

Förderung von Gesundheit(-skompetenzen) - unter Einbeziehung von Geschlechterrollen.

**Fachtag der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
(HAGE) "Gesundheits.... Was? – Gesundheitskompetenz stärken."**

24.09.2018 Stadthalle Friedberg

Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit
Referentin für Fachkonzepte und Forschungsprojekte im Schwerpunkt
„Gesundheitsförderung und Prävention“ der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

anna.lena.rademaker@dvsg.org
www.dvsg.org/gesundheitsfoerderung

Warum Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz)?

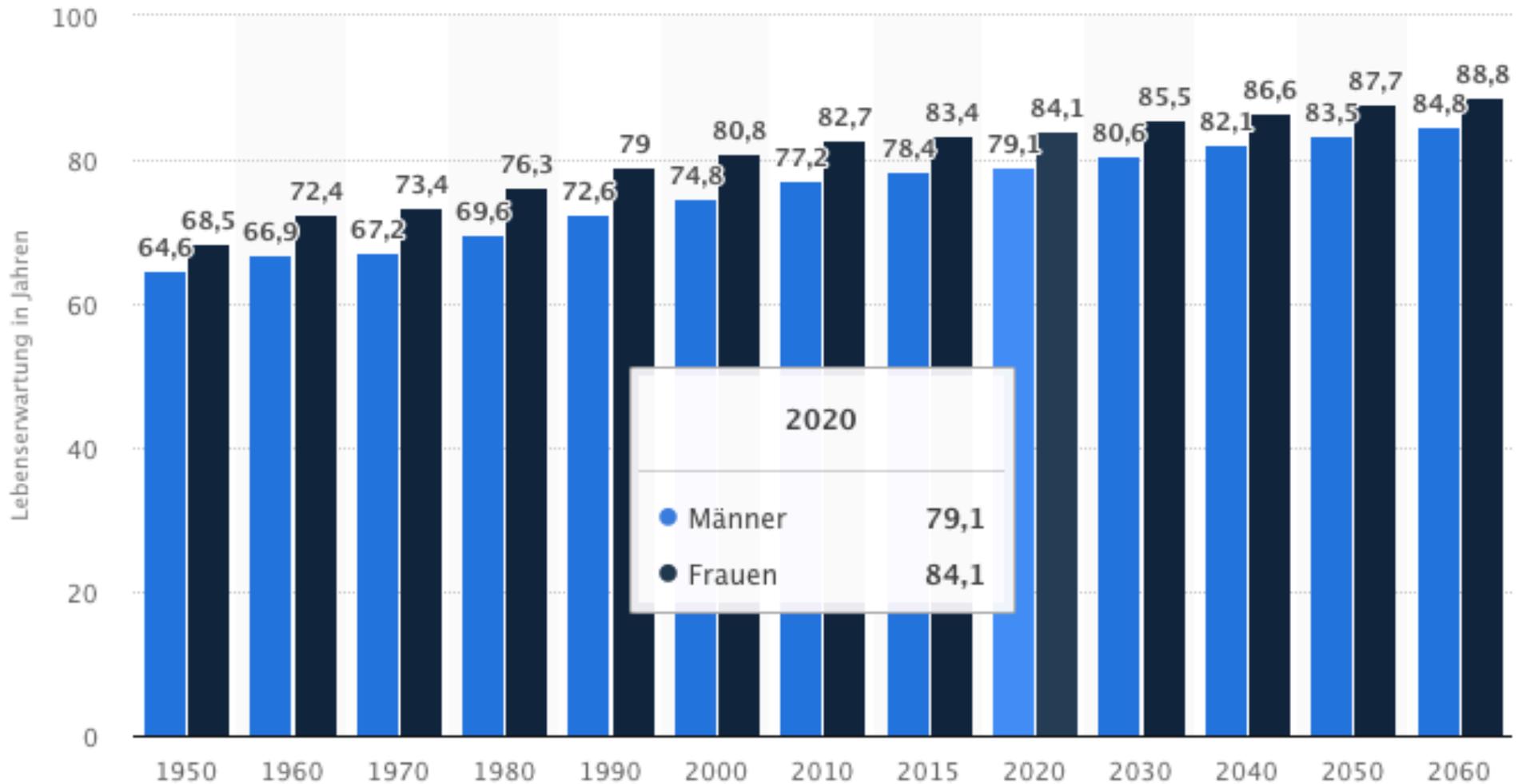


Abb.: RKI 2016

Warum Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz)?

