

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



DOKUMENTATION DER 30. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 10|2020

Update.

Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Update.

Genderbewusste Arbeit
bei Suchtstörungen

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Alexandra Schüssler

Layoutkonzept und Gestaltung:
hgb – Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Erschienen im April 2021

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

BÄRBEL LÖRCHER-STRÄßBURG, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung	Update. Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen	6
---	--	---

VORTRÄGE

PROF. DR. IRMGARD VOGT	Suchtrisiken und Suchthilfen: Wie gelingt frauensensible Suchtarbeit?	8
ANDREAS BÖGGERING	Wie gelingt männersensible Suchtarbeit?	16
DR. CAROLA REIMANN	Statement der Sozial- und Gesundheitsministerin	21
DORIS HEINZEN-VOß	Cross-Work – Frauen in der Arbeit mit suchtmittel- abhängigen Männern	24
HANS-JOACHIM LENZ	Mann oder Opfer? Die Verdeckung männlicher Verletzbarkeit im Kontext von männlicher Gewaltbetroffenheit und Suchtabhängigkeit	28

ANHANG

Themen bisheriger Suchtdokumentationen Verzeichnis der Referent*innen	34
--	----

BÄRBEL LÖRCHER-STRABBURG

Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung

Update.

Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleg*innen,

ganz herzlich begrüße ich Sie zur heutigen Suchtkonferenz „Update. Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen“.

Als wir die Konferenz im letzten Jahr geplant haben, war noch nicht abzusehen, dass wir virtuell tagen werden. Vieles hat sich seither geändert und ich bin Herrn Altgeld, Frau Schüssler, dem Team der LVG und den Referent*innen sehr dankbar, dass wir die Suchtkonferenz in diesem Format durchführen können.

Herzlichen Dank dafür!

Ich muss aber auch gestehen, dass ich mich im Geheimen schon jetzt auf die nächste Konferenz freue, bei der wir uns hoffentlich wieder persönlich begegnen können, uns in den Pausen austauschen und vernetzen können und in der Mittagspause unser Nudelbuffet genießen können.

Genderbewusstes Arbeiten ist seit mehr als 30 Jahren ein Thema der Suchthilfe und seit vielen Jahren ein fachlich akzeptierter Standard. Denn sowohl Erfahrungen als auch For-

schungsergebnisse belegen, dass die Kategorie Geschlecht sowohl für die Entwicklung von Suchterkrankungen als auch für deren Behandlung eine wichtige Rolle spielt. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede trägt dazu bei, dass suchtspezifische Beratung und Behandlung zielgruppenspezifischer erfolgen kann und dadurch erfolgreicher wird.

Die niedersächsische Richtlinie „über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ sieht schon seit vielen Jahren vor, dass die Suchtberatungsstellen geschlechtsspezifische Arbeit berücksichtigen und umsetzen.

Die heutige Konferenz stellt ausschließlich Beiträge zu frauensensibler und männersensibler Arbeit vor. Das heißt nicht, dass die Diskussion um ein erweitertes Spektrum geschlechtlicher Identitäten an Niedersachsen vorbeigegangen ist. Es heißt einfach nur, dass wir nicht alle wichtigen Themen in der wenigen Zeit, die wir hier und heute zur Verfügung haben, bearbeiten können.

Sollten Sie Interesse haben, das Thema erweiterter geschlechtlicher Identitäten im Kontext von Sucht zu diskutieren und im Rahmen einer Konferenz zu behandeln, können wir gerne im Verlauf des nächsten Jahres einen Workshop dazu organisieren, um einschätzen zu können, wie der Bedarf in der Praxis ist. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, uns im Laufe der Konferenz dazu ein Feedback zu geben.

Heute machen wir Ihnen das Angebot, sich mit geschlechtergerechter Suchtarbeit auseinander zu setzen, mit aktuellen, wie ich finde sehr interessanten Akzentuierungen.

Denn auch wenn die Essentials klar sind und genderbewusstes Arbeiten als selbstverständlich betrachtet wird, ist es doch notwendig, sich immer mal wieder zu vergewissern:

Stimmen Theorie und Praxis der Suchthilfe überein?
Arbeiten wir tatsächlich geschlechtersensibel, mit allen Konsequenzen?
Was hat sich in der Praxis verändert, worauf weisen neuere Forschungsergebnisse hin?

Gibt es neue Erkenntnisse, Phänomene, die es notwendig machen, den geschlechtssensiblen Blick zu erweitern?

Ich freue mich auf die Eingangsvorträge, die darauf eingehen, wie männersensible und frauensensible Suchtarbeit gelingen kann. Ich freue mich auch auf die Workshops, denn in den Workshops können wir einen Blick auf sich verändernde Realitäten werfen. Denn es hat sich tatsächlich eine ganze Menge geändert – nicht nur pandemiebedingt.

Beispielsweise haben wir es in den sogenannten helfenden Berufen, einschließlich Medizin und Psychologie mittlerweile mit einer konsequenten Feminisierung zu tun:

- » **Sozialarbeit** war schon immer – mit einigen wenigen Ausnahmen wie zum Beispiel Sucht/Drogenarbeit und Jugendarbeit – weiblich geprägt,
- » in der **Medizin** haben wir es aktuell mit einem Geschlechterverhältnis bei den Studierenden von 70 % Frauen zu 30 % Männern zu tun,
- » in der **Psychologie** mit 80/85 : 20/15 % weiblichen : männlichen Studienanfängern.

Es ist wirklich wichtig zu schauen, was daraus für die jeweiligen Arbeitsbereiche folgt. Dies gilt insbesondere für Arbeitsbereiche wie Sucht, in denen auf der Klient*innenseite circa $\frac{2}{3}$ Männer sind.

Im **Workshop I** haben Sie die Möglichkeit, sich mit den Chancen von Cross-Work auseinander zu setzen. Cross-Work bedeutet „Über-Kreuz-Pädagogik“ bezogen auf das Geschlecht, d.h. Frauen arbeiten mit Jungen/Männern, Männer arbeiten mit Mädchen/Frauen. Die Chancen und Möglichkeiten dieses bewusst eingesetzten Arbeitsansatzes werden in dem Workshop erläutert. Im **Workshop II** haben Sie die Möglichkeit, sich mit den Auswirkungen geschlechtsspezifischer Gewalt auf Jungen und Männer und der Bedeutung dieser Gewalterfahrungen auf die Bedingungsfaktoren von Suchterkrankungen zu befassen. Ebenfalls ein sehr spannender und notwendiger Blickwinkel.

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass wir noch einen weiteren Experten für Männergesundheit heute hier an Bord haben und zwar Thomas Altgeld. Thomas Altgeld begleitet die Suchtkonferenzen seit vielen Jahren inhaltlich und führt uns als versierter Moderator gut durch die Konferenzen – dafür an dieser Stelle ausdrücklichen Dank!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie an der ein oder anderen Stelle Ihre Expertise heute hier einbringen würden, insbesondere den Blick auf die geschlechtsspezifische Kommunikation zu Gesundheitsthemen, den Blick darauf, wie wir Männer und Frauen zielgruppenspezifischer ansprechen und damit besser erreichen können. Dies bezieht sich sowohl auf präventive Ansätze, auf Frühintervention, aber auch auf Beratung und Behandlung.

Wie Sie wissen, erreichen wir mit unseren suchtspezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten Menschen mit suchtbefragten Problemen erst nach durchschnittlich 10,2 Jahren.

Eine lange, oft zu lange Zeit vergeht, in der sich Abhängigkeitsprobleme manifestieren können, an dieser Stelle können wir noch besser werden ...

Der gendergerechte Blick ist für die Behandlung wichtig, aber auch für die Prävention und die Ansprache suchtspezifischer Themen. Möglicherweise gelingt es uns durch gendergerechte Ansätze eher Menschen in ihrer Lebensrealität zu erreichen und dadurch frühzeitiger Beratungs- und Behandlungsangebote zu vermitteln.

Ich denke, dass wir die Möglichkeiten gezielter, geschlechtsspezifischer Ansprache für Prävention, Beratung und Behandlung noch besser nutzen könnten und sollten.

Nun möchte ich Ihnen eine anregende Tagung wünschen und freue mich auf die Beiträge unserer heutigen Referent*innen und übergebe die Moderation an Herrn Altgeld.

Suchtrisiken und Suchthilfen: Wie gelingt frauensensible Suchtarbeit?

Vorbemerkung

Das Thema **Wie gelingt frauensensible Suchtarbeit?** ist anspruchsvoll und komplex. Aus pragmatischen Gründen konzentriere ich mich auf **substanzbezogene Süchte**, also auf Probleme von Mädchen und Frauen mit dem Konsum von Alkohol und von Straßendrogen (im Folgenden: Sammelbezeichnung für illegale Substanzen wie Heroin, Kokain, Methamphetamin usw.) sowie auf psychoaktive Medikamente (vornehmlich Beruhigungs- und Schmerzmittel) und auf die professionelle und frauensensible Behandlung von Substanzkonsumproblemen. Ich gehe hier nicht ein auf frauenspezifische Verhaltenssüchte und deren Behandlung, auch nicht auf geschlechtersensible Präventionsansätze.

Ich gehe grundsätzlich von der Annahme aus, dass jede Frau beziehungsweise jeder Mensch im Lebenslauf Episoden mit gesundheitsgefährdendem beziehungsweise süchtigem Konsum von psychoaktiven Substanzen durchleben kann. Viele überwinden solche Episoden, manche bleiben daran hängen. Psychoaktive Substanzen zu konsumieren, die Sucht erzeugen können, ist also normal! Allerdings sind die Risiken, über längere beziehungsweise lange Zeit gesundheitsschäd-

liche Konsummuster zu entwickeln, unterschiedlich verteilt. Das liegt zum einen an den **sozialen Normen und Regeln**, die unseren Alltag beherrschen, und zum anderen an den **Risikofaktoren**, die ungleich verteilt sind.

Hintergründe und Risikofaktoren

Ich beginne mit einigen Anmerkungen zu den **sozialen Normen und Regeln und den Geschlechtern**. Pauschal gilt: Weltweit haben Jungen/Männer im Vergleich zu Mädchen/Frauen ein höheres Risiko, von Alkohol, Nikotin, Cannabis (THC) und anderen Straßendrogen abhängig zu werden. Mädchen/Frauen haben im Vergleich zu Jungen/Männern ein höheres Risiko, von psychoaktiven Medikamenten, die Ärzt*innen verschreiben, abhängig zu werden. Mit dem Alter (60 Jahre und älter) verändern sich die Konsummuster beider Geschlechter etwas.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Konsum von Alkohol, Nikotin, Cannabis und anderen Straßendrogen haben sehr viel mit sozialen Normen zu tun. Wir „lernen“ von der Kindheit an, welches Verhalten für welche Personengruppe in welchen Kontexten akzeptiert wird und welches eher nicht. In der Beobachtung von Erwachsenen ergänzen

und verfeinern Kinder ihre Konzepte über den angemessenen und unangemessenen Umgang mit einer Reihe von psychoaktiven Substanzen. Kommen sie ins Jugendalter, haben sie bereits viel Wissen über Alkohol, Nikotin (Zigaretten beziehungsweise Nikotinprodukte), Cannabis und andere psychoaktive Substanzen gesammelt. Mit dem Einstieg in den eigenen Konsum zwischen 12 und 15 Jahren formen sie ihre eigenen Konzepte über diese Substanzen aus und wie sie selbst damit umgehen wollen. Die Ergebnisse einer Vielzahl von empirischen Studien belegen für Deutschland die Differenzen zwischen den Geschlechtern immer wieder (vgl. Tabelle 1), wobei sich im Zeitverlauf leichte Schwankungen ergeben, auf die ich hier nicht eingehen kann.

Bemerkenswert ist, dass die meisten Jugendlichen Risikokompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen erwerben und als Erwachsene beibehalten. Das bedeutet, dass Menschen im Alter zwischen 15 und circa 25 Jahren lernen, wie sie intentional, erfolgreich und verantwortungsvoll mit psychoaktiven Substanzen umgehen können. Allerdings gibt es **suchtspezifische Risikofaktoren**, die es für alle Geschlechter schwieriger machen, kompetent und verantwortungsvoll mit Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen umzugehen. (vgl. Tabelle 2)

Substanzen	Frauen %	Männer %	Gesamt %
Riskanter Konsum von Alkohol	13,4	17,0	15,2
Abhängigkeit von Alkohol	2,0	4,8	3,4
Rauchen Abhängigkeit	9,0	12,5	10,8
Missbrauch von Cannabis	0,2	0,8	0,5
Abhängigkeit von Cannabis	0,2	0,8	0,5
Abhängigkeit von Heroin	0,1	0,3	0,2
Abhängigkeit von Amphetaminen und verwandten Stoffen	0,3	1,2	0,7

- » Ungünstige genetische Ausstattung (etwa durch Sucht eines Elternteils)
- » Konsum der Mutter von psychoaktiven Substanzen während der Schwangerschaft
- » Bindungsstörungen (und ungenügende Förderung oder Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend)
- » Stress in der Familie wegen Armut und schlechten Umweltbedingungen
- » Opfer von psychischer, körperlicher, sexueller Gewalt in der Familie oder im sozialen Nahraum und Beobachtung von Gewalttätigkeiten in der Familie
- » Negatives Selbstbild und niedriges Selbstwertgefühl
- » Problematischer Kreis von Freund*innen (wenig Unterstützung durch Familienangehörige oder andere Personen)
- » Erfahrungen von Ausgrenzung und Stigmatisierung

Tabelle 1: ANGABEN ZUM MISSBRAUCH UND ZUR ABHÄNGIGKEIT VON VERSCHIEDENEN PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN NACH GESCHLECHT, IN PROZENT (vgl. Vogt, 2021)

Tabelle 2: RISIKOFAKTOREN ALS DISPOSITION ZU SUBSTANZKONSUMSTÖRUNGEN (ebd.)

Gewalttätigkeiten	Frauen ohne Suchtprobleme	Frauen mit Suchtproblemen
Schwere körperliche Gewalt	37 %	50–60 %
Sexuelle Gewalt	13 %	30–40 %

Tabelle 3: FRAUEN OHNE UND MIT SUCHTPROBLEMEN: ANGABEN ZU ERLEBTEN GEWALT
(Befragte ab 16 bzw. 18 Jahren, Müller & Schröttle, 2006; Zenker et al., 2002).

