http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_10.pdf, S. 5)

³⁰ Siehe Grundlagen dazu unter http://www.sowit.de/angebote/angebote_konzepte.htm; vgl. auch <http://www.gesunde-maenner.ch/html/grundlagen+3.html> (Setz)

Grundschule und Schwierigkeiten von Jungen damit standen im Zentrum. Es gab zusätzliche Werk- und Sportangebote für die Jungen, dadurch ändert sich der Schulalltag für sie. (Altgeld)

In der Schweiz gibt es ein **Netzwerk schulische Bubenarbeit**. Häufig kommen Lehrerinnen, die Bubenarbeit machen, zu Seminaren. Diese Entwicklung weg vom Ansatz, dass Bubenarbeit nur Männer machen könnten, ist gut: Denn im schulischen Kontext sind es häufig Frauen, die mit Buben arbeiten. Bei gewissen Inhalten werden in Schulen dann Männer hinzugezogen, z.B. Väter; jedoch ist es wichtig, auch aufzuzeigen, dass es Probleme und Schwierigkeiten im Leben von Männern gibt, hier darf nicht einfach *Showtime* für die eingeladenen Väter erfolgen. (Setz)

Beim **Boys Day** in Österreich wird auch Gesundheit öfters Thema. Die Burschen selbst bringen dieses Thema ein. Hier muss in den Workshops Raum sein, um zu den Inhalten zu arbeiten, die von den Burschen kommen. (Siegl)

*Von den Experten Siegl, Weilharter und Sprenger wird der **Risikreflecting-Ansatz**³¹ als interessant benannt, bei dem mit Jugendlichen zum Thema Risiko gearbeitet wird. Riskreflecting zielt nicht nur auf Burschen, ist aber für Burschen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung sehr relevant.*

10.6. Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung auf der Baustelle (vgl. Züger, 2008; Setz, 2009):

Eine Studie in der Schweiz zeigte: Im Baugewerbe bleiben die Ingenieure, Architekten gesund, aber viele Bauarbeiter erkranken oder haben Unfälle in der Zeit bis zu ihrer Pension. Dies sind politische Themen, diese dürfen nicht verheimlicht werden. Es gab aber Druck, die Studie nicht zu veröffentlichen. Dennoch müssen Gesundheitsförderungs-Fachkräfte diese Inhalte transportieren und bestehende Probleme ernst nehmen.

Im Projekt *Gesundheitsförderung auf der Baustelle* wurden Entspannungsübungen im Risikofeld Hochbau/Tiefbau nach der Mittagspause durchgeführt. Dies ist nachgewiesenerweise wirksam, um Unfälle zu verhindern. Das konkrete Projekt lief gut, aber es gab Fachkräfte in Schlüsselpositionen, die das Projekt auch ablehnten, weil gegenseitige Berührungen (Schultern massieren etc.) deren Homophobie wachrief.

³¹ <http://www.risreflecting.at/>

Dieser Aspekt sollte in den Präsentationen bei Fachkräften daher angesprochen werden. (Setz)

Das Projekt „Gesundheitsförderung auf der Baustelle“ wird von anderen Experten als Good-Practice-Beispiel hervorgehoben (Winter, Altgeld).

In eine ähnliche Richtung gehen „Baufit“, ein Programm, das von der AUVA initiiert wurde (Ausgleichsübungen und Vermittlung von Wissen über körpergerechtes Arbeiten in der Bauwirtschaft)³², sowie die Arbeit von Paul Scheibenpflug³³. (Ropin)

Sozial schwächere Bevölkerungsgruppen können durch betriebliche Gesundheitsförderung erreicht werden, indem **Arbeiter und Hilfsarbeiter** adressiert werden, aber nur mit der richtigen Sprache. Dann kann einiges bewegt werden. Beispiele für relevante Bereiche sind: Baugewerbe, Baunebengewerbe, Security-Dienste; Handwerk, auch der Bereich Logistik (LKW-Fahrer, Busfahrer etc.). Gerade die Security-Firmen sind Arbeitgeber für vornehmlich Männer mit Hauptschulabschluss oder Schulabbrecher, analog zu Call-Centers, die oft Arbeitgeber für gering qualifizierte Frauen in Teilzeit waren und sind. In der Kommunalverwaltung können niedrig qualifizierte Männer gut im Bauhof erreicht werden, Frauen in Pflegeheimen und in der Kinderbetreuung. (Ropin)

Ein Projekt für **niedriger qualifizierte Männer im Krankenhaus** wurde von M.E.N. Wien betrieben. Diese Gruppe von Männern war lange mit BGF unterversorgt. Die Projekte bislang konnten Frauen erreichen, aber kaum oder nicht die Männer. Viele von diesen haben Migrationshintergrund und zum Teil bestimmte kulturelle Barrieren in Bezug auf gemeinsame Aktivitäten von Männern und Frauen (z.B. hinsichtlich gemischter Workshops). (Ropin)

Notfallbox für gestresste LKW-Fahrer, mit Energieriegel, Tipps für Stressbewältigung etc. In England gibt es Projekte, wo man gezielt an den Lastwagenfahrer-Raststätten präsent ist. (Setz)

Vorbereitung zur Rente für ältere ArbeitnehmerInnen ist in einigen Schweizer Firmen obligatorisch. Insgesamt funktionieren diese Seminare gut; es gibt manchmal Widerstand von den Teilnehmenden, mit dem man aber umgehen kann. Es handelt sich

³²http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=56517&action=2

³³ <http://www.scheibenpflug.at/>

um gemischtgeschlechtliche Seminare, die aber zielgruppenspezifische Aspekte als Querschnittsthema berücksichtigen. (Setz)

Das Projekt ***Timeout statt Burnout*** wurde bei Migros durchgeführt. Im Zusammenhang mit Programmen zur Förderung von Frauen in Führungspositionen sollte auch den Männern ein Angebot gemacht werden, um den Widerstand von Männern in den oberen Positionen gegen die Frauen abzubauen. (Setz)

10.7. Vernetzung, Arbeitskreise, Initiativen

Gesundheitskonferenz Bielefeld: Eine Männergruppe mit verschiedenen Akteuren der Stadt Bielefeld wurde eingerichtet. Verschiedene Angebote für Männer wurden umgesetzt, z.B. Krisentelefon mit besserer Erreichbarkeit für Männer. Auch strukturelle Änderungen wie z.B. in der Gesundheitsberichterstattung wurden eingeleitet. (Altgeld)

Das **Netzwerk für Männergesundheit** (Koordinator: Rainer Winter) ist ein Gegenentwurf zu kommerzialisierten Männergesundheitsangeboten. Männer aus der Männerarbeit sind in diesem Netzwerk versammelt. (Altgeld)

Das Netzwerk für Männergesundheit umfasst ca. 120 Mitglieder im engeren Kreis (meist Männer), ca. 400 in einem weiteren Kreis, die den Newsletter³⁴ erhalten. (Winter)

In Deutschland werden einige Initiativen sichtbar: Z.B. versucht das **Netzwerk für Männergesundheit** mit dem **Land Baden-Württemberg** und der **Bosch-Stiftung** ein Landeskonzept zu vereinbaren. In Bayern gibt es eine Männergesundheitsinitiative, die vom Staatsministerium ausgeht. Die SPD Niedersachsen will ein Männergesundheitsförderungs-Programm erstellen. (Altgeld)

Die deutsche **Stiftung Männergesundheit** mit ihrem engagiertem Vorstand (Dr. Weißbach) betreibt das Projekt ***Abwarten ist offenhalten*** bei Prostatakrebs. An diesem Projekt wird deutlich, dass Diagnostik, Therapie, Prävention und Gesundheitsförderung nicht immer leicht zu trennen sind und ineinander greifen. Im

³⁴ Das **Netzwerk für Männergesundheit** gibt einen Newsletter heraus, in dem aktuelle Themen diskutiert und Entwicklungen im Männer- und Jungengesundheitsbereich aufbereitet werden: <http://www.netzwerk-maennergesundheits.de/>

Sinne der Ottawa-Charta ist auch die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (hier der Medizin) ein Ansatzpunkt. Hier könnte man sich bestimmte medizinische Routinen in Bezug auf die Geschlechter genauer ansehen. (Altgeld)

Als Good-Practice-Beispiel in der Kooperation mit verschiedenen Organisationen in der Schweiz kann der **Feierabendí-Treff** für Männer, die in Rente gehen, genannt werden: Hier erfolgte eine Kooperation von kirchlichen und weltlichen Organisationen. Durch Kooperation mit der Kirche erreicht man das wertkonservative Milieu gut; d.h. verschiedene Kooperationen für verschiedene Zielgruppen einzugehen kann gut funktionieren. (Setz)

In Salzburg besteht ein **Gesundes Netzwerk für MigrantInnení**. (Sieg)

10.8. Bedarfserhebung, sozialräumliches Vorgehen

Beispiel zur Bedarfserhebung in der Steiermark (Männer und Frauen): Das Projekt *„Gemeinsam gehen“* wurde in fünf steirischen Gemeinden umgesetzt. Das Ziel war, Bewegung im Alltag zu fördern, Zielgruppe waren ältere Menschen. Im Zuge einer **Sozialraumanalyse** wurde **gemeinsam mit den älteren Menschen** erhoben, welche Wege ältere Menschen nehmen, was dort verändert werden sollte, welche Möglichkeiten es für Veränderungen gibt (Barrieren, Bänke, WCsö), um schlussendlich Alltagsbewegung zu fördern. (Gürtler)

In Bremen erstellt das RKI einen Männergesundheitsbericht. Für den Berichtsteil *Gesundheitsförderung* wurde für einen **Stadtteilbericht** eine **Befragung** mit **älteren, benachteiligten Männern** durchgeführt. (Altgeld)

Zielgruppendifferenzierung durch Milieu-Ansatz:

Beim Sinus-Milieu-Ansatz werden 10 Milieus differenziert, die in unterschiedlichen Stadtteilen, Regionen unterschiedlich verteilt sind.³⁵ In der Schweiz ist es möglich,

³⁵ Beispiel zum Thema Gesundheit:
http://www.kbdirect.ch/Portals/0/UNTERLAGEN/Sinus_Gesundheitsstudie.pdf

Milieus sozialräumlich abzubilden (Milieulandkarte), was es erlaubt, Angebote milieusensibel zu konzipieren.

Sinus-Institute entwickeln Informations-Materialien (Flyer etc.) mit den Zielgruppen, dadurch werden diese gut angenommen. Nicht die Geldgeber, sondern die Zielgruppen bestimmen und leiten die Richtung der Materialienentwicklung an. Was Ansätze auf der Basis von Sinus-Milieu-Ansätzen betrifft, ist Deutschland vergleichsweise weit entwickelt.

Der Sinus-Milieu-Ansatz zwingt Fachkräfte dazu, sich zu überlegen: Wie erreiche ich die jeweilige Zielgruppe, mit welchen visuellen Mitteln kann ich sie abholen? Mit welchen didaktischen Mitteln? Welche Kooperationspartner sind wichtig? (Setz)

10.9. Methodik

Ein empfehlenswertes **Wirkungsmodell** für die Planung, Umsetzung, Evaluation und Reflexion von Projekten und weitere Arbeitsmaterialien (zu Gender, Chancengleichheit u.v.a.) wird in einem *Qualitätssystem für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention* auf <http://www.quint-essenz.ch/>, einer Seite der *Gesundheitsförderung Schweiz* bereitgestellt. (Setz)

Projekte müssen auf die **Lernkulturen** der jeweiligen Zielgruppen eingehen, wie z.B. im Projekt *Feierabend* (ein Projekt für Männer, die in Pension gehen) im konservativen Milieu: Setz fragte die Männer, was ihnen methodisch entsprechen würde; z.B. zum Thema *Partnerschaft*. Die Männer wünschten: Informationen, Checkliste, aber nichts Persönliches. Dies konnte umgesetzt werden, indem Videos von Gesprächen von Männern und Frauen gezeigt wurden, in denen es darum ging, wie Ehepaare, die in Rente gehen, den Alltag gestalteten. Dadurch konnten die Männer in der dritten Person sprechen und dennoch ihre eigenen Themen *indirekt* behandeln (als Beispiel für methodische Wünsche eines Milieus, das *s.. anders tickt und anders lernt*). (Setz). Dies ist zu beachten und wertzuschätzen). (Setz)

Gesundheits-Seminare:

Das Konkurrenzverhalten von Männern kann als Ressource genutzt werden. z.B.: Männer werden paarweise zusammengespannt, um die Umsetzung ihrer eigenen, im

Seminar entwickelten Verhaltens-Änderungs-Ziele nach einer Zeit wechselseitig zu überprüfen (z.B. zwischen zwei Seminar-Tagen, wenn das Seminar folgendermaßen aufgebaut ist: 1. Tag . einige Monate Zwischenzeit . Follow-up-Tag). (Setz)

*„Wie bekommt man einen Mann dazu, einen Baum zu umarmen? Man sagt ihm, er soll ihn ausreißen. Das ist genau dieses Prinzip, wenn man ein bisschen mit dieser Idee vorgeht, um Männer zu erreichen, geht das meistens ganz gut.“
(Bissuti)*

Seminare in Kontexten wie *Kloster, Ruhe* können oft auch therapeutischen Charakter annehmen, weil Traumata etc. zu Themen werden und hochkommen können. (Setz)

Achtsamkeit, Respekt in der Methodik: Auf Frauenseite gibt es mehr Wissen zu Gesundheitsförderung, aber diese Ansätze sind nicht so einfach auf Männer übertragbar. Frauen können generell gut offen über Persönliches sprechen, das fällt vielen Männern nicht so leicht. Daher sind z.B. offene Sitzkreise für Frauengruppen gut geeignet; bei Männern hat R. Setz die Erfahrung gemacht, dass Tische zu Beginn gut sind: Dadurch fühlen sich Männer geschützt. Solche Bedürfnisse müssen wertgeschätzt werden und stellen einen Ansatzpunkt zu Beginn einer Veranstaltung dar. (Setz)

10.10. Websites

Eine interessante Homepage, die vermutlich gut ankommt wird von Dr. M. Stiehler von der Aids-Hilfe Dresden betrieben:

http://pflege-deinen-schwanz.de/front_content.php (Winter)

Der «Kongress Männerleben» (Stuttgart und Hannover) ist eine Mischung aus kommerziellen Angeboten und Vorträgen, Workshops etc. Die Zielgruppe ist eher aus der Mittelschicht: **<http://www.maennerleben.com/index.html>** (Winter)

Seite der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz:

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/> (Ropin)

In Österreich betreibt das BMASK die Seite

<http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Maenner/Maennergesundheitsportal> mit Informationen zur Männergesundheit, Verweis auf die Publikationen der Männerabteilung und Link auf das Männergesundheitsportal **www.maennergesundheitsportal.at** des BMASK (Männerpolitische Grundsatzabteilung; Redaktion: Gesundheit Österreich GmbH).

11. Mögliche Probleme

Im Folgenden sind Probleme und Schwierigkeiten angeführt, die die Expert_innen auf der Basis ihrer Erfahrungen für relevant im Zusammenhang mit der Realisierung von Männergesundheitsförderungs-Aktivitäten erachteten. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

- In der Männergesundheitsförderung sind dieselben Probleme zu erwarten wie bei allen Gesundheitsförderungs-Projekten (zu wenige Ressourcen, zu kurze Projektlaufzeiten, Erreichen der richtigen Zielgruppen). Allerdings sind auch dieselben Erfolge erzielbar wie in anderen Feldern der Gesundheitsförderung. (Sprenger)
- Mit Bezug auf die Schweiz meint Experte Setz, dass sich *strukturelle Rahmenbedingungen, Konkurrenz* und *Fachkräfte* am ehesten als Probleme in den letzten 10 Jahren erwiesen haben. Diese Probleme sind durchaus auch für Österreich relevant.
- Zu geringe Ressourcen für die Gesundheitsförderung erfordern ein zu hohes Ausmaß Ehrenamtlichkeit, stehen einer Professionalisierung im Weg und verhindern langfristige Projekte (wodurch auch häufig keine Effekte nachgewiesen werden können). Gesundheitsförderung wird zum „Eigenblatt“ und erfüllt allenfalls Marketing-Zwecke. Eindeutige politische Signale, dass das Thema wirklich wichtig ist, fehlen.
- Interessensgruppen werden gegeneinander ausgespielt, anstatt dass Kooperation gefördert wird.
- Konkurrenz und Hierarchien zwischen Berufsgruppen führen zu Reibungsverlusten.
- Auf Seiten der Fachkräfte entstehen Probleme durch geringes Eingehen auf die Zielgruppen, durch zu wenig Partizipation der Zielgruppen und durch methodische Fehler. Oft werden auch die falschen Zielgruppen erreicht.
- In der betrieblichen Gesundheitsförderung ist insbesondere auf die impliziten Aufträge zu achten (z.B. gutes Image soll erzeugt werden, ohne größere Veränderungen in der Unternehmenskultur zu akzeptieren); in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führt *Blindheit für geschlechtsbezogene Probleme* zu spezifischen Problemen.