- 72 % der Männer und 69 % der Frauen schätzen ihre Gesundheit als »sehr gut« oder »gut« ein* (RKI 2014)
- 43 % der Frauen und 38 % der Männer geben an, von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen zu sein* (RKI 2014)
- 13 % der Frauen und 8 % der Männer sind nach eigenen Angaben seelisch belastet** (RKI 2014)
 - Bei Frauen sind die höchsten Prävalenzen seelischer Belastungen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren sowie zwischen 45 und 64 Jahren festzustellen (jeweils 15 %).
 - Bei den Männern liegt die Prävalenz seelischer Belastungen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen am höchsten (10 %)

* stat. signifikant; ** stat. signifikant und in allen Altersklassen

Warum Geschlecht, Gesundheit(-kompetenz) und MGH?

- 17 % verfügen über geringe soziale Unterstützung (RKI 2014)
 - mit dem Alter ansteigend
 - ab 65-Jahre: 20% der Männer und 25% Frauen
- im Alter von 18 bis 29 Jahren: höchster Anteil starker Unterstützung (RKI 2014)
 - 40 % der Frauen und Männer erfahren starke sozU
- niedriger Bildungsstatus = geringere sozU (RKI 2014)

Warum Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz)?

biologische
Faktoren



genetische
Faktoren



soziale
Faktoren

„doing gender“

Wahrnehmungs- und
Deutungsmuster im
Umgang mit
Gesundheit /
Krankheit

unterschiedliche
Orientierungen,
Deutungen und
Gesundheits-
konzepte

individuelle
Lebensstile, Umwelt-
risiken

gesellschaftliche
Rahmenbedingungen,
Inanspruchnahme von
Gesundheits-
leistungen

Bilder: RKI 2016

Warum Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz)?

biologische
Faktoren



genetische
Faktoren



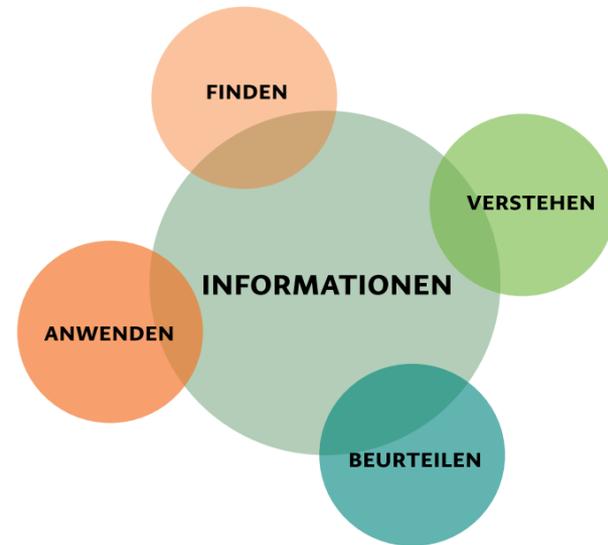
soziale
Faktoren

„doing gender“

- spezifische Gruppen von Frauen und Männern sind sich mitunter in ihrem Gesundheitszustand ähnlicher als unterschiedliche Gruppen innerhalb eines Geschlechts
- die genannten Variablen entfalten je nach Geschlecht eine unterschiedliche Wirkung

Kolip, Hurrelmann 2016, 12; Bilder: RKI 2016

Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz) ist nicht alles!



