

Gender-Rätsel in der zielgruppenorientierten Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

Zusammenfassung

Der Beitrag geht der Frage nach, auf welchen Ebenen die unterschiedliche Partizipation von Frauen und Männern an Themen der Gesundheitsbildung auffällt und welche Gründe für ein geschlechtsspezifisches Teilnahmeverhalten angeführt werden. Wie diese Gender-Segregation überwunden werden kann, soll abschließend erörtert werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbildung, Geschlecht, Teilnahmeverhalten, Zielgruppe, Volkshochschule

Summary

The Gender riddle in health education in educational institutions, as the Volkshochschule

The article delves further into the question regarding, which levels the different participation of women and men in subjects of health education is conspicuous and what reasons are stated for the sex-specific behavior of participation. Ways in which Gender-segregation may be overcome are discussed as a final topic.

Keywords

Health education, participation behavior, gender, Volkshochschule

1 Geschlecht und Gesundheitsbildung

Dem Thema Gesundheit und Krankheit kommt eine hohe individuelle und gesellschaftliche Bedeutung zu, wie aktuell etwa in der Diskussion um Effizienz und Kostendruck im Gesundheitswesen zu beobachten ist. Sichtbar wird dies auch über ein großes Angebot in der Boulevard-Presse, in der Gesundheitsthemen wie beispielsweise gesundheitsbewusste Ernährung, Stressbewältigung oder Bewegung häufig aufgenommen werden. Auffällig sind hierbei insbesondere Zeitschriften, die sich bereits über ihre Titel ausschließlich an Männer wenden (z. B. Men's Health). Offenbar fühlen Männer sich von diesen Medien angesprochen. Dem gegenüber werden Angebote der Gesundheitsbildung – etwa an Volkshochschulen – nicht von beiden Geschlechtern in gleicher Weise in Anspruch genommen.

Ziel der Gesundheitsbildung ist die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Realisierung einer gesunden Lebensweise im Alltag. Durch Gesundheitsbildung sollen Individuen dazu befähigt werden, die Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit zu erhöhen, um so ihre Gesundheit zu verbessern. Als Determinanten gelten jene Faktoren, die die Gesundheit wesentlich beeinflussen, also sozioökonomische Faktoren, Lebensweisen und Lebensstile.

Gesundheitsbildung wendet sich nicht allein an bestimmte Personengruppen, wie zum Beispiel Kranke, bestimmte Risikogruppen oder Personen mit besonderen Gesund-

heitsbelastungen, sondern an die gesamte Bevölkerung. Betrachtet man jedoch die derzeitige TeilnehmerInnenschaft in der Gesundheitsbildung, so wird deutlich, dass diese sich nicht an alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen richtet. So sind zum Beispiel sozial Benachteiligte, MigrantInnen, junge Erwachsene und ältere Personen in diesem Fachgebiet unterrepräsentiert. Aber auch Männer sind generell eine in der Gesundheitsbildung unterrepräsentierte Zielgruppe. Dies widerspricht allerdings dem Selbstverständnis der Volkshochschule als für alle Menschen zugänglicher Bildungseinrichtung, die nicht nur Weiterbildungsbedarf decken, sondern auch neue Bedarfe wecken und einen öffentlichen Bildungsauftrag erfüllen soll. Insbesondere die Gewinnung bislang bildungsferner Gruppen ist eine bedeutsame Aufgabe, der sich die Volkshochschule (kurz: VHS) traditionell und kontinuierlich stellt.

Anders als Krankheit lässt sich Gesundheit nicht fühlen, denn erst das Ausbleiben von Gesundheit macht diese sichtbar. Hinzu kommt, dass unter Gesundheit jeder etwas anderes versteht und die Vorstellungen sich jeweils nach Geschlecht, Alter und sozialer Herkunft unterscheiden. So geht man davon aus, dass die Haltung zur Gesundheit lebensgeschichtlich erlernt wird (Blättner 1998: 79). Auch oder gerade die Kategorie Geschlecht beeinflusst Gesundheit über gesundheitsrelevante Einstellungen, Wissensbestände, Wertesysteme, Verhaltensweisen und unterschiedliche Lebensbedingungen. Die folgenden Ausführungen werden zeigen, dass sich je nach Geschlecht erhebliche Differenzen zum subjektiven Gesundheitserleben, zum aktiven Gesundheitsverhalten und auch in der Teilhabe an Angeboten der Gesundheitsbildung offenbaren. Die geschlechtsspezifische Segregation in der Gesundheitsbildung ist hierbei so drastisch, dass man durchaus von Gender-Rätseln sprechen kann. Nachfolgend soll dies für die größte Bildungseinrichtung der allgemeinen Erwachsenenbildung beschrieben werden, für die Volkshochschule.