- Schwierigkeiten auf der Konzeptebene entstehen z.B. durch *defizitorientierte Annahmen von Männern*, durch eine mögliche Verstärkung von *Geschlechterstereotypen* und durch *individualisierende Ansätze*, die die Verhältnisse außer Acht lassen.

Die Zusammenstellung der möglichen Probleme kann und soll bei der Konzeptionierung neuer Projekte helfen, Fehler zu vermeiden, sowie auf generelle Schwierigkeiten aufmerksam machen.

Statements der Expert_innen:³⁶

11.1. Probleme in Konzepten

Mit **defizitorientierten Bildern** über Männer im Gesundheitsdiskurs sind Männer nicht gut erreichbar: *sStichwort: Herbert, trink das! Also das ist so: der Mann als gesundheitsdefizitärer Trottel, das wird niemanden ansprechen, das ist sinnlos.%o*
(Bissuti)

Männer und männliche Jugendliche verbinden häufig mit Gesundheit eher etwas *sDepotenzierendes%(Winter):*

sAlso, dass sie denken, wenn ich mich gesund ernähre oder gesund verhalte, dann wird mir etwas von meinem Männlich-Sein weggenommen. Und das ist, glaub ich, etwas, das man einfach ernst nehmen muss oder was man auch in der Haltung oder in solchen Ansätzen und Programmen berücksichtigen muss: dass Gesundheit nicht unbedingt etwas Positives ist für viele Männer oder für einen Teil von Männern, sondern dass sie mit Gesundheit assoziieren, da wird mir was weggemacht oder weggenommen. Und da haben sie keine Lust drauf. Und da, glaub ich, ist gut, vorsichtig zu sein. Ansonsten sind viele Männer etwas kritisch, die brauchen eine gewisse Zeit, bis sie Vertrauen haben, aber dann finde ich die Arbeit mit Männern eigentlich immer sehr erfreulich und fruchtbar.%p(Winter)

³⁶ Als Fließtext zusammengefasste Statements der Expert_innen sind durch den Namen in Klammern nach dem jeweiligen Absatz gekennzeichnet. Übersetzungen dieser zusammengefassten Statements im Fall von Alan White erfolgten durch den Autor.

Anmerkungen des Autors und vom Autor verfasster Text ist in kleinerer Schriftgröße und kursiv dargestellt.

Direkte Zitate der Expert_innen sind unter Anführungszeichen gesetzt, kursiv und mit Namen der Expert_innen in Klammern nach dem Zitat gekennzeichnet.

Im Projekt *Boxenstopp* wurden Männer in Betrieben angesprochen, selbst einen Check zu machen, so wie sie das Auto in Werkstatt bringen: Dies entspricht einer **Mechanisierung des Gesundheitsverständnisses**, die sowohl sehr männlich ist als auch sehr medizinisch; dies ist eine problematische Herangehensweise. (Siegl)

Bei geschlechtsspezifischen Vorgangsweisen stellt sich folgende Frage (Krammer):

Wenn man Männer und Frauen, so wie sie sozialisiert sind, versucht auch so zu erreichen, ob man dann dazu beiträgt, dass es noch weiter auseinander geht – dass man diese Rollenbilder noch verstärkt. Also diese Frage muss man sich sicher auch da stellen – (Krammer)

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten am Ende nicht **alte Rollenbilder** noch **verstärken**, was geschehen kann, wenn versucht wird, möglichst gut auf die Zielgruppen einzugehen.³⁷ (Krammer)

Manche Gemeinden denken noch eher in **isolierten Maßnahmen** (z.B. Einrichtung einer Turngruppe), ohne dass ein Querschnitts-Ansatz von Gesundheit mitbedacht wird. (Gürtler)

Komplexe Ansätze sind oft **schwer vermittelbar**, weil es sich um komplexe Ansätze handelt und AkteurInnen oft nicht wissen, was genau gemeint ist (z.B. Salutogenese). *Und sie sind schon sehr schnell oft wieder beim Thema Bewegung, weil das einfach am leichtesten fassbar ist, und beim Krankheitsbegriff.* (Gürtler)

Verhalten Æ Verhältnisse: Viele Angebote für Männer sind zu wenig auf die Veränderung der Verhältnisse (Arbeitsbedingungen) ausgerichtet. (Setz)

11.2. Probleme im Bereich der Kooperation

Kooperationen mit nötigen Stellen können oft ein Problem darstellen, wenn z.B. Fachstellen oder Institutionen bei bestimmten Zielgruppen ein **schlechtes Image** haben. In so einem Fall ist es wichtig, ein Wirkungsmodell zu entwickeln, wie man

³⁷ vgl. auch die Ausführungen oben zum Gender-Ansatz in der Männergesundheitsförderung.

sachgemäß eine bei der Zielgruppe unbeliebte Organisation in ein Kooperationsprojekt integrieren kann. (Setz)

Konkurrenz und Hierarchien zwischen Berufsgruppen

Ärzte/Ärztinnen haben insgesamt oft den Anspruch, alles zu wissen, zu können und zu tun. Dies ist ein schwieriger Zugang, dann es kommt sehr auf die Konzepte an, mit denen man an Gesundheitsförderung herangeht (empfehlenswert ist z.B.: Salutogenese, dies ist aber bei MedizinerInnen nicht sehr bekannt). (Siegl)

Themenspezifische Organisationen konkurrieren mit fast identischen Angeboten, anstatt sich zusammen zu schließen. (Setz, mit Bezug auf die Schweiz)

Geschlechterstereotypen im Bereich der Medizin:

Das Frauengesundheitszentrum arbeitet im Gesundheitsförderungs-Bereich, aber auch viel im Krankenversorgungs-Bereich. Die Erfahrung dort ist, dass MedizinerInnen inzwischen das Binnen-I verwenden, was gut ist, jedoch: *„Das verdeckt nur, dass du die männer- und frauenspezifischen Unterschiede siehst.“* (Groth)

Z.B. Schlaganfall: Es gibt Versorgungsunterschiede zwischen Männern und Frauen, diese sind nachweisbar und führen dazu, dass Frauen frühzeitig an Schlaganfall sterben. Einerseits werden geschlechtsspezifische Symptome nicht gesehen (physiologisch, Ebene des biologischen Geschlechts; ähnlich wie im Fall von Herzinfarkt bis vor 10 Jahren), andererseits gibt es Faktoren im sozialen Bereich (*„Gender“*), z.B. leben Frauen im Alter häufig allein, niemand kümmert sich um ihre Gesundheit oder sagt ihnen, dass etwas nicht in Ordnung ist mit ihrer Gesundheit, sie kommen zu spät ins Spital, werden dort schlechter versorgt (*„Unbewusst, das sind für mich alles keine bewussten Tätigkeiten“* alle sagen: *„Ich diskriminiere nie!“* Ich unterstelle es ihnen auch gar nicht, aber es gibt eben so unbewusste Mechanismen“ (Groth), und Frauen erhalten seltener Rehabilitation als Männer:

„Die Frau sagt: „Ich will nicht weg, ich muss ja nach meinem Mann schauen oder meinen Enkeln“ und der Arzt sagt: „Na, die ist Hausfrau, die braucht keine Reha.“ Ja, das sind diese Gender-Faktoren.“ (Groth)

Auf diese Weise spielt Geschlecht im Gesundheits- und Krankenversorgungs-Bereich eine sehr wichtige Rolle, neben Schicht und anderen Determinanten. MedizinerInnen sehen aber diese Ungleichbehandlungen nicht; und: *sEs darf ja gar nicht sein. Das heißt, man trifft auf unendliche Widerstände* (Groth).

Gegeneinander-Ausspielen von Gruppen:

sDas findet ja vielfach statt, dass die Gruppen, die in den Menschenrechten verbrieft sind, also jetzt wiederum Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderung, Kultur, Religion, dass die gegeneinander ausgespielt werden (Groth)

Dieses Ausspielen stellt eine Machttaktik dar, die einzelne Gruppen mundtot machen soll. (Groth)

Wenn man in der Männergesundheitsförderung nicht versucht, mit Frauenprojekten zusammenzuarbeiten, wird es leicht zu Widerständen kommen, zu Konflikten um Fördermittel, aber auch zu inhaltlichen Schwierigkeiten. Auch um diese Probleme zu vermeiden wäre Männergesundheitsförderung eng an Frauengesundheitsförderung anzubinden. (Bissuti)

11.3. Probleme beim Erreichen der Zielgruppen

Geringes Eingehen auf die Zielgruppen und geringer Grad an Partizipation

Ein wichtiges Thema ist **Kommunikation**. Vieles in der Sprache, Überschriften, Themen, Medien ist nicht attraktiv für Männer. Dies müsste eben mit den Zielgruppen erarbeitet werden. Derzeit entspricht das Informationsmaterial aber eher den Anbietenden als den Zielgruppen. (Altgeld)

sThey lack of imagination, and it's also lack of thinking. The biggest problem is where people blindly go in without thinking about who they are talking to, how they are talking to them. A large proportion of health promotion materials being designed by women for women and then assumed that it will work with men. It doesn't work.+(White)

sKnow the audience. Don't assume. That's one of the first things.+(White)

sYou have got to be thinking through it... You've got to speak the language. You've got to be prepared to be creative. If you just stand on the corner and every fat man that walks past say, ~~You're~~ fat, lose weight and you're surprised that no one has come up and said, ~~Oh~~ thank you very much. but it's obvious, isn't it, they are fat, tell them, it's just taking away the naivety of it. (White)

Probleme sind bei nicht-partizipativem Vorgehen zu erwarten, wenn Maßnahmen an der Zielgruppe vorbeigeplant werden. (Krammer)

sEs gibt keine schwierigen Zielgruppen, sondern es ist für mich unprofessionelles Arbeiten, wenn man seine Sachen, die man entwickelt, eben nicht auf die Zielgruppe ausrichtet. Das ist für mich eher ein Problem der fachlichen Arbeit. (Setz)

Männer müssen ihre Themen einbringen können, dies ist oft im Zusammenhang mit Arbeit (Probleme mit Chef etc.). Es ist aber häufig so, dass Spezialisten für bestimmte Bereiche (z.B. Ernährung) Projekte machen und sich nicht auf die Bedürfnisse der Zielgruppe einstellen. (Setz)

Ehrenamtlichkeit in den kleinen Gemeinden: Oft hängt dies mit den Rollen zusammen, es sind z.B. Zeitgründe, warum eher Frauen, die weniger in Erwerbsarbeit eingebunden sind, in den Arbeitskreisen stärker vertreten sind. Diese entwickeln dann auch Maßnahmen, die wiederum eher Frauen ansprechen, dies verstärkt sich wie in einer Spiralbewegung. (Gürtler)

Erreichen der falschen Zielgruppe:

Gesundheitsförderung landet oft immer in derselben, **mittelschichtigen** Zielgruppe. (Setz)

Wie bei allen Gesundheitsförderungs-Projekten gilt auch für die Männergesundheitsförderung (Sprenger):

sEs wird auch dort immer wieder die Crux sein: Wie erreiche ich diejenigen, die am meisten profitieren? Wenn ich etwas für ältere Männer mache, dann muss ich aufpassen, dass ich . gleich wie in allen anderen [Projekten] . nicht die gesundheitsbewussten Männer an Bord kriege und die anderen nicht erwische, und damit eigentlich die Ungleichheit vergrößere (Sprenger)

Ganz allgemein sind Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss schwerer zu erreichen (Krammer):

Es ist einfach immer schwieriger, Menschen mit einer niedrigeren Bildung zu erreichen, es kommt in der Gesundheitsförderung häufiger diese interessierte Mittelschicht, sage ich jetzt einmal, die auch zu Programmen und zu Angeboten kommt; klar versucht man dann mit gezielten Maßnahmen, mit anderen Strategien, mit anderen Zugängen andere Zielgruppen zu erreichen, aber es ist sicher immer schwieriger.%(Krammer)

Bestimmte Zielgruppen könnten nicht gut erreicht werden. Hier müsste man sich immer neu überlegen: Wie kann man aufsuchend arbeiten? (Bissuti)

Langfristige Perspektive:

Männer können erreicht werden, aber es ist zu erwarten, dass man relativ **lange** dafür arbeiten muss, verschiedene Zielgruppen zu erreichen. (Ropin)

Das erreichst du nicht in einem halben Jahr, glaube ich. Also da musst du Jahre daran arbeiten. Das glaube ich, ist die größte Herausforderung.%(Ropin)

Insbesondere um **Gruppenarbeit** umsetzen zu können braucht man viel **Geduld** und viel **Netzwerkarbeit**. Dieses Problem ist in der Arbeit im Einzelsetting nicht gravierend: Die Angebote dort werden gut angenommen, wenn sie gut beworben werden, sind aber generell schwieriger zu finanzieren. (Bissuti)

Probleme bei der Vermittlung des Themas 'Gesundheit':

Gesundheit als Thema spricht generell Frauen eher an als Männer. (Krammer)

Männer bringen generell weniger Interesse für das Gesundheitsthema mit, sind schwerer erreichbar, besonders, was den ländlichen Raum betrifft. Das Thema wird manchmal belächelt, nicht sehr ernst genommen. In den Gemeinde-Steuerungsgruppen sind meist mehr Frauen als Männer; Männer sind dort, wenn sie von jemandem mitgenommen werden oder wenn sie die Möglichkeit haben, Verantwortung zu übernehmen. (Gürtler)

11.4. Probleme in der Methodik

Das Thema „Gesundheit“ wird oft zu **weich** transportiert (Gürtler):

shnen soll es gut gehen, Wohlbefinden, Ressourcen steigern, Ressourcen aufbauen, Selbstbestimmung, das sind glaub ich einfach Begriffe, mit denen sich Männer zum Teil einfach weniger auseinandersetzen.%(Gürtler)

Mit **soften** Begriffen wie z.B. „Wohlbefinden“ muss sehr sorgfältig umgegangen werden. Z.B. im betrieblichen Kontext besteht die Gefahr, dass Führungspersonen Widerstand entwickeln. Deren primäre Perspektive ist: Verhinderung von Krankenständen und berufsbedingten Krankheiten, ArbeitnehmerInnenschutz-Gesetz, Return on Investment. (Ropin)

sch glaube, und das ist vielleicht eh eine Kritik den Gesundheitsförderungs-Experten gegenüber, dass wir einfach zum Teil eine andere Sprache haben oder eine Sprache, die schwer verstehbar ist. Oder dass wir da einfach noch lernen müssen oder versuchen müssen, niederschwelliger zu werden.%(Gürtler)

Männer bzw. bestimmte Gruppen sind eher schwer erreichbar. Es ist auch zu überlegen, **wann** man etwas für Männer anbietet, viele arbeiten Vollzeit. (Weilharter)

Wenn Angebote zu **hochschwellig** sind, insbesondere zu Beginn, laufen sie Gefahr, nicht angenommen zu werden. Besser: Niederschwellige Angebote zuerst, dann erst aufwändigere, höherschwellige Angebote stellen. Z.B. Angebote, wo man sich für längere Zeit verpflichten muss, sind eher nicht ratsam. (Weilharter)