Gesundheitskompetenz

Wissen | Motive | Fähigkeiten

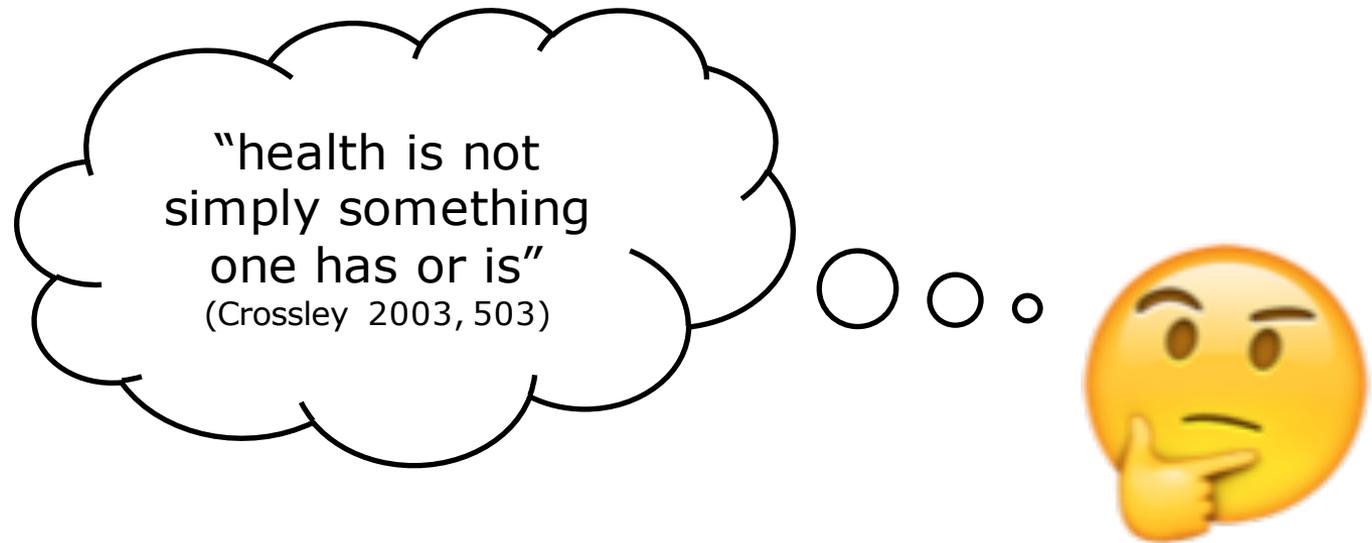
- Männer und Frauen
 - a) haben eigene Vorstellungen von Gesundheit und Gesunderhaltung
 - b) sind in Strukturen eingebunden, die Gesundheit ermöglichen und begrenzen
- Förderung von Gesundheit
 - a) bewusstes Handeln im sozialen Kontext betrachten (Faltermaier, Wihofszky 2012, 106)
 - b) Strukturen umgestalten, dass sie zu den größten Verwirklichungschancen individueller Gesundheit von Frauen und Männern führen (Bittlingmeyer, Ziegler 2012)

Abb: Schaeffer et al. 2018, 13

Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz) ist nicht alles!

subjektwissenschaftlicher Ansatz

- Subjekte handeln bewusst
 - sie sind potenziell kompetente Akteure
 - sie treffen gesundheitsrelevante Entscheidungen im Rahmen des Alltagshandelns



Faltermaier, Wihofszki 2012, 106

Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz) ist nicht alles!



Gesundheitsverhalten

- Verhaltensweisen, die aus **Expertensicht** positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben

Gesundheitshandeln

- Handlungen, die aus Sicht des **Subjekts** der Erhaltung der Gesundheit im Alltag beitragen



Faltermaier 2015; Bilder: RKI 2016

Geschlecht und Gesundheit(-kompetenz) ist nicht alles!