2 Geschlechterdifferenzen in der Teilnahme an Gesundheitsbildung am Beispiel der Volkshochschule

Die Volkshochschule gilt als größter Anbieter von Bildungsangeboten der allgemeinen Erwachsenenbildung. Ihre Angebote sind in verschiedene Programmbereiche unterteilt. Gemessen an den Unterrichtsstunden ist der Programmbereich „Gesundheitsbildung“ der zweitgrößte Bereich nach den Sprachen (vgl. Reichart/Huntemann 2008: 11). Dieser Bereich verzeichnet über die Jahre hinweg eine stark expandierende Zuwachsrate, die auf ein wachsendes Interesse an Gesundheitsfragen zurückzuführen ist. Seit den 1980er Jahren hat sich die Gesundheitsbildung ausgehend von der Frauen- und Ökologiebewegung zu einem eigenständigen Themenbereich weiterentwickelt (vgl. Hoh/Barz 2009: 732), der beständig durch eine produktive Frauengesundheitsforschung wissenschaftlich erforscht wurde und wird.

Im Programmbereich „Gesundheit“ finden sich beispielsweise Angebote im Bereich Gymnastik, Bewegung, Körpererfahrung, Autogenes Training, Yoga und Entspannung. An diesen Angeboten partizipieren Männer und Frauen in unterschiedlichem Umfang. Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, dass in allen Programmbereichen der Volkshochschule Frauen die Mehrheit unter den Teilnehmenden bilden. Ihre Anteile sind ins-

besondere im Programmbereich „Gesundheit“ mit 84,9 % sowie „Kultur – Gestalten“ mit 79,6 % am höchsten (vgl. Reichart/Huntemann 2008: 13).

Tabelle 1: Geschlechtsverteilung in Kursen nach Programmbereichen
(Reichart/Huntemann 2008: 36f.)

Fachbereiche										Gesamt	
Politik – Gesellschaft – Umwelt		Kultur – Gestalten		Gesundheit		Sprachen		Arbeit – Beruf			
Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
67,5 %	32,5 %	79,6 %	20,4 %	84,9 %	15,1 %	69,5 %	30,5 %	63,3 %	36,7 %	74,9 %	25,1 %

Obwohl eine geschlechtsdifferente Haltung zu Gesundheitsthemen aufgrund solcher Zahlen festgestellt werden kann, steht eine genauere und umfassende Analyse der Weiterbildungsbeteiligung an Gesundheitsbildung noch aus. Im Kontext von Milieustudien finden sich beispielsweise Hinweise zur unterschiedlichen Nutzung von Gesundheitsbildung in Abhängigkeit zum sozialen Milieu. So wird ein eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten in einigen Milieus hoch bewertet und praktiziert und in anderen Milieus eher randständig eingeschätzt (dazu Hoh/Barz 2009). Fragen nach der geschlechtsspezifischen Teilnahme werden im fachöffentlichen Diskurs der Erwachsenenbildungsforschung überwiegend ausgeklammert. Auch Venth formuliert: „Die extreme Divergenz zwischen der Teilnehmerate von Frauen und Männern gibt Gender-Rätsel auf und stellt Forschungsfragen, welche in der Erwachsenenbildung noch nicht formuliert sind“ (Venth 2006: 97). Eine Recherche in der Forschungsdatendank SOFIS stützt diese Einschätzung, denn das Thema „Gesundheit“ wird zwar in verschiedenen medizinischen und soziologischen Kontexten behandelt, taucht aber in Bildungskontexten kaum auf.

Eine Erklärung hierfür liefert die Studie von Angela Venth. Venth untersucht über Diskursfragmente von Veranstaltungsankündigungen, wissenschaftlichen Studien und Dokumentationen von Fortbildungen für ErwachsenenbildnerInnen, wie Bildungspraxis gestaltet wird (2006). Für den Bereich Gesundheitsbildung kommt sie unter anderem zu dem Resultat, dass sich Frauen durch die körper- und subjektbezogenen Zugänge besonders angesprochen fühlen. Dieser Bildungsbereich mit expandierender Teilnehmerate wird allerdings im fachöffentlichen Diskurs als ‚unfachlich‘ abqualifiziert und bildungspolitisch randständig behandelt. Die Gesundheitsbildung bleibt damit, so resümiert Venth, Erwachsenenbildung zweiter Klasse.

