



*M5*

*Leitfaden*

**zur  
männer-  
spezifischen  
Sucht- und  
Drogenarbeit**

**Handlungsempfehlungen  
für die Praxis**





## Die **Koordinationsstelle Sucht (KS)**

des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte.

Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 600 Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.



Die von der KS konzipierten und erprobten **Modellprojekte** sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Projekte, wie die »Soforthilfe für Drogenabhängige«, die in 48 Stunden Therapieplätze vermittelt, oder »FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten« in acht Bundesländern, bringen fortschrittliche Impulse in das Hilfesystem.

**Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe** ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen **Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur**.

Die KS ist als **Beraterin und Koordinatorin** der Suchthilfe unter anderem zentrale Ansprechpartnerin für Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse und über die aktuelle Gesetzgebung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 14.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in **Fort- und Weiterbildungen**. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen: Die KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Dezernat 50  
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht  
Referatsleiter: Wolfgang Rometsch  
Warendorfer Straße 25-27  
48133 Münster  
Tel.: 0251 591-3267  
Fax: 0251 591-5484  
E-Mail: kswl@lwl.org  
Home: www.lwl.org/ks

1. Auflage 1 - 1.000

Münster, Juni 2006

© 2006 Landschaftsverband Westfalen-Lippe



KOORDINATIONSSTELLE

*Sucht* Fragen Sie uns  
doch einfach.

# *Leitfaden*

zur männerspezifischen Sucht-  
und Drogenarbeit

Handlungsempfehlungen  
für die Praxis

## *Vorwort*

Gendermainstreaming ist in der Bundesrepublik durch die Politik der Europäischen Union bekannt geworden. Bemerkenswerterweise liegen die Wurzeln in der weltweiten Frauenbewegung und ihrer Erfahrung mit der Durchsetzung von Forderungen an die Regierungen. Vom Ansatz her entspricht das Prinzip des Gendermainstreaming der Idee der Querschnittspolitik: Die Chancengleichheit der Geschlechter lässt sich nur herstellen, wenn dieses Ziel in allen Lebens- und Politikbereichen angestrebt wird. Auch vor diesem Hintergrund ist Gendermainstreaming ein Thema der Drogen- und Suchthilfe.

Geschlechterspezifische Beratung und Behandlung ist in der Drogen- und Suchthilfe nicht unbekannt, dennoch führt es ein gewisses Schattendasein. Im Bereich der frauenspezifischen Suchtarbeit gibt es schon eine längere Tradition, akzentuiert man aber auf „Männer und Sucht“, begegnet man nicht selten fragenden Blicken.

Mit der Fachtagung „Männersache – brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe?“ im September 2004 in Dortmund hat die Koordinationsstelle Sucht das Thema „Männer und Sucht“ in den Fokus gestellt. Der im Anschluss an die Veranstaltung initiierte Arbeitskreis „Männer und Sucht“ wurde von Herrn Dr. Heino Stöver fachlich begleitet, so dass es nahe lag, ihm die Erarbeitung eines Leitfadens zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit zu übertragen.

Mit dem vorliegenden Produkt möchte die Koordinationsstelle Sucht beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe der Praxis der Sucht- und Drogenhilfe eine Arbeitsmaterialie zur Verfügung stellen, mit dem Ziel, Orientierungen und praxisrelevante Hilfestellungen und Handlungsempfehlungen zur Implementierung männerspezifischer Ansätze zu geben. Damit ist ein weiterer Schritt getan, die fachliche Aufmerksamkeit auf die Abstimmung der Hilfeangebote auf männerspezifische Besonderheiten und Bedürfnisse zu lenken.

An Kritiken, Rückmeldungen und Hinweisen zur Weiterentwicklung dieser Thematik sind wir sehr interessiert, vor diesem Hintergrund freuen wir uns über einen möglichst langanhaltenden Dialog mit der Praxis.

Wolfgang Rometsch  
Leiter der Koordinationsstelle Sucht

## *Vorwort*

Der Mann steht immer stärker im Mittelpunkt gesellschaftlicher Aufmerksamkeit – als Problemfall, in einer Identitätskrise (nicht nur zeitlich begrenzt als midlife crisis), entwurzelt, seiner quasi natürlichen Bestimmung, der lebenslangen Erwerbsarbeit und damit seiner Herr- und Hüterfunktionen, seines „Draußens“, beraubt: **„Männerdämmerung“**. Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, scheint für viele Jungen und Männer ein probates Mittel, grundsätzliche Probleme wie Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Sinnlosigkeit für einige Zeit zu lösen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, familiäre oder soziale Folgen. Jungen und Männer sind bei Problemen, resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit, besonders stark betroffen. Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten diese Problematik zu bewältigen, unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, bis hin zu der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes. Drogen spielen in diesen Konzepten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt.

Nach allgemeiner Einschätzung ist die Suchtkranken-/gefährdetenhilfe nicht entsprechend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken vorbereitet. Diskussionen über männerspezifische Hilfeansätze werden in Therapieeinrichtungen, in Publikationen und auf Fachtagungen erst seit einigen Jahren geführt; die Erkenntnis, dass ein solcher Arbeitsansatz zur Qualitätssteigerung, zum größeren Erfolg der Hilfeleistungen beitragen kann, hat sich noch nicht ausreichend durchgesetzt – auch nicht bei den Kostenträgern oder in einer allgemeineren Debatte über die zukünftige Ausgestaltung der Suchtkrankenhilfe. Deshalb verwundert es nicht, dass männerspezifische Arbeitsansätze und Konzeptionen für die Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen/-gefährdeten rar sind. Es fehlen damit Modelle in vielen Regionen, die Anstöße geben können, den eigenen Blick in der Einrichtung für männerspezifische Ursachen, Verlaufsformen und Beendigungsmuster der Abhängigkeit zu schärfen.

Die Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) hat nach der mehrfachen Thematisierung des Zusammenhangs „Männer und Sucht“ auf Tagungen und in Arbeitskreisen die Idee für diesen Leitfadentext entwickelt, die ich gerne in die Praxis umgewandelt habe. Ich freue mich auf ihre Rückmeldungen und Anregungen!

Heino Stöver, April 2006

## *Inhalt*

Brauchen wir eine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit? . . . .	6
<b>I. Grundsätzliche Aspekte . . . . .</b>	<b>9</b>
1. Geschlecht als zentrale Kategorie in der Gesundheitsförderung und in der Sucht- und Drogenarbeit . . . . .	9
2. Der „geschlechtslose Mann“? . . . . .	11
3. Sprache und Begriffe – sind männlich geprägt . . . . .	13
3.1 Was ist gender mainstreaming? . . . . .	14
3.2 Was ist geschlechtergerechte Sucht- und Drogenarbeit? . . . . .	14
3.3 Was ist männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit? . . . . .	15
4. Epidemiologie männlichen Drogenkonsums und Suchtverhaltens . . . .	16
5. Männergesundheit – ein Kapitel für sich . . . . .	19
6. Bedeutung des Drogenkonsums für die Konstruktion von Männlichkeiten . . . . .	22
7. ‚Der berauschte Mann‘ – Konstruktion von Männlichkeit: Doing gender with drugs? . . . . .	26
8. Das Konzept ‚Hegemoniale Männlichkeiten‘ und Drogenkonsum . . . .	27
9. Unsicherheiten und Belastungen in der Konstruktion von Männlichkeiten . . . . .	30
<b>II. Praxis und Handlungsempfehlungen . . . . .</b>	<b>32</b>
1. Männer- und jungenspezifische Suchtarbeit . . . . .	32
1.1 Prävention . . . . .	32
1.2 Behandlung . . . . .	33
1.3 Nachsorge . . . . .	34

---

2.	Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für mÄnnerspezifische Sucht- und Drogenarbeit . . . . .	34
3.	Grundhaltung, Setting, Methoden . . . . .	37
4.	Geschlechtshomogene Sucht- und Drogenarbeit?! . . . . .	39
5.	MÄnnerspezifischer Ansatz als Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung und QualitÄtssicherung der Drogenhilfe . . . .	41
6.	Ansatzpunkte fÄr die EinfÄhrung und Umsetzung von Gender Mainstreaming auf Angebotsebene . . . . .	44
7.	Themen in der Gruppenarbeit mit suchtkranken/-gefÄhrdeten MÄnnern . . . . .	46
8.	Praxisbeispiele und Handlungsempfehlungen fÄr mÄnnerspezifische ArbeitsansÄtze . . . . .	52
8.1	MÄnnliche Individuation erreichen . . . . .	52
8.2	Existenzielle Lebensaufgaben bewÄltigen . . . . .	54
8.3	Lebensstilanalyse: AktivitÄt/PassivitÄt reflektieren . . . . .	56
8.4	Migrations-/KultursensibilitÄt erwerben . . . . .	57
9.	Ausblick . . . . .	59
	Anhang . . . . .	61
	Entwurf fÄr ein Argumentarium fÄr mÄnnerspezifische und mÄnnergerechte Sichtweisen in Drogenpolitik und Drogenarbeit . . . . .	61
	NÄtzliche Websites . . . . .	62
	Literatur . . . . .	63
	Adressen . . . . .	68

## *Brauchen wir eine mÄnnerspezifische Sucht- und Drogenarbeit?*

Wozu einen Leitfaden für mÄnnerspezifische Drogenarbeit? Weil er dringend erforderlich und eigentlich längst überfÄllig ist! Wir könnten ebenso fragen, warum werden besondere Angebote für Jugendliche, Migrant/innen, oder Menschen aus sozial benachteiligten Schichten gemacht? Wir stellen diese Fragen nicht mehr: Zu deutlich ist geworden, dass Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen, individuellen Ressourcen, in verschiedenen biographischen Stadien aus ganz unterschiedlichen Motiven Drogen konsumieren. Vor allem unterscheiden sich MÄnner und Frauen in ihren Konsummotiven, -gründen, -anlÄssen, in Suchtverlauf, -bewÄltigung und -beendigung ganz erheblich voneinander.