Im Change-Modell (nach Levi) werden folgende Schritte unterschieden:

1. Auftauen, Sensibilisieren, zugänglich machen
2. Ausprobieren, modifizieren
3. Verfestigen

Viele **Fachpersonen** lassen den ersten Schritt weg, sie sind **zu schnell** für die Zielgruppe, z.B. in Gesundheits-Seminaren. Die Fachkräfte haben sich schon lange mit einem Thema auseinandergesetzt, so also Schritt 1 vollzogen, und bieten ein Seminar an (Schritt 2), vergessen aber, dass auch für die Zielgruppe zuerst der Schritt 1 notwendig ist. Medienarbeit kann für Schritt 1 sehr hilfreich sein; beispielsweise nützte ein Gesundheitsprojekt im Migrationskontext eine Radiostation aus dem Kosovo, um die

Zielgruppe für das Thema/Projekt zu sensibilisieren, weil die Zielgruppe in Zürich diesen Sender hörte. (Setz)

Themenspezifische Programme, z.B. Ernährung oder Bewegung sind kaum auf die Lebenssituation der Männer ausgerichtet. Beim Essen am Arbeitsplatz muss vor allem der Küchenchef der Kantine angesprochen werden, damit gesundes Essen auf den Tisch kommt. (Setz)

11.5. Setting Jugendarbeit, Schule

Bei Jugendlichen kann es schwierig sein, bestimmte Themen im Gruppensetting zu besprechen, weil die **Peer-Gruppe** dies **abwertet**, möglich ist dies auch bei Themen, bei denen bestimmten männlichen Jugendlichen Gesichtsverlust droht, wenn sie sich vor Familie oder Freunden zu sehr interessieren (z.B. Sexualität, insbesondere gleichgeschlechtliche). Hier könnte die Anonymität von Städten günstig wirken, wenn z.B. in Einkaufszentren Informationsangebote für Jugendliche, die dort ihre Freizeit verbringen, gestellt werden. (Ropin)

Geschlechtsblindheit in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen:

Letztendlich wird Gesundheit vor Ort hergestellt, wo Menschen arbeiten, lernen, wohnen, spielen, so die Ottawa-Charta. In diesen Kontexten könnten Veränderungen erfolgen, z.B.: In Kindertagesstätten könnte gefragt werden, wie eine andere Form der Jungenarbeit etabliert werden könnte; darüber könnte man mit Jungen, Eltern und dem Personal reden. Die ErzieherInnen-Ausbildung in Deutschland ist aber völlig ungeändert, daher werden in Kindertagesstätten Geschlechterklischees reproduziert. In ähnlicher Betrachtungsweise könnte man nun die Lebensalter hinaufgehen. (Altgeld)

Jungen werden häufig als **problematisches Geschlecht** adressiert und mit vielen Hilfen versorgt. So hat z.B. in Deutschland jeder vierte Junge Sprachtherapie. Dies verweist auf Systemprobleme. Es müsste eher nachgesehen werden, wie man z.B. in Kindertagesstätten eine andere Form des Umgangs mit Jungen hinbekommt . bzw. mit Geschlecht im Allgemeinen, denn auch für die Mädchen stellen diese Stereotypen ein Problem dar. Jedoch: Je jünger die Kinder, mit denen gearbeitet wird, desto weniger

Genderaspekt gibt es in der Ausbildung der jeweiligen Berufe (z.B. Familienhebammen, frühe Hilfen usw.). (Altgeld)

In der konkreten Arbeit, z.B. Mädchengesundheits-Arbeitskreis, stellen die FGZ-Mitarbeiterinnen die Frage, wie die Jugendzentren Mädchen erreichen könnten (z.B. durch Gestaltung der Räume und Angebote), *sō dann kriegt sie momentan auch die Antwort: Nein, wir sind unparteiisch. Wir sind für alle da. Ja das heißt: Wir machen Status-quo-Arbeit. Da sind halt 80% Burschen und 20% Mädchen. Das ist aber so, weil wir sind ganz unparteiisch.* (Groth)

In Systemen wie Schulen ist die Frage, ob die Burschen dort Kontaktpersonen für ihre Themen finden. (Krammer)

11.6. Setting Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Jüngere Männer oder Lehrlinge sind eher über Fitness, Körperlichkeit, Sexualität, Lebenskompetenzen etc. zu erreichen. Dies kann relativ **aufwändig** sein, z.B. Projekte, in denen ausgebildete Fachkräfte mit kleinen Gruppen von Jugendlichen klettern gehen usw. (Ropin)

Führungskräfte und Unternehmenskultur:

Im betrieblichen Kontext bei der Arbeit mit Führungskräften geht es oft um die Erarbeitung eines grundlegenden Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsförderung. Widerstände sind bei Aspekten zu beobachten, die nicht mit unmittelbar verständlichen Zusammenhängen mit betrieblichen Zielen und Profit zu tun haben, wie z.B. bei *Wohlbefinden* (Ropin):

sDas ist nicht unser Auftrag, wir sind keine Wellness-Einrichtung, solche Dinge kommen dann, wenn das nicht gut aufbereitet, gut vorbereitet [wird] und wenn man das nicht ein bisschen sickern lässt (Ropin)

Eine häufig anzutreffende Haltung auf der Führungsebene ist die folgende (Ropin):

Und dann ganz stark die Haltung: Gesundheit ist Eigenverantwortung, was ist das die Verantwortung vom Betrieb? Die Leute sollen gesund in die Arbeit kommen, damit sie ihren Dienstvertrag erfüllen. Man muss immer schauen: Wer ist das Gegenüber? (Ropin)

Das Projekt "Gesundes Führen" des FGÖ greift ein Haltungsproblem von Führungskräften auf: Es wird ein Seminar angeboten, das Führungskräfte sensibilisieren soll, ihre Vorbildfunktion für das Gesundheitsverhalten der MitarbeiterInnen anzunehmen (Ropin):

Wenn sie nie Urlaub gehen, wenn sie nie Vorsorge bis Gesundheitsförderung betreiben, dann . wie werden das dann die Mitarbeiter tun, die nehmen das sehr genau wahr (Ropin)

Verdeckte Aufträge, Motivation von Organisationen:

Motivationen der Betriebe, sich in BGF zu engagieren, können sein:

- Krankenstand-Zahlen senken
- Image verbessern, gut zu den MitarbeiterInnen sein, besonders, wenn tatsächlich hoher Druck auf den MitarbeiterInnen lastet oder harte Maßnahmen getroffen werden
- Der Betriebsrat macht Druck

Unter diesen Bedingungen ist zu beobachten (Siegl):

Es gibt so Überlegungen: Wir möchten etwas für die Mitarbeiter tun, uns gut hinstellen, wir möchten nett sein, und zugleich aber nichts an uns ändern. Das ist der Punkt. (Siegl)

Dies führt zu einer **Diskrepanz**: *Der Betrieb möchte etwas anderes als eigentlich du als Gesundheitsförderer, der etwas heranträgt, tun willst.* (Siegl) Häufig werden *Feigenblatt-Geschichten* (Siegl) gewünscht, die aber nicht nachhaltig sind.

Wenn wir das wirklich tun wollen, dann geht es nicht darum, dass wir jetzt besseres Kantinenessen haben oder eine Nordic-Walking-Gruppe starten, sondern es geht darum, dass man einmal die Führungsstruktur anschaut (Siegl)

D.h. es geht um die Verhältnisse und Strukturen in den Betrieben, was auch bedeuten kann: Es gibt großen Veränderungsbedarf und bisher wurde einiges nicht richtig

gemacht. Diese Botschaft ist schwer zu nehmen, und diese **Änderungen** werden häufig **nicht gewünscht**. (Siegl)

Es gibt Chancen für kleinere Player, jedoch muss man sich immer im Klaren sein, wofür man verwendet werden soll, was die Interessen der Betriebe sind. (Siegl)

Die Instrumentalisierung in diesem Bereich ist relativ stark. (Siegl)

Es geht darum, den **verdeckten Auftrag** herauszufinden. Es kann günstig sein, mit einer Organisation den verdeckten Auftrag offen anzusprechen. Die Interessen der Organisation können auch legitim sein, man muss nur wissen, was sie wirklich will (z.B. gut dastehen etc.). In der BGF ist es also wichtig, verdeckte Aufträge explizit zu machen und auf Kompatibilität mit den eigenen Zielen zu überprüfen. (Siegl)

Wenn ihr klarer wisst, was ihr wollt, und wenn ihr herausfindet, was der verdeckte Auftrag ist, und das trotzdem kompatibel ist, dann ist es ok. (Siegl)

Der öffentliche Bereich und der private Bereich unterscheiden sich da nicht sehr, weil es um Personalführung geht; es soll transportiert werden: *Dieses Sorge Tragen des Betriebes um seine Mitarbeiter – Wir kümmern uns um euch. Wir sind sorgend, wir sind Unternehmer des alten Schlages, wir sind nicht neoliberal* (Siegl)

Es kann notwendig sein, mit durchaus drastischen Beispielen zu arbeiten. Die Erfahrung zeigt, dass Firmen manchmal erst dann dazu bereit sind, ein Gesundheitsförderungs-Projekt zu starten, **wenn etwas passiert ist**, z.B. ein Mitarbeiter einen Herzinfarkt erleidet etc. (Ropin)

Konkurrenz zwischen Berufsgruppen in der BGF:

Gesundheits-Fachleute aus der Medizin und Psychologie besetzen das Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention. Zertifizierungen, Audits, Regeln und Richtlinien existieren. Bei den Ansätzen handelt es sich um eine Mischung aus Organisationsentwicklung, Gesundheitsförderung, Prävention. Wenn etwas Neues aufgebaut werden soll, ist leicht Konkurrenz von dieser Seite zu spüren. Ohne institutionellen Background und gute Vernetzung ist es sehr schwierig, im Gebiet Gesundheitsförderung etwas aufzubauen. (Siegl)

sDa bist du als Kleiner, der keinen institutionellen Background hat und keine wirkliche Vernetzung bist du immer auf die Brotkrümel oder Kuchenkrümel angewiesen.%(Siegl)

Große Organisationen, die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleitungen anbieten, orten Konkurrenz, wenn weitere Player versuchen, ins Feld zu kommen. Diese gibt es in den Bundesländern, sie sind abwehrend gegen neue *sMitnascher am Kuchen%(Siegl)* im Feld.

sWenn ich da rein will, dann merke ich primär mal Feindschaft und Abgrenzung. Oder du darfst mitmachen, aber; `Sagen tun wir, wie es geht!±Und das ist irgendwann einmal mühsam, weil, natürlich, es braucht gemeinsame Anstrengung und nicht ein Gegeneinanderõ %(Siegl)

11.7. Männergesundheitsförderung pro-forma

Männergesundheit ist **nicht wirklich im Fokus**, es ist niemand dagegen, sondern es wird eben gemacht, was gerade verlangt wird. Oft sind dies gute Sachen, aber es werden bestimmte Felder mit diesem Zugang vernachlässigt, z.B. Männer und Alkoholsucht, Depression, Gewalt etc. Durch diese Beliebigkeit gibt es Probleme mit der Programmqualität und der Umsetzungsqualität (*sõ husch-pfusch%(Siegl)*). Dies ist sogar kontraproduktiv, weil dann Geschlechterklischees bedient werden, oder Leute, die engagiert eingestiegen wären, verbraucht und enttäuscht werden. So erhält man keine nachhaltigen Wirkungen von Projekten. (Siegl)

Eindeutige **politische Signale**, dass das Thema wirklich wichtig ist, **fehlen** (Winter, mit Bezug auf Deutschland):

sWir haben immer wieder den Eindruck, die Männer registrieren das sehr wohl, ob etwas gewollt ist oder nicht. Also ob etwas wirklich politisch gewollt ist oder nicht õ Wenn das Gesundheitsthema und Männer auf der Tagesordnung steht, dann eigentlich immer mit so einem moralischen Impetus, nämlich die Männer gehen nicht zur Vorsorge, die Männer sollen mehr zur Vorsorge gehen. Obwohl das der größte Unsinn ist, aber dieses Schlagwort wird immer verbreitet. Also es ist wirklich fachlich absoluter Unsinn. Und die Männer registrieren das, dass ihnen da irgendwas in die Schuhe geschoben werden soll, und dass es nicht wirklich darum geht, die Gesundheit von Männern zu verbessern. Also es fehlen eigentlich politische Signale, die eindeutig registrierbar machen für Männer, es

geht wirklich um mich und es geht jetzt nicht nur drum, das Thema schnell von der Politik weg zu bedienen.%¶(Winter)

In Verwaltung und Politik gewinnt man folgenden Eindruck (Winter, mit Bezug auf Deutschland):

*sWir machen immer wieder die Erfahrung, dass es so **Feigenblätter** sind, ja, man tut so, und sagt: Oh ja, wichtiges Thema, absolut, ja, muss man unbedingt was machen, aber in Wirklichkeit ist das nur die Strategie, das Thema wegzuhalten oder die wirklichen Interessenten dann auflaufen zu lassen. Also das versackt dann immer so im politischen Betrieb. Und ich glaube, dass diese Stimmung insgesamt die Männer wahrnehmen können. Also wenn das aus der Politik raus wirklich gewollt wäre und die Themen anders gesetzt werden würden, dann würde das auch schlagartig das Gesundheitsbewusstsein von Männern verändern, da bin ich ziemlich überzeugt davon.%¶(Winter)*

11.8. Geringe Ressourcen, Gesundheitsförderung als Marketing

Zu wenige Ressourcen für Gesundheitsförderung stellen ein Problem dar, es entstehen z.B. Projekte, die auf reiner Ehrenamtlichkeit beruhen. Außerdem: Die Laufzeiten von Projekten sind meistens zu kurz, um Effekte nachzuweisen; (Sprenger)

sch glaube, dass es generell gilt, dass wir möglichst alle immer wieder betonen gegenüber verantwortlichen Stellen, dass Gesundheitsförderung genau so viel Professionalität erfordert wie alle anderen Interventionen im Gesundheitssystem, also ob ich jetzt Früherkennungen mache oder Operationen durchführe oder Behandlungen durchführe: Gesundheitsförderung braucht Professionalität.%¶(Sprenger)

Das Budget für die Gesundheitsförderung ist gering im Vergleich zu anderen Elementen im Gesundheits-/Krankenversorgungssystem. Es ist immer wieder darauf hinzuweisen und darum zu kämpfen, dass diejenigen Verantwortlichen, die die Ressourcen aus Steuer- und Sozialversicherungsmitteln zur Verfügung stellen, *sō ein bisschen offener und transparenter und ein bisschen mehr kriterien- und zielorientiert mit diesen Ressourcen, diesem Geld umgehen. Ich halte nichts von diesen Gießkannenprinzipien* *ō ich halte nichts von Marketing-Gesundheitsförderung* *¶(Sprenger)*

Gesundheitsförderung ist inzwischen immer mehr auch Aufgabe des Gesundheitsfonds. Die Gesundheitsförderung läuft derzeit Gefahr, teilweise von der Politik und auch von den Krankenkassen instrumentalisiert zu werden. Zum Beispiel, wenn die mit

öffentlichen Mitteln (Steuern, Versicherungsbeiträgen) finanzierte Gesundheitsförderung für Marketing verwendet wird. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) verfügt mit 7,3 Millionen Euro über ein vergleichsweise kleines Budget, ist aber ein wichtiger Werbeträger des Bundes. Die Krankenkasse hat auch wenige Projekte, mit denen sie in der Öffentlichkeit für ein positives Image werben kann, Prävention und Gesundheitsförderung eignen sich dafür aber sehr gut. Gleiches gilt für die Länder. Wenn jedoch Marketingaspekte die einzig treibenden Kräfte werden, dann hat dies sicher nicht nur positive Auswirkungen auf die Professionalität von Prävention und Gesundheitsförderung. (Sprenger)

„Dann haben wir viel Marketing, aber wir haben eigentlich keine professionelle Gesundheitsförderung. Und das dient dann vielleicht der Öffentlichkeitsarbeit, aber Öffentlichkeitsarbeit ist eben auch nicht Gesundheitsförderung.“ (Sprenger)

12. Zusammenfassung

Erst in jüngerer Zeit ist ein nennenswertes Interesse an Männergesundheit in Forschung, Politik und Praxis feststellbar . entsprechend jung ist daher auch das praktische Gebiet der Männergesundheitsförderung.