Lediglich vereinzelt finden sich Studien zu diesem Themenbereich. Hinze und Samland etwa haben für ein regional eingegrenztes Gebiet in Hessen gezielt die Teilnahme an Präventionsangeboten über Teilnehmenden- und KursleiterInnenquoten analysiert (2004). Sie beziehen sich auf Daten von verschiedenen Anbietern von Gesundheitsbildungsangeboten, wie etwa Krankenkassen, Volkshochschulen und dem Gesundheitsamt. Ergänzend wurden Kursleitende und Teilnehmende befragt. Die Studie verweist auf einen Präventionsbedarf bei Männern und fordert neue Ansätze und Strategien zur Behebung des diskrepanten Geschlechterverhältnisses in der Gesundheitsbildung. Die Forscherinnen entwickeln einen Maßnahmenkatalog, um mehr Männer für gesundheits-

bezogene Angebote motivieren zu können. Auf ihre Schlussfolgerungen wird im weiteren Verlauf Bezug genommen.

Die Studie von Theisen und Sinner arbeitet im Kontext einer Repräsentativbefragung zur Bildung Älterer (vgl. Tippelt u. a. 2009) über ExpertInnen- und Tiefeninterviews sowie Gruppendiskussionen detaillierte Informationen über Zielgruppen- und TeilnehmerInnenstrukturen der Gesundheitsbildung heraus. Die Autorinnen betrachten nicht nur die Teilnahme an organisierter Gesundheitsbildung, sondern auch das gesundheitsrelevante Verhalten im Alltag und die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand (Theisen/Sinner 2009). Männer nehmen, so ein Ergebnis der Studie, „häufig erst dann an Gesundheitsbildung [teil], wenn sie in ihrer Gesundheit bereits stark eingeschränkt sind“ (Theisen/Sinner 2009: 104). Neben der subjektiven Einschätzung über den Gesundheitszustand verweist die Studie auf die Korrelation zwischen Bildungsniveau und objektivem Gesundheitszustand. Personen mit einem höheren Bildungsniveau nutzen in einem stärkeren Umfang Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitserhaltung und erhöhen damit ihre Aussicht auf ein langes und gesundes Leben. Theisen und Sinner sprechen in diesem Kontext von dem „protektiven Effekt“ des Bildungsniveaus (Theisen/Sinner 2009: 95). Je höher das Bildungsniveau, desto häufiger werden Angebote der organisierten Gesundheitsbildung aufgesucht. Personen, die an Kursen der Gesundheitsbildung teilgenommen haben, bewerten zudem ihren subjektiven Gesundheitszustand positiver als Nicht-TeilnehmerInnen. Die Teilnahme an Kursen der Gesundheitsbildung hat also einen positiven Effekt auf die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes. Eine Analyse des Teilnahmeverhaltens verspricht aus diesem Grund nützliche Hinweise zur Planung von Präventionsangeboten, an denen sowohl Frauen als auch Männer partizipieren.

2.1 Erklärungsansätze zum geschlechtsdifferenten Teilnahmeverhalten

Gesundheitsbildung setzt einen vielseitigen und vernetzten Lernbegriff voraus, wobei beispielsweise die Lernziele eines Yoga-Kurses nicht immer klar benannt werden können. Auch in der Wahl der Methoden dominieren Verfahren, die auf eine Reflexion des körperlich-somatischen Befindens abzielen (vgl. Sperling 1990; Hess 2004). Da Frauen eine erhöhte Körpersensibilität nachgesagt wird (z. B. Hess 2004), kann man schlussfolgern, dass eine grundlegende Akzeptanz, sich mit Körperlichkeit auseinanderzusetzen und Emotionen wahrzunehmen, vorausgesetzt werden kann. Bei Männern wird hingegen eher eine ironisch-ablehnende Haltung festgestellt. Sie zweifeln den Bildungswert von körperbezogenen Kursen an und der Zugang zu reflexionsbezogenen Methoden fällt ihnen schwerer. Dies kann mit einer grundlegenden skeptischen Haltung gegenüber der Institution VHS begründet werden. Bereits zu Beginn der 1990er Jahre bemerkt Nuissl, dass Männer gerade die Angebote der VHS mit „Freizeit, geringer Leistung und Frauen, schließlich auch mit geringer Qualität“ assoziieren (Nuissl 1993: 65). Solche gering-schätzigen Imagezuschreibungen beeinträchtigen die Weiterbildungsansprache und Weiterbildungsnutzung. Vergegenwärtigt man den „protektiven“ Aspekt von Gesundheitsbildung (Theisen/Sinner 2009: 95), dann ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Mortalitätsrate angebracht, stärker über die AdressatInnenorientierung nachzudenken.