*Erfolgreiche und wirksame Suchtarbeit muss ihre Angebote zielgruppengenau, bedarfsorientiert, lebensweltnah und geschlechtsspezifisch ausrichten!*

Die Sucht- und Drogenhilfe hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert, um Menschen dort zu unterstützen, wo sie den Wunsch entwickeln und ihre Ressourcen mobilisieren können, um aus der Sucht oder dem problematischen Drogenkonsum herauszukommen. Denn: ebenso vielfÄltig wie die Wege in die Sucht, sind die Wege wieder heraus und ebenso vielfÄltig müssen die Unterstützungen auf den einzelnen Gebieten der Suchthilfe sein. Der Erfolg und die Wirksamkeit der Suchtarbeit hÄngt maßgeblich davon ab, wie zielgruppengenau, bedarfsorientiert und lebensweltnah sie ihre Angebote ausrichtet, um den unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden besser gerecht zu werden. Wissenschaftliche ZugÄnge zur ErklÄrung von Drogenkonsum, Projekte zur zielgenauen PrÄvention, lebensweltnahen Beratung, bedarfsgerechten Therapie und Nachsorge von Drogenkonsument/innen sind dringend indiziert.

Trotz aller gelungenen Ausdifferenzierung in wichtigen Arbeitssegmenten wird eine geschlechterspezifische Suchtarbeit jedoch noch immer mit „frauengerechten Angeboten“ gleichgesetzt, in der stillschweigenden über-



einkunft: „Sucht-/Drogenarbeit minus frauenspezifischer Arbeit muss gleich männerspezifisch sein.“ Diese geschlechtsnegierende Sicht auf das Phänomen Sucht in allen Facetten wird jedoch kontrastiert durch Erkenntnisse, dass auch männlicher Drogenkonsum besondere Ursachen hat, dass die Inanspruchnahme von Vorsorge-/Hilfe- und Beratungsangeboten von Männern begrenzt ist, dass der individuelle Suchtverlauf und -ausstieg, die Kontrolle über Drogen sowie die soziale Auffälligkeit geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweist.

Diese Gedanken sind in der frauenspezifischen Suchtarbeit – zumeist von Frauen für Frauen - in den letzten 25 Jahren bereits umgesetzt worden - wenn auch nicht flächendeckend und immer noch nicht differenziert genug. Angebote wurden erkämpft, Standards und Leitlinien erarbeitet, wissenschaftliche Theorien entwickelt und empirisch überprüft. Für suchtkranke/-gefährdete Männer hingegen fehlen solche Angebote oder selbst Konzepte nahezu völlig. Ohne Männerbewegung, ohne Männergesundheitsbewegung hat es bislang auch keine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit gegeben. Scheinbar haben Männer bislang keinen Bedarf gesehen, männerspezifisch zu arbeiten. Haben Professionelle und Betroffene geglaubt, in all den Angeboten, in denen keine oder kaum Frauen waren, würde bereits ihr soziales Geschlecht und der Zusammenhang der Konstruktion ihrer Männlichkeit mit Drogenkonsum reflektiert? War Geschlechtsspezifik nur etwas für (frauenbewegte) Frauen? Glaubte man(n), die besonderen gesundheitlichen Belastungen für Männer und ihre Auswirkungen auf den Drogenkonsum wären bereits hinreichend erkannt und therapeutisch bearbeitet? Betrachtet man die Verbreitung und Verteilung der von psychoaktiven Substanzen abhängigen oder gefährdeten Menschen in Deutschland, fällt deutlich die vermehrte Betroffenheit bei Männern auf. Gleichzeitig bestehen jedoch auffällig wenig Versorgungsangebote mit männerspezifischen Ansätzen.

*Trotz großer Betroffenheit von Männern mit Suchtproblemen bestehen nur sehr wenige Versorgungsangebote mit männerspezifischem Ansatz.*

*Gesucht: Therapeutische Antworten auf den spezifisch männlichen Umgang mit Krisen, Grenzen, Süchten, Hilfe/Vorsorgeangeboten, eigenen Ressourcen und Lebensentwürfen.*

Diese Diskrepanz wird zunehmend in der (Fach-)Öffentlichkeit deutlich und in einer Reihe von Seminaren, Fachtagungen und Publikationen ist in den letzten Jahren auf die Notwendigkeit, einer Ausweitung mÄnnerspezifischer Angebote hingewiesen worden. Immer augenfälliger wird die Notwendigkeit mÄnnerspezifische 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 (z.B. 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. Eher existieren Überlegungen, was man(n) von der Frauenbewegung übernehmen' könnte, eher bequeme, fast selbstgefällige, aber auf jeden Fall holprige (erste) Gedanken zur eigenen kulturell-sozialen Geschlechtlichkeit und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Drogenkonsum/-sucht.

*MÄnnergesundheitsdiskussion im Aufbruch*

Eine von der Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Kooperation mit dem Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogen-therapie e. V. (WESD) veranstaltete Fachtagung „MÄnnersache - Brauchen wir eine mÄnnerspezifische Suchthilfe?“ im September 2004 in Dortmund, ein Arbeitskreis „Mann und Sucht“ im April 2005 in Münster, sowie ein Workshop zum Thema „MÄnnerspezifische Suchtarbeit“ im August 2005 in Münster haben schließlich zur Erstellung dieses Leitfadens geführt. Dieser Leitfaden will neben der Eröffnung eines Diskurses über MÄnnerspezifik gleichzeitig Orientierungen und praktische Hilfestellungen zur Implementierung mÄnnerspezifischer Ansätze in der Suchthilfe geben.

## I. Grundsätzliche Aspekte

### *1. Geschlecht als zentrale Kategorie in der Gesundheitsförderung und der Sucht- und Drogenarbeit*

*Jungen und Männer konsumieren mehr, häufiger, risikoreicher und sozial auffälliger als Mädchen und Frauen.*

Rausch, Drogenkonsum und Sucht sind augenscheinlich Männerthemen. Zu diesem Schluss könnte man kommen, wenn man sich die epidemiologische Verbreitung dieser Phänomene ansieht und auch die damit verbundenen Häufigkeiten individueller, familiärer Schädigungen und gesellschaftlicher Belastungen: Trotz aller Trends hin zur Gleichverteilung der Drogenerfahrungen unter Schülern und Schülerinnen konsumieren männliche Jugendliche und Erwachsene Alkohol und illegale Drogen immer noch häufiger, in größeren Mengen, in risikoreicheren Gebrauchsmustern und sozial auffälliger als weibliche Personen.

Dabei ist seit langem bekannt, dass das Geschlecht eine zentrale Bedeutung in der Erklärung der Erlangung und Beibehaltung von Gesundheit, bzw. der Entstehung und Überwindung von Krankheit einnimmt. Die Geschlechtszugehörigkeit hat ebenso starke Auswirkungen wie andere Variablen (Alter, soziale Ungleichheit etc.). So ist die Lebenserwartung bei Männern in allen westlichen Ländern deutlich kürzer als die von Frauen: Männer weisen andere Symptomaten auf und nehmen unterschiedlich häufig die Versorgungsangebote in Anspruch. Eine geschlechter-sensible Betrachtung von Gesundheit hat heute in den meisten Forschungs- und Politikbereichen ebenso wie die politische Strategie des „Gender-mainstreamings“ auch Eingang in die Gesundheitsförderung gefunden. Sie bedeutet, „(...) bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt (...)“ (Bundesministerium für Familie,

Senioren, Frauen und Jugend, zitiert nach SCHWARTING, 2003, S. 48).

In den 90er Jahren hat es eine Bewegung von der Frauen- zur Geschlechtsspezifik gegeben: Es wurde eine „Gendersensibilität“ (das soziale Geschlecht) postuliert, die die Bedingungen und Anforderungen, die Verarbeitungen, Lebenskontexte, Themen usw. beider Geschlechter benannte und forderte, diese verstärkt in allen Entscheidungen und Hilfeleistungen zu berücksichtigen. Für den Suchtbereich bedeutet dies: Welches sind die suchteingebundenen bzw. suchtrelevanten Lebensaspekte von Frauen und Männern und welche Folgerungen auf allen Ebenen der Angebotsentwicklungen und der Hilfeangebote müssen gezogen werden?

Eine spezifische Männergesundheitsbewegung und eine männerspezifische Drogenarbeit und Suchthilfe – auch die sexuellen Präferenzen berücksichtigend -hat sich allerdings noch nicht herausgebildet.

*Spezifische  
Männergesund-  
heitsbewegung ist  
erforderlich!*

Dieser Leitfaden befasst sich mit der Funktionalisierung von Drogenkonsum, der Funktionalität des Rausches, des Drogenkonsums und der Sucht für die Konstruktion von männlichen Identitäten sowie mit möglichen Ansätzen, in der Sucht- und Drogenarbeit auf allen Ebenen adäquater mit diesen Herausforderungen umzugehen.

Da es der erste Leitfaden dieser Art ist, soll diese Arbeit gleichzeitig eine Vernetzungsfunktion erfüllen, indem ein Diskussionsprozess angeregt und der Stand der Diskussion und Praxis zusammengefasst wird.

## 2. Der „geschlechtslose Mann“?

*Was ist das  
Männerspezifische  
am Drogenkonsum  
von Männern?*

Männer besitzen auch im Suchtbereich kein soziales Geschlecht („gender“), im Sinne einer sozialen Konstruktion von Maskulinität, bzw. es wird von den professionell Tätigen nicht berücksichtigt. „Ebenso wenig erfolgte im psychologischen Sinne eine systematische Analyse von Geschlechtsrollenerwartungen und -stereotypen, die in Beziehung zum männlichen Suchtmittelkonsum und Missbrauch stehen könnten“ (VOSSHAGEN 2002). Für den Alkoholkonsum gilt: Offenbar bildet ‚Trinken‘ und Männlichkeit eine solch enge Einheit, dass es dort wenig zu erklären gibt und dieser Aspekt zum Mannsein, zur ‚Natur‘ des Mannes einfach dazugehören scheint. Dies mag ein Grund für das Ausbleiben einer männerspezifischen Blickrichtung auf den Zusammenhang von Drogenkonsum und männlichen Identitäten sein. Ein anderer Grund liegt darin, dass die Thematisierung dieses Zusammenhangs der Konstruktion einer (nach außen demonstrierten) männlichen Unabhängigkeit widerspricht. Durch den Androzentrismus, also die Dominanz des männlichen Blicks, in Forschung und Praxis ist bereits eine männerspezifische Bearbeitung der Problematik vorhanden: Eine differenzierte Betrachtung von Männergesundheit scheint deshalb nicht nötig zu sein, weil Männer immer noch als die eigentlichen Menschen betrachtet werden, von denen die Frauen abzugrenzen sind. Doch dieser Androzentrismus ist ein strukturelles Phänomen, das ebenso selbstverständlich wie unbewusst wirkt: Deshalb gab es auch im Suchtbereich keine explizite Auseinandersetzung mit männlichen Identitäten und Männlichkeitskonstruktionen, keine nennenswerte Diskussion über männerspezifisches Gesundheitsverhalten und Drogengebrauch und auch keine Thematisierung des Zusammenhangs von Homosexualität in einer heterosexuell dominierten Gesellschaft und Sucht bzw. Drogenkonsum.