Auf viele Risikofaktoren haben Menschen keinen oder nur einen sehr begrenzten Einfluss, wie auf die genetische Ausstattung oder das Bindungsverhalten der wichtigsten Bezugspersonen in den ersten Lebensjahren. Sie haben auch keinen Einfluss darauf, ob sie in der Kindheit/frühen Jugend Opfer von körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt werden, müssen aber mit den damit verbundenen Folgen im eigenen Leben fertigwerden. Wir wissen heute, dass viele erwachsene Männer und manche Frauen unter der Einwirkung von Alkohol und einigen anderen Drogen dazu neigen, gewalttätig gegenüber anderen Personen zu werden (z.B. Duke et al., 2018). Im häuslichen Umfeld sind die Opfer von körperlicher Gewalt überdurchschnittlich häufig Kinder und Mütter beziehungsweise Frauen. Kinder und Jugendliche, die Gewalttätigkeiten zwischen Vater und Mutter oder Mutter und aktuellem Partner beobachten, sind davon in ähnlicher Weise betroffen wie Kinder und Jugendliche, die selbst Opfer von Gewalt geworden sind. Besonders

zerstörerisch für die Entwicklung der Persönlichkeit ist die Erfahrung von sexueller Gewalt in der Kindheit, in der Jugend und im Erwachsenenleben. Diese Erfahrungen können tiefe Spuren im Gedächtnis hinterlassen. Je nach Fall kommt es zu unterschiedlichen Stress-Reaktionen, die die Entwicklung von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach sich ziehen können, ebenso von Ängsten oder Depressionen sowie von Persönlichkeitsstörungen (u.a. Borderline PS, dependente PS, multiple PS). Um diesen Erinnerungen zu entkommen, setzen die Opfer sehr oft selbst psychoaktive Substanzen ein. Das Risiko, dass sie selbst von diesen Substanzen abhängig werden, ist groß, wie die Daten in Tabelle 3 belegen.

Im Vergleich zu Jungen werden Mädchen häufiger Opfer von sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt. Die Gefahr, Opfer von Gewalttätigkeiten zu werden, wächst im Jugendalter und im Erwachsenenleben, wenn sie selbst unter dem Einfluss von Alkohol und anderen Drogen stehen. Insbe-

sondere qualitative Studien belegen, dass sich sexuelle Gewalterfahrungen in der Regel negativ auf das Selbstwertgefühl und das Selbstbild auswirken. Frauen, die lange in gewalttätigen und von Sucht bestimmten Beziehungen gelebt haben, beschreiben ihre eigene Wertlosigkeit drastisch: „das Gefühl, dass Du minderwertig bist, wenn Du Dich schlagen lässt, das ist mir klar. Dass Du ein wehrloses Menschenbündel bist, das geprügelt wird, ist mir klar Du wirst wertlos gemacht. Du wirst zum Spielball, du wirst zum Spielzeug. Du bist eigentlich ein wertloser Gegenstand, mehr bist Du gar net“ (vgl. Vogt, 2021, S.160). Überdies behindern das negative Selbstbild und das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit die Suche nach Hilfen und deren Annahme.

Frauen, die zur Entlastung von psychischem Stress psychoaktive Substanzen konsumieren und in ihren Freundeskreisen zudem dazu ermuntert werden, erleben vergleichsweise schnell Ausgrenzungen und Stigmatisierungen. Besonders betroffen da-

von sind neben Frauen auch sexuelle Minderheiten (Vogt, 2018). Das liegt auch daran, dass Frauen, die süchtig sind, oft im Verhalten und im Aussehen von der Modellvorstellung einer „normalen“, „durchschnittlichen“ Frau abweichen. Das spiegelt sich wider in vielen Berichten von Frauen mit Suchtproblemen. *„Die [Ärzte] denken, ach, das sind Junkies, das sind keine Menschen. Das hat mir schon der Kinderarzt so gesagt... Ja. Is' leider so. Wir werden oft in eine Schublade gesteckt und zugemacht, weil viele denken oder viele haben keine Ahnung von uns. Die denken, ach, das sind Junkies, das sind keine Menschen“* (vgl. Vogt, 2021, S. 331).

Die Öffentlichkeit und in abgeschwächter Form auch das Fachpersonal des Gesundheitswesens spiegeln den Betroffenen ihre Abweichung von der Norm zurück – sie machen sehr deutlich, dass sie Frauen, die „so aussehen“ oder sich „so verhalten“, ablehnen. Auch die Erfahrung von Ausgrenzung und Stigmatisierung senken die Bereitschaft, sich Hilfe wegen der Sucht zu suchen.

Auf vielen Umwegen finden in Deutschland dann doch erstaunlich viele Menschen einen Weg in das Suchthilfenetz, aber oft erst nach vielen Jahren der Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen. Wichtige Anlaufstellen sind die Suchtberatungsstellen, die es in allen Städten und schwerpunktmäßig auch in den Landkreisen gibt. Dort entscheidet sich meist, ob und wie es weitergehen soll und welche Schritte für eine Behandlung eingeleitet werden sollen (Vogt & Hansjürgens, 2020).

Diagnostik

Am Anfang jeder Suchtbehandlung sollte ein ausführliches Beratungsgespräch stehen und vor Beginn einer längeren Behandlung eine gute medizinische und psychosoziale Diagnostik stattfinden. Medizinische diagnostische Schemata stellt die ICD-10 (International Code of Diseases, ab 2022 die ICD-11) sowie das DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) zur Verfügung. Für eine psychosoziale Diagnostik können im Rahmen des Sozialberichts Module des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eingesetzt werden.

Nach ICD-10 diagnostiziert man eine Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz anhand von sechs Kriterien (Wunsch/Zwang zum Konsum, Kontrollverlust, körperliches Entzugssyndrom, Entwicklung einer Toleranz, Vernachlässigung sozialer Verpflichtungen, Konsum trotz schädlicher Wirkungen), von denen für die Dauer eines Jahres mindestens drei erfüllt sein müssen. Wenn eine Person mehrere psychoaktive Stoffe verwendet, muss für jede Substanz geprüft werden, ob eine Abhängigkeit vorliegt oder nicht. Ebenso sollte in jedem Einzelfall festgestellt werden, ob die Person unter weiteren psychischen Störungen leidet wie Depressionen (affektive Störungen einschließlich Manien sowie bipolare Störungen), Angststörungen (etwa phobische und andere Angststörungen), für akute und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sowie dissoziative oder somatoforme Störungen und

Persönlichkeitsstörungen (etwa abhängige, dissoziale PS, Borderline-PS). Im Rahmen der psychosozialen Diagnostik ist auch zu erheben, ob die Klientin mit Gewalttätigkeiten in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter konfrontiert war, ob sie Opfer von körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt wurde und welche Folgen dies für ihre Entwicklung und Lebensführung früher und heute hat. Wie neuere Studien zeigen, werden entsprechende Daten eher selten erhoben (Bailey et al., 2019), obwohl sie für die Hilfeplanung unverzichtbar sind.

Zum Abschluss müssen alle diagnostischen Befunde zusammengebracht und gewichtet werden, um in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen einen guten Behandlungsplan erarbeiten zu können.

Behandlungen

In Deutschland erlaubt ein gut ausgebautes Hilfenetz für Menschen mit Substanzkonsumproblemen die Wahl zwischen einer **stationären Behandlung in unterschiedlichen Typen von Rehabilitations-Kliniken** und einer **ambulanten Behandlung**, etwa in einer anerkannten Beratungsstelle oder einer Instituts-Ambulanz. Da die ambulanten Angebote zahlenmäßig sehr beschränkt sind und weitere Vorschriften die Aufnahme in diese erschweren (Frischknecht, 2017), stehen diese nur einer vergleichsweise kleinen Gruppe von Personen offen. Das ist bedauerlich, weil einige Hinweise darauf bestehen, dass die stark auf den Einzelfall zugeschnit-

tenen Behandlungspläne der ambulanten Angebote oft gute Ergebnisse erzielen.

Die Mehrzahl der Menschen mit Diagnosen für Substanzkonsumstörungen nimmt stationäre Behandlungsangebote wahr. Die meisten der Sucht-Rehabilitations-Kliniken (im Folgenden: Reha-Kliniken) nehmen Männer, Frauen und andere Geschlechter im Verhältnis 3:1 auf. Männer stellen also in diesen Einrichtungen die größte Gruppe von Patienten. Einige wenige der Reha-Kliniken nehmen nur Männer oder nur Frauen auf. Solche Einrichtungen nur für Frauen oder nur für Männer gibt es seit den Anfängen der stationären Hilfen für Menschen mit Alkoholproblemen (damals: Trunksucht), also etwa seit 1870. Ursprünglich wurden sie eingerichtet, weil man annahm, dass trunksüchtige Frauen auch sexsüchtig seien. Um die Männer vor der Gefahr, von Frauen sexuell „überfallen“ zu werden, zu bewahren, wurden für Frauen und Männer mit Alkoholproblemen getrennte Einrichtungen geschaffen. Erst ab den 1970er-Jahren wurden viele Sucht-Reha-Kliniken für beide Geschlechter geöffnet (mehr dazu buss, 2016).

Hier interessiert aber die Entwicklung einer neuen Generation von **ambulanten Anlauf- und stationären Behandlungseinrichtungen nur für Frauen** (mit dem Schwerpunkt: Abhängigkeit von Straßendrogen), die in den Achtziger-/Neunzigerjahren gegründet wurde. Es handelt sich um eine relativ kleine Zahl von Einrichtungen, die mit ihren Anliegen und Arbeiten aber vergleichsweise großen Einfluss auf die Behandlung von allen Menschen mit

Suchtproblemen genommen haben. Die Gründerinnen dieser Einrichtungen standen (und stehen) der Frauenbewegung sehr nahe. Motiviert wurden sie durch die faktisch sehr schwierige Lage von heroinabhängigen Frauen in konventionellen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, von denen sehr viele in der Kindheit und Jugend Opfer von Gewalt geworden waren, insbesondere von sexuellen Übergriffen in der Familie und im sozialen Nahraum (z.B. Schmidt, 2000). In den Beratungsgesprächen mit diesen Frauen ergaben sich Hinweise darauf, dass die Entwicklung einer Sucht in ursächlichem Zusammenhang mit diesen Gewalterfahrungen stand beziehungsweise steht. Man nahm an, dass die Frauen zum Beispiel Heroin eingesetzt haben, um ihre Gewalterfahrungen und die damit zusammenhängenden psychischen (und physischen) Schmerzen aus dem Bewusstsein auszuschalten. Die Forschungen zu akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen haben diese Annahmen weitgehend bestätigt.

Beraterinnen und Behandlerinnen in diesen Einrichtungen nur für Frauen gehen davon aus, dass eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Bezugsperson (etwa einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einer in Suchttherapie fortgebildeten Sozialarbeiterin) zentral ist für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (Hansjürgens, 2018). Die Klientinnen müssen sich von Anfang an angenommen fühlen, sie müssen erleben, dass die Beraterin beziehungsweise die Psychotherapeutin sie in ihrem Anliegen und mit ihren Problemen versteht und ihr bei deren Bewältigung

helfen will. Aufseiten der Beraterinnen und Behandlerinnen bedeutet das, dass sie ihren Klientinnen empathisch entgegenkommen, ihnen ihre Wertschätzung wiederholt zeigen, sie deren Erklärungen für die Entwicklung der Sucht und anderer psychischer Störungen aufnehmen und würdigen. Sie müssen diese aber nicht teilen. Je nach Verlauf der Zusammenarbeit können die unterschiedlichen Sichtweisen hinsichtlich der Hintergründe und des Verlaufs der Substanzabhängigkeit in der Behandlung thematisiert und besprochen werden. Neben dem Beziehungsaufbau haben sich diverse psychosoziale und psychotherapeutische Angebote bewährt. Im ambulanten Bereich arbeitet man mit einer Vielzahl von Interventionen, etwa traumatherapeutische Gruppenangebote, angelehnt an das Programm „Sicherheit finden“ (Najavits, 2009; Schäfer et al., 2019). Dazu kommen heute einzeltherapeutische Hilfen zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (Norman et al., 2019). In den Wohneinrichtungen geht es darüber hinaus darum, zur Entwicklung eines positiven Selbstbildes beispielsweise Verantwortung in der Gruppe zu übernehmen, Aufgaben zu erledigen und darauf zu achten, sich selbst nicht zu überfordern.

Zu den Besonderheiten dieser Einrichtungen gehört es, dass sie sich von Anfang an mit den spezifischen Problemen von Sucht und Schwangerschaft und des Zusammenlebens von Frauen mit Suchtproblemen mit kleinen Kindern befasst haben. Mittlerweile haben sich hier Rou-

tinien eingespielt. Dazu zählen die Bereitschaft, süchtige Frauen, die schwanger sind, durch die Schwangerschaft zu begleiten und sie dabei zu unterstützen, ihren Konsum von Straßendrogen zu verändern oder ganz aufzugeben. Vor und nach der Geburt arbeiten viele Einrichtungen eng mit den Einrichtungen der Jugendhilfe vor Ort zusammen, wobei es stets darum geht, neben den Interessen der Kinder auch die der Mütter zu berücksichtigen (vgl. dazu Tödtte & Bernard, 2016). Es handelt sich um ein besonders schwieriges Arbeitsfeld, weil der Schutz der Kinder und die Sicherung des Kindeswohls nicht immer kompatibel sind mit den Interessen der Mütter mit ihren Suchtproblemen. Das kann zu Konflikten insbesondere mit der Kinder- und Jugendhilfe führen.

Das Engagement der Mitarbeiterinnen in den Fraueneinrichtungen hat dazu beigetragen, dass sich in einer Reihe von Städten Qualitätszirkel formiert haben, in denen Vertreterinnen der Suchthilfe mit denen der Arbeitskreise „Interventionen gegen Gewalt gegen Frauen“ sowie mit Vertreterinnen der Frauenhäuser zusammenarbeiten.

Behandlungserfolge

Ob und wie die Angebote nach Setting (also ambulante Anlauf- und Behandlungseinrichtungen nur für Frauen mit Suchtproblemen im Vergleich zu stationären Behandlungen in Sucht-Reha-Kliniken allgemein und in denen nur für Frauen) und nach eingesetzten Methoden (etwa Behandlung von Traumafolgestörungen, Behandlung von Ängsten und

Depressionen, Behandlung von Essstörungen) wirken und wie effektiv diese Wirkungen sind, wird in Deutschland eher selten untersucht.

Aus den **Anlauf- und Behandlungseinrichtungen nur für Frauen mit Suchtproblemen** liegen nur einige unsystematische Untersuchungen über die Langzeitwirkungen dieser Angebote vor. Langgässner (2016) hat 23 Frauen, die zwischen 2007 und 2011 in der Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft von Prima Donna (München) gelebt haben, nachverfolgt. Untersucht man zuerst die Aussagen dieser Frauen zur Abstinenz von Straßendrogen, dann ergibt sich, dass 90 % von ihnen sich als „clean“ bezeichnen. 52 % sind „clean“ seit sie die Wohngemeinschaft verlassen haben, 38 % haben das nach einigen Rückfällen geschafft. Das sind enorm hohe Zahlen, wie sich im Vergleich mit anderen Datensätzen zeigt. Auch hinsichtlich anderer Variablen, wie etwa: in einer eigenen Wohnung leben, Eingliederung in die Arbeitswelt zeigen sich sehr gute Ergebnisse. Zu beachten ist hier, dass in der Studie nicht angegeben wird, wie viele Frauen im selben Zeitraum diese Behandlung angefangen und dann abgebrochen haben. Man hat es also mit einer „positiven“ Stichprobe zu tun, eben den (wenigen) Frauen, die die Behandlung nicht abgebrochen haben und zudem noch in Kontakt mit der Institution stehen.