Frauen in Industrieländern leben im Durchschnitt 5 bis 8 Jahre länger als Männer (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005: 475). Die

geringere Lebenserwartung von Männern verweist neben genetischen Faktoren auch auf Sterblichkeitsmuster, die mit unterschiedlichen Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen. Häufige Todesursachen bei Männern wie Unfälle, Herzinfarkte, Leberzirrhose und Lungenkrebs spiegeln ein geschlechtertypisches Verhalten wider. Zu diesen Verhaltensfaktoren zählen beispielsweise Substanzmissbrauch, Risikoverhalten im Straßenverkehr und Extremsportarten (dazu ausführlich BMFSFJ 2005; Volz/Zulehner 2009). Männer, so lässt sich aus den empirischen Daten ableiten, verhalten sich gesundheits-schädigend. Frauen reagieren demgegenüber sensibler auf Krankheitsanzeichen, verhalten sich präventiver und fragen eher Beratungen nach (vgl. Otto 2006). Sie treiben zwar nicht unbedingt mehr Sport,¹ üben aber häufiger Entspannungs- und Meditationsübungen aus und trainieren ihr Gedächtnis (Theisen/Sinner 2009: 99).

Eine Betrachtung der spezifischen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ist gekoppelt an kulturelle Geschlechterbilder. Männliche Lebensläufe beinhalten spezifische Risikolagen und Ressourcen, die auf normative Erwartungen an die Geschlechtsrolle und die „männliche Identität“ zurückgeführt werden können. Insbesondere der beruflichen Arbeit kommt eine zentrale Bedeutung für die männliche Lebensgestaltung zu. Im Kontext von Gesundheit stellt sich etwa die Frage, wie Männer mit chronischer Arbeitsbelastung umgehen. Auch die sozialen Unterstützungen in Belastungssituationen, die jeweiligen Bewältigungsstile sowie die Wahrnehmung und der Umgang mit Beschwerden verweisen auf spezifische Gesundheitsbelastungen von Männern (Faltermaier 2004). Für Faltermaier zeigen sich folgende zentrale Themen einer männlichen Identität: „überragende Bedeutung von Arbeit und Beruf, die männliche Demonstration von Leistungsfähigkeit, Stärke und Erfolg, die Ausübung von Macht und die Betonung von Unabhängigkeit“ (Faltermaier 2004: 27). Maskulinität wird gemäß kultureller Geschlechterbilder überwiegend mit Funktionsfähigkeit und Erfolg gleichgesetzt und „maskuline Eigenschaften [erscheinen] als ein Garant für größeren Lebenserfolg und Zufriedenheit in unserer Gesellschaft [...], denn Glück und Erfolg werden vorwiegend an beruflichen Kriterien gemessen“ (Otto 2006: 4). Diese identitätsstiftenden Orientierungen stehen in enger Beziehung zu gesundheitlichen Risiken, Ressourcen und zur Handlungsorientierung von Männern.² Insbesondere der hohe Stellenwert von Arbeit und der damit verbundene Anspruch an Leistungsorientierung kann einen intensiven Arbeitseinsatz mit sich bringen, der „leicht zur Ausblendung von gesundheitlichen Risiken führt und der natürlich auch das Risiko des Scheiterns beinhaltet“ (Faltermaier 2004: 29). Eine gesundheitliche Gefährdung tritt dann verstärkt auf, wenn „Identitätsprojekte“ (Faltermaier 2004: 30), wie beispielsweise beruflicher Erfolg, scheitern.

Der Bedarf für mänderspezifische Präventionsangebote wird darum hoch bewertet, wobei die körper- und subjektbezogene Bildungsarbeit in der Gesundheitsbildung nach Ansicht von Faltermaier nicht unbedingt dem männlichen Selbstverständnis entspricht. Inwieweit sich der gegenwärtig in verschiedenen Kontexten diskutierte Wandel im männlichen Rollenverständnis (z. B. „neue Väter“) auf die Nutzung von Präventionsangeboten auswirkt, bleibt abzuwarten. Venth beurteilt die Entwicklung positiv, denn

1 Lademann/Kolip verweisen auf ein anderes Bewegungsverhalten von Frauen: Viele Transportwege werden zu Fuß oder mit dem Fahrrad erledigt, hinzu kommen Haus- und Gartenarbeit und Aktivitäten mit den Kindern (Lademann/Kolip 2008: 13).

2 Wobei das Geschlecht nur eine Kategorie von mehreren ist, denn auch die soziale Lage oder der kulturelle Hintergrund sind für eine Analyse des Gesundheitsverhaltens relevant.

langsam lernen auch Männer (bzw. es wird ihnen zugestanden), sich über ihre Gefühle auszutauschen und „ihren Körper ohne Leistungsdiktat wahrzunehmen“ (Venth 2000: 222f.). Das Verhältnis des Mannes zu seinem Körper und zur Gesundheit bleibt allerdings weiterhin divergent. Die Männerforschung fordert darum die Herausbildung einer neuen männlichen Identität. Der Umgang mit dem eigenen Körper gehört daher zu den großen Themen der Männerforschung (z. B. Foster 2004: 482).