Empirische Befunde sprechen eindeutig dafür, sich diesem Bereich verstärkt anzunehmen, und Berichte, die sich auf EU-Ebene mit Männergesundheit beschäftigen, verknüpfen ihre Befunde sinnvollerweise mit EU-Zielformulierungen, in denen z.B. von „promoting a healthy and active ageing population to allow for social cohesion and higher productivity“ (EC, 2010, S. 18) gesprochen wird.

Insgesamt wird auf allen betrachteten politischen Ebenen (EU, Österreich, Steiermark) *Gender* im Prinzip und grundsätzlich als wesentliche Perspektive in der Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet. Unklarer ist die Situation hingegen, wenn danach gefragt wird, welche konkreten Ziele und Maßnahmen im Bereich der Männergesundheitsförderung vorliegen bzw. wie jene Ziele, die geschlechtsunspezifisch formuliert wurden, bei bestimmten Zielgruppen konkret umgesetzt werden. Mit Verweis auf die Gender-Perspektive im Bereich der Gesundheit werden zwar Männer zunehmend mitgedacht und mitgenannt, in der Praxis ist der Bereich *Männergesundheit* allerdings noch nicht sehr weit gediehen.

Männergesundheitsförderung kann aber gut in ein Rahmenwerk der Geschlechtergleichstellung eingebunden werden; die Gesundheitsprobleme von Teilen der männlichen Bevölkerung, die auf der Datenebene feststellbar sind, werden dabei als „Costs of masculinity“ konzipiert, die in einem Geschlechterarrangement entstehen, das Männern strukturell nicht nur Privilegien, sondern auch Nachteile beschert. Dabei sind aber Privilegien und Nachteile nicht gleich verteilt . die Gesundheitsprobleme treffen z.B. eher Bevölkerungssegmente, die sozio-ökonomisch im Nachteil sind. Aus diesen Ungleichgewichten könnte auch ein Interesse von Gruppen von Männern an der Veränderung der Geschlechterverhältnisse entstehen.

Den zentralen Teil des vorliegenden Green Papers bilden die Statements von 12 Expert_innen, die diese in Interviews zu u.a. folgenden Bereichen abgegeben haben:

1. Männer als Zielgruppen von Gesundheitsförderung
2. Ansatzpunkte und Erfolgsfaktoren für Männergesundheitsförderung

3. Good-Practice-Beispiele
4. Probleme und Schwierigkeiten, die auftreten können

(1) Insgesamt stimmen die Expert_innen überein, dass es **sinnvoll** ist, in der Gesundheitsförderung Maßnahmen für die **Zielgruppe Männer** umzusetzen, wobei die die Zielgruppe nach Alter, sozio-ökonomische Lage usw. weiter **aufzufächern** ist.

Männergesundheitsförderung ist u.a. aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Grundsätzlich ermöglicht die **Zielgruppenorientierung** eine **zielgerichtete Arbeit**.
- **Gesundheitsdaten** zeigen, dass Männer von bestimmten Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind, Frauen wiederum von anderen.
- Männer und Frauen werden auf **unterschiedlichen Wegen** und mit **verschiedenen Themen** erreicht, wobei eine wechselseitige Beeinflussung von Männergesundheit und Frauengesundheit besteht, weil die Geschlechtergruppen in vielen Kontexten aufeinander bezogen leben.
- Allgemein ausgerichtete Gesundheitsförderung erreicht eher Frauen als Männer.
- Das generell höhere **Risikoverhalten** von Männern/Burschen spielt eine wichtige Rolle.

Bei der Differenzierung der Zielgruppen werden die Determinanten

- *Alter, Lebensphase*
- *Sozio-ökonomische Faktoren, Milieus*
- *Migrationshintergrund, Sprache*
- *Sexuelle Orientierung*

hervorgehoben (wobei je nach Projektfokus weitere Determinanten relevant sein können). Unterschiede zwischen **Stadt** und **Land** werden als relevant betrachtet, was den Zugang zu den Zielgruppen, die vorhandenen Strukturen/Kooperationsmöglichkeiten und die Anonymität betrifft.

Die Herausforderung bei der Differenzierung der Zielgruppen besteht darin, den **richtigen Grad an Differenzierung** herauszufinden, um nicht einerseits zu unspezifisch bzw. andererseits zu kleinteilig vorzugehen.

(2) Folgende **Erfolgsfaktoren** für Maßnahmen in der Männergesundheitsförderung wurden von den Expert_innen benannt:

- **Gutes Fundament sicherstellen** (Theoretisches Modell, Evidenzbasierung, Wirkungsmodell, umfassender Gesundheitsbegriff, der **physische, soziale und psychische Gesundheit** beinhaltet, Salutogenese, Ressourcen und Potentiale von Burschen/Männern betonen und stärken, vielfältiges Denken, Gender-Ansatz, Kooperation mit Frauengesundheitsprojekten)
- **Themen, Zielgruppen und Ziele genau definieren** (Größe und Art der Zielgruppe, sozialräumlicher Zugang, soziale Benachteiligung fokussieren; SMART-Ziele zu relevanten Themen)
- **Zielgruppen einbeziehen** (Einbezug von Anfang an, im Feld Bedarf und Möglichkeiten erheben, Partizipation)
- **Erprobte Wege gehen, um die Zielgruppen zu erreichen; vernetzen, Zielgruppen richtig ansprechen** (Orientierung an Good Practice, Zielgruppen differenzieren (z.B. Milieu-Ansatz), Männer abholen, wo sie stehen, vorhandene Ressourcen und Strukturen nutzen, Schlüsselpersonen gewinnen, Materialien mit Zielgruppen entwickeln, Niederschwelligkeit, Outreach-Arbeit)
- **Settings und Handlungsfelder auswählen** (Schule, Jugendarbeit/Freizeit, Betrieb, Stadtteil/Gemeinde; Arbeit an Strukturen)
- **Ressourcen und Kompetenzen** (Langfristige Perspektive, Einbindung der Männergesundheitsförderung in die Männerarbeit, Anbindung an bzw. Vernetzung mit Gesundheitsdiensten; zielgruppenspezifisches Fachwissen; interkulturelle Kompetenz, Sprachenvielfalt, stabiler institutioneller Background)

Das Spannungsverhältnis zwischen dem Eingehen auf die Zielgruppen (Männer abholen, wo sie stehen) und einer dadurch möglicherweise entstehenden Verstärkung von Geschlechterstereotypen kann günstigenfalls in einer Längsschnittperspektive aufgelöst werden: Nach der erfolgten Herstellung des Kontaktes, können Geschlechterstereotypen mit der Zielgruppe reflektiert und verändert werden. Im **Konzeptstadium** von Projekten ist daher eine **ex-ante-Einschätzung der Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis** sinnvoll.

(3) Auf regionaler und österreichischer Ebene werden eher wenige **Good-Practice-Beispiele** für Projekte und Strukturen im Bereich der Männergesundheitsförderung von den Expert_innen benannt. International lassen sich mehr gute Beispiele ausmachen.

- Im Bereich der **Männergesundheit** im Allgemeinen und der **Outreach-Arbeit** im Besonderen sind in **UK** viele interessante Ansätze und Projekte zu finden (vgl. Conrad & White, 2007; 2010).
- Das **M.E.N. Wien** wird national und international als **Good-Practice-Beispiel** im Bereich der Männergesundheitsarbeit beachtet. Es zeichnet sich durch mehrere Merkmale aus: Enge Kooperation zwischen Männer- und Frauengesundheit, Anbindung an eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung, umfassendes Angebot (Intervention, Prävention, Gesundheitsförderung), mehrsprachiges Angebot, Outreach-Arbeit. Einrichtungen wie das M.E.N. sind auch in den Bundesländern erstrebenswert.
- In der **Steiermark** können durchaus vielversprechende **Ansätze** für Männergesundheitsförderungs-Projekte ausgemacht werden (Know-how und Kompetenzen in der Gesundheitsförderung, BGF, Burschen- und Männerarbeit, Arbeit mit Männern mit Migrationshintergrund etc.).

(4) Als mögliche **Probleme und Schwierigkeiten** in der Männergesundheitsförderung wurden von den Expert_innen die folgenden benannt:

- **Zu geringe Ressourcen**; häufig wird dieses Defizit durch Ehrenamtlichkeit kompensiert. Gesundheitsförderung erfordert aber hohe Professionalität, die von ehrenamtlichen Helfern nicht erwartet werden kann.
- **Fachkräfte** können Probleme erzeugen: durch geringes Eingehen auf die Zielgruppen, durch zu wenig Partizipation der Zielgruppen und durch methodische Fehler
- **Zu kurze Projektlaufzeiten**; das Erreichen der richtigen Zielgruppen erfordert aber langfristiges Arbeiten; auch können Effekte bei kurzer Laufzeit nicht nachgewiesen werden
- Probleme beim **Erreichen der richtigen Zielgruppen**
- **Konkurrenz** und **Hierarchien** zwischen Berufsgruppen führen zu Reibungsverlusten.

- **Interessensgruppen** werden **gegeneinander ausgespielt**, anstatt dass Kooperation gefördert wird.
- Gesundheitsförderung wird zum **„Feigenblatt“** und erfüllt allenfalls Marketing-Zwecke. Eindeutige **politische Signale**, dass das Thema wirklich wichtig ist, **fehlen häufig**
- In der betrieblichen Gesundheitsförderung bestehen oft **implizite Aufträge** (z.B. gutes Image soll erzeugt werden), größere Veränderungen in der Unternehmenskultur werden abgelehnt
- In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führt **Blindheit für geschlechtsbezogene Probleme** zu Problemen
- Schwierigkeiten auf der Konzeptebene entstehen z.B. durch **defizitorientierte Annahmen über Männer**, durch eine mögliche Verstärkung von **Geschlechterstereotypen** und durch **individualisierende Ansätze**, die die **Verhältnisse** außer Acht lassen.

13. Empfehlungen

Die in den vorangegangenen Kapiteln angestellten Überlegungen und die Statements der befragten Expert_innen sind in die nachfolgend angeführten Empfehlungen an Forschung, Politik und Praxis eingeflossen.

Wo es sinnvoll für die regionale Ebene schien, wurde außerdem auf Empfehlungen aus ausgewählten Berichten zurückgegriffen. Im Anhang werden diese Empfehlungen zur Übersicht wiedergegeben.³⁸ Es handelt sich um folgende Berichte:

- 1. *Österreichischer Männergesundheitsbericht* (Habl, Birner, Hlava & Winkler, 2004)
- 2. *Österreichischer Männerbericht* (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011)
- *Recommendations for actions to main points and summaries from sThe state of men's health in Europe . Extended report+2011* (Banks, Richardson & Madsen, 2012).
- *Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013)

13.1. Männergesundheit auf die politische Agenda setzen und breit verankern

Politische Akteur_innen sind aufgerufen, das Thema Männergesundheit ernst zu nehmen und auf ihre Agenda zu setzen.

„Männergesundheit muss ein Anliegen aller politischen Parteien und Interessengruppen werden. Von einem besseren geschlechtsspezifischen Verständnis profitieren alle. Männer sind in Familienverbände eingebunden . gesundheitliche Nachteile treffen damit auch ihre Frauen und Kinder.“(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 140)

Wie weiter vorgeschlagen wird, sō ist eine vernetzte Zusammenarbeit unterschiedlicher Ministerien notwendig: Gesundheit, Soziales und Arbeit, Unterricht, Wissenschaft, Wirtschaft . um nur die Wesentlichsten für das Thema zu nennen.“(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141) Die Empfehlung kann für die Landesebene übernommen werden.

„Initiativen sollten verstärkt werden. Volksvertreter und Parlamentarier sollten mit gutem Beispiel vorangehen und Männergesundheit als Bürgeranliegen verstehen.“(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141)

³⁸ Zum Teil handelt es sich dabei um Empfehlungen, die Kontexte betreffen, die für die Landespolitik oder die regionalen Verhältnisse wenig Relevanz aufweisen.

13.2. Aktivitäten zur Förderung der Männergesundheit verstärken

Männergesundheit ist ein relativ junges Thema mit vielversprechenden Ansätzen, die erst entwickelt werden müssen. Daten, Studien und politische Zielformulierungen verweisen auf die Notwendigkeit eines verstärkten Ausbaus von Maßnahmen zur Förderung der Männergesundheit.

Allgemein rechnen sich Mittel, die für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden, da sie Folgekosten verhindern, die ohne die Maßnahmen entstehen (vgl. Raml, Dawid & Feistritz, 2011; Scambor, 2009), bzw. ziehen unterlassene oder eingestellte Maßnahmen im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich Kosten in der Zukunft nach sich. Eine Verlagerung von Mitteln aus einem Bereich der Gesundheitsförderung in einen anderen ist daher kontraindiziert. Vielmehr geht es um die Zukunftsinvestition von neuen Mitteln für neue Maßnahmen.

13.3. Männergesundheitsförderung konzeptuell in ein Rahmenwerk der Geschlechtergleichstellung einbinden

Die Ausführungen im Bericht *The Role of Men in Gender Equality* (EC, 2013; vgl. auch Kapitel 6) zeigen einen Weg auf, wie Männergesundheit und Geschlechtergleichstellung verknüpft werden können (wobei weitere Differenzierung der männlichen Bevölkerungsgruppe eine wichtige Rolle spielen). Strategien der Geschlechtergleichstellung sind erfolgreicher, wenn sie Männer einbeziehen, und Männergesundheit ist eines der Schlüsselkonzepte, die dazu benötigt werden.

13.4. Von guten Beispielen lernen

Österreich hat national betrachtet in der Männergesundheit die europäische Vorreiterrolle, die es zur Zeit der Präsentation des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts 2004 (BMSG) inne hatte, verloren und kann nun von anderen Ländern lernen: Irland z.B. hat eine eigene Men's Health Policy (2009 bis 2014). In Großbritannien werden Men's Health Weeks mit Spezialthemen (z.B. Krebs) veranstaltet, die viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens berühren. (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141)

Es liegt eine Reihe von Good-Practice-Beispielen vor, die die Grundlage bilden können, um regional in der Männergesundheitsförderung erfolgreiche Projekte umzusetzen. In Österreich ist das M.E.N. Wien beispielgebend, und international gibt es hervorragende Maßnahmen und Projekte (vgl. oben die Beispiel aus den Expert_innen-Interviews), von denen die meisten übertragbar sind. Von Seiten der Politik braucht es dafür den Willen zur Umsetzung und die erforderlichen Ressourcen, um Maßnahmen mit der nötigen Professionalität und Projektlaufzeit umsetzen zu können.

13.5. Vernetzung von Initiativen

Die Empfehlung, bestehende Initiativen und Angebote zu vernetzen und zu koordinieren, richtet sich an politische Akteur_innen auf Bundesebene, der Vorschlag ist aber in einem regionalen Kontext ebenfalls sinnvoll:

Auf politischer Ebene könnte es um eine Art nationalen Aktionsplan bzw. eine Landkarte gehen, die die einzelnen regionalen Initiativen registriert und vernetzt, sowie den zusätzlichen Bedarf auch unter Berücksichtigung geographischer Aspekte formuliert. (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141)

Es ist selbstredend, dass Interessensgruppen nicht gegeneinander ausgespielt werden dürfen, sondern es muss die Kooperation zwischen ihnen gefördert werden, um größtmögliche Effekte in der Gesundheitsförderung zu erzielen.