*Auseinandersetzung mit Männlichkeitskonstruktionen muss gefördert werden.*

*Wann endlich  
beschäftigen sich  
Männer mit sich  
selbst?*

Das Thema „Männergesundheit“ ist erst in den letzten Jahren ansatzweise entwickelt worden. Sogenannte „männerspezifische Angebote“ zeichneten sich oft dadurch aus, dass keine Frauen in der Einrichtung waren, bzw. das Angebot genutzt haben. Zum Beispiel in der Entzugsstation, wo Geschlechterverhältnisse von 10:1 Männer zu Frauen keine Seltenheit waren, mit so massiven Nebenfolgen, dass man die eine Frau in einer anderen Einrichtung beim Entzug begleitete. Also keine bewusste Entscheidung, sondern eher eine, die einen Reflex auf bestimmte Gegebenheiten darstellte. Der männerspezifische Ansatz ist somit wenig inhaltlich ausgeprägt. Viele Männer fühlen sich von Gender-Fragen immer noch nicht gleich stark angesprochen wie Frauen. Sie sind entweder mäßig interessiert oder fühlen sich oft persönlich angegriffen und in die „Männer-sind-Schweine-Ecke“ gedrängt. Ohne ihre Verantwortung für männliches Tun zu übernehmen, können sie jedoch nicht an Veränderungsprozessen teilnehmen. Es sind dann noch oft die Frauen, die Männer für Genderthemen interessieren. „Aber es ist doch absurd, dass Frauen manchmal so weit gehen, Männer für Männerthemen interessieren zu wollen. Es ist Sache der Männer, ihre Geschlechtsgenossen zu überzeugen. Sie müssen ihren eigenen Weg finden und der unterscheidet sich von dem der Frauen“ (SCHWARTING 2003).

Im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) werden konkrete Zielsetzungen festgelegt, um das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädlichen Konsum und die damit verbundenen Folgen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Der Gedanke des *Gender Mainstreaming* ist als wichtiges Teilziel in diesen Aktionsplan aufgenommen. Doch diese Strategie ist bislang nur für Frauen ausgearbeitet worden: Männerspezifische wissenschaftliche und praxisorientierte Strategien und Politiken sucht man bislang vergeblich, obwohl wir aus Forschung und Praxis wissen, dass sich frauen- und männerspezifisches Suchtverhalten sehr voneinander unterscheidet.

### *3. Sprache und Begriffe – sind männlich geprägt*

„Wir berücksichtigen zu wenig die geschlechtsspezifischen Konnotationen der Begriffe, die innerhalb der Suchtarbeit verwandt werden. Das gilt einmal für Begriffe wie „der Abhängige“, bei dem in seiner männlichen Form die weibliche stillschweigend mitgemeint ist und gar nicht erst der Versuch unternommen wird, weibliche bzw. männliche Abhängigkeit begrifflich auszudifferenzieren.“

In der Beratung und Therapie stellt Sprache das zentrale Medium der Beziehungsaufnahme dar und agiert eher mit „weichen“ Begriffen wie z.B. „einführendes Verstehen“, „Akzeptanz“ usw.. Männliche Klienten reagieren oft zunächst mit Abwehr auf diese „Sprache der Schwäche“. Darüber hinaus werden in anderen gebräuchlichen Begriffen der Suchtarbeit männerspezifisch Bilder von Gewalt, Härte und Fixierungen transportiert. Man spricht z.B. in der Beratung oder Therapie von „konfrontativer Technik“, wenn es darum geht, dem Suchtkranken die Konsequenzen seines Suchtverhaltens deutlich machen zu wollen, in der betrieblichen Suchthilfe von „konstruktivem Druck“ wenn man die vorhandene oder nicht vorhandene Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft eines suchtkranken Mitarbeiters mit einem Stufenplan von Abmahnungen und letztlich angedrohter Arbeitsplatzkündigung verbindet, in der Entscheidungsnotwendigkeit, der sich ein Suchtkranker ausgesetzt sieht, von einer „Entweder-oder-Haltung“ und findet sie auch in den Prämissen der Suchtarbeit selbst wieder: „Entweder trocken oder nass!“

Darüber hinaus fehlt in der Suchtarbeit ein positiver Begriff für das, was als Ergebnis einer gelungenen Suchthilfe angesehen werden kann, so wie z.B. dem Begriff „Krankheit“ in der Krankenbehandlung der Begriff „Gesundheit“ als positiver Zielbegriff gegenübersteht. Der Begriff der Abstinenz ist in diesem Sinne kein positiver Zielbegriff, sondern im besten Sinne ein Verhalten, etwas zu lassen und behält in der Praxis immer auch den Beigeschmack von Verzicht, etwas nicht zu beherrschen, etwas nicht mehr zu dürfen, und ist damit implizit eher ein Ausdruck von Schwäche, als von Stärke und Selbstbewusstsein“.

(H. WULF auf einem Workshop des LWL, April 05)

**Gender main-streaming:**

*Eine verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten*

**Geschlechtergerechte Suchtarbeit:**

*Arbeit mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Realitäten, Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen und Männern.*

**3.1 Was ist gender mainstreaming?**

Mit „gender“ werden die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern gemeint, sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. „Mainstreaming“ (engl. „Hauptstrom“) bedeutet, dass die Auswirkungen jeglicher Maßnahmen in allen Bereichen gesellschaftlichen Zusammenlebens jeweils für Männer und Frauen zu einem selbstverständlichen Bestandteil aller Entscheidungen, Prozesse und Reflektionen gemacht werden müssen. Gender mainstreaming ist eine verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten.

**3.2 Was ist geschlechtergerechte Sucht- und Drogenarbeit?**

Geschlechtergerechte Suchtarbeit weiß um die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Realitäten, Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnisse von Frauen und Männern. Sie nutzt dieses Wissen gezielt für die Organisation, Planung und Umsetzung des Hilfeangebotes. Die Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ bedeutet, dass alle Angebote bzw. Projekte daraufhin überprüft werden, ob der Problemhintergrund bei Mädchen / Frauen der gleiche ist wie bei Jungen / Männern und ob beide Geschlechter mit den gleichen Mitteln erreicht werden. Geschlechtergerechte Suchtarbeit bedeutet nicht, dass es nur noch frauen- oder männerspezifische Angebote gibt, sondern sie prüft, ob die gewählten Methoden zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen sowie zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Männern passen. Weiterhin bedeutet geschlechtergerechte Suchtarbeit:

Unterstützung emanzipatorischer Lern- und Entwicklungsprozesse: sie regt Frauen und Männer an, ihr Rollenrepertoire zu erkennen und zu erweitern;

Unterstützung von Frauen und Männern in der Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse, ihre Ressourcen und Stärken zu entwickeln und zu nutzen und ihre Lebensentwürfe zu realisieren.



*Die jeweiligen Besonderheiten des weiblichen und männlichen Suchtverhaltens in den möglichen Ursachen, der Wahl der Substanzen, dem Konsum-/Suchtverlauf und dessen Beendigung bzw. dessen Kontrolle erfordern eine besondere geschlechtsspezifische Beratung, Behandlung.*

Die jeweiligen Besonderheiten des weiblichen und männlichen Suchtverhaltens in den möglichen Ursachen, der Wahl der Substanzen, dem Konsum-/Suchtverlauf und dessen Beendigung bzw. dessen Kontrolle erfordern eine besondere geschlechtsspezifische Beratung, Behandlung, Begleitung und Therapie, die die unterschiedlichen Lebenshintergründe von Frauen und Männern berücksichtigten. Das heißt auch, dass diese Arbeit kultur- und altersspezifisch ausgerichtet sein muss. Gerade die geschlechtersensible Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen besitzt eine große Bedeutung, da in der Entwicklungsstufe zwischen 12 und 17 Jahren die Auseinandersetzung mit dem eigenen, wie auch mit dem anderen Geschlecht und die Suche nach geeigneten Identifikationsmustern eine große Rolle spielen.

Dabei sollten geschlechtsspezifisch ausgerichtete Angebote nicht auf Kosten der Versorgung des anderen Geschlechts gehen, sowohl auf institutioneller, kommunaler, regionaler oder nationaler Ebene. Es geht um eine „geschlechtergerechte Suchtarbeit“, die einen Beitrag zur Chancengleichheit von Frauen und Männern leistet, weil ihre Angebote weder Frauen noch Männer benachteiligen: „Geschlechtergerechte Suchtarbeit stellt sicher, dass Frauen und Männer in ihren Erfahrungen und Bedürfnissen gleichberechtigt behandelt werden und gleichermaßen ernst genommen und kompetent unterstützt sind. Deshalb verbessert geschlechtergerechte Suchtarbeit den Zugang zum Hilfeangebot und erhöht dessen Wirksamkeit“ (sfinx 2006<sup>1</sup>).