2.2 Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsbildung

Die VHS hat in den letzten Jahren die Angebote der Gesundheitsbildung weiter ausdifferenziert und verschiedenste Kooperationsbeziehungen zu zentralen Gesundheitseinrichtungen aufgebaut, wie etwa zu Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Auch in der praktischen Bildungsarbeit wird seit Mitte der 1980er Jahre ein entsprechendes Konzept verfolgt. Der Rahmenplan Gesundheitsbildung (vgl. Arbeitskreis Gesundheitsbildung 1985) spiegelt die Neuausrichtung der Gesundheitsbildung wider. Ging es bis in die 1980er Jahre darum, in Fachvorträgen auf die Gefahren eines Risikoverhaltens hinzuweisen, fokussiert die neuere Bildungsarbeit die langfristige Verhaltensänderung durch Reflexionsangebote, die die biografische Dimension mitberücksichtigen.

In den 1920er und frühen 1930er Jahren ging es primär um körperorientierte Verfahren der Gesundheitserziehung, bei denen eine Fokussierung auf Beweglichkeit nach dem Prinzip „Bauch rein, Brust raus, Beine anheben“ dominierte (Blättner 1998: 22). Heute zeigen sich dagegen neue Umgangsweisen mit Körperlichkeit und ein veränderter Umgang mit sich selbst und der Umwelt. Man kann auch von einem Paradigmenwechsel sprechen, der sich gegenwärtig durch eine Ressourcenorientierung auszeichnet. Antonovsky gilt durch sein salutogenetisches Modell als Vorreiter dieses Paradigmenwechsels. Dieses Modell berücksichtigt ein gleichzeitiges Einwirken von pathogenetischen Faktoren (endogener und exogener Stress) und salutogenen Faktoren (Schutzfaktoren) wie psychosoziale, genetische und konstitutionelle Widerstandsquellen (Antonovsky 1979). Der Blick geht damit weg von den Defiziten und Krankheitsverursachern hin zu den Ressourcen der Gesundheitserhaltung bzw. Krankheitsbewältigung. Der jeweilige Gesundheitszustand hängt nach diesem Modell davon ab, inwieweit eine Person mithilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen aktuelle Anforderungen bewältigen kann. Krankheiten sind nach dieser Sichtweise auf multifaktorielle soziale Umwelt- und Lebensbedingungen sowie biologische und genetische Faktoren zurückzuführen.

Dieser Ansatz setzt ein subjektorientiertes, methodisches Vorgehen voraus. Lernen im Bereich der Gesundheitsbildung bezieht sich demgemäß auf Selbstwahrnehmung, auf die Korrektur von Deutungsmustern und Wertmaßstäben, auf Identitätsfindung und den Erwerb von Handlungskompetenz (dazu Siebert 1990: 57f.). Gesundheitsbildung erfolgt also nicht „über Belehrung und moralische Appelle, sondern nur über Einsicht, Selbstbewusstsein und reflexives Lernen“ (Siebert 1990: 67). Das Sprechen und Reflektieren über Krankheiten wird im beruflichen Umfeld von Männern allerdings vermieden, da sie eher den Eindruck von Kraft und Leistungsstärke vermitteln möchten als von Schwäche und Anfälligkeit.

Um die Frage zu beantworten, wie Kurse zur Gesundheitsbildung – etwa an der VHS – inhaltlich adressiert sein müssen, um auch Männer als Zielgruppe erfolgreich

gewinnen zu können, sollen die bestehenden Angebote im Bereich der Gesundheitsbildung auf Gendersensibilität betrachtet werden. Ein wichtiger Ansatzpunkt hierfür ist ein Blick in die Weiterbildungsprogramme.

Diese Programme haben den Zweck, Informationen über das Angebot von Weiterbildungseinrichtungen zu geben. Sie enthalten Angaben über die Kursleitenden, das Thema, den Ort und die Zeit, die Kosten, den groben Ablauf, die Methodik und die Lernziele. Sie bilden den ersten Berührungspunkt zwischen potenziellen Teilnehmenden und der Weiterbildungseinrichtung. Eine entscheidende Frage ist dabei, inwieweit sich Männer und Frauen durch die Programme angesprochen fühlen (dazu etwa Schlüter/Harmeier 2009).