Auch für die stationären Sucht-Reha-Kliniken liegen einige Daten zu den Behandlungsergebnissen vor. Der Fachverband Sucht lässt seit etlichen

Jahren katamnestische Daten (Ein-Jahres-Zeitraum) in stationären Sucht-Reha-Kliniken erheben. Für den Entlassjahrgang 2017 liegen Daten von 16 Fachkliniken mit den Schwerpunkten: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit für insgesamt 7.826 Personen vor (von denen circa 6.000 in der Auswertung berücksichtigt werden konnten, Bachmaier et al., 2020), für den Schwerpunkt Straßendrogen von 3 Kliniken mit 734 Menschen (Kemmann et al., 2020). Die Daten geben auch Auskunft darüber, ob Menschen ein Jahr nach Beendigung der Therapie noch abstinent sind. Die Studie von Bachmeier et al. weist für 6.000 Menschen mit der Diagnose Abhängigkeit von Alkohol oder psychoaktiven Medikamenten aus, dass 38 % zusätzlich eine Diagnose wegen einer affektiven Störung (Depression, F32, 33, 34,1) hatten, 16 % wegen einer Angststörung (F40, 41) und 11 % wegen einer Persönlichkeitsstörung (F60, 61). Diagnosen für Posttraumatische Belastungsstörungen sind selten. Das Ergebnis erstaunt, insofern qualitative Studien immer wieder belegen, dass nicht nur sehr viele Frauen mit Substanzkonsumstörungen wegen ihrer Gewalterfahrungen unter Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, sondern auch etliche Männer mit diesen Störungen.

Betrachtet man die Angaben zu den Abstinenzquoten, ergibt sich Folgendes. Bei Menschen, die von Alkohol oder psychoaktiven Medikamenten abhängig waren, variiert die Abstinenzquote nach einem Jahr bei den Frauen zwischen 75 % (Berechnung nach: Erreichte mit planmäßiger

Beendigung) und 40 % (Berechnung nach: intention to treat) und bei den Männern zwischen 75 % (Berechnung nach: Erreichte mit planmäßiger Beendigung) und 37 % (Berechnung nach: intention to treat). Je nachdem, wie die Abstinenzquoten errechnet werden, erhält man also „bessere“ oder „schlechtere“ Werte. Das gilt auch für Menschen, die von Straßendrogen abhängig waren – bei ihnen variiert die Abstinenzquote zwischen 70 % und 17 % (keine Differenzierung nach Geschlecht angegeben). Je nach Betrachtungsweise kann man die Behandlungserfolge also als gut oder ziemlich mäßig einschätzen.

Der Vergleich zeigt, dass die Behandlungen von Frauen, die in Wohngemeinschaften nur für Frauen wegen ihrer Drogenprobleme behandelt werden, etwas besser abschneiden als jene, die an stationären Sucht-Reha-Behandlungen teilnehmen. Die Unterschiede sind, legt man die „guten“ Werte zugrunde, aber nicht sehr groß und angesichts einer insgesamt eher unsicheren Datengrundlage auch nicht sehr aussagekräftig. Tatsächlich zeigen einige wenige methodisch gut durchgeführte Studien aus den USA, dass die Behandlungen, die explizit auf Frauen mit Suchtproblemen zugeschnitten sind, keine besseren Ergebnisse erzielen als Behandlungen, an denen Frauen und Männer teilnehmen – vorausgesetzt, das Geschlechterverhältnis in den Gruppen ist ausgeglichen und frauenspezifische sowie männer-spezifische Themen werden im selben Umfang und mit derselben Ernsthaftigkeit behandelt (zum Beispiel Epstein et al., 2018).

Resümee

Was hat sich seit der Niedersächsischen Suchtkonferenz 2008 „Geschlechtergerechte Ansätze in der Suchtarbeit“ und heute getan? Der Blick ist weiter geworden. Das gilt für Abhängigkeiten allgemein und für die Personengruppen. Wir gehen nicht mehr davon aus, dass Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen und süchtige Verhaltensweisen Jugendphänomene sind. Jedoch gibt es (noch immer) Unterschiede zwischen den Geschlechtern, was Süchte und süchtige Verhaltensweisen betrifft. Das lässt sich auch ablesen an den Risikofaktoren, die die Geschlechter in unterschiedlicher Weise betreffen und an den Zahlen der Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine Abhängigkeitsdiagnose erhalten. Es zeigt sich auch an den Themen, mit denen sich die Betroffenen selbst, die Behandelnden sowie die Forschenden befassen. In Deutschland sind die Themen Sucht und Gewalttätigkeiten noch immer gewissermaßen „Frauenthemen“, in den englischsprachigen Ländern ist das anders: Dort sind diese Themen im Mainstream. Das verdeutlicht sich ebenso an der Zahl der Beiträge, die in Fachzeitschriften und Büchern zu diesen Themen veröffentlicht worden sind, die in den letzten 20 Jahren geradezu explodiert ist. Es gibt auch erste randomisierte Studien, in denen mit einschlägigen Programmen sowohl die Alkoholabhängigkeit als auch die Gewaltbereitschaft bearbeitet wird (Chermack et al., 2018; Schumm et al., 2009). Zeitverzögert ist mit einer ähnlichen Entwicklung in Deutschland zu rechnen.

Was sich erheblich verändert hat, ist das Behandlungsangebot für Frauen mit Suchtproblemen: Es hat sich in den letzten zehn Jahren weiterentwickelt, ist differenzierter und insgesamt professioneller geworden. Das wirkt sich bislang aber eher bescheiden auf die Behandlungserfolge aus. Immerhin gilt wie vor zehn Jahren, dass Frauen von „guten Suchtbehandlungen mindestens im selben Ausmaß profitieren wie Männer“ (Vogt, 2008).

Literatur

- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I. et al. (2020): EFFEKTIVITÄT DER STATIONÄREN SUCHT-REHABILITATION – FVS-KATAMNESE DES ENTLASS-JAHRGANGS 2017 VON FACHKLINIKEN FÜR ALKOHOL- UND MEDIKAMENTENABHÄNGIGE. SuchtAktuell, 27, 50–65.
- Bailey, K., Trevillion, K., Gilchrist, G. (2019): WHAT WORKS FOR WHOM AND WHY: A NARRATIVE SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS FOR REDUCING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND PROBLEMATIC SUBSTANCE USE AMONG WOMEN WITH EXPERIENCES OF INTERPERSONAL VIOLENCE. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 88–103.
- buss – Bundesverband für stationäre Suchtkranken-hilfe e.V. (Hrsg.) (2016): DIE ADAPTIONSBEHANDLUNG – INHALTE UND ZIELE DER ZWEITEN PHASE DER LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ABHÄNGIGKEITSKRANKER.
- Duke, A. A., Smith, K. M., Oberleitner, L. et al. (2018): ALCOHOL, DRUGS, AND VIOLENCE: A META-META-ANALYSIS. *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249.
- Epstein E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A. et al. (2018): A RANDOMIZED TRIAL OF FEMALE-SPECIFIC COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ALCOHOL DEPENDENT WOMEN. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(1), 1–15.
- Frischknecht, U. (2017): WERDEN MENSCHEN MIT SUCHTERKRANKUNGEN IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE STIGMATISIERT? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 49, 325–333.
- Hansjürgens, R. (2018): „IN KONTAKT KOMMEN“. Analyse der Entstehung von Arbeitsbeziehungen in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum-Verlag.
- Kemmann, D., Muhl, C., Funke, W. et al. (2020): EFFEKTIVITÄT DER STATIONÄREN ABSTINENZ-ORIENTIERTEN DROGENREHABILITATION. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. SuchtAktuell, 27, 66–71.
- Müller, U., Schröttle, M. (2006): GEWALT GEGEN FRAUEN IN DEUTSCHLAND – AUSMASS, URSACHEN, FOLGEN. In: Heitmeyer, W. & Schröttle, M. (Hrsg.): *Gewalt*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 77–97.
- Najavits, L.M. (2009): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUBSTANZMISSBRAUCH. DAS THERAPIEPROGRAMM „SICHERHEIT FINDEN“. Göttingen: Hogrefe.
- Norman, S.B., Trim, R., Haller, M. et al. (2019): EFFICACY OF INTEGRATED EXPOSURE THERAPY VS INTEGRATED COPING SKILLS THERAPY FOR COMORBID POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ALCOHOL USE DISORDER. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 791–799.
- Schmidt, S.A. (2000): PRÄVALENZ SEXUELLEN KINDES-MISSBRAUCHS BEI OPIATABHÄNGIGEN. Berlin: VWB.
- Schäfer, I., Lotzin, A., Hiller, P. et al. (2019): A MULTI-SITE RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF SEEKING SAFETY VS. RELAPSE PREVENTION TRAINING FOR WOMEN WITH CO-OCCURRING POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND SUBSTANCE USE DISORDERS. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–15.
- Tödtle, M. Benard, C. (Hrsg.) (2016): FRAUENSUCHT-ARBEIT IN DEUTSCHLAND. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript.
- Vogt, I. (2008): FRAUEN UND MÄNNER: TRINK-MUSTER UND TRINKFOLGEN. GEMEINSAMKEITEN UND DIFFERENZEN. In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, *Berichte zur Suchtkrankenhilfe*, 18. Niedersächsische Suchtkonferenz, 09, 2008, 6–19.
- Vogt, I. (2018): SEXUELLE IDENTITÄT, DER KONSUM VON ALKOHOL UND ANDEREN DROGEN, GESUNDHEITLICHE PROBLEME UND BEHANDLUNGSANSÄTZE: EIN UNSYSTEMATISCHER FORSCHUNGSÜBERBLICK. *Suchttherapie*, 19, 168–175.
- Vogt, I. (2021): GESCHLECHT, SUCHT, GEWALTÄTIGKEITEN. DIE SICHT VON SÜCHTIGEN AUF IHR LEBEN UND AUF FORMALE HILFEN. Weinheim: Beltz.
- Vogt, I., Hansjürgens, R. (2020): STUDIENBRIEF MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN: SUCHT. Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg.
- Zenker, C., Baumann, K. & Jahn, I. (2002): GENESE UND TYPOLOGISIERUNG DER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN BEI FRAUEN. Baden-Baden: Nomos.

Wie gelingt männersensible Suchtarbeit?

Die Notwendigkeit gendergerechter Suchtarbeit ist unumstritten. Inzwischen sollte männersensible Suchtarbeit zum Standardrepertoire jeder Beratungsstelle und Rehabilitationseinrichtung gehören. Seit vielen Jahren beschäftigen sich Praxis und Forschung mit der geschlechtergerechten Suchtarbeit. Bereits 2008 widmete sich die Niedersächsische Suchtkonferenz dieser Thematik. Im Jahr 2020 steht das Thema wiederum auf der Agenda. Und das vollkommen zu Recht! Das Thema ist nach wie vor aktuell und hat nichts an Relevanz verloren. Ganz im Gegenteil! Es scheinen regelmäßige Wellenbewegungen zu erfolgen, im Zuge derer gendergerechte Suchtarbeit fokussiert und die Umsetzung in die Praxis gefordert wird. Dieser Artikel möchte für das Thema sensibilisieren und einen Eindruck vermitteln, wie sich männersensible Suchtarbeit praxisorientiert umsetzen lässt.

Zahlen, Daten und Fakten

Bei der Betrachtung der aktuellen Datenlage zeigt sich, dass Männer nach wie vor wesentlich höhere Anteile bei fast allen Hauptdiagnosen aufweisen. Die Rangreihen im ambulanten Bereich reichen von einem

Verhältnis von 7:1 beim pathologischen Glücksspiel bis zu 10:1 in der exzessiven Mediennutzung. In der Betrachtung der stoffgebundenen Suchtstörungen ergeben sich Verhältnisse von 2:1 im Alkoholkonsum, 3:1 im Konsum von Opiaten und von 5:1 beim Cannabiskonsum. Eine Umkehrung ergibt sich lediglich für den Konsum von Sedativa/Hypnotika (1:1,2) und für Essstörungen (1:10) (DHS Jahrbuch Sucht, 2020). Bisweilen entsteht der Eindruck, das männerspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote zu einer Selbstverständlichkeit geworden sind. In der Realität lässt sich jedoch eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis feststellen:

- » Laut der DRV Bund gibt es in der Suchtrehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 185 ganztätig ambulante und stationäre Einrichtungen. Dabei sind lediglich 11 für Frauen und 20 für Männer (Fachdezernat 8022, I. Schulz, persönliche Korrespondenz vom 30.07.20).
- » In ganz Deutschland gibt es nur 19 registrierte männerspezifische Suchtberatungsangebote (Männersache Sucht, 2020).
- » Es gibt 4110 Selbsthilfegruppen, die zu 81 % geschlechtsgemischt sind. In den Suchtselbsthilfeverbänden sind 30.000 Frauen und 40.000

Männer aktiv. „Reine Männergruppen gibt es nur vereinzelt“ (DHS Jahrbuch Sucht, 2020).

- » Was den fachlichen Austausch betrifft, gibt es im ganzen Bundesgebiet lediglich 3 Arbeitskreise „Mann und Sucht“ (Münster, Berlin und München). Im Vergleich dazu gibt es alleine in Nordrhein-Westfalen 14 Arbeitskreise „Frau und Sucht“ (Vosshagen, 2019).

Männer und Rollenbilder: Wann ist ein Mann ein Mann?

Für eine erfolgreiche Suchttherapie ist eine intensive Auseinandersetzung mit den vorherrschenden Rollenbildern notwendig. Wie sind Männer? Wann ist ein Mann ein Mann? In einem Seminar mit Männern fragte ich die Teilnehmer, was ihnen spontan zu Männern einfällt: „Dominant, verschlossen, muskulös, handwerkliebend, aggressiv, karrieregeil, Konkurrenten, reden nicht – sondern handeln, alleine und besonders belastbar ...“.

Was wir über Männer „wissen“, sind überwiegend Stereotype, die auf einige Männer zutreffen, auf andere nur teilweise oder gar nicht. Aufgrund der Allgegenwärtigkeit ist es trotz-

dem wichtig einzuschätzen, welche Stereotype mein Gegenüber verinnerlicht hat und nach welchen mänderspezifischen „Regeln“ sein Verhalten unbewusst und bewusst ausgerichtet ist. Dabei sind viele „Regeln“ nicht hinterfragt, rigide und hart, wodurch Leid produziert wird. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass wir als Therapeut*innen unser eigenes Mänderbild kennen und unser eigenes Normen- und Wertesystem hinterfragen, um eine therapeutische Grundhaltung zu entwickeln.