### **3.3 Was ist männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit?**

Geschlechtsspezifisch wurde gemeinhin und lange Jahre mit Frauenspezifisch gleichgesetzt, weil sich die Erkenntnisse der Frauengesundheitsbewegung auch in der Sucht- und

---

1 [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

*Geschlechtsspezifisch geht Frauen und Männer gleichermaßen an!*

Drogenarbeit niedergeschlagen haben. Mehr und mehr wird jedoch deutlich, dass auch mÄnnerspezifische Faktoren für AbhÄngigkeit, Suchtverlauf und -beendigung bedeutsam sind, und dass sich Angebote darauf einzustellen haben, wollen sie erfolgreich und wirksam die GrÄnde der Sucht(-gefÄhrdung) angehen. Geschlechtsspezifisch geht also Frauen und MÄnner gleichermaÙen etwas an.

#### *4. Epidemiologie männlichen Drogenkonsums und Suchtverhaltens*

Drogenkonsum, Rausch und AbhÄngigkeit sind MÄnnerthemen! Wirft man einen Blick auf die Geschlechterverteilung bei den AbhÄngigkeiten in Deutschland, ergibt sich folgendes Bild:

*AbhÄngigkeitsformen und Geschlechterverteilung<sup>2</sup>*

<b>AbhÄngigkeit/Störung</b>	<b>Geschlechterverteilung</b>	
Alkohol	1/3 Frauen	2/3 MÄnner
Illegale Drogen	1/3 Frauen	2/3 MÄnner
Path. Glücksspiel	10% Frauen	90% MÄnner
Medikamente <sup>3</sup>	2/3 Frauen	1/3 MÄnner
Essstörungen:	90% Frauen	10% MÄnner

*Jungen und MÄnner sind stark überrepräsentiert bei AbhÄngigkeiten.*

Führt man die Differenzierung innerhalb der verschiedenen Gruppen weiter, dann stellt sich heraus, dass sich die Geschlechtsunterschiede bei einzelnen Suchtformen zwar weiter verringern, dass jedoch eine nähere Betrachtung der Konsummuster eindeutig riskantere Konsumge-

<sup>2</sup> Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Nov. 2002

<sup>3</sup> Das Verhältnis von MÄnnern zu Frauen, die Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, liegt schätzungsweise bei 1:3; VOGT 2005

wohnheiten bei den Männern und Jungen (vgl. KRAUS 2005) zeigt (auch bei den Indikatoren „Durchschnittskonsum“ und „Zahl der Rausche in den letzten 30 Tagen“). Betrachtet man dann bestimmte Altersgruppen, fällt auf, dass insbesondere jüngere Männer riskantere Konsumgewohnheiten pflegen. Dies zeigt sich z.B. beim Alkoholkonsum.

#### *Alkoholkonsum und Geschlechterverteilung<sup>4</sup>*

Konsummuster	Geschlechterverteilung	
	Männer	Frauen
Alkohol		
Tägl. Alkoholaufnahme	17,4 g	5,2 g
Riskanter Alkoholkonsum (<60g Männer, <40g Frauen)	16,6 %	6,0 %
Gefährlicher Alkoholkonsum (<120g Männer, <80g Frauen)	6,0 %	2,0 %
<b>Jugendliche (12-25)</b>		
Mind. 1x wöchentliche Alkoholaufnahme	39,0 %	20,0 %
Tägl. Alkoholaufnahme	77 g	29 g
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	25,1 %	7,0 %

*Sind männliche  
Konsummuster  
riskanter?*

Dasselbe Grundmuster lässt sich beim Tabakkonsum finden: Obwohl die Gesamtzahl der Raucher und Raucherinnen sich annähert (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen), konsumieren Männer eindeutig mehr Zigaretten pro Tag und auch in gesundheitsschädlicheren Formen als Frauen (z.B. Zigaretten ohne Filter). Allerdings zeigt die jüngst durchgeführte „Europäische Schülerbefragung zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)“ für Deutschland (N=11.043; 9. und 10. Jahrgangsstufe) bereits, dass mehr Mädchen als Jungen rauchen (KRAUS 2005, S. 26).

Die Zahl tabak-attributaler Todesfälle beträgt in Deutschland bei Frauen 42.071, das sind 9,2% aller verstorbenen

<sup>4</sup> BzGA 2002

Frauen im Jahre 1997, bei den Männern waren dies 101.319, das sind 26,2% aller Todesfälle (BORNHÄUSER 2002, S. 10).

Bei den illegalen Drogen treten Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitstendenzen bei Männern sogar beinahe doppelt so häufig auf wie bei Frauen. Auch bei der o.g. ESPAD-Studie wird Cannabiskonsum mehr von Jungen als von Mädchen berichtet; allerdings verringert sich die noch Anfang der 90er Jahre zu verzeichnende Divergenz zwischen den Geschlechtern relativ rasch.

Jungen und Mädchen nähern sich zwar in vielen Bereichen an, was den Konsum von psychoaktiven Substanzen betrifft, jedoch zeigen sich auch sehr unterschiedliche Trends. So hat das Institut für Therapieforchung (IFT), München, gerade die Studie „Cannabisbezogene Störungen – Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland“ (SIMON et. al 2004) vorgelegt, die eine deutliche Zunahme von Personen mit cannabisbezogenen Störungen belegt (von 2.561 Fällen im Jahr 1992 auf 14.714 Fälle im Jahr 2001). Die Auswertung zeigte: Der typische Cannabisklient einer ambulanten Beratungsstelle ist männlich, zwischen 18 und 24 Jahre alt und befindet sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung. Über 80 % der jungen Menschen, die wegen riskanten Cannabiskonsums eine Beratungsstelle aufsuchen, sind männlich. Umgekehrt zeigen die Daten über die Konsummuster von sog. Alcopops ein auffälliges überproportionales Trinkmuster bei jungen Mädchen und Frauen. Diese Zahlen belegen, dass es in der Drogenberatung von Mädchen und Jungen eines geschlechtsspezifischen Ansatzes bedarf.

Etwa jeder fünfte bis zwanzigste Mann setzt Dopingmittel ein. Das Verhältnis von Männern zu Frauen, die Dopingmittel einnehmen liegt laut VOGT (2005) bei 3:1. Der Anteil der Frauen bei der Einnahme von Risikomedikamenten ist eindeutig höher als bei Männern (41% vs. 55%), ebenso der Konsum von Medikamenten mit psychoaktiver Wirkung (12% vs. 20%).

*Der typische Cannabisklient einer ambulanten Beratungsstelle ist zwischen 18 und 24 Jahre alt und befindet sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung.*

Schließlich muss davon ausgegangen werden, dass das (durchaus kritisch zu bewertende) Phänomen der „Co-Abhängigkeit“ eindeutig Frauen zugeordnet wird.

Fasst man die Ergebnisse dieser und auch anderer epidemiologischer Betrachtungen zusammen, lässt sich Folgendes festhalten:

- Die Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz des Drogenkonsums verringern sich.
- Männer pflegen riskantere Konsummuster in Bezug auf Quantität und Qualität.
- Jungen weisen einen früheren Einstieg in den Drogenkonsum auf als Mädchen.
- Der Konsum, der von Männern bevorzugten Drogen (Alkohol, illegale Drogen), ist öffentlich sichtbarer, unangepasster.

*Fehlende und schädigende Bewältigungsmuster führen zu psycho-sozialen Folgeproblematiken*

Mit der sozialen Auffälligkeit werden auch fehlende und schädigende männliche Bewältigungsmuster des Konsums öffentlich deutlich sichtbar (Gewalt, Verwahrlosung). Dadurch entstehen größere psycho-soziale Folgeproblematiken für die Männer, deren Familien, Partner und für die Gesellschaft.

## ***5. Männergesundheit – ein Kapitel für sich!***

Diese Ergebnisse müssen im Kontext anderer männlicher Gesundheitsrisiken insgesamt betrachtet werden:

- Die gesundheitlichen Grunduntersuchungen von Jungen und Mädchen in den ersten Lebensjahren zeigen einen ‚Risikofaktor männlich‘.
- Die Lebenserwartung von Männern in Industrienationen ist gegenüber Frauen um gegenwärtig 6 Jahre verkürzt.-

*“Obwohl Männer früher versterben und in vielen Bereichen höhere Erkrankungsraten als Frauen aufweisen, geben Männer in fast allen Befragungen weniger Beschwerden als Frauen an und beschreiben ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als besser“ (Thomas ALTGELD, 2004, S. 5).*

- Männliche Personen weisen im Jugendalter höhere Mortalitätsrisiken auf (Straßenverkehr 1,5: 1; Stürze 2,2:1; Ertrinken 1,9:1; Suizid 3:1).
- Die Inhaftierungsrate von Männern gegenüber Frauen beträgt in Deutschland 55:1.

Weitere Erkenntnisse zur Männergesundheit, -krankheit und -sterblichkeit zeugen in diesem Kontext von zusätzlichen Arbeitsbelastungen, riskanten Umgangsweisen mit Drogen und/oder der Schaffung und Be-Herrschung von Gefahren und auf entsprechende Surrogate zurückgehende Risiken. Jungensozialisation und männliches Erwachsenenleben sind unter anderem geprägt von Risiko-/Aggressionsverhalten mit Folgen: Unfälle, Krebs, Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Krankheiten, sind zurückführbar auf diesen riskanten Lebensstil. Männer betrachten ihren Körper eher als eine Funktion, als eine Maschine, um sich die soziale und physische Welt zu erschließen. Sie modellieren ihren Körper, treiben ihn zu Höchstleistungen und gehen rücksichtslos mit ihm um. Entsprechend diesem Maschinendiskurs werden auch Störungen erst dann behandelt, repariert, wenn sie auftreten und Risiken nicht vorsorglich minimiert. „Bei Frauen ist Gesundheit eher mit Wohlbefinden und einem reflexiven Verhältnis zum Körper verbunden. Das Körpermanagement von Männern und Frauen, also alle Aktivitäten der Gestaltung, Pflege und Nutzung des Körpers und des Erhaltes der Leistungsfähigkeit, ist sehr unterschiedlich. Männer praktizieren einen riskanten Lebensstil, der wenig Raum für vorsorgende Maßnahmen lässt: Sie achten aufgrund ihrer besonderen Sozialisation meist weniger auf ihren Körper und dessen Signale. Sie setzen sich leichtfertiger höheren gesundheitlichen Risiken im Allgemeinen aus und definieren sich häufig über exzessive Konsummuster bei psychoaktiven Substanzen.“

Obwohl Männer in vielen Gesundheitsbereichen höhere Erkrankungsraten aufweisen als Frauen, geben sie in fast allen Befragungen weniger Beschwerden an und beschreiben ihren Zustand generell als besser (ALTGELD, 2004, 5).