Feministisch orientierte Bildungsarbeit hat in der Erwachsenenbildung eine lange Tradition (vgl. etwa Gieseke 2001). Und gerade die Gesundheitsbildung war im Rahmen der Frauenbewegung eine kritische Kraft, die sich gegen das patriarchal ausgerichtete Verständnis von weiblichem Körper und Medizin stellte. Die Suche nach Identität führte manchmal zu Magersucht und anderen Erscheinungen anstatt zu positiver Annahme von Weiblichkeit (Stahr u. a. 1991). Solche Befunde finden sich in entsprechenden Angeboten wieder, die sich speziell an Frauen wenden und bei denen es um die Bearbeitung frauenspezifischer und frauenpolitischer Themen geht, wie etwa „Selbstverteidigung für Frauen“, „Wechseljahre, was nun?“ oder „Frauen in der Lebensmitte. Kreativer Lebenstreff“.³ Aktuell zeigt sich allerdings, dass das Geschlecht und damit zusammenhängende geschlechtsspezifische Angebote reduziert bzw. vollständig aufgehoben werden. Venth beschreibt dies als Prinzip der Geschlechtsneutralisierung (Venth 2006: 64). Problematisch ist dies insofern, als dass zwischen den Lerninteressen von Frauen und Männern kein Unterschied angezeigt wird. Das Bestreben, Offenheit für beide Geschlechter über eine geschlechtsneutrale Ansprache zu signalisieren, birgt also die Gefahr, Geschlechterunterschiede und Ungleichheiten zu neutralisieren (vgl. Schlüter 2004).

Jede Volkshochschule hat ihre eigenen Strategien zur Zielgruppenansprache in der Gesundheitsbildung entwickelt. An der VHS Essen wird ein geschlechtsneutraler Ansatz verfolgt. Die dortige Fachbereichsleiterin für Natur und Gesundheit stellt im Teilnahmeverhalten von Männern fest, dass diese bestimmte Angebote nutzen, die ihrem Selbstverständnis entsprechen und unabhängig von einer geschlechtsspezifischen Ansprache sind. So verzeichnet sie beispielsweise ein wachsendes Interesse von männlichen Adressaten für Entspannungsangebote, die eher im Kontext der beruflichen Anforderungen beworben werden.

Ob der gegenwärtige Trend der Geschlechtsneutralisierung zielführend ist, um die bislang kaum erreichte Zielgruppe „Männer“ für Angebote der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen zu gewinnen, wird von BildungswissenschaftlerInnen kritisch diskutiert. So fordern beispielsweise Gieseke u. a., dass Gesundheitsbildung bei Männern und Frauen unterschiedlich ansetzen muss, „wenn sie emanzipatorisch wirken will“ (Gieseke u. a. 1997: 90). Über die unterschiedlichen Lerninteressen von Frauen und Männern im Kontext der Gesundheitsbildung ist allerdings noch zu wenig bekannt. Deren Erforschung ist jedoch wichtig, da etwa Lademann und Kolip darauf hinweisen, dass Präventionsangebote für Frauen und Männer unterschiedlich aufgebaut sein müssen. Sie erläutern dies am Beispiel des Tabakkonsums: Für junge Frauen ist häufig die befürchtete Gewichtszunahme

3 Die Veranstaltungstitel sind den Programmheften der VHS Köln aus den Jahren 1978–2008 entnommen.

ein großes Hindernis, den Tabakkonsum einzuschränken oder aufzugeben, während junge Männer mit dem Aspekt der Leistungsfähigkeit für Interventionsmaßnahmen durchaus gewonnen werden können (Lademann/Kolip 2008: 17). Für Altgeld kann darum nur eine stärkere Berücksichtigung von männlichen Kommunikationskanälen zielführend sein, da die Motivation zur Beschäftigung mit Gesundheitsthemen bei Männern anders erfolgt als bei Frauen (Altgeld 2004). „Die Geschlechtsneutralität der bisherigen Konzepte erweist sich eher als Geschlechtsinsensibilität, die die Effektivität und Effizienz von Interventionen beeinträchtigt“ (Altgeld 2004: 285). Zudem warnt er vor einem homogenisierenden bzw. bipolaren Blick auf die Zielgruppe „Mann“, denn „[d]ie männliche Identität existiert nicht, sondern männliche Identitäten und deshalb auch nur Männergesundheit und nicht die Männergesundheit“ (Altgeld 2004: 285). Diese Aussagen verweisen auf eine weitere Anforderung: Differenzierung statt Neutralisierung.