Denn erst dadurch ist eine authentische Begegnung und Kontaktgestaltung mit unserem Gegenüber möglich.

Männer im therapeutischen Kontext

Im therapeutischen Kontext lassen sich zumeist folgende Merkmale erkennen:

Zu Beginn des therapeutischen Prozesses sind Männer zumeist abwartend, skeptisch, unsicher und distanziert. Auf der Verhaltensebene zeigen sich rational und kontrollierte Äußerungen. Das Setting und sein Gegenüber werden beobachtet und gelegentlich „getestet“, um mehr Sicherheit zu gewinnen. Die Erwartungen bezüglich professioneller therapeutischer Hilfe sind eher negativ. Es besteht der Wunsch nach schnellen Lösungen, nach Reparatur, nach der Beseitigung der „Fehler“. Das Leben soll wieder funktionieren. Wenn Gefühle wahrgenommen werden, werden sie zumeist abgewehrt

und rationalisiert. In Abhängigkeit zur Lebens- und Therapiephase sind eine empathische oder konfrontative Haltung des*der Therapeut*in notwendig. Dabei ist natürlich die Individualität des Klienten (zum Beispiel: Komorbidität, Krisen, Suizidalität et cetera) angemessen zu berücksichtigen.

Motivation

Männer sind bei einem Erstkontakt häufig extrinsisch motiviert und werden „geschickt“: Die Ehefrau ist unzufrieden und droht mit einer Trennung, der Chef erteilt eine Auflage, da es alkoholbedingte Auffälligkeiten am Arbeitsplatz gegeben hat, der Führerschein wurde aufgrund einer Trunkenheitsfahrt entzogen usw. Der Klient zeigt zunächst wenig Problembewusstsein und eine Therapiebedürftigkeit wird bezweifelt. Daher ist es notwendig, die intrinsische Motivation zu fördern, um eine Veränderung zu ermöglichen. Hierbei hat sich der Ansatz des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2005) bewährt.

Setting

Für die meisten Männer ist die Beratungssituation ein „Auswärtsspiel“. Das Setting, bestehend aus sich gegenüber sitzen und über sich reden, ist für viele neu und gewöhnungsbedürftig. Dabei werden Selbstaussagen eingefordert, problematische Verhaltensweisen fokussiert und Gefühle angesprochen. Deshalb sind Geduld und Zeit notwendig, damit eine therapeutische Beziehung wachsen sowie eine günstige Lernatmosphäre entstehen kann.

Themen

Seitens des Klienten werden zunächst eher vordergründige Themen oder Themen, die Stärke und Leistungsfähigkeit „beweisen“, angesprochen. Konkrete Ziele und Symptome stehen zunächst im Vordergrund. Bisweilen kann es auf der Beziehungsebene um „Machtklärung“ und das Abarbeiten von Konkurrenzdenken gehen. Das Besprechen von Konflikten und vor allem Gefühlen ist häufig erst später möglich, wenn eine tragfähige Beziehung entstanden ist und der Klient aufgrund der Rahmenbedingungen an Sicherheit gewonnen hat.

Ziele mändersensibler Suchtarbeit

In der mändersensiblen Suchtarbeit lassen sich eine Reihe von grundsätzlich Zielen formulieren. Für eine erfolgreiche Suchtarbeit sollten folgende Ziele in den Blick genommen werden:

- » Übernahme von Selbstverantwortung anstelle von Verantwortungsabgabe.
- » Identifikation, Reflexion und Bearbeitung von individuellen stereotypischen Geschlechtsrollenfixierungen (toxische Männlichkeit).
- » Neudefinition von männlicher Stärke und die Entwicklung eines „positiven“ Selbstbildes, um das eigene Selbstwertgefühl zu verbessern. Dabei sollen die Männer ihre bereits vorhandenen Ressourcen entdecken.
- » Entfaltung eines individuellen emanzipierten Mänderbildes,

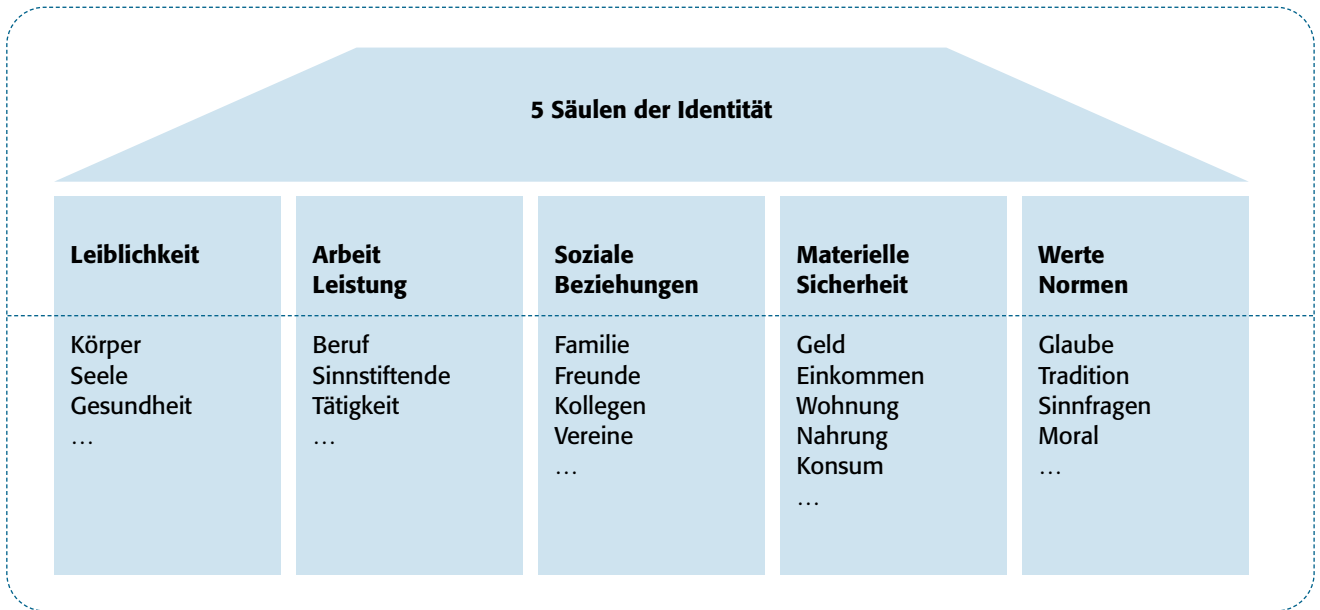


Abbildung 1: 5 SÄULEN DER IDENTITÄT (In Anlehnung an Petzold, 1995, S. 155–157)

Befreiung von äußeren Rollenzuschreibungen und Zwängen. Ein wichtiger Aspekt hierbei sind der Abbau von Omnipotenzfantasien und die Entwicklung einer „männlichen Versagenskultur“.

- » Sensibilisierung für die eigene Person und die Lebensumwelt. Dafür ist die Förderung von Antizipation- und Introspektionsfähigkeit sowie die Förderung von Empathie notwendig.
- » Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung. Das Erkennen von eigenen Wünschen und Bedürfnissen. In der mändersensiblen Suchtarbeit geht es immer um Gefühle! („Echte Männer fühlen.“)
- » Verbesserung der eigenen sozialen Kompetenzen und der Kommunikationsfähigkeit. („Echte Männer reden.“)

- » Verarbeitung von Scham- und Schuldgefühlen. Aufgrund der Diskrepanz zwischen Wunschbild und Realität entsteht eine kognitive Dissonanz. Dadurch entstehen Schuld- und Schamgefühle, die einer intensiven Bearbeitung bedürfen.
- » Es gibt eine Reihe von mänderspezifischen Themen, die fokussiert und reflektiert werden müssen (siehe Handbuch „Männlichkeiten und Sucht“).

Fünf Säulen der Identität

Um einen Eindruck von der Lebenssituation des Klienten zu bekommen, hat sich in der praktischen Arbeit das „Fünf Säulen Modell der Identität“ nach H.G. Petzold bewährt. Das folgende (in Anlehnung an Petzold, 1995) entwickelte Modell geht davon aus, dass unsere Identität auf fünf

unterschiedlichen Säulen basiert: Leiblichkeit (Körper, Seele, Gesundheit), Arbeit und Leistung (Beruf, sinnstiftende Tätigkeit), Soziale Beziehungen (Familie, Freunde, Kollegen, Vereine), Materielle Sicherheit (Geld, Einkommen, Wohnung, Nahrung, Konsum) sowie Werte und Normen (Glaube, Tradition, Sinnfragen, Moral). Die Säulen können unterschiedlich „stark“ ausgeprägt und dadurch besonders „tragend“ oder aber „schwach“ ausgebildet sein. Durch die ganzheitliche Sichtweise ist es möglich, die jeweiligen Ressourcen und die krisenhaften Lebensbereiche zu identifizieren. Die Erarbeitung des individuellen Säulenmodells erfolgt gemeinschaftlich mit dem Klienten. Eine zumeist besonders herausfordernde Intervention für Männer besteht darin, dass der Klient sein Säulenmodell malt, um es anschließend der*dem Therapeut*in vorzustellen.

Männer und Gefühle

Das zentrale Männlichkeitsproblem ist der verwehrte Zugang zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Die Gefühlswahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung sind häufig gering ausgeprägt. Eine zusätzliche Hürde besteht darin, Gefühle in einer angemessenen Art und Weise auszudrücken und zu verbalisieren. Häufig fehlt es an geeigneten Gefühlswörtern. In der Praxis hat sich hier der Einsatz von Arbeitsblättern bewährt, in denen Gefühle benannt und gegebenenfalls beschrieben werden (Baer & Frick-Baer, 2008; Wilken, 2003).

Durch den verwehrten Zugang zu den eigenen Gefühlen ist es schwer, sich und andere zu verstehen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Für Männer sind besonders „weiche“ Gefühle wie Scham, Angst, Trauer und vor allem Hilflosigkeit problematisch, da sie nicht dem stereotypischen und antiquierten Männerbild entsprechen. Die Akzeptanz und der Ausdruck von „kraftvollen“ Gefühlen, wie Stolz, Freude oder Ärger, fällt Männern zumeist leichter, da sie stereotypisch eher Männern zugeordnet sind. Zu den männlichen Gefühlsabwehrmechanismen zählen: Schweigen, Konfliktvermeidung, Rationalität, Gewalt, Handlungsorientierung und Selbstdarstellung (Süfke, 2010). Im Arbeitskontext der Suchtberatung begegnen uns als Gefühlsabwehrmechanismen vor allem die unterschiedlichsten Formen der stoffgebundenen und stoffungebunden Suchterkrankungen.

Beratung von Mann zu Mann

In der Praxis hat sich die Beratung von „Mann zu Mann“ bewährt. Aufgrund ähnlicher Sozialisationsbedingungen und Lebenserfahrungen können Therapeut und Klient leichter in Kontakt treten (SKM Bundesverband e.V., 2020). Der Aspekt „Wir Männer“ macht einiges einfacher, verringert häufig das Schamgefühl, fördert die Offenheit und erleichtert den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Der Therapeut begibt sich nicht nur mit seinem Fachwissen, sondern auch als Mann in den Beratungsprozess und dient mit seinem „Männerwissen“ als Rollenmodell. Dadurch muss der Therapeut einige Grundvoraussetzungen erfüllen: Männertherapeuten sollten Männer schätzen und mögen, aber auch männerkritisch sein. Neben der Auseinandersetzung mit der eigenen männlichen Identität muss der Therapeut eine eigene „männertherapeutischen Grundhaltung“ entwickeln, damit eine authentische Begegnung auf „Augenhöhe“ erfolgen kann. Diese Grundhaltung und die damit verbundenen therapeutischen Interventionen entwickeln sich durch die Berufs- und Lebenserfahrung sowie durch fachspezifische Weiterbildungen unterschiedlichster Art (Verhaltenstherapie, REVT, Psychoanalyse, Integrative Therapie, Systemische Therapie et cetera).

Männerthemen

In der Männerarbeit haben sich über die Jahre hinweg „Männerthemen“ herausgebildet, die im therapeutischen Prozess aktiv bearbeitet werden sollten. Die LWL Koordinationsstelle Sucht hat dazu ein Manual für eine Männergruppe veröffentlicht, das elf Module mit Männerthemen beinhaltet. Jedes Modul enthält eine Einführung zum Thema und zahlreiche Übungen.

Mithilfe des Handbuches können folgende männerrelevante Themen bearbeitet werden:

- » Männerrolle
- » Sucht und Männlichkeit
- » Die Beziehung zum eigenen Vater
- » Männerfreundschaften
- » Beziehung zu Frauen
- » Männergesundheit
- » Arbeit und Freizeit
- » Sucht und Sexualität
- » Gewalt
- » Eigene Vaterrolle
- » Emotionalität, Spiritualität, Glaubensfragen

Institutionelle Aspekte

Eine männersensible Suchtarbeit erfordert eine genderbewusste Haltung in der Institution. Sie muss von der Leitung gewollt, gefördert und finanziert werden. Männerspezifische Angebote sollten regelmäßig fest im Arbeitsalltag implementiert werden, damit sie nicht nach kurzer

Zeit wieder in Vergessenheit geraten. Aufgrund der zumeist geringen Anzahl von männlichen Mitarbeitern in der Suchthilfe, wäre es sinnvoll, einen Mitarbeiter zu qualifizieren, der sich dann der Männerarbeit widmet. Dazu können neben der direkten Beratung von Mann zu Mann, Intervention oder auch die Durchführung von passgenauen Zusatzangeboten für Männer (zum Beispiel die Leitung einer Indikationsgruppe „Mann und Sucht“) zählen. Des Weiteren ist eine Netzwerkarbeit notwendig, um den fachlichen Austausch zu ermöglichen und trägerübergreifende Kooperationen zu vereinbaren. Falls es auf der örtlichen Ebene keine adäquaten Arbeitskreise gibt, gilt es neue Strukturen und Formate zu schaffen!