*Männer – zwischen  
der Bagatellisierung von  
Symptomen und  
hypochondrischem  
Gebärden.*

Trotz ihrer höheren Morbiditätsrate wird das männliche Krankheitsverhalten eher dem männlichen Status und der männlichen sozialen Rolle gerecht, als den gesundheitlichen Notwendigkeiten (vgl. SCHMEISER-RIEDER/KUNZE 1999, S. 36). Männer nehmen Krankheitssymptome oft nur undeutlich wahr und berichten dann über Probleme, wenn die Symptome mit ihrem männlichen Selbstbild übereinstimmen. Daraus resultiert die Schwierigkeit vieler Männer, sich in Behandlungs- oder Beratungssituationen zu begeben oder Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen und haben schließlich erhebliche Defizite im Gesundheitsbewusstsein/-wissen (CSITKOVICS/SCHMIDL 2004, S. 118).

Neben dem defizitären Gesundheitsverhalten ist insgesamt immer noch die Eindimensionalität des männlichen Lebensentwurfs prägend für das Leben vieler Männer:

- Emotionale Kontrolle
- Homophobie
- Kontroll-, Macht- und Wettbewerbszwänge
- Hemmung sexuellen, affektiven Verhaltens
- Sucht nach Leistung und Erfolg
- (Erwerbs-)Arbeitssucht

Bei allem sind Männer nach wie vor davon überzeugt, dass es ihnen die männliche Rolle verbietet, überhaupt in eine Krisensituation zu geraten (z.B. Abhängigkeit, d.h. der Verlust der Kontrolle vor dem Hintergrund der Forderung nach einem ‚trinkfesten Mann‘). Insofern sind sie schlecht vorbereitet auf persönliche Krisen, aufkommende Risiken resultierend aus gesellschaftlich-kulturellen Veränderungen. Und wenn Männer aufgrund ihrer Sozialisation und ihrer Geschichte schlecht auf Krisen vorbereitet sind, die flexible Antworten erfordern, dann ist es nur folgerichtig, den ersten Anzeichen keine Bedeutung beizumessen, Symptome zu bagatellisieren. Eine Ursachensuche, Inanspruchnahme psycho-sozialer oder medizinischer Versorgungsangebote erfolgt daher auch sehr viel später als bei Frauen.

## 6. *Bedeutung des Drogenkonsums für die Konstruktion von Männlichkeiten*

*Funktionen und Funktionalisierung des Drogengebrauchs zur Konstruktion von Männlichkeiten*

Im Rahmen einer theoretischen und praxisorientierten Annäherung an den Zusammenhang von Männlichkeiten, Drogenkonsum und Suchtentwicklung werden Gründe für geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ausprägungen des Drogenkonsumverhaltens deutlich: Es ist nicht zufällig welche Droge von welchem Geschlecht konsumiert, und welches nicht-stoffgebundene Suchtverhalten von welchem Geschlecht praktiziert wird. Die Gründe dafür lassen sich nur in den jeweiligen (sozialen) Konstruktionen der Geschlechter finden. Welche Bedeutung besitzen also Drogen für die Konstruktion von Männlichkeiten?

**Rausch** ist eine Herauslösung aus dem Wachbewusstsein – technisch gesprochen. Aber indem wir wissen, was uns erwartet, wenn wir die Grenzen dieses Wachbewusstseins übertreten – was kommt, kommen kann und kommen darf – erfüllt der Rausch subjektiv und kollektiv bestimmte Funktionen: Wir setzen ihn zielbewusst als Medium der Handlungserweiterung ein. Der Ausspruch eines Jugendlichen: ‚Ich bin hier, um die Kontrolle zu verlieren‘ drückt den zielbewussten Einsatz von ‚Rauschmitteln‘ aus. Der ansonsten gesellschaftlich negativ konnotierte Kontrollverlust wird durch die Umwertung in einen ‚gezielten Kontrollverlust‘ kompensiert: drogeninduzierter Kontrollverlust als legitime und in hohem Maße bei Männern akzeptierte Verhaltensweise (vgl. BELIOS/WILKENS 1996). ‚Kampf- und Komatrinken‘, ‚Binge Drinking‘ (Wirkungstrinken), vorwiegend unter männlichen Jugendlichen, ist nur die aktuellste Form eines kollektiv erlebten Kontrollverlustes und der bewussten Überschreitung des Wachbewusstseins und nüchtern einzuhaltender sozialer Regeln.



*Demonstration von  
Männlichkeit mit  
Hilfe von Drogen*

Was auch immer an Handlungsgewinn erzielt wird, es kann nicht geschlechtsneutral diskutiert werden. Männliches ‚Rauschleben‘ ist dann auch vor allem auf dem Koordinatensystem von Macht und Gruppenerleben einzuordnen. Die Macht ist von Bedeutung, weil sich viele Funktionalitäten des Rausches darauf konzentrieren, Macht auszuüben – über das weibliche Geschlecht und auch über andere Geschlechtsgenossen. Darüber hinaus wird im exzessiven Rauscherleben auch Männlichkeit demonstriert (VOGT 2004, S. 67). Rausch hat bei Männern auch eine wichtigere Funktion als Initiationsritus, als Kommunikationsenklave bei Männerbünden und als Form der Reduktion von Komplexität. Das Besondere dabei ist, dass der männliche Rausch im öffentlichen Raum und meist in einem kollektiven männlichen Zusammenhang stattfindet. In diesem Kontext beinhaltet der Rausch in der Regel:

- Überwiegend positive Kollektiverfahrungen,
- Rechtfertigung von Regelverletzungen: Demonstration von Stärke und Macht,
- Tabubrüche: Grenzüberschreitungen,
- Kampf- und Komatrinken (Quantifizierung und Trophäen sammeln),
- Abbau von Blockaden, Überwindung von Hemmschwellen,
- Unverletzlichkeitsphantasien, Größenwahn,
- Selbstverleugnung,
- Erhöhung der Risikobereitschaft.

Diese Übertretungen werden vor allem bei der Verstärkung männlicher, zum Teil verborgener oder im Alltag nicht lebbarer Verhaltensweisen relevant, wie (Fremd-/Auto-) Aggression oder Gewaltanwendungen. Diese Äußerungen und Funktionalisierungen des Rausches führen im öffentlichen Raum und im Männerkollektiv für die Männer selbst und ihr soziales Umfeld zu erheblichen Problemen. Insofern ist der männliche Rausch eher substanz- und substanzwirkungsfixiert als beziehungsorientiert.

### Rausch:der;-(-e)s, - männlich?

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| - Übertreten des Wachbewusstseins | - Öffentlicher Raum                     |
| - Abbau von Blockaden             | - Regelverletzung/ Tabubruch            |
| - Aufhebung von Begrenztheit      | - Risikobereitschaft                    |
| - Verlust von Kontrolle           | - Initiationsritus                      |
| - Über sich Hinauswachsen         | - Kommunikationsenklave in Männerbünden |
|                                   | - Kompensation                          |

*Wie gelingt es eigentlich Männern, auch ohne Alkohol-/Drogen Männlichkeit zu entwickeln?*

Einerseits gleicht sich das substanzmittelspezifische Risikoverhalten, ausgedrückt in der Konsumhäufigkeit, bei Jungen und Mädchen mehr und mehr an. Andererseits sind männliche Jugendliche bei explizit risikobezogenen Verhaltensweisen, bezogen auf Drogen ausgedrückt in Konsummustern und drogeninduzierten Verhaltensweisen, sehr viel stärker vertreten. RAITHEL (2004) erklärt diese Dominanz damit, dass risikobezogene Verhaltensweisen für Jungen in mehrfacher Hinsicht entwicklungs-funktional sind. Bei der Geschlechtsidentitätsreproduktion sind Kategorien von Wettkampf, Konkurrenz, Rivalität und Sieg von zentraler Bedeutung. Bezogen auf (riskanten) Drogenkonsum kann gesagt werden, dass ‚Kampf-/Komatrinken‘, Konsum großer (größter) Alkoholmengen, Mischdrogengebrauch (Cannabis und Alkohol), mittelbar mit Drogenkonsum einhergehendes Risikoverhalten (betrunken Autofahren, auf dem Brückengeländer balancieren...) sich geradezu anbieten, „(...) um männliche Integrität und Invulnerabilität zu demonstrieren. Gleichfalls kann über diese Risikoverhaltensweisen der Leistungsimperativ „ich bin der Beste“ habitualisiert und demonstriert werden. Die Demonstrationsfunktion des risikobezogenen Verhaltens dient hierbei idealtypisch einer männlichen Geschlechtsrollenidentitätsreproduktion“ (S. 149).

Die **Gründe** für den fortgesetzten Drogengebrauch unter Männern sind zudem beruflicher und persönlicher Erfolgsdruck, Überforderung durch familiäre Verpflichtungen (z.B. Vaterschaft), rituelle Einbindung in den Alltag, einengende und überfordernde Rollenerwartungen, Unterdrückung von Ohnmachtsgefühlen und Abhängigkeitsbedürfnissen.

Als mänderspezifische Suchtursachen müssen nach Jakob MÜLLER gesehen werden:

*Mänderspezifische Suchtursachen*

- Abwesende männliche Bezugspersonen verursachen Geschlechtsunsicherheit
- Vorgelebte Identifikationsangebote fehlen
- Männliche Rollenzwänge prädestinieren zum Alkoholkonsum
- Alkohol dient als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen
- Alkohol dient als Konfliktregulierungsmittel
- Alkohol ist ideales Medium einer Scheinwelt mit positivem Selbstbild und emotionalem Erleben.

Während bei Frauen die Suchtentwicklung sehr häufig mit Gewalterfahrung in Zusammenhang steht, ist exzessiver Alkoholkonsum nahezu untrennbar verbunden mit männlichem Gewaltverhalten.