13.6. Medienarbeit umsetzen und fördern

Um in der Öffentlichkeit ein stärkeres Bewusstsein für Männer- und Frauengesundheit zu schaffen, wird der Medienarbeit von den befragten Expert_innen wie in der Fachliteratur ein besonderes Gewicht beigemessen.

Medien müssen sensibilisiert und regelmäßig informiert werden und Medienkooperationen müssen eingegangen werden. Hier ist vor allem der öffentlich-rechtliche Bereich . insbesondere das ORF-Fernsehen und die ORF-Radios . gefordert. Männer brauchen hierzu Vorbilder und müssen neue Verhaltensweisen lernen und ein neues Bewusstsein entwickeln. Hochspezialisierte medizinische Reports sind dabei weniger zielführend.%(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141)

13.7. Datenlage verbessern und weiterentwickeln

Für die Feststellung von spezifischen Bedarfen und die Identifizierung relevanter Zielgruppen müssen Daten vorliegen und zugänglich sein, die es ermöglichen, gesundheitsbezogene Indikatoren *simultan* hinsichtlich mehrerer Merkmale (Geschlecht, Alter, sozio-ökonomische Faktoren, Migration u.a.) zu analysieren. Im *Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark* liegen insgesamt Datenauswertungen vor, auf die sich Planer_innen von Gesundheitsförderungsprojekten teilweise beziehen können. Eine Weiterentwicklung der Erhebung und Darstellung von Statistiken in Richtung mehrerer Indikatoren, die soziale Unterschiede im Gesundheitszustand aufzeigen könnten, sowie deren Zusammenwirken, wäre aus Praxisperspektive für die Steiermark wünschenswert, um Zielgruppen und Ziele für gesundheitsfördernde Projekte noch besser identifizieren zu können.

Probleme hinsichtlich solcher Daten gibt es derzeit auf allen betrachteten Ebenen (EU, Österreich, Steiermark), daher wird eine Verbesserung der Datenlage auch in den Empfehlungen aller einbezogenen Berichte vorgeschlagen, und ebenso finden sich entsprechende Forderungen in den Statements der Expert_innen.

13.8. Wissensbasis verbreitern

Weiters sind **Studien** über Gesundheitsaspekte bei bestimmten Segmenten der Bevölkerung wichtige Informationsquellen und dienen als Grundlage für die Konzeption von Gesundheitsförderungsprojekten. So werden z.B. Studien als nötig erachtet, die gesundheitsbezogene Bedarfe und Potentiale bei verschiedenen Gruppen von Migrant_innen thematisieren, um genauere Zielgruppen für Gesundheitsförderung zu identifizieren (Männer, Frauen, Altersgruppen etc.):

„Weiteren Forschungsbedarf zu Maßnahmen der beruflichen Gesundheitsförderung gibt es insbesondere in der Zielgruppe der Migranten und Migrantinnen, die verstärkt ungünstigeren Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind etc. Präventive Strategien sollten daher insbesondere auch auf diese Zielgruppe zugeschnitten sein bzw. von dieser wahrgenommen werden können.“
(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 142)

Insgesamt ist es empfehlenswert, die Wissensbasis über Männergesundheit und bestimmte Segmente der männlichen Bevölkerung im regionalen Kontext zu verbreitern, um adäquate Maßnahmen planen zu können.

13.9. Männergesundheitsförderung soll professionell erfolgen und sich an den Vorgangsweisen in der Gesundheitsförderung orientieren

Männergesundheit ist ein Fachgebiet und Männergesundheitsförderung ein Arbeitsbereich, die hohe Professionalität erfordern. Eine qualitätsvolle Männergesundheitsförderung wird sich ohne professionelle Strukturen auf der Basis von dafür zur Verfügung stehenden Mitteln nicht umsetzen lassen. Projekte und Maßnahmen müssen in der Gesundheitsförderung als langfristige Aktivitäten gedacht werden, was nur auf der Basis einer entsprechenden Ausstattung mit Ressourcen sinnvoll ist. Organisationen, die entsprechende Projekte umsetzen wollen, brauchen einen stabilen institutionellen Background, häufig sollte Sprachenvielfalt gegeben sein, weiters Einbindung oder Vernetzung mit Einrichtungen der Männerarbeit und mit Gesundheitsdiensten.

Fachpersonen, die in der Männergesundheitsförderung tätig sind, benötigen eine Reihe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Kompetenzen, die in der Ausbildung der meisten Professionen nicht von Vorneherein vorgesehen sind:

- Gender und Diversity Kompetenz
- Interkulturelle Kompetenz
- Zielgruppenspezifisches Fachwissen
- Methodische Kompetenzen in der Gesundheitsförderung

Diese Kompetenzen sollten bei Fachpersonen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, verstärkt werden. Auch und gerade bei Mediziner_innen wird von Expert_innen ein Fortbildungsbedarf in diesen nicht-medizinischen Feldern geortet, und entsprechende Professionalisierungsschritte werden vorgeschlagen.

Als spezifische *medizinische Maßnahmen* im Bereich der Männergesundheit empfehlen Raml, Dawid und Feistritzer (2011) außerdem die folgenden:

⌘ Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen, Aufwertung und Standardisierung von Arzt- und Therapeutengesprächen, Abklärung des Begriffes 'Männerarzt' Gender-Medizin darf nicht mehr nur als Frauengesundheit aufgefasst werden. (S. 186)

13.10. Empfehlungen für die praktische Arbeit

Die Arbeit mit **Zielgruppen** gehört in der Prävention und Gesundheitsförderung zum Standard. Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen haben dabei *mittlere Reichweite* und *mittlere Spezifität*. Maßnahmen wie z.B. Kampagnen, die sich an die **Allgemeinbevölkerung** bzw. *alle Männer* richten, haben hohe Reichweite, aber geringe Spezifität. Die höchste Spezifität (aber die geringste Reichweite) haben Aktivitäten, die sich an **Individuen** richten. Es ist, empfehlenswert, alle drei Ebenen mitzudenken; je nach Zielen und Zielgruppen können Ansätze auf einer oder mehrere Ebenen die Vorgangsweise der Wahl darstellen.

Bei der **Differenzierung der Zielgruppen** sind eine Reihe von Determinanten zu berücksichtigen, wie z.B. Alter/ Lebensphase, sozio-ökonomische Faktoren, Milieus, Migrationshintergrund/Sprache, sexuelle Orientierung, Behinderung, in bestimmten Aspekten Stadt/Land, u.a. Um den **richtigen Grad an Differenzierung der Zielgruppen** herauszufinden, empfiehlt es sich, Good-Practice-Beispiele heranzuziehen und sich mit Personen und Organisationen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene zu vernetzen, die bereits Erfahrungen mit dem jeweiligen Vorgehen haben.

Immer zu berücksichtigen ist, dass die Maßnahmen bei jenen Zielgruppen landen, die sie am meisten benötigen, denn sonst werden bestehende Ungleichheiten noch verstärkt (vgl. unten). Mit Blick auf das große Ganze (d.h. als Muster über 34 Europäische Länder) nennen Banks, Richardson und Madsen (2012) *young men, lower socio-economic group men, ethnic minority men* (S. 6) als vordringliche Zielgruppen. Idealerweise soll diese Zielgruppeneingrenzung auf der Basis regionaler Daten erfolgen, so vorhanden.

Für die **Planung und Umsetzung von konkreten Projekten** in der Männergesundheitsförderung wurden von den Expert_innen viele erfolgversprechende Ansätze und Erfolgsfaktoren benannt. Die Empfehlung kann nur lauten, diese Erfahrungen aufzugreifen. Diese Erfolgsfaktoren seien an dieser Stelle nur kurz benannt, ausführliche Informationen sind in Kapitel 9 zu finden. Mehrere dieser Faktoren sind nicht nur für die Männergesundheitsförderung relevant, sondern gelten für die Gesundheitsförderung im Allgemeinen.

Ein gutes Fundament sicherstellen. Gesundheitsförderung soll auf einem theoretischen Modell stehen und evidenzbasiert erfolgen. Wirkungsmodelle haben sich bei Konzeption, Planung, Umsetzung und Reflexion von Projekten bewährt. Ein umfassender Gesundheitsbegriff (**physische, psychische, soziale Aspekte der Gesundheit**) und das **Salutogenese**-Konzept sind gute Ausgangspunkte. Der Gesundheitsbegriff darf nicht auf physische Aspekte verkürzt werden, sondern seelische Gesundheit und soziale Aspekte müssen – gemäß der WHO-Definition – genauso einbezogen werden. Bei der Planung von Projekten sollte in verschiedene Richtungen und vernetzt gedacht werden, es darf nicht nur am Verhalten angesetzt werden, sondern es geht in der Gesundheitsförderung auch um die Lebensverhältnisse der Menschen. Gender und Intersektionalität sollten Ansätze sein, die von Anfang an berücksichtigt werden. Bewährt hat sich insbesondere eine Kooperation mit Frauengesundheitsprojekten.

Themen, Zielgruppen und Ziele genau definieren: Dies betrifft die Auswahl von relevanten Themen und/oder Problemen für bestimmte Zielgruppen.

Gesundheitsförderung sollte ressourcenorientiert vorgehen und dabei soziale Benachteiligung fokussieren, um nicht durch die Umsetzung von Projekten bei den falschen Zielgruppen die ungleichen Ressourcenlagen in der Bevölkerung noch zu

steigern (Stichwort: Mittelschichtslastigkeit von Gesundheitsförderung). Besonders interessant ist eine sozialräumliche Ausrichtung auf bestimmte soziale Milieus wie in den oben erwähnten Beispielen aus der Schweiz. Allgemeine Regeln des Projektmanagement, wie z.B. SMART-Ziele zu definieren, gelten natürlich auch im Bereich der Männergesundheitsförderung.

Partizipation ist ein wichtiger Grundsatz: Die Zielgruppen sollen von Anfang an, d.h. bereits bei der Planung und Entwicklung eines Projekts, einbezogen werden. Es hat sich auch bewährt, im Feld mit der Zielgruppe gemeinsam Bedarf und Möglichkeiten für Interventionen zu erheben.

Um die **Zielgruppen** zu **erreichen**, ist es generell empfehlenswert, sich daran zu orientieren, was in anderen Projekten **bereits erfolgreich** war (Orientierung an Good Practice). Insbesondere der **Outreach-Arbeit** (im Idealfall ausgehend von einem Männergesundheitszentrum, in das Personen vermittelt werden können) kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Wenn die Männer nicht von selbst kommen, muss man zu ihnen gehen (Sport, Clubs, Arbeitsplätze, etc.). Regionale Initiativen, die auch öffentlich finanziert werden, sind unverzichtbarer Bestandteil der Männergesundheitsarbeit. Einrichtungen wie das Männergesundheitszentrum MEN im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien leisten hier wertvolle Pionierarbeit. Von deren Erfahrung kann viel beim Aufbau analoger Strukturen gelernt werden. (Raml, Dawid & Feistritz, 2011, S. 141)

Auch **Kooperationen** und Arbeit in **Netzwerken** sind sinnvolle Ansätze, denn unterschiedliche Organisationen bringen verschiedene Kompetenzen ein, die im Verbund ein großes Potential aufweisen (z.B. Kompetenzen in Männerthemen und in der Männerarbeit in Verbindung mit Kompetenzen, in welchen Lebensfeldern, wann und wie bestimmte Gruppen von Männern mit Migrationshintergrund erreicht werden können etc.).

Es gibt **Angebote im Internet**, die von den befragten Expert_innen als sinnvoll eingeschätzt werden. Der Vorteil dieser Seiten besteht darin, dass sie über regionale und nationale Grenzen hinaus aufgerufen werden können, mithin eine große Ressource für die regionale Arbeit darstellen können: So könnten auch Informationen in mehreren verschiedenen **Sprachen** zentral zur Verfügung gestellt und regional abgerufen werden.

Im Konzeptstadium von Projekten ist eine **ex-ante-Einschätzung** der Auswirkungen auf das Geschlechterverhältnis sinnvoll, insbesondere hinsichtlich der geplanten Zugänge zur Zielgruppe (Stichwort: *„Männer abholen, wo sie stehen“*), um nicht dauerhaft Geschlechterstereotypen zu verstärken bzw. um nicht gesundheitsabträgliche Effekte für die Zielgruppe oder mit den Zielpersonen verbundene Personen (Partner_innen, Kinder) hervorzurufen.

Männergesundheitsförderung soll in verschiedenen **Settings und Handlungsfeldern** (Schule, Jugendarbeit/Freizeit, Betrieb, Stadtteil/Gemeinde; Arbeit in Ausbildungsstrukturen etc.) erfolgen. Dem Settingansatz wird in der Gesundheitsförderung hohe Bedeutung beigemessen:

„Der Settingansatz stellt die wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung dar. Dem Settingansatz liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.“
(Altgeld & Kolip, 2004, S. 45)

Das Setting **Schule** bietet zudem die Vorteile, dass (a) die *meisten* Kinder und Jugendlichen dort erreicht werden können und (b) dass dort mit der *männlichen* Bevölkerung *noch* relativ früh in ihrer Sozialisation gearbeitet werden kann. Der Beitrag der **Burschenarbeit** für die Männergesundheitsförderung in diesem Setting kann daher nicht hoch genug eingeschätzt werden und sollte unbedingt ausgebaut werden, denn in diesem Arbeitsbereich sind in den letzten Jahren in der Steiermark zwar äußerst vielversprechende, aber viel zu wenige Projekte umgesetzt worden.

„Die Gesundheitsförderung und die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins müssen in der Schwangerschaft beginnen und in Kindergarten, Volksschule und den weiterführenden Schulen konsequent umgesetzt werden. Kinder müssen im Bedarfsfall auch außerhalb der Familie gesundes Verhalten lernen.“
(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 141)

Der Männergesundheitsförderung im Setting **Betrieb** wird eine besondere Bedeutung zugemessen, weil (a) Erwerbsarbeit für viele Männer einen subjektiv sehr bedeutsamen Kontext darstellt, und Maßnahmen, die mit Arbeit in Verbindung gebracht werden, sehr ernst genommen werden und (b) Arbeit ein Setting ist, in dem Gesundheit aufgebaut oder auch beeinträchtigt werden kann.

§Die Aktivitäten der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes sollten politisch weiterhin intensiv unterstützt werden. Männer in bestimmten Berufen und Branchen (Bergbau, Bauwesen, Sachgütererzeugung, Land- und Forstwirtschaft) sind einem vergleichsweise höheren Risiko ausgesetzt. Dass entsprechende Maßnahmen greifen, zeigt auch der aktuelle Fehlzeitenreport des WIFO (Leoni, 2010): Krankenstände, die durch Arbeitsunfälle verursacht sind, haben im zeitlichen Verlauf seit den 1970er Jahren stark abgenommen.%(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 142)

Öffentliche Förderungen für BGF werden auch kritisch betrachtet . es wird argumentiert, dass die Vorteile für die Unternehmen ohnehin aus den Maßnahmen der BGF folgen und es damit Unternehmenslogik sein müsste, in BGF zu investieren. Bei der Umsetzung von BGF-Projekten wird auch empfohlen, auf implizite Aufträge seitens des Unternehmens zu achten (z.B. Selbstdarstellungsmotive der Organisation, ohne die Absicht, größere Veränderungen zuzulassen) . z.B. wird eine Laufgruppe leichter umgesetzt als eine Veränderung der Überstundenkultur in einer Organisation.

§Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten daher nicht nur auf das individuelle Verhalten der Erwerbstätigen abzielen, sondern sich vielmehr (zusätzlich) auf die Arbeitsorganisation und die Gestaltung der Rahmenbedingungen konzentrieren.%(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 142)

13.11. Kompetenzzentrum / Kompetenznetzwerk / Männergesundheitszentrum einrichten

Es gibt in verschiedenen Institutionen, Einrichtungen, NGOs etc. **Ressourcen und Kompetenzen** auf die aufgebaut werden kann und die genutzt und vernetzt werden sollten, z.B. in Richtung eines Kompetenzzentrums oder Kompetenznetzwerks für Männergesundheit.