3 Gender-Kompetenz in der Bildungsplanung

Die oben beschriebenen Beispiele zeigen, dass Gendersensibilität einen wesentlichen Einfluss auf Maßnahmen der Gesundheitsbildung haben sollte und sowohl bei der Kursausschreibung als auch bei der Kursdurchführung berücksichtigt werden muss. Ob allerdings eher die Aufhebung der geschlechtlichen Etikettierung, das „Gender-free“, oder die Anerkennung der Verschiedenheit und „doing gender“ eine wirksame Strategie sind, um Frauen und Männer gleichermaßen anzusprechen, wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Will Erwachsenenbildung sich als Ort verstehen, an dem eine konstruktive Auseinandersetzung um die Ausgestaltung der Geschlechterverhältnisse erfolgt, müssen ihre Angebote auch danach bewertet werden, inwieweit sie zu einer Gleichstellung der Geschlechter beitragen und die Lebenssituation von Frauen und Männern verändern können. Anstatt klassische Stereotype über Weiblichkeit und Männlichkeit fortzuschreiben, zielen die Konzepte im Bereich „Gender-Kompetenz“ darauf ab, die Mechanismen der sozialen Konstruktion, des „doing gender“, auf individueller, interaktioneller und institutioneller Ebene zu betrachten.

Derichs-Kunstmann (2003) fordert, bei der Gestaltung von Bildungsarbeit die Lebensbedingungen der teilnehmenden Frauen und Männer zu berücksichtigen. Das hat Konsequenzen für die familienfreundliche, zeitliche Planung von Angeboten, die Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes und die Ausgestaltung des Gebäudes und der Räume. Auch die Frage nach der Kinderbetreuung während der Veranstaltungen ist relevant. Für Veranstaltungsprogramme und Seminaurausschreibungen fordert Derichs-Kunstmann eine geschlechtergerechte Sprache. Fragen nach einer geschlechtsspezifischen Zielgruppenansprache müssen darum insbesondere für die Gesundheitsbildung stärker gestellt werden: Ist beispielsweise das Informationsmaterial für beide Geschlechter gleichermaßen ansprechend? Wie ist die Geschlechterverteilung der Kursleitenden? Hinze und Samland schlagen vor, in Informations- und Werbeprogrammen gezielt Männer anzusprechen und extra Kurse für Männer mit einer männlichen Kursleitung anzubieten (Hinze/Samland 2004: 179). Auch über Familienangebote sollte nachgedacht werden, da hierüber ein Mitnahmeeffekt der gesundheitsaktiveren Partnerin prognostiziert wird. Zudem spielt der Settingansatz eine wichtige Rolle, um Männer als Adressaten von Gesundheitsbil-

derung zu erreichen. Vor allem die betriebliche Gesundheitsförderung stellt laut Lademann und Kolip (2008) einen wichtigen Ansatz dar, um Männer für Themen der Prävention zu interessieren. Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenversicherung werden über diesen Weg besonders gut angenommen. Hinze und Samland fordern darum, dass Männer für Gesundheitsbildung dort beworben werden sollten, „wo sie arbeiten und ihre Freizeit verbringen“ (Hinze/Samland 2004: 179). Dies bedeutet dann unter Umständen, dass die Volkshochschule für Männer nicht der geeignete Bildungsanbieter ist.

Nach unseren Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass mehr Erkenntnisse über die Lerninteressen von Männern und ihre Haltungen zu Angeboten der Gesundheitsbildung notwendig sind.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas. (2004). Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren? In Thomas Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen und Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 265–286). Weinheim, München: Juventa
- Antonovsky, Aaron. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Arbeitskreis Gesundheitsbildung. (1985). *Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*. Frankfurt: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes
- Blättner, Beate. (1998). *Gesundheit läßt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht*. Zugriff am 2. Juni 2009 unter www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-1998/blaettner98_01.pdf
- BMFSFJ. (2005). *Gender-Datenreport*. Zugriff am 7. Juni 2009 unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/0-einleitung.html
- Derichs-Kunstmann, Karin. (2003). *Geschlechtergerechte Didaktik für die Bildungsarbeit mit Erwachsenen*. Zugriff am 17. Juni 2010 unter www.ruhr-uni-bochum.de/fiab/pdf/onlinetexte/online5.pdf
- Faltermaier, Toni. (2004). Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern? In Thomas Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 11–34). Weinheim, München: Juventa
- Foster, Edgar. (2004). Jungen- und Männerarbeit. In Edith Glaser, Dorle Klika & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch Gender und Erziehungswissenschaft* (S. 477–490). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Gieseke, Wiltrud. (2001). *Handbuch zur Frauenbildung*. Opladen: Leske + Budrich
- Gieseke, Wiltrud u. a. (1997). *Evaluation der Weiterbildung*. Bönen: Verlag für Schule und Weiterbildung Kettler
- Hess, Simone. (2004). Förderung von Gesundheit durch biographisches Lernen mit dem Ziel sozio-emotionaler Kompetenzentwicklung. In Anne Schlüter & Ines Schell-Kiehl (Hrsg.), *Erfahrung mit Biographien* (S. 176–192). Bielefeld: Bertelsmann
- Hinze, Lieselotte & Samland, Andrea. (2004). Gesundheitsbildung – reine Frauensache? Geschlechtsspezifische Analyse der Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungskursen. In Thomas Altgeld (Hrsg.), *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 171–182). Weinheim, München: Juventa
- Hoh, Ruth & Barz, Heiner. (2009). Weiterbildung und Gesundheit. In Rudolf Tippelt & Aiga von Hippel (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung* (S. 729–746). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hurrelmann, Klaus & Kolip, Petra. (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber