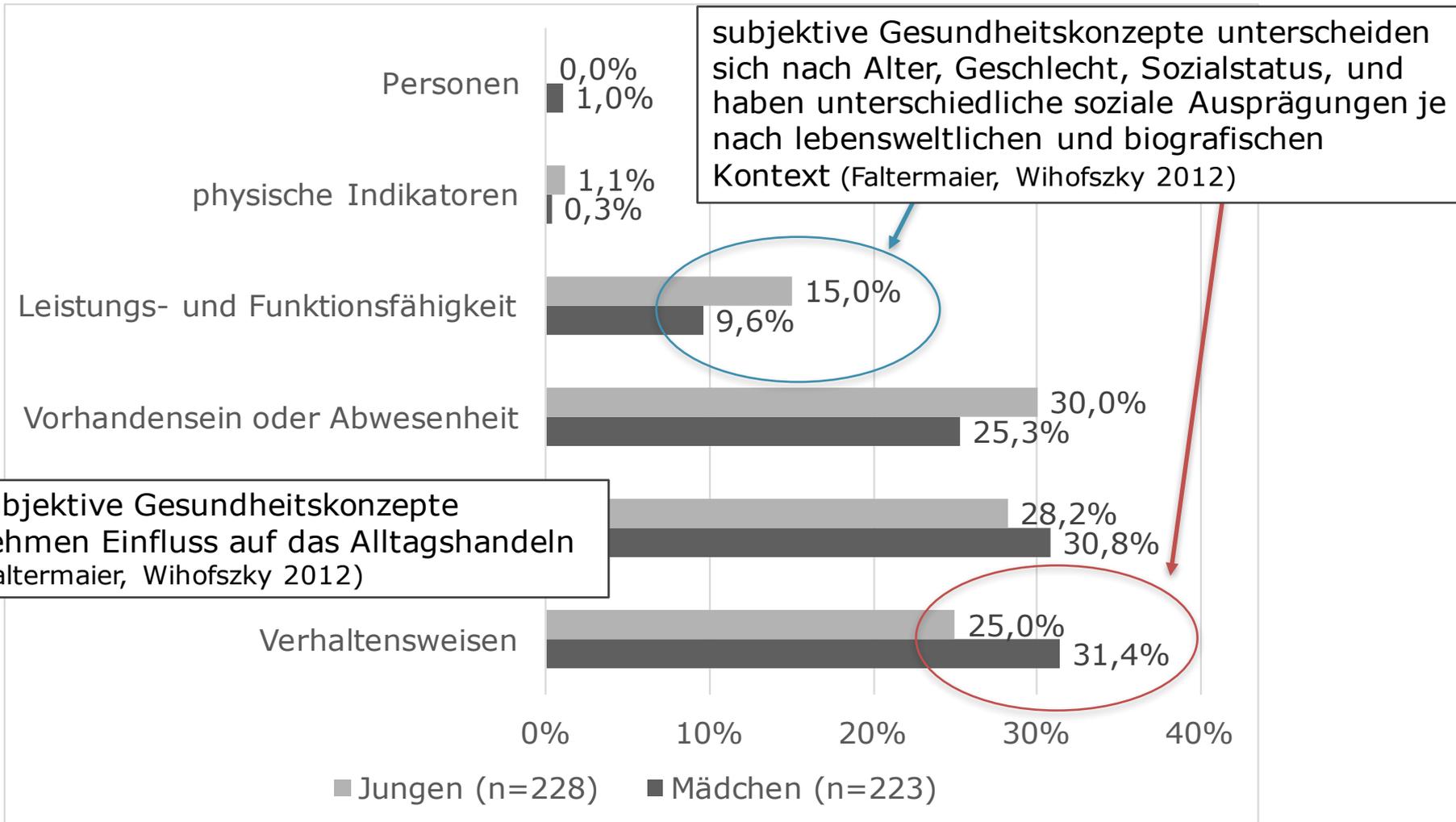


Abb.: Rademaker 2018

Gesundheitshandeln