§Die Schaffung eines Kompetenzzentrums für Männergesundheit ermöglicht es, männerspezifisches Expertenwissen im Bereich der Gesundheit zu vernetzen. Ein solches Zentrum bündelt nicht nur medizinisches Wissen und entwickelt präventive Programme, sondern ist auch Anlaufstelle für Männer, die Fragen zur Gesundheit oder ein gesundheitliches Problem haben.%(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 140f.)

Wie in den Expert_innen-Interviews betont wird, ist es empfehlenswert, Strukturen und Projekte der Männergesundheitsförderung an die psychosoziale Männerarbeit und an Gesundheitsdienste anzubinden, sowie die Perspektiven aus der geschlechterbezogenen Männer- und Frauenarbeit zusammenzuführen. Wie oben beschrieben wird dieser Ansatz im M.E.N. Wien optimal umgesetzt, weswegen diese Einrichtung zurecht als Good-Practice-Beispiel einer Männergesundheitsförderungs-

Struktur angesehen wird. Der Aufbau eines Steirischen Pendant zum M.E.N. Wien wird empfohlen.

§Die Schwerpunkte von MEN sind vielfältig und gehen über den Bereich der eigentlichen Gesundheit hinaus: Vorsorge, sexuelle und organische Gesundheit, psychische Probleme, Familie, Beziehungen, Arbeitswelt, Süchte, Risikobereitschaft, Gewaltprävention, Konfliktlösung, Migration, Trauma, sexuelle Missbrauchserfahrungen, Ernährung, Bewegung, Entspannung, sexuelle Orientierung usw. Es wird deutlich, dass hier ein Ansatz verfolgt wird, der versucht, die Lebensbedingungen der Klienten und Klientinnen zu berücksichtigen und abzudecken. Die Vielfalt der Arbeit spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Klienten und Klientinnen von MEN wider, insbesondere die muttersprachliche Arbeit betreffend.%(Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 185f.)

Die Erfolgsfaktoren, die für das M.E.N. Wien identifiziert wurden (vgl. oben), sollten beim Aufbau einer entsprechenden Struktur unbedingt beachtet werden:

- Enge Kooperation von Männer- und Frauengesundheit
- Anbindung oder enge Kooperation mit einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung
- Andocken an Kompetenzen in der Männerarbeit
- Umfassendes Angebot (Intervention, Prävention, Gesundheitsförderung)
- Mehrsprachiges Angebot
- Outreach-Arbeit

Literaturverzeichnis

Altgeld, T. & Kolip, P. (2004). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 41-51). Bern: Hans Huber.

Banks, I., Richardson, N. & Madsen, S.A. (2012). Recommendations for actions to main points and summaries from %The state of men's health in Europe . Extended report+ 2011. Copenhagen: European Men's Health Forum & Danish Men's Health Society.

Becker-Schmidt, R. (1987). Die Doppelte Vergesellschaftung . die doppelte Unterdrückung: Besonderheiten der Frauenforschung in den Sozialwissenschaften. In: L. Unterkircher & I. Wagner (Hrsg.), Die andere Hälfte der Gesellschaft. Österreichischer Soziologentag 1985 (S. 10-25). Wien: ÖGB Verlag.

Bissuti, R., Scambor, E., Scambor, C., Siegl, E., Pljevaljic, P. & Zingerle, M. (2013). Bedarfsanalyse unterstützender Maßnahmen von sozial benachteiligten männlichen Jugendlichen an der Schnittstelle Ausbildung und Erwerbsarbeit. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Böhnisch, L. (2003). Die Entgrenzung der Männlichkeit. Verstörungen und Formierungen des Mannseins im gesellschaftlichen Übergang. Opladen: Leske + Budrich.

Böhnisch, L. (2004). Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien: Hrsg.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005a). Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005 (verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, wissenschaftliche Leitung: B. Wimmer-Puchinger). Wien: Hrsg.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2005b).
Frauengesundheitsbericht 2005. Kurzfassung (verfasst vom Ludwig Boltzmann Institut
für Frauengesundheitsforschung, wissenschaftliche Leitung: B. Wimmer-Puchinger).
Wien: Hrsg.

Connell, R. (1996, December 1996 - February 1997). Politics of changing men.
Australian Humanities Review, 4.
<http://www.australianhumanitiesreview.org/archive/Issue-Dec-1996/connell.html>
[15.5.2013]

Connell, R.W. (2006). Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten
(3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.

Conrad, D. & White, A. (Eds.) (2007). Men's health: How to do it. Oxford: Radcliffe
Publishing.

Conrad, D. & White, A. (Eds.) (2010). Promoting men's mental health. Oxford: Radcliffe
Publishing.

Czollek, L.C., Perko, G. & Weinbach, H. (2009). Social Justice. Online:
http://www.social-justice.eu/texte/Rubrik_Social_Justice.pdf [25.5.2010]

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in
health. Stockholm: Institute for Future Studies.

European Commission (2010). Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and
inclusive growth (Communication from the Commission, COM(2010) 2020 final).
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
[15.5.2013]

European Commission (2011a). The state of men's health in Europe: Extended report.
Luxembourg: European Commission.
http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_extended_en.pdf
[15.5.2013]

European Commission (2011b). The first state of men's health in Europe report. Luxembourg: European Commission.
http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/men_health_report_en.pdf
[15.5.2013]

European Commission (2011c). Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020.
http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_en.pdf [15.5.2013]
Vgl. auch: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/proposal2014_en.htm
[15.5.2013]

European Commission (2013). The Role of Men in Gender Equality . European strategies & insights [edited by E. Scambor, K. Wojnicka & N. Bergmann] [written by S. Belghiti-Mahut, N. Bergmann, M. Gärtner, J. Hearn, Ø. G. Holter, M. Hr0enjak, R. Puchert, C. Scambor, E. Scambor, H. Schuck, V. Seidler, A. White & K. Wojnicka]. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/gender_pay_gap/130424_final_report_role_of_men_en.pdf [29.5.2013]

European Commission (n.d.). Impact assessment accompanying the document Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme (Commission staff working paper).
http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ia_progr2014_en.pdf
[15.5.2013]

European Men's Health Forum (Ed.) (2011). Response to the EC Report on the State of Men's Health in Europe.
http://www.emhf.org/resource_images/EMHFresponsestoEU.pdf [11.4.2013]

Faltermaier, T. (2008). Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit Geschlecht und Gesundheit (S. 35-45). Heidelberg: Springer.

Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.) (2009). Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds (durchgeführt von FH Joanneum, Gesundheitsmanagement im Tourismus, in Kooperation mit HealthCarePueringer). Graz: Hrsg.

Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.) (2011). Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Steirischen Gesundheitsfonds. Graz: Hrsg.

Grasser, G. & Wieseneder, E. (2010). Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B . Gesundheitswesen.

Habl, C., Birner, A., Hlava, A. & Winkler, P. (2004). 1. österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge [mit H. Holzer & Z. Soucek]. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Hearn, J. (1987). The gender of oppression: Men, masculinity and the critique of Marxism. Brighton: Wheatsheaf.

Holmgren, L.E. & Hearn, J. (2009). Framing men in feminism: Theoretical locations, local contexts and practical passings in men's gender-conscious positionings on gender equality and feminism. *Journal of Gender Studies*, 18 (4), 403 . 418.

Holter, Ø. G. (2003). Can men do it? Men and gender equality - the Nordic experience (TemaNord, 2003, 510). Copenhagen, Denmark: Øystein Gullvåg Holter and Nordic Council of Ministers.

Holter Ø. G., Riesenfeld V. & Scambor E. (2005). We don't have anything like that here!q. Organisations, Men and Gender Equality. In R. Puchert , M. Gärtner & S. Höyng (Eds.), *Work Changes Gender. Men and Equality in the Transition of Labour Forms* (S. 73 - 104). Opladen: Barbara Budrich Publishers.

Land Steiermark (Hrsg.) (2011). Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark. Graz: Hrsg.
http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11765377_72575441/4e9d1b16/Charta%20des%20Zusammenlebens.pdf [15.5.2013]

Mackenbach, J. (2006). Health inequalities: Europe in profile. Rotterdam, the Netherlands: Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam.

Männerbüro Salzburg (Hrsg.) (2009). Balance. Gesundheit für Männer (Dokumentation der 6. Österreichischen Männertagung 2008). Salzburg: Hrsg.

Mens Health Forum (2004). Mens Health. Getting it sorted: A policy programme for mens health. London: The Mens Health Forum.

<http://www.menshealthforum.org.uk/files/images/gettingsorted2004.pdf> [11.4.2013]

Messner, M. A. (2000). Politics of masculinities. Men in movements. Lanham: Altamira Press.

Norwegian Ministry of Children and Equality (Ed.) (2009). Men, male roles and gender equality (Report No. 8 (2008. 2009) to the Storting Chapter 1. 9). Oslo, Norway: Ed.
http://www.regjeringen.no/pages/2178168/PDFS/STM200820090008000EN_PDFS.pdf [15.5.2013]

Puchert, R. & Scambor, C. (2012). Gewalt gegen Männer. Erkenntnisse aus der Gewaltforschung und Hinweise für die Praxis. Polizei & Wissenschaft 4/2012, 25-38.

Raml, R., Dawid, E. & Feistritzer, G. (2011). 2. Österreichischer Männerbericht. (unter Mitarbeit von N. Radojicic & S. Seyyed-Hashemi). Wien: Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Rieder, A. & Lohff, B. (Hrsg.) (2004a). Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer.

Rieder, A. & Lohff, B. (2004b). Einleitung. In A. Rieder & B. Lohff (Hrsg.), Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis (S. 1-9). Wien: Springer.

Rosenbrock, H. (2012). Die antifeministische Männerrechtsbewegung. Denkweisen, Netzwerke und Online-Mobilisierung (Expertise für die Heinrich-Böll-Stiftung, Band 8 der Schriften des Gunda-Werner-Instituts). Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.

Scambor, C. (2009). Kosten, Nutzen und Designs in der Evaluationsforschung. Methoden für die Evaluation von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention auf der Basis von Risikogewichtung. Saarbrücken: SVH.

Scambor, C. (2010). Running a counselling service for men. In D. Conrad & A. White (Eds.), Promoting men's mental health (pp. 230-240). Oxford, UK: Radcliffe Publishing.

Scambor, C. & Baumann, H. (2009). Männer, Gender und Gesundheit. In Männerbüro Salzburg (Hrsg.), Balance. Gesundheit für Männer (Dokumentation der 6. Österreichischen Männertagung 2008, S. 53-58). Salzburg: Hrsg.

Scambor, C. & Scambor, E. (2008). Men and Gender Mainstreaming. Prospects and Pitfalls of a European Strategy. *Journal of Men's Studies*, 16 (3), 301-315.

Scambor, C., Scambor, E., Bergmann, N., White, A. & Raine, G. (2012). Men's involvement in gender equality . three sides of a coin [with N. Bergmann] (Study on the Role of Men in Gender Equality: Background and Discussion Papers for Workshop 3: Involving Men in Gender Equality. The workshop was conducted at 13th of January 2012 in Brussels, Belgium.).

<http://www.irsocialresearch.at/files/WS->

[3_Background_paper_Involving_Men_in_Gender_Equality.pdf](http://www.irsocialresearch.at/files/WS-3_Background_paper_Involving_Men_in_Gender_Equality.pdf) [23.4.2013]

Scambor, C. & Scambor, E. (2012). Intersektionale Analyse in der Praxis. Grundlagen und Vorgangsweise bei der Analyse quantitativer Daten aus der Intersectional Map. In E. Scambor & F. Zimmer (Hrsg.), Die intersektionelle Stadt. Geschlechterforschung und Medienkunst an den Achsen der Ungleichheit (S. 43-78). Bielefeld: transcript Verlag.

Scambor, E., Scambor, C. & Zimmer, F. (2012). Die intersektionelle Stadt. Interdisziplinäre Zugänge und intersektionale Analysen am Beispiel des Sozialwissenschaft- und Medienkunstprojekts Intersectional Map. <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/schluesselformate/scamborscamborzimmer/> [15.5.2013]

Schmeiser-Rieder, A. & Kunze, M. (1999). Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung.

Setz, R. (2009). Gesundheitsförderung auf der Baustelle. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis (2. Aufl.) (S. 163-167). Weinheim: Juventa.

Sigusch, V. (2005). Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Frankfurt a.M.: Campus.

Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). Health in All Policies. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf [1.2.2013]

Varanka, J., Närhinen, A. & Siukola, R. (Eds.). (2006). Men and Gender Equality: towards progressive policies (Conference report, reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006), Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Verein Männerberatung Graz (Hrsg.) (2012). Tätigkeitsbericht der Männerberatung 2011. Graz: Hrsg.

Walgenbach, K. (2007). Gender als interdependente Kategorie. In K. Walgenbach, G. Dietze, A. Hornscheidt & K. Palm (Hrsg.), Gender als interdependente Kategorie. Neue Perspektiven auf Intersektionalität, Diversität und Heterogenität (S. 23-64). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Winter, R. & Neubauer, G. (2010). Dies und Das. Das Variablenmodell sbalanciertes Jungesein%und die Praxis der Jungenarbeit. In B. Sturzenhecker & R. Winter (Hrsg.), Praxis der Jungenarbeit. Modelle Methoden und Erfahrungen aus pädagogischen Arbeitsfeldern (3. Aufl.) (S. 27-35). Weinheim: Juventa.

White, A., De Sousa, B., De Visser, R., Hogston, R., Madsen, S.A., Makara, P., McKee, M., Raine, G., Richardson, N., Clarke, N. & Zatonski, W. (2011). Men's health in Europe. Journal of Men's Health, 8 (3), 192-201.

White, A., McKee, M., Richardson, N., de Visser, R., Madsen, S., de Sousa, B., Hogston, R., Zatonski, W. & Makara, P. (2011). Europe's men need their own health strategy. British Medical Journal, 343:d7397.

White, A. & Raine, G. (2012). Gender Equality and Health. (Discussion paper for Workshop 3: Involving Men in Gender Equality, within the project Study on the Role of Men in Gender Equality, S. 24-32).

<http://www.irsocialresearch.at/files/WS->

[3_Background_paper_Involving_Men_in_Gender_Equality.pdf](http://www.irsocialresearch.at/files/WS-3_Background_paper_Involving_Men_in_Gender_Equality.pdf) [9.4.2013]

World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization.

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [11.4.2013]

World Health Organization (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [11.4.2013]

World Health Organization (2012). Health Impact Assessment (HIA). The determinants of health. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html> [15.5.2013]

Züger, H.P. (2008). Krusten brechen. Für mehr Gesundheit in der Arbeitswelt.

Hombrechtikon: Autor.

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Das Forschungsbüro der Männerberatung Graz führt derzeit das Projekt „Green Paper Männer-Gesundheitsförderung“ durch. Das Projekt wird von der Fachabteilung Gesundheit der Stmk. Landesregierung unterstützt. Ich möchte Sie bitten, im Rahmen dieses Projekts ein ExpertInnen-Interview zu geben.

Der Fokus liegt auf der Gesundheitsförderung, nicht auf der Prävention von Krankheiten. Die grundlegende Frage ist, wie eine Gesundheitsförderung, die sich an die männliche Bevölkerung (aller Altersgruppen) richtet, gestaltet sein sollte.

Sind Ihrer Meinung nach Maßnahmen in der Gesundheitsförderung, die sich gezielt an die männliche Bevölkerung richten, grundsätzlich sinnvoll?
Bitte begründen Sie Ihre Sichtweise.

Welche speziellen Aspekte sollten bei Maßnahmen und Projekten in der Männer-Gesundheitsförderung beachtet werden? Warum?
z.B.: Stadt . Land, Altersgruppen, Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, höheres Alter), Migrationshintergrund, ö
Weitere Aspekte?

Was sind Ihrer Meinung nach sinnvolle Ansatzpunkte in der Männer-Gesundheitsförderung? (im Hinblick auf Ziele, Erreichen der Zielgruppe, Gestaltung der Maßnahmen, etc.)
Wo sind Probleme oder Schwierigkeiten zu erwarten?