Zusammenfassung und Ausblick

Der Übersichtsartikel verdeutlicht, dass das Gelingen männersensibler Suchtarbeit von zahlreichen unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. Von besonderer Bedeutung erscheint mir jedoch, dass männerspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote immer noch nicht zu einer Selbstverständlichkeit geworden sind. Es bleibt zu hoffen, dass sich männersensible Suchtarbeit auf breiter Ebene etabliert und sich endlich zu einem flächendeckenden Standard entwickelt. Besonders erfolgreich ist die Beratung von Mann zu Mann. Dabei stelle ich nicht die Beratung von Männern

durch Frauen infrage. Auch diese Konstellation bietet therapeutische Chancen und Möglichkeiten. Im Sinne einer Qualitätssteigerung in der Suchthilfe gilt es aber, dass Männer die Wahlmöglichkeit haben, von einer Frau oder einem Mann beraten zu werden. Eine gelungene männersensible Suchtarbeit ist nicht nur ein Gewinn für die „Männerwelt“, sondern auch ein Gewinn für die „Frauenwelt“. Eine heilsame Bereicherung und eine Antwort auf langjährige feministische Genderdiskussionen. Die derzeitige Datenlage und Praxiserfahrungen zeigen: Es gibt noch viel zu tun! Also lasst uns mit Freude an die Arbeit gehen.

Literatur

Baer, U., Frick-Baer, G. (2008): DAS ABC DER GEFÜHLE. Weinheim: Beltz.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.) (2020): DHS JAHRBUCH SUCHT 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Männersache Sucht (2020): www.maennersache-sucht.de/de/karte; Zugriff am 11.10.2020.

Miller, W.R.; Rollnick, S. (Hrsg.) (2005): MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG. Freiburg: Lambertus.

Petzold, H. (Hrsg.) (1995): EINÜHRUNG IN DIE INTEGRATIVE THERAPIE. GRUNDLAGEN UND PRAXIS. Paderborn: Junfermann.

SKM Bundesverband e.V. (Hrsg.) (2020): ECHTE MÄNNER REDEN. BERATUNGSANGEBOTE FÜR JUNGEN UND MÄNNER. Düsseldorf: Autor.

SKM Bundesverband e.V. (Hrsg.) (2020): KONZEPT DER JUNGEN- UND MÄNNERBERATUNG DES SKM BUNDESVERBANDES E.V.. Düsseldorf: Autor.

Süfke, B. (2010): MÄNNERSEELEN: EIN PSYCHOLOGISCHER REISEFÜHRER. München: Goldmann.

Wilken, B. (2003): METHODEN DER KOGNITIVEN UMSTRUKTURIERUNG: EIN LEITFADEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS. Stuttgart: Kohlhammer.

Vosshagen, A. (2019): FORTBILDUNG MÄNNLICHKEITEN & SUCHT PRAXIS DER GESCHLECHTSSENSIBLEN ARBEIT MIT SUCHTKRANKEN MÄNNERN. [Vorlesungsfolien] ESSEN: Autor.

Statement

der Sozial- und Gesundheitsministerin Dr. Carola Reimann

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zu der heutigen Suchtkonferenz zum Thema „Update. Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen“. Es gibt in diesem Jahr ein kleines Jubiläum, über das ich mich sehr freue. Die Suchtkonferenz findet in diesem Jahr zum 30. Mal statt. Das finde ich großartig, denn es zeigt, dass wir in Niedersachsen die Suchtthemen schon lange sehr ernst nehmen.

Wie in allen Lebensbereichen wirkt sich die Corona-Pandemie auch auf die Niedersächsische Suchtkonferenz aus. Deshalb können wir uns leider nicht auf einer großen Präsenzveranstaltung treffen und uns so vis a vis über die genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen austauschen. Deshalb freue ich mich sehr, dass die Suchtkonferenz nicht ausfallen muss, sondern die Landesvereinigung eine kreative Lösung gefunden hat.

Für mich als Gesundheitsministerin ist die Pandemiebekämpfung natürlich derzeit eine der dringlichsten Aufgaben. Im Verlauf der Ausbreitung des Virus haben wir viel gelernt und in Niedersachsen pragmatisch und mit Augenmaß umgesetzt. Ich be-

danke mich bei Ihnen allen, die Sie unter Pandemiebedingungen die Versorgung abhängiger Menschen aufrechterhalten haben und weiter aufrechterhalten. Mir ist bewusst, dass es nicht selbstverständlich ist, dass Sie trotz der Beschränkungen von Behandlungsmöglichkeiten wie dem Verbot von Gruppentherapien kreativ waren und Wege gefunden haben, Ihre Klient*innen zu halten, weiter zu beraten und zu versorgen. Die digitalen Möglichkeiten, die Sie sehr schnell entwickelt und eingesetzt haben, um ihre Klientel weiter zu versorgen, werden sicherlich auch nach der Pandemie Teil ihres Arbeitsalltags bleiben und jetzt in diesen Wochen werden sie wieder verstärkt gebraucht werden.

Nun zur heutigen Konferenz. Das Thema „Update. Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen“ ist ein wichtiges Thema und liegt mir als niedersächsische Gleichstellungsministerin sehr am Herzen. Mir ist bewusst,

» dass gendergerechtes Arbeiten für die Suchthilfe seit Jahren ein etablierter Standard ist,

» dass gendergerechtes Arbeiten aber auch immer wieder reflektiert und ins Bewusstsein gerufen werden muss, um nachhaltig, personenzentriert und praxisgerecht umgesetzt zu werden.

Deshalb ist es besonders wichtig, dass neue Aspekte und Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis einfließen. Es muss immer wieder reflektiert und überprüft werden, ob die bewährten und bisherigen Strategien und Impulse die Richtigen sind, ob die Zielgruppen erreicht werden und welche Verbesserungspotentiale bestehen. Mit Ihren einflussreichen Referaten haben Frau Prof. Dr. Vogt und Herr Böggering für die heutige Veranstaltung die Grundlagen gelegt. Dafür möchte ich Ihnen meinen herzlichen Dank aussprechen.

Sowohl Forschungsergebnisse als auch Praxiserfahrungen belegen, dass es geschlechtsspezifische Ursachen für Suchtproblematiken und Suchtformen gibt und dass sich die Unterschiede auch bei der Problembewältigung zeigen. „Männer leiden anders, Frauen auch“ – dieser Satz ist mittlerweile durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen

belegt und trifft nicht nur auf Abhängigkeitserkrankungen, sondern auch auf somatische Erkrankungen zu. Aber bei Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich besondere Auffälligkeiten, zum Beispiel liegt die Anzahl der vom Suchthilfesystem erreichten abhängigkeitserkrankten Menschen mit zwei Drittel Männern vergleichsweise hoch, es werden nur circa ein Drittel Frauen sucht-spezifisch behandelt. Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen aber nicht nur in der Anzahl der behandelten Menschen, sondern schon bei der Diagnose lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen. Als Ursache gelten hierfür biographische und gesellschaftliche Bedingungen und der Umgang damit.

Für die Positionen in der Gesellschaft, für Lebenspläne und Lebenschancen sind (neben Faktoren wie Ethnie oder Alter) auch die biologischen Merkmale und Rollenerwartungen entscheidend. Bezogen auf Abhängigkeitsproblematiken weisen Männer seit Jahren wesentlich höhere Anteile bei allen Hauptdiagnosen im stationären Bereich auf. Im ambulanten Bereich zeigt sich ein ähnliches Bild. Dort reicht die Rangreihe der Geschlechterverhältnisse von einem Verhältnis von

10:1 bei exzessiver Mediennutzung,
7:1 bei pathologischem Glücksspiel,
6:1 bei Kokain,
5:1 bei Cannabinoiden
und
3:1 bei Opioiden
bis zu
2:1 bei Alkohol und Stimulanzien.

Ein umgekehrtes Verhältnis findet sich bei einer Problematik im Zusammenhang mit Sedativa/Hypnotika (1:1,2) und Essstörungen (1:10). (Wobei Essstörungen nicht den Suchtstörungen zugerechnet werden, sondern als psychosomatische Störung klassifiziert sind).

Genderbewusstes Handeln ist aus meiner Sicht für eine erfolgreiche Suchtberatung- und Suchtbehandlung unerlässlich! Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich beispielsweise

- » bei den Bedingungen des Suchtmittelkonsums,
- » bei der Wahl des Suchtmittels,
- » bei dem Einstiegs- und Konsumverhalten,
- » bei der Komorbidität
- » und bei den Motiven für den Ausstieg aus der Abhängigkeit.

Denn auch wenn Suchtmittel erst einmal geschlechtsneutral erscheinen, die täglichen Anforderungen an Mädchen und Jungen oder an Frauen und Männer sind es nicht. Dasselbe Suchtmittel kann unterschiedliche Bedeutungen und Funktionen für die Geschlechter haben. Trotzdem gibt es natürlich auch Faktoren, die für beide Geschlechter gleichermaßen als suchtbegünstigend gelten.

Dazu zählen

- » eine Suchtgeschichte in der Herkunftsfamilie,
- » geringes Einkommen der Eltern,
- » negative Kindheitsereignisse wie Vernachlässigung,
- » mangelndes Selbstwertgefühl,

- » Gewalterfahrungen und traumatische Erlebnisse.

Mädchen und Frauen sind häufig mit den stetig gewachsenen Anforderungen und Erwartungen an die zu erfüllenden Rollen überfordert.

Denn es ist immer noch so, die oftmals noch hauptsächliche Verantwortung für Haushalt und Familie werden ebenso selbstverständlich von ihnen erwartet wie beruflicher Erfolg, Emanzipation und ein äußeres Erscheinungsbild, das dem gängigen Schönheitsideal entspricht. Das führt bei den Betroffenen oft zum Konsum psychotroper Medikamente, um Stressreaktionen zu mildern und die Funktionsfähigkeit zu stabilisieren.

Jungen und Männer hingegen sehen sich männlichen Rollenzwängen und Lebensentwürfen gegenüber, die Ängste oder psychische und körperliche Missempfindungen als Schwäche und „unmännlich“ abwerten. Daraus kann ein defizitäres Gesundheitsverhalten resultieren und ein eindimensionaler Lebensentwurf, der leicht krisenanfällig ist. Ihre Orientierung an diesem männlichen Rollenbild verbietet ihnen jedoch, überhaupt in solche Krisensituationen zu geraten.

Durch den Konsum von Suchtmitteln versuchen sie möglicherweise, innere Konflikte zu regulieren und ihr Bild der eigenen Männlichkeit zu wahren. Die Konstruktion von Männlichkeit mittels riskanten Verhaltens gilt bei Jungen und Männern als zentraler

Aspekt in der Suchtentstehung. Bei Frauen ist es hingegen eher die (Über-) Anpassung und das möglichst reibungslose Funktionieren in der jeweiligen Rolle, die das Suchtverhalten begünstigt.

Suchtmittel werden von den Nutzerinnen und Nutzern in erster Linie nach ihrer Funktionalität ausgewählt. Mädchen und Frauen konsumieren eher unauffällig und angepasst und bevorzugen als ungefährlicher geltende Suchtstoffe. Jungen und Männer wählen häufiger gefährliche Substanzen, die oftmals eine besondere Bedeutung für männliche Initiationsriten und die Anerkennung durch die Gruppe haben. Auch die Motive für einen Ausstieg aus der Abhängigkeit sind bei den Geschlechtern sehr unterschiedlich. Die größte Motivation für Frauen ist eine bestehende oder bevorstehende Schwangerschaft, eine konstruktive Beziehung ist ebenfalls eine hohe Ausstiegsmotivation. Für Männer hingegen haben diese Gründe keinen hohen Stellenwert. Sie motivieren vor allem materiell geprägte Wünsche. Geld oder der drohende Verlust des Arbeitsplatzes zählen zu den Hauptgründen für einen Versuch, aus der Sucht auszuweichen.

Trotz der bekannten Unterschiede gibt es immer noch zu wenig evidenzbasierte, geschlechtsspezifische Faktoren berücksichtigende Präventions- und Suchthilfeangebote. Insbesondere suchtspezifische Angebote, die die Konstruktion von Männlichkeit mittels riskanten Verhaltens als Hauptgrund für die Suchtentstehung berücksichtigen, sind bislang nicht

ausreichend entwickelt. Dabei stellen Männer sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mit zwei Drittel das Hauptklientel der Suchtbehandlung dar.

Das Land Niedersachsen hat sich in seiner Geschäftsordnung zu Gender Mainstreaming verpflichtet und verfolgt Gleichstellung als durchgängiges Leitprinzip. Gender Mainstreaming lenkt bei allen Vorhaben die Aufmerksamkeit systematisch auf deren Auswirkungen auf Frauen und Männer. Mir ist es als Gleichstellungsministerin ein besonders Anliegen, dass das Thema Gender und Sucht Beachtung findet und von den Beteiligten gelebt wird. Wir haben in Niedersachsen ein gut ausgebautes stationäres und ambulantes Suchthilfesystem, das auch genderspezifische Hilfen anbietet. Exemplarisch nennen möchte ich die Fachklinik St. Vitus in Visbek, die spezifische Suchtbehandlung für Frauen anbietet, einschließlich der Behandlung von Traumata und die Fachkliniken St. Marienstift in Neuenkirchen-Vörden und Nettetal in Wallenhorst, die sich auf die Behandlung von Männern spezialisiert haben.

Weitere Fachkliniken bieten geschlechtsspezifische Behandlungsangebote an. Auch die 75 niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, die von meinem Haus anteilig institutionell gefördert werden, setzen sich mit dem Thema schon seit langem auseinander. Die Zahlen sind typisch: knapp 70 % (69,8 %) der betreuten Personen sind männlich und gut 30 %

(30,2 %) weiblich. Die Fachstellen ermöglichen es den Klient*innen, das Geschlecht des Beratenden zu wählen, soweit dies personaltechnisch möglich ist. Denn hier stößt das System auf Grenzen, da das Gros der Fachkräfte weiblich ist und einer hohen Anzahl an männlichen Klienten gegenübersteht – ein Thema, das Sie im anschließenden Workshop vertiefen können.

Doch nicht nur in den Einzelberatungen gehen die Fachstellen sensibel mit dem Thema Gender um. Es gibt in vielen Fachstellen auch geschlechtsspezifische Gruppenangebote. Zum Beispiel betreibt das diakonische Werk in Hannover eine Fachstelle nur für Frauen und auch eine Selbsthilfegruppe für glücksspielende Frauen hat sich in Hannover etabliert.

Ich hoffe, dass Sie durch die heutige Suchtkonferenz bestärkt werden, dem Thema Gender und Sucht immer mal wieder ihre Aufmerksamkeit zu widmen und dass Sie die Möglichkeit haben, die Erkenntnisse und Anregungen der Konferenz in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Ich wünsche der Veranstaltung weiterhin gutes Gelingen und Ihnen persönlich und Ihren Familien alles Gute. Passen Sie in diesen ungewöhnlichen Zeiten gut auf sich auf und bleiben Sie gesund und munter!

Cross Work

Frauen in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Männern

Cross Work – was ist das?