- Lademann, Julia & Kolip, Petra. (2008). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In Bernhard Badura u. a. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit* (S. 5–20). Berlin: Springer
- Nuissl, Ekkehard. (1993). *Männerbildung. Vom Netzwerk bildungsferner Männlichkeit*. Bad Homburg: Vas – Verlag für Akademische Schriften
- Otto, Sylvana. (2006). *Gender und Gesundheit – Geschlechtsdifferentes Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen – differente Partizipation*. Zugriff am 2. Juni 2009 unter www.gesundheitberlin.de/download/Otto
- Reichart, Elisabeth & Huntemann, Hella. (2008). *Volkshochschul-Statistik 2007. 46. Folge, Arbeitsjahr 2007*. Zugriff am 25. März 2009 unter www.die-bonn.de/doks/reichart0802.pdf
- Schlüter, Anne. (2004). Gender und Erwachsenenbildung. In Edith Glaser, Dorle Klika & Annedore Prengel (Hrsg.), *Handbuch Gender und Erziehungswissenschaft* (S. 502–514). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Schlüter, Anne & Harmeier, Michaela. (2009). Genderbezogene Segregationseffekte auf das Weiterbildungsverhalten zwischen statistischer Angleichung und biographischer Differenzierung. *Hessische Blätter für Volksbildung*, (4), 356–365
- Siebert, Horst. (1990). Didaktik der Gesundheitsbildung. In Heide Sperling (Hrsg.), *Gesundheit* (S. 55–76). Oldenburg: o. V.
- Sperling, Heide. (1990). Methoden in der Gesundheitsbildung. In Heide Sperling (Hrsg.), *Gesundheit* (S. 77–91). Oldenburg: o. V.
- Stahr, Ingeborg; Jungk, Sabine & Schulz, Elke. (1991). *Frauengesundheitsbildung – Grundlagen und Konzepte*. Weinheim, München: Juventa
- Theisen, Catharina & Sinner, Simone. (2009). Gesundheitsbildung. In Rudolf Tippelt u. a. (Hrsg.), *Bildung Älterer: Chancen im demographischen Wandel* (S. 94–104). Bielefeld: Bertelsmann
- Tippelt, Rudolf u. a. (Hrsg.). (2009). *Bildung Älterer. Chancen im demographischen Wandel*. Bielefeld: Bertelsmann
- Venth, Angela. (2000). Gesundheitsfördernde Frauenweiterbildung. In Elisabeth de Sotelo (Hrsg.), *Frauenweiterbildung. Innovative Bildungstheorien und kritische Anwendungen* (S. 218–226). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Venth, Angela. (2006). *Gender-Porträt Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann
- Volz, Rainer & Zulehner, Paul M. (2009). *Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland*. Zugriff am 15. April 2009 unter www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/M_C3_A4nner-in-Bewegung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

Zur Person

Anne Schlüter, Prof. Dr., Professorin für Weiterbildung und Frauenbildung, Geschäftsführende Institutsdirektorin des Instituts für Berufs- und Weiterbildung an der Universität Duisburg-Essen, Fachgebiet: Erwachsenenbildung/Bildungsberatung. Arbeitsschwerpunkte: Bildungs- und Biographieforschung, Frauen- und Geschlechterforschung
Kontakt: Weststadttürme A.08.05, Berliner Platz 6–8, 45127 Essen, E-Mail: anne.schluter@uni-due.de

Michaela Harmeier, Dr., Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Universität Duisburg-Essen, Fachgebiet: Erwachsenenbildung/Bildungsberatung. Arbeitsschwerpunkte: Erwachsenenbildung, Biographieforschung, Frauen- und Geschlechterforschung
Kontakt: Weststadttürme A.08.06, Berliner Platz 6–8, 45127 Essen, E-Mail: michaela.harmeier@uni-due.de