Kennen Sie Beispiele für Maßnahmen oder Projekte der Gesundheitsförderung, die sich an die männliche Bevölkerung oder bestimmte männliche Zielgruppen richten, in Ihrer Region oder darüber hinaus? (good practice)
In der Steiermark?
Bezogen auf Buben/männliche Jugendliche?

Kennen Sie weitere Personen, die in einem Interview weitere wichtige Informationen geben könnten?

Können wir Sie im Bericht mit Namen nennen und zitieren, oder möchten Sie anonym zitiert werden?

Zusatzfrage (nicht in allen Interviews gestellt):
Von welchem Gesundheitsbegriff gehen Sie / Ihre Organisation aus? Sind WHO-Definition und Ottawa-Charta weiterhin die relevanten Grundlagen?
Ist eine konzeptuelle Trennung von Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll?

Anhang 2: Auszüge aus der Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark (Land Steiermark, 2011)

Im Regierungsübereinkommen für die XVI. Gesetzgebungsperiode (2010 bis 2015) des Landtages Steiermark verständigten sich SPÖ und ÖVP darauf, eine gemeinsame steirische Position zum Themenkreis Integration, Umgang mit Vielfalt und Diversitätsmanagement zu erarbeiten, um Integration als gemeinschaftlicher Aufgabe der Steiermärkischen Landesregierung im 21. Jahrhundert einen zentralen Stellenwert zu geben. (Land Steiermark, 2011, S. 3)

Die Charta des Zusammenlebens in Vielfalt wurde in der vorliegenden Fassung am 14. April 2011 von der Steiermärkischen Landesregierung und am 21. Juni 2011 vom Landtag Steiermark beschlossen. Die Charta definiert das Zielbild für das kommende Jahrzehnt und gibt den Handlungsrahmen für die künftige Integrationsarbeit des Landes Steiermark vor. Die Landesregierung will sich in ihrem Wirkungsbereich Schritt für Schritt den Visionen der Charta nähern. (Land Steiermark, 2011, S. 3)

Präambel

Überall dort, wo Menschen zusammen leben, arbeiten, lernen, wohnen und ihre Freizeit verbringen, offenbaren sich die Herausforderungen und Reibungspunkte des alltäglichen Miteinanders. In einer Gesellschaft, die sich durch die Prozesse der Globalisierung, der europäischen Öffnung, der Migration und der Individualisierung in ständiger Veränderung befindet, fühlen sich Menschen oftmals ihrer Heimat nicht mehr ganz sicher. Unverrückbare Tatsache ist jedoch, dass Gesellschaft vielfältig ist. Und nicht diese vorgefundene Vielfalt ist das Problem, sondern der Umgang mit ihr.

Die Steiermark ist sich bewusst, dass der Schlüssel, um mit einer sich beständig verändernden Gesellschaft gut umgehen zu können, nicht darin liegt, auf die Defizite Einzelner hinzusehen, sondern mit Blick auf die Ressourcen der hier lebenden Menschen beste Chancen zur Verwirklichung und Entfaltung zu ermöglichen.

Um dies zu erreichen, liegt der primäre Zugang des Landes Steiermark darin, öffentliche Einrichtungen und Systeme weiter zu entwickeln und zu stärken, damit diese ihren Aufgaben angesichts der Anforderungen einer vielfältigen Gesellschaft zeitgemäß und kompetent gerecht werden.

Die „Charta des Zusammenlebens“ drückt in diesem Sinne das Selbstverständnis von Politik und Verwaltung des Landes Steiermark hinsichtlich eines professionellen, zukunftsorientierten Umgangs mit der gesellschaftlichen Vielfalt aus. Als Ausgangspunkt für den Weg der Steiermark, langfristig das Zusammenleben Aller in ihrer steirischen Heimat bestmöglich zu gestalten, definiert sie die gemeinsamen Grundsätze und Haltungen und benennt die strategischen Zielsetzungen des Landes.

Das Land Steiermark lädt Verantwortungsträgerinnen und -träger aus allen gesellschaftlichen Bereichen ein, diese Charta zu unterzeichnen, ihre Inhalte in den eigenen Wirkungsbereich zu übertragen und diese mit Leben zu erfüllen. (Land Steiermark, 2011, S. 7)

3.2 Gleiche Chancen ermöglichen

Chancengleichheit kann nur dort herrschen, wo ein barrierefreier Zugang zu öffentlichen und öffentlich geförderten Dienstleistungen und Angeboten besteht.

[ö]

3.2.4 Maßnahmen, die vom Land Steiermark ausgehen oder finanziert werden, werden so gestaltet, dass sie grundsätzlich für alle Menschen, die einen konkreten Bedarf oder konkretes Interesse daran haben, zugänglich und nutzbar sind. Auf Basis einer kritischen Analyse der vorhandenen Bedingungen wird in den unterschiedlichen Lebensbereichen angestrebt, die Zugänge zu Maßnahmen und Angeboten zu verbessern. Es wird dabei jedoch nicht auf kurzfristige Interventionen oder Spezialmaßnahmen für besondere Zielgruppen gesetzt.

3.2.5 Dort wo dies sachlich gerechtfertigt ist, sind weiterhin spezifische Angebote und Maßnahmen notwendig. Zum Teil wird es erforderlich sein, „Übergangslösungen“ in Form von maßgeschneiderten Angeboten für einzelne Zielgruppen zur Verfügung zu stellen, bis alle öffentlichen Einrichtungen und Systeme (Regelinstitutionen und -systeme) ihren Aufgabenstellungen tatsächlich in Chancengleichheit nachkommen. Grundsätzlich werden jedoch auch damit keine Parallelstrukturen etabliert, sondern der Fokus liegt darauf, die Regelinstitutionen und -systeme weiterzuentwickeln. (Land Steiermark, 2011, S. 12f.)

ERLÄUTERUNG ZU SPEZIFISCHEN ANGEBOTEN UND BESONDEREN MASSNAHMEN [Punkt 3.2.4, 3.2.5, 3.5.3]

- MigrantInnen, Personen mit Migrationshintergrund, Personen mit Diskriminierungserfahrungen, Angehörige ethnischer Minderheiten, Menschen mit Behinderung, die Liste der Chiffren und Kennungen für bestimmte Zielgruppen ist lang. Es hat sich ein Selbstverständnis im Umgang mit TrägerInnen bestimmter Merkmale entwickelt, wonach diese in ganz vielen Lebensbereichen spezifische und exklusive Angebote brauchen. Ein Großteil der Anstrengungen, die unter dem Titel "Integration" gemacht werden und wurden, konzentriert sich ausschließlich auf diese Gruppen oder bestimmte Segmente von ihnen. Üblicherweise wird zur Rechtfertigung solcher Spezialmaßnahmen von statistischem Material Gebrauch gemacht oder ganz selbstverständlich die Formel herangezogen: "Wenn wir etwas (Gutes) für bestimmte "Spezialzielgruppen" tun, so bedeutet das immer einen Vorteil für das Zusammenleben in Vielfalt"
- Dieser Ansatz wird hier in seiner scheinbar allgemeinen Gültigkeit abgelehnt. Der steirische Ansatz ist primär auf das Individuum und weniger auf Kollektive und Gruppen ausgerichtet. Einer der Hauptgründe dafür liegt in der einfachen Tatsache, dass es die Gruppen, die als Zielgruppen fungieren sollen, in der Regel als reale Gruppen gar nicht gibt. Menschen werden häufig nur aufgrund einzelner "sozialer Marker" zu Gruppen zusammengefasst, die jedoch sehr wenig über ihre wahre Ausgangslage und ihre Bedürfnisse . ja letztlich über ihre Gemeinsamkeiten . aussagen. Sie treffen auf unterschiedliche Herausforderungen und Erwartungshaltungen, ja sogar auf unterschiedliche Formen der Ablehnung und Zurückweisung oder Akzeptanz. Es gilt zu verhindern, dass Individuen aufgrund ihrer Zuordnung zu einer bestimmten Gruppe in ein "Gehäuse der Zugehörigkeit" gepresst oder auch gesperrt werden. An die Stelle der weit verbreiteten Konzentration auf Gruppenzugehörigkeiten soll die Konzentration auf Lebenswelten treten.
- Manchmal können allgemeine Maßnahmen an die spezifischen Bedürfnisse angepasst werden, manchmal bedarf es vorübergehend oder auf Dauer gezielter spezifischer Maßnahmen. Organisationen werden lernen, wie diese Maßnahmen unterschiedlicher Art ins Gleichgewicht gebracht werden können.
- Das Entstehen gezielter, häufig von NGOs und Selbsthilfegruppen angebotener Dienste für eng umgrenzte Zielgruppen ist eines der deutlichsten Zeichen für ein nicht bedarfsgerechtes Dienstleistungsangebot der Regelinstitutionen und -systeme.
- Der steirische Weg, auf das Individuum und nicht - auf Basis von bestimmten Merkmalen zusammengefasste - Gruppen zu fokussieren, bedeutet auch, dass nicht das "Zählen von Köpfen bzw. Gruppenzuschreibungen" zum Instrument gemacht wird, um die gesellschaftliche Vielfalt in Organisationen abzubilden. Um zu erreichen, dass sich Bevölkerungsvielfalt langfristig in öffentlichen Institutionen und Einrichtungen auf allen Ebenen abbildet, wird der Zugang gewählt, ebendort vorhandene physische und psychische Barrieren zu erfassen und systematisch abzubauen, um Chancengleichheit zu ermöglichen.
- Im Bereich der Gleichstellung von Frauen und Männern wurde es aufgrund der massiven Beharrungstendenzen in manchen Systemen jedoch notwendig, Frauen, etwa in Hinblick auf die Gleichbehandlung in der Arbeitswelt, wo sie nach wie vor nur einen geringen Anteil von Führungspositionen in Verwaltung und Wirtschaft einnehmen, positiv zu bevorzugen ("Bei gleicher Qualifikation werden Frauen bevorzugt eingestellt."). Eine solche Maßnahme ist lediglich als Übergangsmaßnahme zulässig, bis die konsequente Benachteiligung für die betreffende Gruppe nicht mehr gegeben ist. Ziel solcher Maßnahmen ist es, auch über den Umweg einer zeitlich befristeten Diskriminierung von Angehörigen einer Gruppe (hier: Männer), die gesellschaftliche Wirklichkeit des Beschäftigungsbereichs zu beeinflussen, um letztlich wieder chancengleiche Ausgangslagen herzustellen. Eine solche Maßnahme stellt einen sehr intensiven Eingriff dar und soll daher niemals leichtfertig angewendet werden. Es ist zudem nicht ohne weiteres möglich, solche Maßnahmen (wie etwa "Quoten") auch auf Bereiche außerhalb der Gleichbehandlung von Frauen und Männern analog anzuwenden. (Land Steiermark, 2011, S. 19f.)

Anhang 3: Vorschläge für Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für Männer und Burschen aus dem 1. Österreichischen Männergesundheitsbericht

(Habl, Birner, Hlava & Winkler, 2004, S. 12 f.)

Die im Bericht vorgeschlagenen Präventiv- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf der Analyse von bestehenden männerspezifischen Gesundheitsangeboten und wurden in rund zweistündigen Gesprächen mit 31 Männergesundheitsexperten (Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, Soziologen, Sozialmediziner, Pädagogen, Sozialarbeitern, Gesundheitsförderungsexperten, Journalisten und Ökonomen) vom ÖBIG erarbeitet und mit den Projektbeiratsmitgliedern abgestimmt.

Folgende Aktivitäten sollen dabei im Mittelpunkt stehen:

- Medizinische Maßnahmen, z. B. Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen, Aufwertung und Standardisierung von Arzt- oder Therapeutengesprächen sowie Vorschlag einer Abklärung des Begriffes „Männerarzt“
- Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen mit u. a. dem Ziel einer Reduktion der Zahl von rauchenden Männern und einer stärkeren Forcierung von Gesundheitserziehung im Kindesalter sowie einer Steigerung gesellschaftlicher Akzeptanz gesundheitsbewusster Männer;
- Politische Maßnahmen, wie die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen in der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG zur Vernetzung von Männergesundheitsexperten und -einrichtungen in Österreich; Ausbau geschlechtsspezifischer Forschungsprojekte durch die Männerabteilung
- Mediale Begleitmaßnahmen, um eine nachhaltige Verbreitung der Bedeutung von Männergesundheit und Lebensstiländerungen zu erreichen;
- Settingbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus den Bereichen Verkehr, Arbeitsumfeld und Sport.

Speziell dem Lebensbereich Sport soll in Zukunft mehr Aufmerksamkeit hinsichtlich der Vorsorge gewidmet werden, da Erfahrungen aus Deutschland und die Ergebnisse des ÖBIGSurvey zeigen, dass Männern die Bedeutung von Sport und Bewegung für ein gesundheitliches Wohlbefinden bewusst ist. Ein Vorschlag ist daher, den „Gesündesten Fußballverein Österreichs“ zu suchen. Dieser Fußball - Gesundheitscup soll vom BMSG in Abstimmung mit dem Staatssekretariat für Sport und dem Österreichischen Fußballbund unter enger Einbeziehung von österreichischen Medien veranstaltet werden.

Die von der Männerabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herausgegebene Studie zu Suiziden von Männern in Österreich (BMSG 2003b) war ein wichtiger Schritt zur Bestimmung männlicher Risikogruppen. Weitere wichtige Forschungsprojekte wären eine tiefere Motivforschung und die Erarbeitung von Präventionsmodellen, die als Grundlage für geschlechtsspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung dienen könnten.

Anhang 4: Handlungsempfehlungen im Bereich Männergesundheit aus dem 2. Österreichischen Männerbericht (Raml, Dawid & Feistritzer, 2011, S. 140 ff.)