Als Cross Work wird pädagogisch-therapeutische Arbeit bezeichnet, wenn Frauen geschlechterbewusst mit Männern/Jungen und Männer geschlechterbewusst mit Frauen/Mädchen arbeiten. Cross Work als Konzept entstand vor etwa 20 Jahren in der Sozialen Arbeit zunächst als Ergänzung zur Jungenarbeit, denn in der Jugendsozialarbeit gab und gibt es aufseiten der Mitarbeitenden mehr Frauen und aufseiten der Klientel mehr Jungen. In der Suchthilfe treffen wir auf ein ähnliches Verhältnis. Auch hier arbeiten mehr Frauen als Männer, während auf der Klientenseite deutlich mehr Männer anzutreffen sind. Es ist also sinnvoll, darüber zu reflektieren, wie im Cross Work geschlechtergerecht gearbeitet werden kann.

Cross Work in der Suchtarbeit ist jedoch kein Ersatz für eine geschlechterreflektierte Frauen- beziehungsweise Männersuchtarbeit (von Frau zu Frau beziehungsweise von Mann zu Mann) und gemischtgeschlechtlichen Settings, sondern kann als ein ergänzender Baustein etabliert werden.

Cross Work – Ziele

Cross Work hat zum Ziel, tradierte Geschlechterbilder von Frauen/Mädchen und Männern/Jungen zu irritieren, diese zu erweitern und den Bedürfnissen nach Anerkennung – im Kontakt mit Vorbildern des anderen Geschlechtes – nachzukommen.

Um dieses Ziel anzusteuern, ist es notwendig,

- » Rahmenbedingungen für eine gleichwertige Behandlung von Frauen und Männer zu sichern,
- » eine Sensibilisierung von Mitarbeitenden für das Themenfeld „Geschlecht“ zu ermöglichen,
- » der Verfestigung von Geschlechterrollenklišees entgegenzuwirken,
- » Lebensentwürfe und -alternativen zu erweitern,
- » Vorstellungen von Geschlechterrollen zu hinterfragen und zu erweitern.

Grundsätzlich bietet Cross Work für Jungen/Männer und Mädchen/Frauen eine Chance, sich auf reflektierte Art und Weise mit den anderen Geschlechtern auseinanderzusetzen. Dadurch können per-

spektivisch Geschlechterhierarchien abgebaut werden. Es geht dabei um den (möglicherweise auch intergenerativen) Austausch zwischen verschiedenen Geschlechtern, der es ermöglicht, Fragen und Ungewissheiten loszuwerden. Erwartungen können abgeglichen und Rollen infrage gestellt werden.

Wichtig ist, dass die Mitarbeitenden ihre Verhaltensweisen regelmäßig reflektieren und sich ihrer Vorbildrolle bewusst sind. Die Ziele sind nur zu erreichen, wenn alle Mitarbeitenden in allen Angeboten geschlechtsbewusst und geschlechtergerecht handeln – auch wenn die Gruppen geschlechtsgemischt sind.

Cross Work kann also, wenn es bewusst und reflektiert gestaltet wird, die Klientel dazu ermutigen, Denk- und Verhaltensmuster bezüglich der Geschlechterrollen und Geschlechterstereotypen zu hinterfragen. Es können alte, hinderliche und krankmachende Vorstellungen darüber, wie Frauen oder Männer sein sollen, aufgebrochen und neue förderliche Verhaltensweisen erprobt werden.

Cross Work – Prinzipien

Cross Work hat als grundlegendes Prinzip den bewussten Umgang mit Geschlechterrollen und Vorurteilen. Das bewusste Miteinbeziehen der Kategorie Geschlecht bedeutet, dass das Geschlecht aller an den (therapeutischen) Prozessen Beteiligten miteinbezogen wird – gleichermaßen das der Klientel wie auch der Fachkräfte. Der konsequente Blick auf die Geschlechternormierungen ist keine spezielle Methode, sondern basiert auf einer reflektierten (Grund-)Haltung der Fachkraft.

Cross Work bedarf auf der Seite der Fachleute einer hohen Sensibilität, Selbstreflexion und Auseinandersetzung sowohl mit der eigenen Geschlechterrolle als auch mit der pädagogisch-therapeutischen Haltung gegenüber Mädchen/Frauen und Jungen/Männern. Sie hängt eng zusammen mit den gesellschaftlich tradierten Bildern und Vorstellungen von Männlichkeiten und Weiblichkeiten.

Cross Work erfordert deshalb, dass sich Fachkräfte immer wieder selbst und die eigene Haltung in der Arbeit hinterfragen.

Mögliche Fragstellungen könnten sein:

- » Was können Frauen suchtkranken Männern speziell bieten, wo liegen die Grenzen?
- » Was bedeutet es, wenn ich als Frau mit männlichen Suchtpatienten arbeite?

- » Wer und wie sind diese Männer?
- » Wie bin ich biografisch Frau geworden? Was bedeutet meine Rolle als Frau für mich?
- » Was weiß ich über mögliche Varianten, Erfahrungen, Nöte, Ressourcen von Männern?
- » In welchem Rahmen kann ich mich zum Beispiel mit Kolleg*innen unterschiedlichen Geschlechts austauschen, gegenseitig coachen, um Suchtkranke des anderen Geschlechts besser zu verstehen und angemessen zu begleiten?
- » Kann ich als Frau Männern in ihrer Auseinandersetzung mit Körperlichkeit und Sexualität weiterhelfen?
- » Wie kann ich als Frau Männer, die kulturell anders geprägt sind, begleiten?
- » Wie können Männer und Frauen in ihrer Zusammenarbeit für Suchtpatienten als Modelle wirksam werden?

Cross Work – Qualifikationskriterien

Selbstreflexion ist eine zentrale pädagogisch-therapeutische Handlungskompetenz und gleichzeitig ein Qualifikationskriterium für Cross Work.

Qualifikationskriterien für Cross Work Arbeiter*innen sind weiterhin:

- » Genderwissen: Wissen über Geschlechterverhältnisse, Geschlechterrollenkonstruktionen, doing gender, Geschlechternormierungen, Wirken bestehender Geschlechterverhältnisse und vieles mehr.

- » Wissen über Wirkungs- und Machtverhältnisse in pädagogisch-therapeutischen Begegnungen. Zu beachten ist, dass im Cross Work nicht nur das Geschlecht Hierarchien erzeugt, sondern auch andere Faktoren wie Rollenhierarchie, Alter, Bildung, Status et cetera.
- » Wissen um intersektionelle Ansätze (Verschränkung von Geschlecht und zum Beispiel Herkunft, Ethnie et cetera). Die spezifischen Problemlagen von suchtmittelabhängigen Männern unterschiedlicher Herkunft müssen weiblichen Fachkräften bekannt sein.
- » Wissen um Ansätze und Theorien der geschlechtergerechten Suchtarbeit.

Cross Work – Ansätze

Cross Work als geschlechtsbewusster Ansatz fußt auf einer umfassenden Selbstreflexion der Fachkräfte, arbeitet mit und an den sozialen Geschlechterzuschreibungen und strukturellen Geschlechterungleichheiten und hat das Geschlechterrollenverhalten und die -haltung der Fachkräfte und Klientel im Fokus.

Beobachtungen und Wahrnehmungen sind nie neutral, sondern immer auch gebunden an die eigenen Erfahrungen, Rollen, Erwartungen und Ähnliches. Deshalb ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, den eigenen Normen und Werten wichtig, damit ein Bewusstsein für eigene Vorannahmen geschaffen wird.

Mögliche Fragestellungen könnten sein:

- » Wie verhalte ich mich gegenüber dem anderen Geschlecht?
- » Wie interpretiere ich das Verhalten des Gegenübers?
- » Welche Vorstellungen von Männlichkeit/Weiblichkeit habe ich und welche Rolle spielen sie?
- » Wie bin ich geworden als Mann/Frau und welche Männer/Frauen beeinflussten mich dabei?
- » Wo liegen meine „wunden Punkte“?
- » Was übertrage ich dann in aktuelle Beziehungen mit Männern/Frauen?
- » Welche Übertragungen veranlassen mich dazu, Verhaltensweisen des anderen Geschlechts zu bestärken/zu loben/abzuwerten/zu sanktionieren?

Um sich der eigenen Handlungen und Haltungen bewusst zu werden, sind Rückzugsräume (wie etwa Teambesprechungen, Supervisionen, Konzeptionstreffen oder Ähnliches) für die Reflexion der Beobachtungen hilfreich. Hier besteht die Möglichkeit, Distanzen zu gewinnen, das eigene Verhalten aus seiner Selbstverständlichkeit zu lösen und eine Analyse der Handlungsprozesse vorzunehmen, um Situationen neu oder alternativ zu gestalten.

Mögliche Themenfelder für den Austausch könnten sein:

- » Austausch biografischer Informationen und welche Auswirkungen diese auf die eigene Arbeit haben.
- » Hinterfragen von Geschlechterstereotypen, Vorurteilen, Übertragungen im Austausch mit dem gegenüberliegenden Geschlecht.
- » Austausch und Diskussion von Wissen der Geschlechtergeschichte und verschiedener Zugänge zur Geschlechterforschung (zum Beispiel Frauen lernen über Männerforschung und Ähnliches).
- » Austausch zu geschlechtlicher Sozialisation und alltäglichem doing gender.
- » Ansprechen von Problemen, Verunsicherungen (zum Beispiel: Welche Erfahrungen habe ich mit dem gegenüberliegenden Geschlecht gemacht?).
- » Finden gemeinsamer Ziele und Anliegen in der geschlechterreflektierten Suchtarbeit und die Entwicklung gemeinsamer Strategien.
- » Männern alternative Weiblichkeiten fernab von „weiblichen“ Rollenzuschreibungen vorleben.
- » Männern aufzeigen, dass Frauen auch „männlich“ definierte Eigenschaften, Interessen, Begabungen besitzen.
- » Die Täter- und Opferseite von Männern erkennen und ansprechen (Grenzsetzungen, Empathie).
- » Männern „weiblich“ zugeschriebene Merkmale (Empathie, kommunikative Kompetenzen, Sozialverhalten) näherbringen und vorleben.

Cross Work – Probleme/Fallen

Probleme im Cross Work könnten dadurch auftreten,

- » dass von den Fachkräften die Geschlechtszugehörigkeit nicht reflektiert wird, sondern Rollenzuschreibungen, Klischees, Werte und Normen reproduziert werden, wenn beispielsweise Frauen häufig in die Mutter- und Fürsorgetätigkeit fallen oder auch die Verantwortung für den männlichen Kollegen übernehmen.
- » dass aufseiten der Klientel Jungen/Männer aufgrund ihres vermeintlich höheren Status als Mann den Respekt gegenüber Frauen verweigern. Dann ist es hilfreich, wenn männliche Kollegen genau dieses Statusverhalten nicht reproduzieren, sondern stattdessen alternative Männlichkeiten vorleben, indem sie zum Beispiel ihren weiblichen Kolleg*innen auf Augenhöhe begegnen.

Wichtig im Cross Work ist die eigene Haltung, Wissen über Geschlechterhierarchien und Geschlechterverhältnisse und deren Folgen sowie die Bereitschaft, Geschlechtergrenzen zu erweitern, sowohl bei der Klientel als auch bei sich selbst.

Cross Work – Frauen in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Männern

Geschlechterreflektierende Frauen können im Cross Work:

- » Männern/Jungen Grenzen setzen (zum Beispiel in der Beziehungsarbeit, wenn Bedürfnisse – die eigenen oder die von anderen – missachtet werden).
- » Männern Fürsorge geben, ohne „Übermutter“ zu sein.
- » Männern zeigen, dass eine Delegation der Verantwortung an Männer nicht nötig ist.

Cross Work – Fazit

Cross Work fordert eine ständige professionelle und bewusste Auseinandersetzung und Reflexion der Fachkräfte sowie der Organisation mit dem Geschlechterthema. Dieser Prozess wirkt sich nicht nur auf die Mitarbeitenden und die Klientel aus, sondern kann über die Grenzen der Organisation in die Gesellschaft hineinstrahlen.

Literatur

Bunjes, C. (1998): ALS FRAU IN DER ARBEIT MIT JUNGEN. In: Switchboard – Informationsdienst für Männer. Hamburg.

IMST (2013): Handreichung: CROSS WORK – GESCHLECHTERREFLEKTIERENDE ÜBERKREUZUNGS-PÄDAGOGIK. Klagenfurt.

Jantz, O. (2012): DAS ANDERER GEGENÜBER: CROSS WORK/GESCHLECHTSSENSIBLE ÜBERKREUZ-PÄDAGOGIK. In: LAG Mädchenarbeit in NRW (Hrsg): Das Kreuz mit Cross Work!? Genderreflektierte Pädagogik von Männern mit Mädchen und von Frauen mit Jungen, Betrifft Mädchen 3, Weinheim: Beltz Juventa.

Schweighofer-Brauer, A. (2011): CROSS WORK. GESCHLECHTERPÄDAGOGIK ÜBERKREUZ IN DEUTSCHLAND UND ÖSTERREICH. Sulzbach/Taunus: Ulrike Helmer Verlag.

Wallner, C. (2010): CROSS WORK: FRAUEN IN DER ARBEIT MIT JUNGEN. WENN FRAUEN MIT JUNGEN ARBEITEN: IST DOCH NORMAL, ODER? Workshop auf der Tagung „Jungs, wohin?“ Bad Boll.

Da es für die Suchthilfe kein mir bekanntes Konzept zu Cross Work gibt, lehne ich mich in meinen Ausführungen im Wesentlichen an die im Bereich der Jugendhilfe entwickelten Konzepte und Arbeiten zu Cross Work. Besonders erwähnen möchte ich hier Dr.ⁱⁿ Claudia Wallner (BAG Mädchenpolitik) und Michael Drogand-Strud (BAG Jungenarbeit) sowie Dr.ⁱⁿ Annemarie Schweighofer-Brauer (FBI – Institut für gesellschaftswissenschaftliche Forschung, Bildung und Information).

Mann oder Opfer?

Die Verdeckung männlicher Verletzbarkeit im Kontext von männlicher Gewaltbetroffenheit und Suchtabhängigkeit

Vorgeschichte

Die erste deutschsprachige Veröffentlichung zum Thema der gegen Jungen und Männer gerichteten Gewaltübergriffe erschien im Jahre 1996. Dem ging ein acht Jahre zuvor erfolgter Telefonanruf der Ärztin einer mittel-fränkischen Fachklinik voraus. Die männlichen alkoholkranken Patienten waren im Alter von 18 bis 40 Jahren. Die Ärztin schilderte mir am Telefon einige unerhörte Patientengeschichten und erwähnte, dass alle Patienten sexueller Gewalt (überwiegend im sozialen Nahbereich wie Vergewaltigungen durch den Vater und Geschwister, sexualisierte Übergriffe durch die Mutter oder Übergriffe durch Mitschüler im Internat und Nonnen im Waisenhaus) ausgesetzt waren. Sie bot mir an, in die Klinik zu kommen, um mir ein eigenes Bild zu machen.