*Süchtige Frauen suchen die Schuld in erster Linie bei sich, süchtige Männer machen eher andere für ihr Leid und ihre Lebenslage verantwortlich.*

Die **Verarbeitung des Drogenkonsums / der Drogensucht** ist ebenfalls geschlechtsspezifisch zu betrachten: Frauen gehen meist unauffälliger mit ihrem Suchtmittelmissbrauch bzw. ihrer Abhängigkeit um als Männer. Sie fallen in der Gesellschaft weniger auf. Exzessives Suchtverhalten hat jedenfalls bislang der traditionellen Rolle der Frau widersprochen. Aus diesem Grunde wird weiblicher Drogenkonsum gesellschaftlich stärker stigmatisiert als männlicher. Entsprechend verstärkt treten bei Frauen Schuldgefühle und Versagensängste auf. Süchtige Frauen suchen die Schuld in erster Linie bei sich, süchtige Männer machen eher andere oder widrige Lebensumstände für ihr Leid und ihre Lebenslage verantwortlich.

## 7. *„Der berauschte Mann“*

### – Konstruktion von Männlichkeit: Doing gender with drugs?

Männerspezifische Arbeitsansätze erfordern eine Auseinandersetzung mit ‚Männlichkeit‘ und ‚männlicher Identität‘, um über theoretische Grundlagen zu einer männer-spezifischen Suchthilfe zu gelangen.

Der Ansatz der Konstruktion sozialer Geschlechtlichkeit (doing gender) kann den Blick für einen Verstehens-Ansatz männlichen Drogenkonsums öffnen, nämlich Drogenkonsum weniger als Reaktion auf Problemlagen, sondern als bewusstes, gezielt eingesetztes und damit funktionales Instrument zur Herstellung von Geschlechtsidentitäten zu verstehen. Hier wird nicht das passive Moment, sondern die Aktivität der Person betont. Der Drogenkonsum ist ein traditionelles und hoch besetztes Medium, um Männlichkeiten herzustellen. Drogen – insbesondere der intensive Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Substanzen – bieten Abgrenzungsmöglichkeiten zum weiblichen Drogenkonsum und Differenzierungsmöglichkeiten (Ausschluss, Abwertungen, Abgrenzungen) unter den Männern selbst. Vor allem aber kann der (bestimmte) Konsum psychotroper Substanzen etwas freisetzen, das zur Herstellung und öffentlichen Äußerung von Männlichkeiten genutzt werden kann: Demonstration und Ausleben von Stärke und Macht, Abgrenzung von und Erniedrigung Anderer (vor allem von Frauen und ‚soften Männern‘).

Neben der Beeinflussung des bewussten Erlebens kommt dem exzessiven Alkoholkonsum also immer auch eine Symbolisierungsfunktion zu, die zu einer bestimmten Form von Kommunikation in der ‚Sprache des Alkohols‘ führt. Dabei sind das Erleben von Antriebssteigerungen, ‚Grandiosität‘ und das ‚Über-sich-Hinauswachsen‘ Rauschgefühle, die als männlich konnotierten Dynamiken entsprechen.

Eine weiteres Konstruktionselement von Männlichkeit via Drogenkonsum bildet der Umgang mit verbotenen, potentiell gefährlichen, im Extremfall letalen Substanzen, wie Heroin etc., die nicht zuletzt aufgrund ihrer vermeintlichen Unbeherrschbarkeit und Gefährlichkeit gewählt und consu-

miert werden (anstelle des ‚Langweilers‘ Alkohol). Dadurch wird die Grenzsuche für alle sichtbar demonstriert. Aber nicht nur der durch Substanzen bewirkte Rausch, sondern auch die Berausung über Gefühle und Erlebnisse dient als Herstellungsmedium von Männlichkeiten. Michael APTER (1992) beschreibt das in seinem Buch ‚Im Rausch der Gefahr‘: Gefahren werden konstruiert, um sie beherrschen zu können. Da es keine basalen Herausforderungen in der Natur mehr zu bestehen gibt, werden sie künstlich im Sport- und Freizeitbereich hergestellt, um einerseits veränderte Zustände der Erregung (‚thrill‘, ‚Kick‘, ‚Kitzel‘, eben: Adrenalinstöße) erleben zu können, aber auch um diese Gefahrensituationen zu ‚meistern‘: Surrogate (Ersatzgefahrenszenarien) wie Sky-diving, River-rafting, U-Bahn-Surfen, Auto-Rennen, Free-climbing. „Live fast – die young“ ist die passende und hauptsächlich männlich-zugeschnittene Maxime.

## *8. Das Konzept ‚Hegemoniale<sup>5</sup> Männlichkeiten‘ und Drogenkonsum*

Männlichkeit umfasst kulturell dem Mann zugeschriebene Eigenschaften, die jedoch dem sozialen Wandel unterliegen und mit den männlichen Merkmalen (Zeugungsfähigkeit) als verbunden angesehen werden. Die im westlichen Kulturkreis dem ‚Männlichen‘ unausgesprochen oder ausgesprochen zugewiesenen Charakteristika sind: Gewaltbereitschaft – lange Zeit galt der ‚Krieger‘ als Mann par excellence, also Kampflust, Plumpheit, Grobheit gegenüber ‚weiblich‘: Friedfertigkeit, Zartsinn; Dominanz, Selbstbeherrschung (auch Kälte); Unbelehrbarkeit, Starsinn. Aber gibt es diese Formen von Männlichkeiten noch? Werden sie noch gebraucht angesichts von Abrüstung, Arbeitslosigkeit und (gegenseitiger) Abhängigkeit? CONNELL, ein führender australischer Männerforscher, antwortet auf diese Frage mit dem Konzept der *hegemonialen Männlichkeit* (2000, S. 98), also jene Form der Männlichkeit innerhalb einer Gesellschaft, die für sich das

*Männlichkeit im Wandel*

---

5 hegemoniale = die Vormachtstellung, Vorherrschaft erstrebend

größte Maß an Einfluss und Macht in Anspruch nehmen kann: „Jene Konfiguration geschlechtsbezogener Praxis, welche die momentan akzeptierte Antwort auf das Legitimationsproblem des Patriarchats verkörpert und die Dominanz der Männer sowie die Unterordnung der Frauen gewährleistet (oder gewährleisten soll)“. Männlichkeiten lassen sich als etwas verstehen, das permanent in sozialen Prozessen zwischen Menschen verhandelt und produziert wird. Hegemoniale Männlichkeit ist nach CONNELL die kollektive Praxis von Männern zur Herstellung und Sicherung ihrer gesellschaftlichen Dominanz. In den jeweiligen Konstruktionen von Männlichkeiten flexibel, antworten Männer also auf ihre große Legitimationskrise, in der deutlich wird, dass ursprüngliche und essentielle Elemente des Mannseins nicht mehr gefragt sind und differenzierte(re) Antworten erforderlich werden.

Wenn auch die Unterordnung der Frauen eine Grundkonstante der hegemonialen Männlichkeit bildet, so gibt es auch Ab- und Ausgrenzungen von Männlichkeiten, die der hegemonialen nicht entsprechen und ebenso untergeordnet werden, wie Frauen:

- Homosexuelle Männer
- Heterosexuell orientierte Männer, die in ihrer Jugend und Kindheit Verhaltensweisen zeigen, die eher Mädchen zugeschrieben werden – z.B. Unsportlichkeit, Interesse für Puppen, Nähen etc. – und daher bei ihren Altersgenossen als schwul gelten und möglicherweise verspottet werden.
- Heterosexuelle Männer und Jungen, die sich für die sozialen Belange von Lesben, Schwulen, Bi- und Transsexuellen einsetzen; Männer, die Mode, Stil, Kleidung etc. wählen, die traditionell als nicht zu Männern passend angesehen wird; Männer, die sich zwischen Anpassung und Nicht-Anpassung an klassische männliche Rollenbilder befinden, ohne eine bewusste Entscheidung treffen zu können.
- Ethnische Minderheiten
- Männliche Angehörige von Rand- oder ‚Problem‘ gruppen, wie z.B. solche Männer, die ihren Drogenkonsum nicht im traditionellen Muster kontrollieren können.

*Besondere Abwertung drogenabhängiger Männer durch „stärkere“ Männer*

Drogenabhängige Männer (noch mehr arbeitslose Abhängige) haben es also auch schwer gegenüber anderen Männern, in Konkurrenz um Autorität, Anerkennung und Hegemonie zu treten. Dies ist ein zentraler Aspekt, denn das Bestehen innerhalb der Gruppe der Männer und die Anerkennung durch die anderen Männer sind eine der wesentlichsten Quellen für das männliche Selbstwertgefühl (vgl. auch HÖHNE/GEILER 1999).

Nimmt man CONNELLS Aussagen, dann finden wir diese traditionellen Muster zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Männlichkeiten (wie ‚Versorgen/Ernähren‘, ‚Beschützen‘ und ‚Unterordnung von Frauen‘) auch und vor allem in drogenbezogenen Verhaltensweisen, Kollektiven und Subkulturen wieder:

*Hegemoniale Männlichkeit im drogenbezogenen Kontext<sup>6</sup>:*

<b>Merkmale</b>	<b>(Sub-)Kulturen</b>	<b>Drogenbezogene Verhaltensweisen und Subkulturen, z.B. über:</b>
‚Versorgen/Ernähren‘ (,Provision‘)	Bestehende Fertigkeiten und Fähigkeiten	Anbau/Herstellung, Vertrieb von Drogen, Drogenkonsum zur Antriebs-/Leistungssteigerung, Bewältigung von Stress im Arbeitsleben, „Beschaffungskriminalität“, Dealen
‚Beschützen‘ (,Protection‘)	Öffentliche Demonstration von Mut, Risikobereitschaft	‚Gewaltmonopol der Männer‘ ,Kontrolle der Prostitution‘
‚Unterordnung/Abwertung von Frauen‘ (,Procreation‘)	Frauenfeindlichkeit, Homophobie, Demonstration heterosexueller Potenz	Abwertung Anderer, Traditionelle Beziehungsformen, Status/Hierarchien

6 angelehnt an FRIEDRICHS 2002

## 9. *Unsicherheiten und Belastungen in der Konstruktion von Männlichkeiten*

*“Männer-  
dämmerung”*

Insbesondere der Alkoholgebrauch dient als Stimulations- und Kompensationsmittel gegenüber Leistungsanspruch und Kampf- und Konkurrenzbereitschaft – bei Männern stärker als bei Frauen. Alkoholgebrauch dient als Coping-Strategie traditioneller Männlichkeit: Verdrängen, Abspalten und Abschotten. Dieser Konsum muss im Kontext der Verunsicherung männlicher Geschlechtsrollen diskutiert werden.