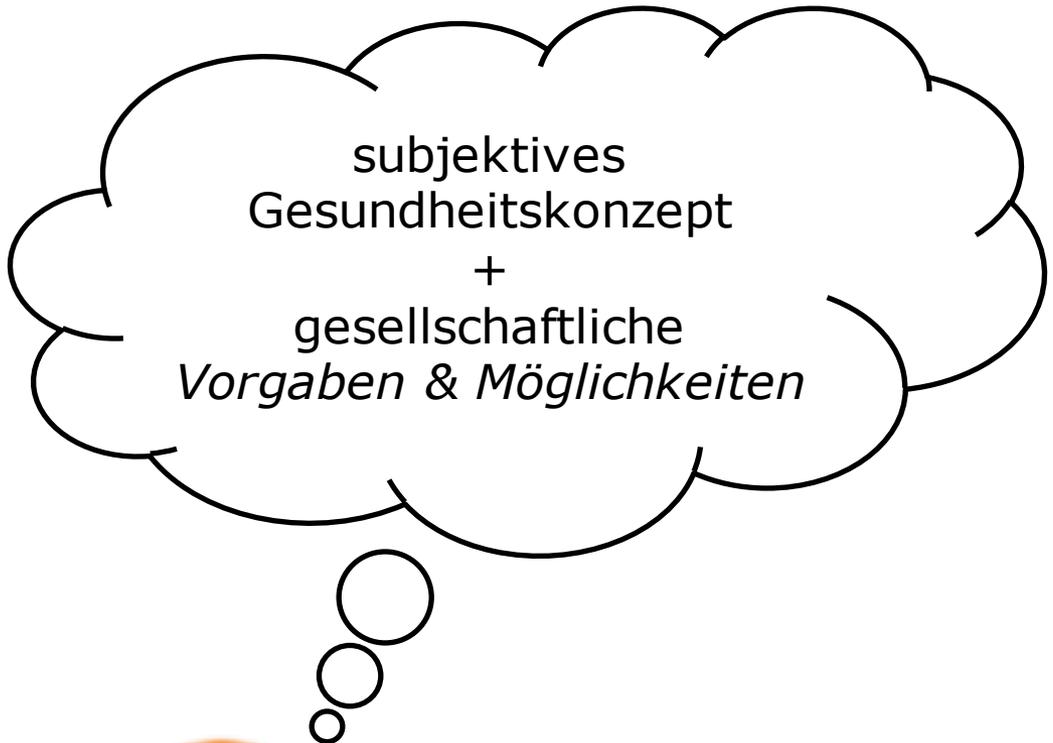
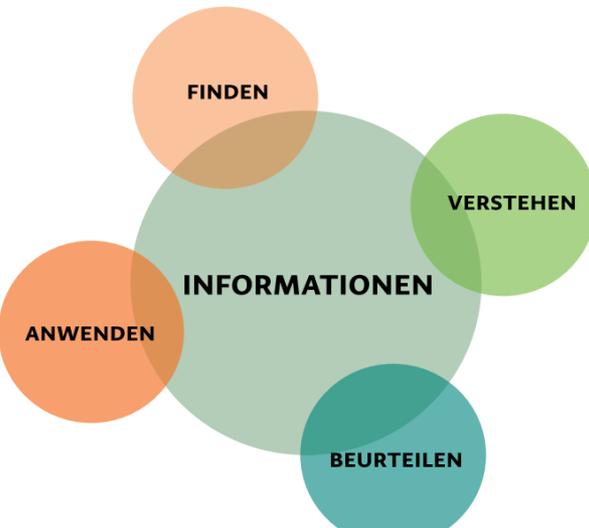