Kurze Zeit später fragte – zufällig – ein Berliner Verlag an, ob ich nicht ein Sachbuch zum Thema männlicher Opfer verfassen wolle. Ich sagte zu und interviewte Anfang der 1990er-Jahre zwölf Männer aus dem deutschsprachigen Raum (darunter einen Mann aus jener Klinik) zu ihren erlittenen Gewaltübergriffen. Neun dieser Fälle wurden in dem Buch vorgestellt.

Zudem entwarf ich eine knappe theoretische Skizze, um zu verstehen, warum männliche Opfer gesellschaftlich nicht im Blick sind und weder von der Sozialarbeit noch von den wissenschaftlichen Fachdisziplinen (etwa Kriminologie, Gewaltforschung und Geschlechterforschung) noch der (Sozial-)Politik als relevantes Thema gesehen werden. Dabei bezog ich mich auf die als kulturelle Paradoxie bezeichnete und als Erklärungszugang eingeführte Denkfigur „Mann oder Opfer“. Dadurch sollte nachvollziehbar werden, warum in den männlichkeitsdominierten Herrschaftsverhältnissen Männer als Opfer gesellschaftlich verleugnet und abgewehrt werden. Wobei die Verwendung des Opferbegriffs nicht unproblematisch, da er als kriminalpolitische Kategorie der Täter-Opfer-Dichotomie verhaftet bleibt und für Forschungszwecke zu unpräzise ist. Als heuristischer Begriff im Feld von Männlichkeit hat er aber eine gewisse irritierend aufklärerische Wirkung: Der Raum hinter vorherrschende Geschlechterstereotypen kann dadurch sichtbar werden.

Nahezu in allen in dem Buch dokumentierten Fallgeschichten der männlichen Patienten sind widerfahrene sexualisierte Gewaltübergriffe und

Alkoholmissbräuche dokumentiert. Teilweise hinkte die Fantasie des Verfassers hinter der Wirklichkeit der Vorfälle her. Obwohl der Zusammenhang von biografischen (sexualisierten) Gewaltwiderfahrnissen und ihrem späteren Suchtverhalten evident wurde, ließ sich diese Perspektive nicht weiter vertiefen und ausbauen.

In der Fachklinik wurde im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Setting nicht zur sexualisierten Gewalt gearbeitet. Der damals von mir verfolgte Fokus lag auf der Aufdeckung der Vielfalt der gegen Männer gerichteten Gewaltübergriffe und sollte Betroffenen ermöglichen, das Schweigen über das Unerhörte aufzulösen. Manche Interviewte sprachen aus Anlass des Interviews erstmals über das ihnen zugemutete Unausprechbare. Daneben lag der Schwerpunkt auf der Frage, warum männliche Opfer im Gegensatz zu weiblichen Opfern so gut wie keine öffentliche Aufmerksamkeit erhalten. Eher ernüchternd musste ich seither zur Kenntnis nehmen, dass es gesellschaftlich und politisch erhebliche strukturelle Widerstände gibt, die gegen Männer gerichteten Übergriffe angemessen aufzugreifen und die männliche „Verletzungsoffenheit“ (Popitz, 2004) anzuerkennen.

Nicht zuletzt aus Anlass der langjährigen Missbräuche in der katholischen Kirche und der Odenwaldschule und des politischen Konflikts um die vorenthaltene Schutzwürdigkeit von muslimischen und jüdischen Jungen im Kontext von medizinisch nicht begründeter Beschneidung hat sich in der Zwischenzeit die Frage der Systematik der Verdeckung der männlichen Verletzbarkeit in den männlichkeitsdominierten Verhältnissen in den Vordergrund geschoben. Aktuell gewinnt eine weitere Variante – die Frage nach der Verdeckung der sexualisierten Gewaltübergriffe an unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen – an starker Bedeutung.

Zur Befundlage von Männern widerfahrene Gewalt vor dem Hintergrund des Diskurses um Gewalt gegen Frauen

Die Befundlage zu weiblichen und männlichen Gewaltopfern ist unterschiedlich entwickelt. Im Zusammenhang von Geschlecht mit Gewalt gibt es verschiedene Konstellationen. So lassen sich Gewalt unter Frauen, Gewalt unter Männern und Gewalt zwischen Frauen und Männern unterscheiden. Vor allem die Konstellation, in der Frauen Gewalt durch Männer widerfährt, stand in den letzten 40 Jahren im Zentrum von Forschung und gesellschaftlicher Diskussion. Deren Skandalisierung führte gekoppelt mit der politischen Kraft der Frauenbewegung dazu, dass sie inzwischen als sozialpolitisch relevantes Thema in Deutschland, der EU und darüber hinaus ernst genommen wird. Es

liegen vielfältige Ergebnisse vor – hier eine Auswahl:

- » zahlreiche Studien und primär erhobene repräsentative und auch sekundäranalytische Forschungsergebnisse (im deutschsprachigen und im EU-Raum),
- » Darstellung und Evaluierung politischer Interventionen (zum Beispiel mehrere nationale Aktionspläne),
- » psychosoziale Unterstützung und Hilfe (zum Beispiel Beratungsstellen, Frauenhäuser, Hilfetelefon),
- » entfaltete Theoriebildung und methodische Diskurse.

Analog ist das Suchtverhalten von Mädchen/Frauen schon lange im Fokus wissenschaftlicher Studien und sozialpolitischer Interventionen.

Empirisch gut belegt ist aus der Erforschung des weiblichen Suchtverhaltens seit Längerem der Zusammenhang zwischen erlittenem Missbrauch insbesondere sexualisierter Gewalt und späterem Suchtverhalten. So wird weibliche Sucht beispielsweise als eine destruktive Überlebensstrategie nach widerfahrener sexualisierter Gewalt gedeutet.

Im Gegensatz zum Wissen über und dem Anerkennen von kindlichem und weiblichem Opfersein und der Beschäftigung mit männlicher Täterschaft ist die gesellschaftliche Wahrnehmung männlicher Opferschaft durch Gewalt kaum entwickelt. Die Datenlage ist dementsprechend unzureichend. Obwohl die Kriminalstatistik seit Jahrzehnten jedes Jahr kontinuierlich dokumentiert (seit 1953 in der Statistik der Tatverdächtigen und seit 1972 der Opfer), dass Männer mehrheitlich die Tatverdäch-

tigen und ebenso mehrheitlich die Opfer von Gewalttaten sind, wurde und wird nur die männliche Täterschaft und die Gewalt an Frauen zum öffentlichen und politischen Thema. Die Frauenbewegung hat zwar den Diskurs um Gewalt und Geschlecht befördert, wirkt inzwischen aber auch für dessen Weiterentwicklung behindernd. Das Offensichtliche bei Männern hingegen wurde nie zum öffentlichen Thema. Die Aussagekraft der Kriminalstatistik ist allerdings begrenzt, insofern sie als Arbeitsnachweis der Polizei nur die Fälle verzeichnen kann, die bei ihr gemeldet werden. Ein großer Teil der Vorfälle wurde und wird nicht aufgedeckt, sie sind Teil der Dunkelziffer.

Auch die sozialwissenschaftliche Gewaltforschung (Kriminalitätsforschung, Viktimologie, Rechtssoziologie ...) reduziert überwiegend ihren Blick auf Täterforschung und blendet bei der Fahndung nach Tätern männliche Opfer aus. Sie verfolgt meines Erachtens eine geschlechtsvergessene Perspektive gekoppelt mit der Zuweisung von konstruierten Geschlechterstereotypen. Neuere Forschungen greifen die Variable Geschlecht zwar auf (sex), ohne jedoch die dazugehörige soziale Dimension von Männlichkeit(en) und Weiblichkeit(en) zu reflektieren (gender) oder gar kritisch hinsichtlich einer möglichen Reifizierung zu hinterfragen. Unter Reifizierung werden im Forschungsprozess „Fehlannahmen“ verstanden, die durch unreflektierte Forschungsfragen den Sachverhalt verzerren. Im Falle der Geschlechterforschung werden durch „forschungsstrategische Vorsortierung zweier Geschlechter ... [die] Verschiedenheit

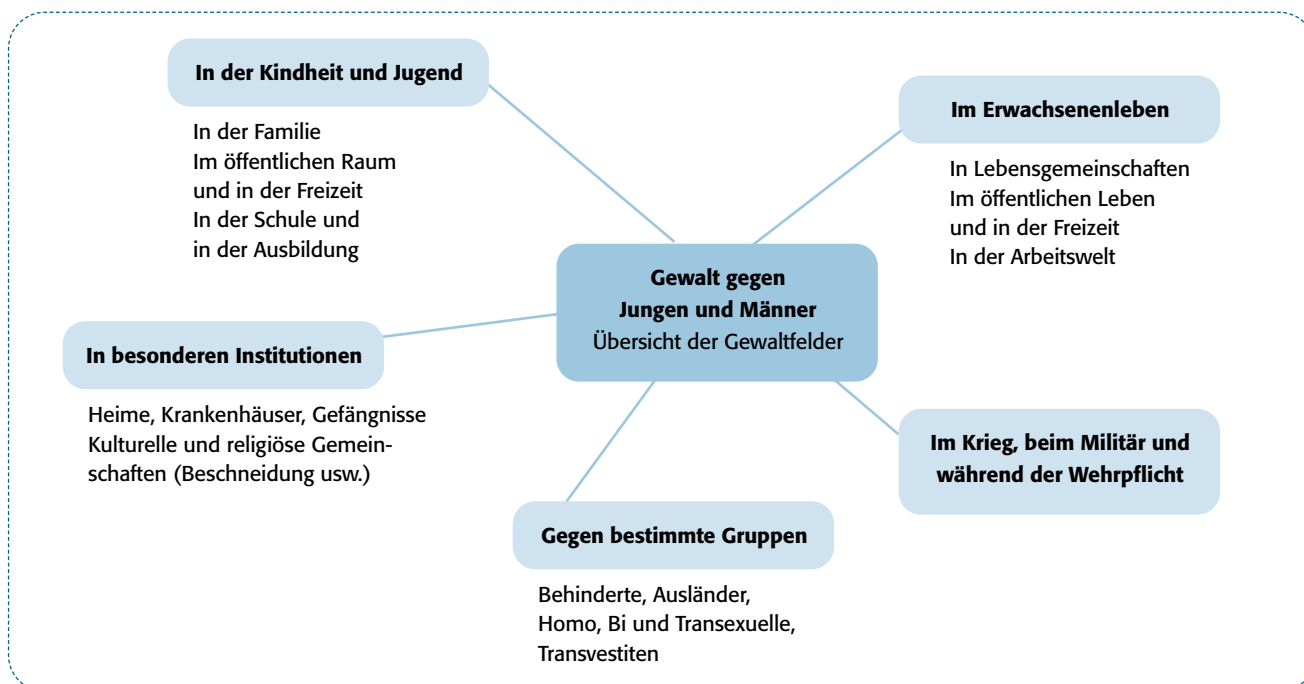


Abbildung 1: GEWALTfeldÜBERSICHT (BMFSFJ, 2004)

von Männer und Frauen immer wieder aufs Neue“ (Degele & Schirmer, 2004) bestätigt und verfestigt.

In der Folge dieser Fehlannahmen findet sich bei der Erforschung des Zusammenhangs von Männlichkeit und Gewalt überwiegend eine heteronormative Reduktion auf die Täterperspektive unter Ausblendung männlicher Verletzungsoffenheit. Die Problemlage männlicher Opfer bleibt gesellschaftlich weitgehend unbeachtet, wird nicht als soziales Problem erkannt und ist damit (bislang) weder Gegenstand der herkömmlichen Fachpolitiken (wie Kriminalpolitik, Rechtspolitik, Familienpolitik) noch der Gleichstellungspolitik.

Bis heute definiert Klaus Theweleits täterfixierter Analysebefund „Männerphantasien“ (1977/1978) den assoziativen Deutungshorizont der Geschlechterforschung respektive Männlichkeitsforschung und rahmt den öffentlichen Diskurs über die Täter.

Als analytischer Klassiker von Faschismus und Männlichkeit kommt Klaus Theweleit zum Schluss, der Faschismus ergebe sich aus einer bestimmten historischen Ausprägung von männlicher Trieborganisation. Der Autor blickt auf die Geschichte der Körperbeherrschung in der europäischen Neuzeit, in der sich bis in die Gegenwart die repressiven Vorstellungen über Körper und Lust durchsetzen. „Männliche Verletzungsoffenheit“ und damit die Schutzwürdigkeit von

Männern blieben hingegen in diesem Kontext über Jahrzehnte öffentlich weder fühlbar noch denkbar und im Geschlechterdiskurs eine dauerhaft verdeckte Kategorie. Männliche Schuldgefühle und das schamhafte Schweigen vieler Männer waren die Folge. Als Mann war es ratsam, sich als vermeintlich geschlechtsloses Wesen stillschweigend auf die Seite der Frauen zu stellen, wenig Angriffsflächen zu bieten und ansonsten nicht aufzufallen. Männer wurden und werden so weder als geschlechtssensibel und -reflektiert noch als bildungsbedürftige Menschen wahrgenommen. Schon gar nicht konnte und kann Männern widerfahrene sexualisierte Gewalt sichtbar werden (vgl. Lenz, 2012). Diese wird im Geschlechterdiskurs bis in die Gegenwart als „frauenspezifisch“ konstruiert.

Exkurs: Ein Meilenstein in der Erforschung der Gewalt an Männern und ihrer Verletzungsoffenheit

Die Pilotstudie „Gewalt gegen Männer“ (2004) ist eine Auftragsstudie des bundesdeutschen Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2004). Mittels dieser Studie wurden vertiefende Erkenntnisse über die Gewaltwiderfahrnisse von Männern im häuslichen wie im außerhäuslichen Bereich durch die Befragung von in Deutschland in Privathaushalten lebenden Männern zwischen 18 und 65 Jahren gewonnen. Hier konnte belegt werden, dass Gewalt gegen Männer existiert und mittels wissenschaftlicher Methoden erforschbar ist. Leider ist es dabei geblieben und die bahnbrechenden Erkenntnisse der Studie wurden bislang nicht in die Praxis einer repräsentativ aussagekräftigen Hauptstudie über das Ausmaß und die Vielfalt der Gewalt gegen Männer umgesetzt. Das Ministerium stellte zudem nach Veröffentlichung der Studie die Notwendigkeit besonderer Unterstützung für männliche Gewaltopfer infrage. Stattdessen wurden die Angebote für männliche Gewalttäter von häuslicher Gewalt bundesweit ausgebaut.

Einen Einblick in die Pilotstudie gibt die folgende „Landkarte der Gewaltbetroffenheit von Männern und Jungen“. Die Gewaltfeldübersicht verdeutlicht die Weite und Tiefe der Felder, in denen die gegen Männer gerichtete Gewalt stattfindet. Die Dimensionen Lebensphase (als Kind, Jugendlicher und Erwachsener) sind kombiniert mit den Lebenskontexten von Männern, männlichen Jugend-

lichen und Jungen (im privaten und öffentlichen Bereich). Hier finden die wesentlichen Gewaltvorkommnisse gegen Männer, männliche Jugendliche und Jungen statt (in der oberen Hälfte der Grafik).