*Wie ist es in der  
heutigen Zeit mög-  
lich, auf gelingende  
Art und Weise ein  
Junge oder Mann  
zu sein?*

Martin SIEBER (1996) beschreibt mit seiner MOA-These (Macht-Ohnmacht-Alkoholkonsum) den Zusammenhang und Kreislauf von Bedürfnis nach Macht, erlebter Ohnmacht und Alkoholkonsum. Einerseits sei das Dominanzstreben bei der Alkoholkonsumgruppe junger Männer am höchsten, und andererseits korreliere der Wunsch nach vergrößerter persönlicher Macht mit starkem Trinken. Da der historische Prozess der Verunsicherung der männlichen Geschlechtsrolle ein fundamentales Bedrohungsszenario des Mannseins darstellt, ist vor diesem Hintergrund zu fragen, warum nicht (noch) mehr Männer Alkohol als Bewältigungsmittel einsetzen? Diese Frage korreliert mit der salutogenetischen Perspektive der Gesundheitsförderung: Wir fragen zunehmend danach, warum und wie Menschen gesund bleiben. In den Kontext von ‚Mann, Sucht und Männlichkeit‘ gebracht, heißt das: Wie schaffen es Männer, trotz der Versuchung, Alkohol und andere Drogen als Konstruktionszement für Männlichkeit zu nutzen, ‚gesund‘ zu bleiben und in Bezug auf Alkohol- und übrigen Drogengebrauch risikoarme Konsummuster zu entwickeln und aufrecht zu erhalten?

Wenn es stimmt, wie CONNELL behauptet, dass männliche Jugendliche ihre soziale Männlichkeit und ihr männliches Selbstbild vor allem auch in Abhängigkeit von Frauenverachtung entwickeln, nicht jedoch aus der Wertschätzung der eigenen Männlichkeit, dann geht es wäh-



rend der Adoleszenzphase vor allem darum, eine ‚Geschlechtsrollen-Ambiguitätstoleranz‘ aufzubauen. Diese Toleranz entspricht dann der Fähigkeit, widersprüchliche Rollenanforderungen aushalten und konstruktiv in das eigene Selbstbild und das eigene Lebenskonzept umsetzen zu können.

Aber wie soll welches ‚Mann-Sein‘ gestärkt und entwickelt werden? Worauf sollen sich die Empowerment-Strategien, vor allem auch in der Suchtberatung und –therapie beziehen? Wann ist der Mann ein Mann? WINTER/NEUBAUER (2001) geben mit ihrem Modell ‚Balanciertes Junge- und Mannsein‘ Antworten auf diese Fragen. Unter anderem streben sie mit ihrem Modell an, Jungen und Männer bei der Entwicklung einer Sensibilität für die Geschlechtsrollen-Ambiguität zu unterstützen, indem sie beide (zusammengehörigen) Seiten des ‚Mann-Seins‘ bewusst machen:

Leistung	Entspannung
Aktivität	Reflexivität
Konzentration	Integration
Präsentation	Selbstbezug
(z.B. Stummheit vs. zur Sprache kommen <sup>8</sup> )	
Konflikt	Schutz
Stärke	Begrenztheit
	(z.B. Gewalt vs. Zärtlichkeit)
Kulturelle Lösung	Kulturelle Bindung
Heterosozialer Bezug	Homosozialer Bezug
Alleinsein/Einzelkämpfer	Beziehungsfähigkeit

7 Wenn zwei Drittel der rd. 9 Mio. 18-69-jährigen Menschen in Deutschland mit riskantem Alkoholkonsum Männer sind, dann muss gefragt werden, wie es außerhalb dieser 6 Mio. Männern den anderen Männern gelingt, einen nicht-riskanten Konsum zu pflegen (Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG, Band 128, Nomos-Verlag, 2000 und eine Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht, 44 J., Sonderheft 1; siehe [www.dhs.de](http://www.dhs.de)).

8 vgl. WULF 2005; vgl. auch BÖHNISCH (1996)

## II. Praxis und Handlungsempfehlungen

### 1. Männer- und jungenspezifische Suchtarbeit

#### 1.1 Prävention

Diese Sensibilisierung kann als Orientierung in **suchtpräventiven Angeboten** für männliche Jugendliche eine wichtige Rolle spielen. Abstinenz als Ziel von Suchtprävention ist für Jugendliche und Jungen in der Regel kaum realistisch. Daher muss es im Rahmen von ‚Harm Reduction-Ansätzen‘ eher darum gehen, sowohl die Chancen als auch die Probleme anzusprechen, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind. Die Risikopädagogik hat bereits brauchbare Modelle einer ‚Risikobegleitung‘ entwickelt. Neben der Vergrößerung des Wissens und der Reflexion eigener Erfahrungen, Erwartungen und Empfindungen sollten jungen-/männerspezifische Suchtpräventionsangebote das Thema ‚Drogen‘ im Prozess der Herstellung von Männlichkeiten hinterfragen. Damit verbunden ist eine Genussorientierung, die in männlichen Drogenkonsummustern oftmals hinter einer Wirkungsorientierung und -optimierung verborgen ist. Zusammenfassend lassen sich die Ziele von Suchtpräventionsangeboten für männliche Jugendliche mit der Zielsetzung „harm reduction“ wie folgt darstellen:

- Phase kritischen Drogenkonsums ohne irreversible Schädigungen überleben
- Überleben ohne größere psycho-soziale Folgeschäden
- Schwerwiegende Folgen für Dritte vermeiden
- Wissen um Wirkungen, Wechsel- und Nebenwirkungen vergrößern
- Für sich und andere verantwortlichen Suchtmittelgebrauch erlernen
- „Suchtmittelkonsum“ als Herstellungsmittel von Männlichkeit hinterfragen

*Entwicklung von  
Rausch- und  
Risikopädagogik;  
siehe z.B.  
www.risflecting.at*

- Sensibilisierung für eindimensionalen, vorwiegend an Erwerbsarbeit ausgerichteten Alltag
- Genussorientierungen vermitteln („Genuss ohne Reue“)

Methodisch kommen hier Konzepte der funktionalen Äquivalente zum Tragen (Alternative Erfahrungen von Rausch – ohne Einsatz von Suchtmitteln), verbessertes Körperbewusstsein und eine erhöhte Konfliktfähigkeit.

Aber noch bleiben viele Fragen offen: Welche Konzepte haben wir für jungensensible Suchtarbeit mit Migrant\*innen, wie kommen wir an sozial benachteiligte Jungen und ihre Erzieher\*innen und nicht nur an die ressourcenstarken, sozial eingebundenen Mittelschichtsjugendlichen heran? Welche weitergehenden jugendspezifischen Faktoren für Konfliktsituationen und jugendtypische konfliktträchtige Entwicklungsphasen müssen bei der Suchtprävention mitbedacht werden? Wie können grundlegende Belastungen – z.B. für Kinder aus suchtblasteten Familien – stärker thematisiert und bearbeitet werden?

## **1.2 Behandlung**

Welche männerspezifischen Ziele sollten in der Beratung und Behandlung von Drogen-/Alkoholabhängigen formuliert werden? Neben den verstehens- und akzeptanz-orientierten Beratungs- und Suchtpräventionszielen geht es in der Therapie psychotrope Substanzen konsumierender/abhängiger Männer um folgende Zielsetzungen:

- Zulassen eigener Schwächen - Erkennen eigener Stärken
- Versöhnung von idealem und realem Selbstbild
- Identifikation von Zwischentönen, statt polarisierende, lähmende und z.T. radikale Entweder-oder-Haltungen zu pflegen
- Erhöhung der Handlungskompetenzen
- Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion, d.h. auch ständigen Aufrechterhaltung, der eigenen Männlichkeit

*Der neue Mann:*

- *Befriedigendes Erleben der eigenen Rolle als Mann*
- *Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes*
- *Versöhnung von idealem und realem Selbstbild*
- *Befriedigende Antworten auf Sinn- und Lebensfragen*
- *Befriedigender Zugang und Erleben der eigenen Gefühle*
- *Befriedigendes Erleben sozialer Beziehungen*
- *Befriedigende Partnerbeziehungen*
- *Zufriedenstellende Arbeitssituation*
- *Aufbau eines tragenden Beziehungsnetzes*

- Infragestellen des vorhandenen kulturspezifischen Männerbildes (Abkehr von der Definition der eigenen Männeridentität ausschließlich über Erwerbsarbeit und nicht über andere Haus-/Kinderarbeiten)
- Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität und deren Prägung durch gesellschaftliche Vorgaben

**1.3 Nachsorge**

VOSSHAGEN (2006, S. 137/138) betont, dass gerade suchtkranke Männer besonders der Ressourcenaktivierung bedürfen, da ihr Rollenrepertoire besonders eingeschränkt ist. „Community Reinforcement“ muss schon während der Therapie gefördert werden, da Männer häufig nicht gelernt haben, ihre Freizeit sinnvoll zu planen oder sich in Männergruppen zu bewegen, die nicht so stark mit Trinken verbunden sind.

„Vermutlich braucht Männerarbeit längere Zeiträume und ist prozesshaft und diskontinuierlich. Der Aufenthalt in einer Fachklinik kann deshalb nur Anfänge setzen. Überleitungen an Nachfolger (Praxen, Männerbüros etc.) sind sinnvolle Nachsorgearbeit“ (RÖBEN 2006, S. 160).