Abb: Schaeffer et al. 2018, 13

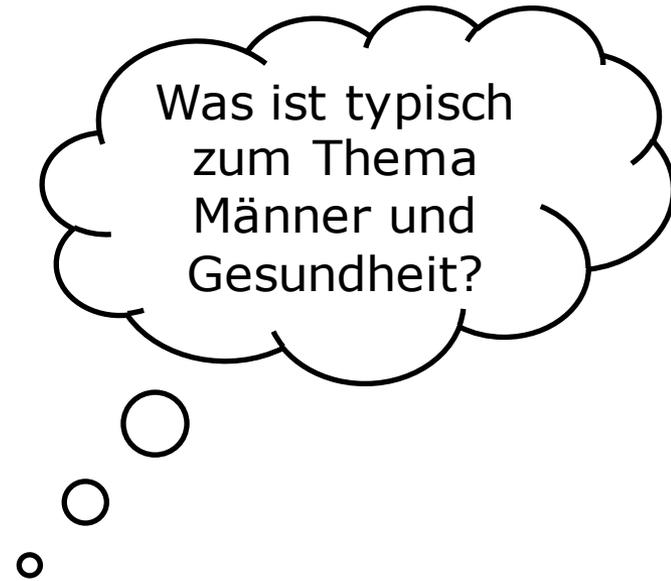
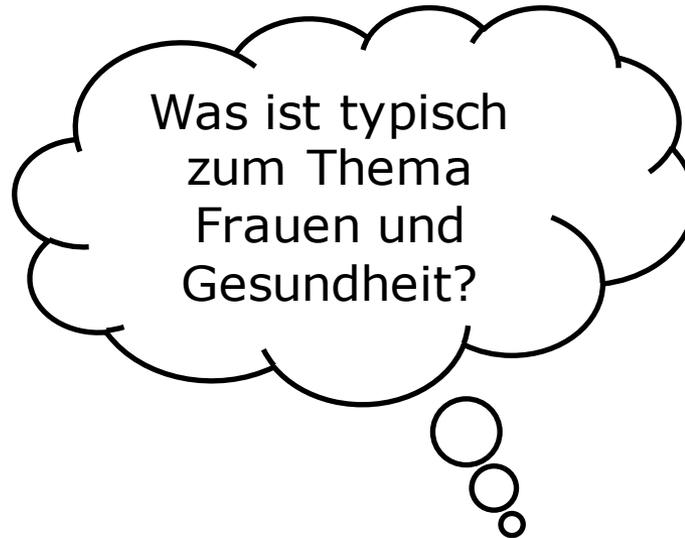
Gesundheitskompetenz
Wissen | Motive | Fähigkeiten



Alltagshandeln



Gesundheitshandeln



Bilder: RKI 2016

Förderung von Gesundheit(-skompetenz) im MGH

- MGHs sind in der Kommune fest verankert und „nah dran“
- in MGHs helfen Jüngere Älteren und umgekehrt
- die Menschen und Angebote im MGH sind vielfältig



**Mehr
Generationen
Haus**

Wir leben Zukunft vor

= gesundheitsfördernd

BMFSFJ 2018; Bild: BMFSFJ 2018

Förderung von Gesundheit(–kompetenz) im MGH

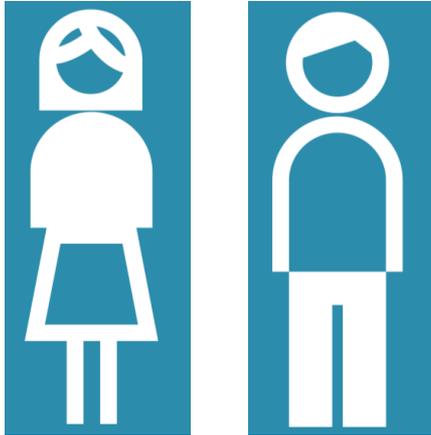
- Nutzung von *lokalem* Wissen und *lokalen* Theorien
 - Beschreibung der Merkmale von Gesundheitsproblemen vor Ort
 - Erläuterung der lokalen Ursachen von Gesundheitsproblemen
 - Schlussfolgerungen für die Entwicklung von angemessenen Maßnahmen