Daneben gibt es spezifische Gewaltfelder (in der unteren Hälfte)

- » wie im Krieg und beim Militär,
- » in bestimmten Institutionen wie Heime, Krankenhäuser, Gefängnisse, kulturelle und religiöse Gemeinschaften (Beschneidung) und
- » bei bestimmten Opfergruppen mit bestimmten von der „Normalität“ abweichenden Merkmalen (Behinderung, Ausländer und Migration, sexuelle Orientierung). (Abbildung 1)

In der Pilotstudie kommen alle Arten der Gewalt (körperlich, psychisch und sexualisiert) in allen Altersstufen und Lebenskontexten vor.

Aktuell zeichnen sich hinsichtlich Männern und widerfahrener Gewalt folgende wesentliche Erkenntnisse ab:

- » Männer sind wesentlich häufiger von Gewalt im öffentlichen Raum betroffen als Frauen. Das Risiko für einen Mann, Gewaltopfer durch einen anderen Mann zu werden, ist außerhalb des häuslichen Bereichs größer als in ihm.
- » Für Frauen und Männer sind die Gewaltfelder im häuslichen und im außerhäuslichen Bereich unterschiedlich relevant.
- » Männer werden meistens Opfer von Gewalt, die ihnen von anderen Männern zugefügt wird.
- » Männer sind dort von Gewalt stärker betroffen, wo starke Machtgefälle bestehen, zum Beispiel in Institutionen wie Heimen, Militär,

Gefängnissen, Kirchen und religiösen Gemeinschaften.

- » Männer erfahren in ähnlichem Ausmaß Gewalt wie Frauen. Das gilt ebenso in Bezug auf die Opfer sexualisierter Gewalt. Während die Zahl von betroffenen Männern und Frauen etwa gleich hoch ist, gibt es bei den Täterzahlen doppelt so viele Männer wie Frauen.
- » Partnerschaftsgewalt: Gut ein Viertel aller Männer (26,8 %) berichtete in der Pilotstudie über körperliche Übergriffe durch die aktuelle oder letzte Partnerin.

Sucht und Männlichkeit

Auf die hohe Betroffenheit von Männern bei der Verbreitung und Verteilung von psychoaktiven Substanzen und geringen Versorgungsangeboten mit mänderspezifischen Ansätzen wird zunehmend auch im deutschsprachigen Raum aufmerksam gemacht. „Immer augenfälliger wird die Notwendigkeit, mänderspezifische Ursachen und Ausprägungen von Sucht(-gefährdung) zu erforschen, therapeutische Antworten auf den spezifisch männlichen Umgang mit Krisen, Süchten, Hilfeangeboten, eigenen Ressourcen und Lebensentwürfen zu suchen. Männer machen es dabei sich und anderen nicht leicht, strukturelle Bedingungen wie sozialisations- bzw. rollentypische Erwartungen an Männer (zum Beispiel keine Ängste zulassen), Stummheit, das mangelhafte Erkennen und Benennen eigener Bedürfnisse, die Ignoranz gegenüber Körpersignalen wahrzunehmen. Aber auch ausgeprägtes Desinteresse an Reflexion, theoretischer Aufarbeitung von sich verändernder Männeridentität und Mannsein

erschweren sowohl eine Männergesundheitsbewegung als auch eine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit.“ (Jacob & Stöver, 2009) Vor dem Hintergrund der Schweizer Suchtforschung ist von Klingemann eine aufschlussreiche Erhebung zu „Sucht und Männlichkeit“ für den deutschsprachigen Raum vorgelegt worden (Klingemann, 2009).

Hinsichtlich des männlichen Suchtverhaltens stellen Traumaerfahrungen bei Männern sowohl für die Erforschung im wissenschaftlichen Feld als auch „immer noch für viele Kliniken und Praktiker ein schwer begangbares Terrain dar“ (Kuhn, 2004, S. 109). Traumata gelten inzwischen wie sexueller Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlung in Kindheit und Jugendzeit „als mögliche bahrende Ereignisse für einen späteren Gebrauch psychotroper Substanzen“ (a.a.O., S. 110). Wobei es erstaunlich ist, dass es im deutschsprachigen Raum so wenige Arbeiten gibt, die sich mit der sexuellen Gewalt an Jungen und ihrem Suchtverhalten beschäftigen. Im Gegensatz zum anglo-amerikanischen Raum – wie schon erwähnt –, in dem seit den 1990er-Jahren in klinischen Studien an Männern der Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und körperlichen Gewaltübergriffen sowie Alkoholabhängigkeit untersucht wird. Schay und Liefke machen darauf aufmerksam, dass die Betrachtung von Trauma und Sucht dadurch erschwert werde, dass sich in der Fachliteratur unzählige Publikationen zu spezifischen Aspekten des Traumas finden, aber der Aspekt Sucht nur am Rande aufgegriffen werde. „Auch in den einschlägigen Veröffentlichungen zum Thema Sucht

wird die Problematik von Traumatisierungen nur selten behandelt.“ (Schay & Liefke, 2009)

Gerade bei Verunsicherungen der Männlichkeit können Drogen eingesetzt werden. Stöver nennt dieses Vorgehen „Doing Gender with Drugs“. „Rausch, Drogenkonsum und Sucht sind Phänomene, die unmittelbar mit der Konstruktion von männlichen Identitäten verbunden sind: Ein ‚ganzer Kerl‘, ‚trinkfest‘ zu sein und ‚Stehvermögen‘ zu zeigen sind männliche Attribute, die nicht akzidentell ‚passieren‘, sondern die permanent gemacht werden, wesentliche Bestandteile männlicher Identitätskonstruktionen und gelebt: Risikobiographien sind.“ (Schlingmann, 2009)

Erste Schritte zur politischen und gesellschaftlichen Öffnung für den Männergewaltschutz

Nachdem über mehrere Jahrzehnte auf den meisten politischen Ebenen die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für bedürftige Männer so gut wie kein Thema waren, scheint seit Kurzem eine zaghafte politische Öffnung stattzufinden. Beginnend mit einem Pilotprojekt in Sachsen (2016) und ermuntert durch Regierungswechsel in den Ländern, beginnen einige Bundesländer mit innovativen Aktivitäten, die Gewalt gegen Männer aufgreifen (TH, SH, NRW, BY). Sie sind auf Beratung und Unterkunft im Notfall sowie auf begleitende Forschung und Öffentlichkeitsarbeit gerichtet. Die bei der LAG Jungen- und Männerarbeit Sachsen e. V. (Juma, 2020) ange-

siedelte Bundesweite Fach- und Koordinierungsstelle Männergewaltschutz (BFKM) (2020) ist seit 2019 im Auftrag des BMFSFJ dabei, ein Konzept umzusetzen, das mit fachlicher Koordination, bundesweiter Netzwerkarbeit und ersten Sensibilisierungsmaßnahmen den Zugang für gewaltbetroffene Männer in das Hilfesystem häuslicher Gewalt erleichtern soll. Zukünftig ist eine bundesweit einheitliche Sensibilisierungskampagne für von häuslicher Gewalt betroffene Männer angestrebt. Zudem werden aktuell bundesweit neun Männerschutzangebote mit zusammen 27 Plätzen vorgehalten.

Auch das Männerhilfetelefon 0800 1239900 richtet sich seit April 2020 an Männer, denen Gewalt in Familie, Partnerschaft, Institutionen oder anderen Lebensbereichen widerfahren ist. Die Hotline und die zugehörige Internetpräsenz www.maennerhilfe-telefon.de werden finanziert durch die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Bayern.

Das vom BMFSFJ geförderte Bundesforum Männer – Interessenverband für Jungen, Männer und Väter fokussiert demgegenüber auf gleichstellungsorientierte Männerpolitik(en) auf Bundesebene. Sein Survival-Kit für „Männer unter Druck“ fokussiert auf gewaltpräventive Täterarbeit, indem es Lobbyarbeit für Männer macht „die in Krisensituationen nicht die Beherrschung verlieren möchten“ (Bundesforum Männer 2020).“

Die Nachhaltigkeit der Umsetzung dieser Projekte wird sich in den sich abzeichnenden Stürmen der kommenden Haushaltsberatungen bewähren müssen.

Literatur

- Bundesforum Männer (2020): CORONA-KRISE – SURVIVAL-KIT FÜR MÄNNER UNTER DRUCK. https://bundesforum-maenner.de/wp-content/uploads/2020/03/GZA_Merkblatt_Corona_DEUTSCH.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004): Studie. GEWALT GEGEN MÄNNER. <https://www.bmfsfj.de/blob/jump/84590/studie-gewalt-maenner-langfassung-data.pdf>
- Degele, Nina; Schirmer, Dominique (2004): SELBST-VERSTÄNDLICH HETERONORMATIV: ZUM PROBLEM DER REIFIZIERUNG IN DER GESCHLECHTERFORSCHUNG. In: Buchen, S.; Helfferich, C. und Maier, M. S. (Hrsg.): Gender methodologisch. Empirische Forschung in der Informationsgesellschaft vor neuen Herausforderungen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 107–122.
- Jacob, J.; Stöver, H. (2009): Einleitung. In: Jacob, J; Stöver, H. (Hrsg.): MÄNNER IM RAUSCH. KONSTRUKTIONEN UND KRISEN VON MÄNNLICHKEITEN IM KONTEXT VON RAUSCH UND SUCHT. Bielefeld: transcript Verlag, S. 9–12.
- Klingemann, H. (2009): SUCHT, MÄNNERGESUNDHEIT UND MÄNNLICHKEIT – EIN NEU ENTDECKTES THEMA. In: Jacob, J.; Stöver, H. (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag, S. 33–76.
- Kuhn, S. (2004): TRAUMA, POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUBSTANZABHÄNGIGKEIT: Eine Literaturübersicht. In: Suchttherapie 5, S. 110–117.
- Lenz, H.-J. (2012): DIE KULTURELLE VERLEUGNUNG DER MÄNNLICHEN VERLETZBARKEIT ALS HERAUSFORDERUNG FÜR DIE MÄNNERBILDUNG. In: Baader, M.; Bilstein, J.; Tholen, T. (Hrsg.): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies. Wiesbaden: Springer VS, S. 317–328.
- Lenz, H.-J. (1996): SPIRALE DER GEWALT. JUNGEN UND MÄNNER ALS OPFER VON GEWALT. Berlin: Morgenbuch-Verlag.
- Lenz, H.-J. (2007): ZWISCHEN MEN'S STUDIES UND MÄNNLICHER VERLETZUNGSOFFENHEIT – ZUR KURZEN GESCHICHTE DER MÄNNERFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND. In: Meike Penkwitt (Hrsg.): Männer und Geschlecht. Freiburg im Breisgau: Fritz (Freiburger GeschlechterStudien, 21.2007), S. 41–77.
- Lenz, H.-J. (2014): WENN DER DOMSPATZ WEIBLICH WÄRE ... ÜBER DEN ZUSAMMENHANG DER VERDECKUNG SEXUALISierter GEWALT AN MÄNNERN UND KULTURELLEN GESCHLECHTERKONSTRUKTIONEN. In: Mosser, P. und Lenz, H.-J. (Hrsg.): Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention. Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden: Springer VS, S. 15–42.
- Lenz, H.-J. (2015): MANN ODER OPFER? ERKUNDUNGEN IM FELD VON MÄNNLICHER GEWALTBE-TROFFENHEIT, DER VERDECKUNG MÄNNLICHER VERLETZBARKEIT UND DEREN BEDEUTUNG FÜR DAS HELFERSYSTEM – AUCH IM SUCHTBEREICH. In: Heinzen-Voß, D.; Stöver, H. (Hrsg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 165–190.
- Popitz, H., 2004 (zuerst 1992): PHÄNOMENE DER MACHT. 2. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schäfer, I. (2006): ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN TRAUMAERFAHRUNGEN UND SUCHTENTWICKLUNG BEI MÄNNERN. In: Jacob, J.; Stöver, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 69–78.
- Schay, P.; Liefke, I. (2009): SUCHT UND TRAUMA. INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE IN DER DROGEN-HILFE. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schlingmann, T. (2009): MÄNNLICHKEIT, SEXUELLE GEWALTERFAHRUNG UND DROGENKONSUM. In: Gahleitner, S.-B.; Anderson, C.L. (Hrsg.): Gender Trauma Sucht. Neues aus Forschung Diagnostik und Praxis. Kröning: Asanger.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2019 **Wenn es für Jugendliche schwierig wird ... Suchthilfe und Prävention bei Jugendlichen** – eine transdisziplinäre Herausforderung
- 2018 **Luft nach oben** – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen?
- 2017 **Traumata und Sucht** – Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata
- 2016 **Zum Wohl? – Von wegen!** – Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 **Schöne neue Drogenwelt** – Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 **Im Dickicht der Hilfesysteme?** – Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 **Verloren in der virtuellen Welt?** – Stoffungebundene Süchte als Herausforderung für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 **Sucht zuhause?** Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 **Tüchtig und / oder Süchtig?** – Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 **Sucht und Gewalt** – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 **Lebensabend Sucht?** – Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe
- 2008 **Geschlechtergerechte Ansätze** in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 **Neue Drogenkonsummuster** im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind auf der Homepage der LVG & AFS als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar

<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/medienliste>.

Gegen Zusendung eines an Sie adressierten und mit 1,55 Euro frankierten Rückumschlages (DIN C4)

können Ihnen einzelne Exemplare – soweit vorrätig – gerne zugesandt werden.

Bitte informieren Sie sich vorher über die Verfügbarkeit und senden Sie den Rückumschlag an LVG & AFS Nds. e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover.

Verzeichnis der Referent*innen

BÄRBEL LÖRCHER-STRABURG

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover
baerbel.loercher-strassburg@ms.niedersachsen.de

PROF. DR. IRMGARD VOGT

Frankfurt University of Applied Sciences
vogt@fb4.fra-uas.de

ANDREAS BÖGGERING

M. Sc. Suchthilfe/Suchttherapie
Phaemoberater® Schwerpunkt Männerberatung
Im Stadtbruch 15, 46419 Isselburg
boeggeringandreas@gmail.com

DR. CAROLA REIMANN

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover

DORIS HEINZEN-Voß

Impulswechsel Training – Coaching – Entwicklung, Duisburg
Zieglerstraße 27, 47058 Duisburg
info@impulswechsel.de

HANZ-JOACHIM LENZ

Forsche Männer & Frauen, Beratung – Bildung – Forschung
Kaiserstuhlstraße 3, 79285 Ebringen
info@geschlechterforschung.net

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Erschienen im April 2021

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.