- Männergesundheit muss ein Anliegen aller politischen Parteien und Interessengruppen werden. Von einem besseren geschlechtsspezifischen Verständnis profitieren alle. Männer sind in Familienverbände eingebunden . gesundheitliche Nachteile treffen damit auch ihre Frauen und Kinder.
- Jegliche Beschäftigung mit geschlechtsspezifischen Bedürfnissen führt unabhängig von der Perspektive (Männergesundheit/Frauengesundheit) zu treffsichereren Handlungen für beide Geschlechter.
- Die Schaffung eines Kompetenzzentrums für Männergesundheit ermöglicht es, mÄnnerspezifisches Expertenwissen im Bereich der Gesundheit zu vernetzen. Ein solches Zentrum bündelt nicht nur medizinisches Wissen und entwickelt präventive Programme, sondern ist auch Anlaufstelle für Männer, die Fragen zur Gesundheit oder ein gesundheitliches Problem haben.
- In der Öffentlichkeit muss stärker ein Bewusstsein für Männer- und Frauengesundheit geschaffen werden. Aber auch an den medizinischen UniversitÄten, in der medizinischen Forschung und bei (niedergelassenen) Ärzten und Ärztinnen müssen Initiativen von der öffentlichen Hand bzw. von den zuständigen Trägern unterstützt werden. Eine wichtige Rolle nimmt hier die mit JÄnner 2010 geschaffene Professur für Gender-Medizin an der Medizinischen Universität Wien ein.
- Initiativen sollten verstärkt werden. Volksvertreter und Parlamentarier sollten mit gutem Beispiel vorangehen und Männergesundheit als Bürgeranliegen verstehen. Wenn die Männer nicht von selbst kommen, muss man zu ihnen gehen (Sport, Clubs, Arbeitsplätze, etc.). Regionale Initiativen, die auch öffentlich finanziert werden, sind unverzichtbarer Bestandteil der Männergesundheitsarbeit. Einrichtungen wie das Männergesundheitszentrum MEN im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien leisten hier wertvolle Pionierarbeit. Von deren Erfahrung kann viel beim Aufbau analoger Strukturen gelernt werden.
- Österreich hat . national betrachtet . in der Männergesundheit die europÄische Vorreiterrolle, die es zur Zeit der Präsentation des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts 2004 (BMSG) inne hatte, verloren und kann nun von anderen Ländern lernen: Irland z.B. hat eine eigene Men´s Health Policy (2009 bis 2014). In Großbritannien werden Men´s Health Weeks mit Spezialthemen (z.B. Krebs) veranstaltet, die viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens berühren. Daher ist eine vernetzte Zusammenarbeit unterschiedlicher Ministerien notwendig: Gesundheit, Soziales und Arbeit, Unterricht, Wissenschaft, Wirtschaft . um nur die Wesentlichsten für das Thema zu nennen. Auf politischer Ebene könnte es um eine Art nationalen Aktionsplan bzw. eine Landkarte gehen, die die einzelnen regionalen Initiativen registriert und vernetzt, sowie den zusätzlichen Bedarf auch unter Berücksichtigung geographischer Aspekte formuliert.
- Die Gesundheitsförderung und die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins müssen in der Schwangerschaft beginnen und in Kindergarten, Volksschule und den weiterführenden Schulen konsequent umgesetzt werden. Kinder müssen im Bedarfsfall auch außerhalb der Familie gesundes Verhalten lernen.
- Medien müssen sensibilisiert und regelmäßig informiert werden und Medienkooperationen müssen eingegangen werden. Hier ist vor allem der öffentlich-rechtliche Bereich . insbesondere das ORF-Fernsehen und die ORF-Radios . gefordert. Männer brauchen hierzu Vorbilder und müssen neue Verhaltensweisen lernen und ein neues Bewusstsein entwickeln. Hochspezialisierte medizinische Reports sind dabei weniger zielführend.
- Die Aktivitäten der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes sollten politisch weiterhin intensiv unterstützt werden. Männer in bestimmten Berufen und Branchen (Bergbau, Bauwesen, Sachgütererzeugung, Land- und Forstwirtschaft) sind einem vergleichsweise höheren Risiko ausgesetzt. Dass entsprechende Maßnahmen greifen, zeigt auch der aktuelle Fehlzeitenreport des WIFO (Leoni, 2010): Krankenstände, die durch Arbeitsunfälle verursacht sind, haben im zeitlichen Verlauf seit den 1970er Jahren stark abgenommen.
- Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle für die Gesundheit der Berufstätigen. Dies gilt durch die spezifische Branchen- und Berufswahl verstärkt für Männer, die an ihrem Arbeitsplatz insgesamt häufiger körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten daher nicht nur auf das individuelle Verhalten der Erwerbstätigen abzielen, sondern sich vielmehr (zusätzlich) auf die Arbeitsorganisation und die Gestaltung der Rahmenbedingungen konzentrieren. Zur detaillierten Analyse der Zusammenhänge zwischen

Belastungen am Arbeitsplatz und der Gesundheit sind in Österreich aktuelle Daten (2011) aus den Forschungsprogrammen Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich verfügbar.

- Weiteren Forschungsbedarf zu Maßnahmen der beruflichen Gesundheitsförderung gibt es insbesondere in der Zielgruppe der Migrantinnen und Migrantinnen, die verstärkt ungünstigeren Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Präventive Strategien sollten daher insbesondere auch auf diese Zielgruppe zugeschnitten sein bzw. von dieser wahrgenommen werden können.

**Anhang 5: Empfehlungen im Bereich der Männergesundheit aus
Recommendations for actions to main points and summaries from The state of
men's health in Europe – Extended report 2011**
(Banks, Richardson & Madsen, 2012).

General recommendations for actions:

- Recognition of men's physical and mental health as an area of public health concern. Gender mainstreaming should be expanded to include men
- Inclusion of men's health within decision making processes relating to the impact of the social determinants of health
- Recognition of the difference between sex and gender with regard to men's health as well as regard to women's health
- Research agenda established that can identify:
 - The causes of male specific diseases and those conditions where men seem most vulnerable
 - The role of male socialisation on health behaviour
 - How men use health services and
 - How best to communicate with men with regard to their health needs
- There should be no threat to any of the resources currently utilised tackling the issues facing women and their specific health and wellbeing needs
- Involve politicians on an on-going basis not just when you need something and make sure the interaction is solution-oriented. Politicians should also have the feeling of ownership over men's health but also need information as they do not know it all
- The importance of education and environment in influencing men's health
- The importance of focusing on prevention . let's make sure it does not get broken in the first place

The male population

Recommendations for actions:

- Monitoring of the effects of the post industrial society on the health and wellbeing of men
- Improvement in the guidance and support given to boys and men with regard to the benefits of secondary, tertiary and adult education
- Need for targeted strategies for men at different stages of the life course, from different socio-economic background . one size does not fit all
- Focus on the reaching out to those men separated from mainstream society through being unemployed, homeless, migrants or through imprisonment

Research to explore the health and wellbeing needs of the older population of men

Lifestyle & preventable risk factors

Recommendations for actions:

- Provide an increased focus on preventative and health promotion programmes that have a specific focus on men, and that specifically target those subpopulations of men most in need (young men, lower socio-economic group men, ethnic minority men)
- Consult with men and those working with men in community, voluntary and statutory sectors, in the design of preventative and health promotion programmes targeting men
- Provide an increased focus on workplace health promotion initiatives that specifically target men
- Devise gender-competent health information and health promotion literature and disseminate it through media that are appropriate for men
- Provide dedicated men's health websites that provide reputable and accessible health information for men and that include links to existing sources of information and support
- Develop gender-specific social marketing campaigns that specifically target the health and risk behaviours of young men

Accessing Health Services

Recommendations for actions:

- Develop specific health education initiatives that enable men to make more informed decisions about seeking help in a timely fashion for health conditions that pose a serious threat to their health
- Develop male-friendly primary care services that provide flexible opening hours and that have the capacity to be offered in more accessible community and workplace settings
- Adopt more stringent regulatory and legislative measures to counteract the sale of counterfeit drugs through the Internet

- Provide increased resources for dedicated men's health helplines
- Develop specialised academic programmes on men's health and integrate modules on gender and men's health into the training syllabi of all health and allied health courses
- Develop training protocols and short training courses in the area of men's health, targeting existing service providers in the health, allied health and community sectors.
- The role of Trade Unions, Employers and NGOs providing support to men in the workplace and a joint effort on men's health and better lifestyles
- Bring health professionals to the workplace for check-ups
- Have something akin to the vaccination card for children, noting check-ups etc.
- Promote the notion of men as co-deciders of their healthcare
- Acknowledge the reluctance of men to really look after themselves . because of other priorities, embarrassment and stigma, or perception of being emasculated
- Importance of using familiar and traditional environments trusted by men to promote health . e.g sports organisations
- Ensure health services actively reach out to men
- Make testing / screening routine and build it into men's lives, from their perspectives
- Ensure that men recognise signs and symptoms of illness and act on them, with the family acting as a team

Health Status

Recommendations for actions:

- Health data should routinely be broken down by age and sex
- The development of an action plan to tackle men's high rates of premature mortality
- The working age male population should be monitored to assess the extent of preventable deaths
- Research should explore men's increased vulnerability to those conditions that should affect men and women equally

Cardio-Vascular Disease

Recommendations for actions:

- Gender sensitive national cardio-vascular strategies - including vascular checks coupled with appropriate counselling and follow-up for all men over the age of 50 years - should be introduced
- Efforts to curb smoking and excessive alcohol consumption (including pricing) across Europe should be prioritized
- Legislation should be directed at the causes of cardio-vascular disease including the salt and fat content in food, for example, should be introduced

Cancer

Recommendations for actions:

- National Cancer plans should make specific recommendations with regard to monitoring and reporting on male cancer patterns, to male cancer susceptibility and lower rates of survival and to lower male cancer literacy
- Screening needs to be better understood and targeted . for example, bowel cancer needs to be started at an earlier age for men and effort has to be made to ensure more men present for screening while research is needed into the development of an effective screen for prostate cancer
- Need for earlier cancer screening, with more aggressive treatment (biological difference between women and men)

Accidents, Injuries and Violence

Recommendations for actions:

- Adopt the policy lessons and tried and tested preventive programmes established in countries with low mortality rates for Accidents & Injury as a blueprint for more co-ordinated and multisectoral action in those countries with high Accident and Injury mortality rates
- Provide an increased focus on research that seeks to unravel the underlying factors associated with Accident and Injury, particularly in regions with high mortality rates, and that support a strong evidence-based approach to injury prevention
- Develop more stringent mechanisms for collating and tracking Accident and Injury data that are consistent between member states, and that lead to an increased focus on alignment of leadership, infrastructure and capacity building directed at reducing Accident and Injury rates
- Provide increased resources towards the enforcement of regulatory and legislative measures targeted at Accident and Injury prevention

- At both an EU and member state level, provide an increased focus on violence prevention, addressing the root causes of violence and developing a better understanding of the structural and cultural conditions that help to foster lives free of violence
- Provide increased intervention programmes for male perpetrators of domestic violence and ensure that male victims of domestic violence have appropriate access to information, support services and counselling services
- Health and Safety at Work is an EU competence . use it more

Mental Health

Recommendations for actions:

- At both an EU and member state level, develop the techniques to detect the 50% of male depression that remains undiagnosed and to treat it in the places where men are (eg the workplace)
- Research into the symptoms of male depression in men leading to screening instruments for men especially those in vulnerable groups such as older or single men
- Europe / the European countries must develop instruments for referral and treatment models better suited for men
- Europe / the European countries must prevent much more of men's suicides . especially older men's suicides. This must be done by detecting men's depressions earlier and to a much greater extent and by developing programs for identifying especially single men and older men with mental problems. This is not the least done by educating GPs and other health professionals in home and institution services for older people
- Acknowledge that parenthood is a massive transition for men
- Acknowledge that men around 8-10 percent of all new fathers get Post-Partum Depression
- Explore men's self-esteem linked to their mental health . power, control and transference

Problems of the male reproductive system

Recommendations for actions:

- Improved communication with men on the signs and symptoms of male reproductive disorders to help differentiate between normal ageing and problems and to recognise the importance of early diagnosis
- Expanded research opportunities to explore male reproductive disorders
- Improve access to men for diagnosis and treatment of erectile dysfunction

Communicable Diseases

Recommendations for actions:

- Improved reporting of communicable disease states with standardisation of data collection . specifically age-range - and Inclusion of sex breakdown in all data
- Improved tracking of men infected with TB
- Improved health conditions in prisons to ensure minimal transfer of infection and rapid effective treatment

Dental and oral health

Recommendations for actions:

- Improved surveillance of men's oral health problems
- Inclusion of gender specific information in the Oral Health report
- Health strategy development on how to improve men's oral health

Other health conditions affecting men

Recommendations for actions:

- Routine checking of blood glucose in men to identify undiagnosed diseases . especially those who are overweight or obese.

Anhang 6: Empfehlungen im Bereich der Männergesundheit aus dem Bericht ‘The Role of Men in Gender Equality’ (EC, 2013)

Increase differentiated knowledge and experience in the field of men’s health

Across Europe, still much effort is needed to create a broader knowledge base in the field of men’s health and its relation to gender equality. Statistical information and research related to this topic as well as information about experiences in practical work are needed in this respect.

Initiatives at European and national levels should include:

- Integration of an **intersectional approach in men’s health statistics** and improved research on men’s health in this respect. It is important to recognise that the health status of men (as also that of women) differs and that social, economic as well as environmental factors are key aspects of men’s health. Especially the socio-economic position has clearly turned out to be a health determinant that is closely related to men’s health (and women’s health). As far as research is concerned, data to break down health statistics to a variety of influencing factors are often missing. However, thorough analyses at EU level are necessary to inform meaningful practical developments which are addressing the right populations.

Strengthen the link between men’s health and gender equality

Gender relations in European societies, as elsewhere, are generally characterised by structural inequalities that favour men and disadvantage women. However, men’s structural privileges (for example in the field of work) come along with disadvantages and costs in other fields like men’s health – figuratively as well as literally.

Initiatives at European and national levels should include:

- Support **critical analysis**, which refers to **costs of inequalities for men’s health** and show the impact of men’s oppressive social practices on their own health and well-being as well as on women.
- **Promote measures towards gender equality which highlight the benefits in regard to improvements of men’s health**: for example, gender equality measures aiming at dismantling horizontal segregation on the labour market may also improve the health situation of male employees as workplace accidents have found to be highest in certain segments of the labour market that are male-dominated (for example, construction work). With more women entering these segments on the labour market, the stereotype of a ‘real men’s work’ is questioned. The improvement and acceptance of additional safety measures and reduced levels of ‘normal’ risk-taking in such segments of work will go hand in hand with reducing the horizontal segregation of the labour market. Such links between men’s health and gender equality measures should be elaborated and used in public communication at EU and national level, to promote the acceptance of gender equality among men, by pointing to the advantages of the measures in terms of improving men’s health.
- **Counteract simplistic public communication concerning men’s health** to avoid an anti-feminist framing: as the country reports in the context of this project show, the topic of men’s health must be handled carefully in terms of public communication. Parts of the public debates throughout various European countries are worryingly framing ‘men’s health’ in an anti-feminist, male entitlement-oriented way, mixing it up with other perceived disadvantages of men in society (such as custody after divorce and boys’ underachievement in the schooling system, etc) as a proof of discrimination against men. Policy makers at national level must be aware of that danger and counteract the misuse of the topic of men’s health by putting the emphasis on the ‘big picture’ of gender equality, whilst at the same time not ignoring legitimate claims that men may experience disadvantage and discrimination in various ways.

Address health determinants at all levels to improve men's health

According to the *State of Men's Health in Europe Report*, men's health is linked to equity and is influenced by social and economic determinants. Reducing socio-economic differences, measures towards redistribution of work and care, and working with youngsters towards changes in gender identities will increase men's health in the **long run**.

In the **short-run** tailored **approaches and projects** are important to tackle immediate health problems, for example through health care or the improvement of service provision. Additionally to tailored approaches a comprehensive approach in *Public Health* is still missing, which takes men's health, women's health, gender relations, and social inequality into account simultaneously. Such models should be developed in the long-run.

Short-term initiatives at EU and national levels should include:

- **Tailored approaches addressing men** as a first step to improve men's health, to counter the negative effects of men's health problems upon women and children, to counteract male stereotypes as tough, hard, outgoing and to contribute in this way to a change of the social construction of men. Examples for tailored approaches addressing men are:
 - use male-dominated settings (e.g. football) in order to engage young male supporters with their physical health,
 - focus on the role of men in sexual health (for example screening programmes, educating boys in health issues and sexuality),
 - connect men's health to legislative practices such as effective road traffic legislation, smoking bans, more rigorous health and safety measures in the workplace,
 - increase men's up-take rate of medical services by improving service provisions along their needs and initiate campaigns for specific target groups.
- It has sometimes been argued that approaches which reach out to men or try to address men and male youngsters in a way that meets their current lifestyles (for example see above: linking with leisure practices such as football) may result in reinforcing gender stereotypes. The answer is that such approaches are only a first step in reaching out and getting into contact; in the medium and long run, activities will inevitably have to dismantle stereotypes and broaden the attitudinal and behavioural scope of men and male youngsters.
- Improve the **exchange of knowledge and good practice on men's health**. Although each country needs its own tailored measures to improve men's health, learning from good practice examples is recommended. Concrete examples have been given above, and many more are given in the *State of Men's Health in Europe Report*.
- Develop a coherent framework for gender health approaches and **promote an extended understanding of health**. One of the main recommendations from the *State of Men's Health in Europe Report* was that gender equality initiatives should have a positive impact on the way men's needs are taken into account in the context of government health strategies. For without such political pressure it is unlikely that the resources needed for the development of policy, practice and also the necessary research agenda will be realised. As soon as health is understood in a broader (not only medical) sense and the health determinants as formulated in *Public Health* are taken into consideration, many key concepts relevant for the gender equality discourse can be identified: labour market, education system, social and health care systems, social status, living and working conditions, behavioural factors, and others. Addressing such inequalities will have a positive effect, not only on men but on the wider economy and on their families and society as a whole. Men have been seen as the problem, they are also part of the solution!