**Mehr
Generationen
Haus**
Wir leben Zukunft vor

Wright et al. 2010a, 17f.; Bild BMFSFJ 2018

Förderung von Gesundheit(-kompetenz) im MGH

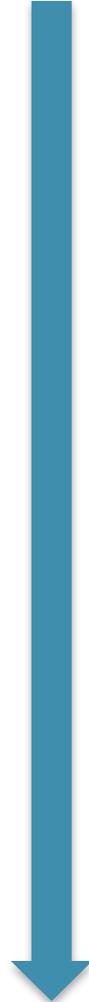


0 bis 100 Jahre
Kompetenz als
Ressource



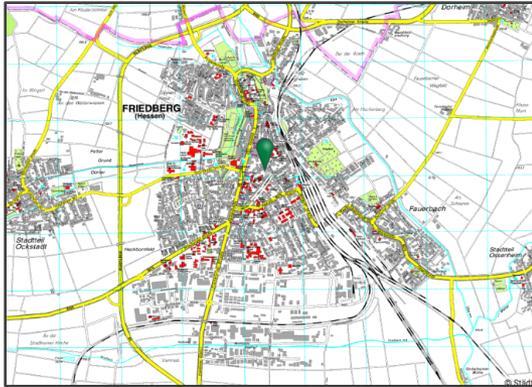
**Mehr
Generationen
Haus**
Wir leben Zukunft vor

- Kompetenzen | Fähigkeiten | Motive stärken
- Bedarfe mit Besucher_innen gemeinsam identifizieren
- passgenaue Angebote schaffen
 - bspw. Gesundheitsinformationen, intergenerationale Selbsthilfe, Peer-to-Peer Beratung, etc...



Bilder: BMFSFJ 2018, RKI 2016

Förderung von Gesundheit(-kompetenz) im MGH



Kommune & Struktur
als Ressource



**Mehr
Generationen
Haus**

Wir leben Zukunft vor

- kommunale Strukturen stärken
- Bedarfe in der Lebenswelt mit Besucher_innen gemeinsam identifizieren
- kommunale Struktur ausbauen
 - bspw. Kooperationen mit Einrichtungen des GW, Zugang zu psychosozialer Beratung, Pflege, ...

Bilder: BMFSFJ 2018, Friedberg.de

Zusammenfassung und Fazit

- Geschlechterdifferenzierung ist für die Arbeit im MGH ein erster Schritt für eine zielgruppengerechte Förderung von Gesundheit(-skompetenz)
 - Geschlechterunterschiede sind aber erst vor dem Hintergrund weiterer sozialer Differenzierungen interpretierbar
 - Interventionen sind erst unter Einbezug weiterer sozialer Variablen planbar
- Geschlechtersensibilität ist kein feministisches *Sahnehäubchen*, sondern essentielles Qualitätskriterium
- Gendersensibilität ist zentraler Indikator für Zielgruppengerechtigkeit

Zusammenfassung und Fazit

- Fähigkeiten und soziale Unterstützung fördern
- an den subjektiven Gesundheitskonzepten ansetzen
 - subjektive Bedingungen der Zielgruppe abklären
 - Partizipation
- soziale und lebensweltliche Rahmenbedingungen berücksichtigen (→ Settingansatz)
 - Möglichkeiten zur sozialen Organisation
 - Unterstützung des Laiengesundheitsystems
 - Multiplikator_innen einbeziehen (Stadtteilmütter, Familienassistent_innen, ...)
 - Vernetzung vor Ort

Faltermaier, Whiofsky 2012

Förderung von Gesundheit(–kompetenz) im MGH

- Mit welchen typisch männlichen und typisch weiblichen Themen sehen Sie sich in Ihrer Arbeit im MGH konfrontiert?
 - Gesundheitsressourcen von Männern und Frauen?
 - Gesundheitsprobleme von Männern und Frauen?
 - kommunale Ressourcen vs. kommunale Defizite?
- Welche Themen sind *biologisch*?
- Welche Themen sind *sozial*?
- Welche Themen können Sie nicht zuordnen?



**Mehr
Generationen
Haus**
Wir leben Zukunft vor

Bild: BMFSFJ 2018

WIE? Gesundheit(–kompetenz) im MGH fördern?

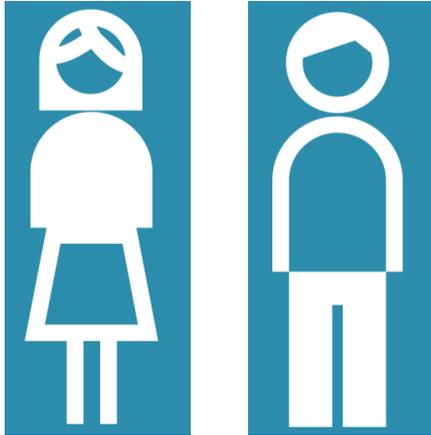
wahrnehmen – erfassen – handeln

- Erfassen von Anliegen von Besucher_innen des MGHs
 - bspw. direkt im Anschluss an ein Zielgruppenkontakt, in Telefonaten oder anderen Situationen, in denen Sie etwas über die Gesundheit der Besucher_innen erfahren

| Thema | insges. | Kinder | | Jugendliche | | Erwachsene | | Ältere | |
|-------------------|---------|--------|---|-------------|---|------------|---|--------|---|
| Geschlecht | | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ | ♂ | ♀ |
| Thema A | | | | | | | | | |
| Thema B | | | | | | | | | |
| Thema C | | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | | |

Wright et al. 2010b

Vielen Dank!



Männer sind ungesund? – Frauen auch...!

Dr. Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit
Referentin für Fachkonzepte und Forschungsprojekte im
Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention“ der
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
e.V. (DVSG)

anna.lena.rademaker@dvsg.org
www.dvsg.org/gesundheitsfoerderung

Bilder: RKI 2016

Literatur

Bittlingmayer, Uwe H./Ziegler, Holger (2012): PUBLIC HEALTH UND DAS GUTE LEBEN. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Discussion Paper. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2018): Mehrgenerationenhaus. Wir leben Zukunft vor. {online} Link: <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de>.

Crossley, Michelle (2003): Would you consider yourself a healthy person? Using focus groups to explore health as a moral phenomenon. In: Journal of health psychology. Vol. 8, p. 501-514.

Faltermaier, Toni (2015): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Berlin: Bzga. {online} Link: <https://www.leitbegriffe.bzga.de>.

Faltermaier, Toni, Wihoszky, Petra (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung: Salutogenese – Subjekt – Lebenswelt. In: Rosenbrock, Rolf, Hartung, Susanne (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber. S. 102-113.

Jordan, S., Hoebel, Jens (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Kolip, Petra, Hurrelmann, Klaus (2016): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Bern: Hogrefe Verlag.

Kolip, Petra (2017): Gendersensibilität in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Impulse für Gesundheitsförderung. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. Vol. 94., Heft 1.

Rademaker, Anna Lena (2018). Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten. Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim und München: Beltz Juventa Verlag.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014) Seelische Belastungen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014) Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018.

Wong, N.T., Zimmerman, M.A., Parker, E. A. (2010): A Typology of Youth Participation and Empowerment for Child and Adolescent Health Promotion. In: Journal for Community Psychology. Vol. 46, p. 100-114.

Wright, M.T., Block, M., Unger, H., Kilian, H. (2010a): Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber Verlag. S. 13-32.

Wright, M.T., Unger, H., Bock, M. (2010b): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber Verlag. S. 35-52.

Impressum

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

T +49 (0) 30 39 40 64 541

F +49 (0) 30 39 40 64 545

info@dvsg.org

<http://www.dvsg.org/>

Sitz: Berlin, Registergericht Amtsgericht Berlin Charlottenburg VR 31524 B. 1.
Vorsitzender: Prof. Dr. Stephan Dettmers, 2. Vorsitzende: Ulrike Kramer.

Bilder: BMFSFJ 2018, DVSG, Friedberg.de, RKI 2014, Schaeffer et al. 2018.