## *2. Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen für männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit*

Es ist nicht untypisch, dass eine Fachkraft, die auf ein Seminar für männerspezifische Ansätze in der Suchthilfe fährt, von ihren Kollegen/innen belächelt wird: „Wir arbeiten doch nur (oder schon) mit Männern“, scheinen sie zu sagen, oder „Wo ist das Problem?“ Immer noch verbreitet

ist die Meinung, dass ein männerspezifischer Ansatz sich quasi „von selbst“ ergibt, einfach dadurch, dass man(n) es hauptsächlich mit männlichen Patienten/Klienten zu tun hat.

*Für Männer, die Therapie und Beratung mit Männern machen, ist eine Selbsterfahrung wichtig, um die eigene Geschichte des Mannseins zu klären, bevor es um eine Auseinandersetzung mit anderen Männern geht.*

Ein männerspezifischer Ansatz verlangt jedoch von den Mitarbeitern, dass sie sich selbst in ihrer jeweiligen Geschlechtsbezogenheit wahrnehmen, sich kritisch und ausgiebig mit ihrem eigenen Mannsein beschäftigen, d.h. ihre Konstruktion von Männlichkeiten reflektieren, und sich in ihrer Männlichkeit in Bezug auf Patienten/Klienten verstehen (Übertragung/Projektion). Das heißt, dass sie sich über ihre unterschiedlichen Verhaltensweisen und Beurteilungen gegenüber Frauen und Männern (Kollegen/innen und Patienten/innen) bewusst werden, diese Differenzen hinterfragen und ggf. verändern.

Für Männer, die Therapie und Beratung mit Männern machen, ist eine Selbsterfahrung in der Ausbildung wichtig, um die eigene Geschichte des Mannseins, u.a. auch die Vaterbeziehung zu klären, bevor es um eine Auseinandersetzung mit anderen Männern geht.

Gendersensibilität in der Suchtarbeit muss auf zwei Ebenen gefördert werden:

- Die Wahrnehmung der sozialen Geschlechtlichkeit des Klienten und
- die Wahrnehmung der eigenen Geschlechtlichkeit als Professioneller innerhalb eines Berufsfeldes und auf dem Hintergrund der biografischen Lerngeschichte.

Wenn beides in den Blick genommen wird, können die Einflüsse der Geschlechterkonstruktionen der Praktiker in ihren Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den Klienten verstanden werden. Dies kann als Beitrag zu einer genderbezogenen Professionalisierung der Sozialen Arbeit bzw. der Suchtarbeit gesehen werden. Mit dieser Sensibilisierung können ggf. Konflikte mit der eigenen Männlichkeit, die projektiv auf die Klientel verschoben werden, bewusst gemacht werden (RUDLOF 2006).

Nehmen wir als Beispiel die professionelle Begegnung eines Sozialarbeiters mit einem hilfsbedürftigen älteren Mann, der alkoholabhängig und arbeitslos ist. Wenn ich es als männlicher Berater oder Helfer mit diesem alten Mann zu tun bekomme, werde ich mit wichtigen Themen eines Männerlebens selber persönlich konfrontiert: mit dem Älterwerden, der Schwäche und der Abhängigkeit, dem Alkohol als fast normal männliche Droge, der Bedrohung des männlichen Selbstwertgefühls durch den Verlust des Arbeitsplatzes. Wieweit ich selber diese Themen schon für mein Leben reflektiert habe, bestimmt, wie ich mit diesem älteren Klienten umgehen und auf ihn eingehen (oder auch nicht) kann: Welche Empathie kann ich entwickeln? Welche Distanz oder Nähe empfinde ich? Welche alternativen Wege kann ich möglicherweise mit ihm entwickeln? Wie weit kann ich seine Gefühle biographischer Ausweglosigkeit und Ohnmacht mit ihm teilen?

Hier ist eine personenbezogene Gendersensibilität auf Seiten des Beraters oder Sozialarbeiters gefragt, indem dieser kritisch und produktiv reflektiert, wie er anderen Männern und Frauen gegenübertritt. Hier sind auch direkte Feedbacks hilfreich, die man(n) sich von Klienten, Kollegen und Kolleginnen holen kann. Gendersensibilität in diesem Sinne ist auch ein Beitrag zur Professionalisierung der eigenen beruflichen Praxis und zwar durch die Reflexion der eigenen Denk- und Fühlmuster zu zentralen Themen, die in der Arbeit mit Menschen bedeutsam werden – wie Arbeit, Beziehungen, Arbeitslosigkeit, Altern, Krankheit und Sterben u. a. – und häufig mit unterschiedlichen geschlechtsbezogenen Bedeutungen bei Männern und Frauen versehen sind. Gendersensibilität wird hier selbstverständlich kombiniert mit der Sensibilität für weitere soziale Faktoren in der Klienten-Beziehung wie Alter/Generationszugehörigkeit oder ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit – wie wir ja in dem Beispiel des älteren Mannes mit Alkoholabhängigkeit sehen konnten.

(M. RUDLOF 2006, S. 113)

Männliche Berater, Therapeuten gleich welcher Berufsgruppe, sollten sich fragen, wie sie selbst privat und professionell Themen wie Autorität, Macht und Ohnmacht, Gewalt und Autoritätsausübung, Alleinsein und Gemeinschaft verarbeiten. Was hat das mit Männlichkeit zu tun? Welche Bedeutungen und Funktionen haben ‚typisch männliche‘, traditionelle Antworten auf gesellschaftliche, familiäre und eigene Leistungsanforderungen und Druck. Wie geht es Ihnen mit den männlichen Inszenierungen Ihrer männlichen Klienten? Wie ließen sich manche Begegnungen mit Ihren Klienten möglicherweise anders und für beide Seiten befriedigender gestalten? Was wäre dafür notwendig? Sind Sucht- und Drogenarbeit zu defizitorientiert, statt dass sie sich am Gelingenden orientieren? Bestehen Wissenslücken in Bezug auf männliche Sozialisation und Lebenslagen (z.B. Migration)?

Die Kernfrage ist: „Wie ist es in der heutigen Zeit möglich, auf gelingende Art und Weise ein Junge oder Mann zu sein – oder zu werden?“

Am Ende wird man(n) die Entwicklung männerspezifischer Blickrichtungen als einen privaten und professionellen Gewinn erfahren, weil der „Genderblick“ neue Erklärungs- und Bewältigungsdimensionen in Bezug auf problematischen Drogenkonsum und das durch Drogen hergestellte und gefährdete Mannsein eröffnet.

### *3. Grundhaltung, Setting, Methoden*

Die Reflektionen über das eigene männliche Selbstverständnis (als Mitarbeiter im Beruf und privat) sind eine Einladung. Gleichwohl ist im Sinne einer qualitativ hochwertigen Arbeit die Reflektion über das eigene männliche Selbstverständnis ein selbstverständlicher Bestandteil und eine selbstverständliche Voraussetzung. Eine kon-

*Die Reflektionen über das eigene männliche Selbstverständnis (als Mitarbeiter im Beruf und privat) sind eine Einladung...*

frontative und direkte Auseinandersetzung ist dort notwendig, wo dies zur Wahrung der Rechte von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, von Patienten und zur Wahrung des therapeutischen Milieus in den Einrichtungen notwendig wird.

Männerarbeit im Suchtbereich ist einerseits männerkritisch im Sinne einer Hinterfragung des Klischees, gleichzeitig jedoch mit Respekt und Verständnis durch andere Männer für deren gewachsenes Verhalten und Erleben zu verstehen. Die therapeutische, beraterische Grundhaltung für die Entwicklung männerspezifischer Angebote sollte geprägt sein von einer „Männerfreundlichkeit“, die die „Männlichkeit“ als Ressource anerkennt und wertschätzt (vgl. RÖBEN 2006).

Methodisch wird in vielen Männereinrichtungen das praktische, das gemeinsame Tun als wichtig beschrieben: u.a. in der Arbeitstherapie, in erlebnispädagogischen Übungen und beim „Kontakt nach außen herstellen“. Darüber hinaus werden „nonverbale Übungen“ und „wohlwollendes Spiegeln“ als essentielle, die Aktivität einschließende Methoden benannt. Eine Männergruppe mit männerspezifischen Themen - ggf. alters- und kulturspezifisch geteilt - muss als ein wichtiges Modul unter verschiedenen therapeutischen Settings (Einzelgespräch, Familiengespräch, gemischt-geschlechtliche Gruppe, etc.) betrachtet werden.

*Verantwortung für sich, seine Familie und seine Umwelt übernehmen lernen.*

Alle pädagogischen Mittel sind willkommen, die den durch falsch verstandene Männlichkeit und die Wirkung des Suchtmittels verloren gegangenen Kontakt zu sich selbst (geduldig) wieder herstellen - ebenso gilt es den Zugang zu Körperempfindungen, Bedürfnissen, Träumen etc., aber auch zu Scham, Schuldgefühlen, Hilflosigkeit wieder freizulegen. Zu Schwächen zu stehen, kann dabei als neue Form männlicher Stärke erlebt werden. Es muss deutlich werden, dass richtig verstandene männliche Stärke durchaus gefragt ist, im Sinne von Verantwortung – für sich, Familie, Umwelt (vgl. VOSSHAGEN 2006).



## 4. Geschlechtshomogene Sucht- und Drogenarbeit?!

„Patienten sagen mir im Verlauf einer Männergruppe immer wieder, dass sie sich zunächst überhaupt nicht vorstellen konnten, was denn in einer solchen Gruppe besprochen werden sollte. Demgegenüber fragen Frauen durchaus bewusst nach geschlechtsspezifischen Angeboten“ (A. VOSSHAGEN, 2006, 129).

*Geschützte Räume schaffen, in denen männliche Verhaltensweisen in Ruhe erkannt, verarbeitet und verändert werden können.*

Geschlechtsspezifische Therapie, sei es über den gesamten Behandlungszeitraum oder nur über einige Zeitabschnitte während einer Behandlung, kann verstanden werden als ein ‚Moratorium‘<sup>9</sup>; ein „geschützter Raum“: Auch Männer brauchen zuweilen einen geschützten Raum, um die männlichen Verhaltensweisen zu erkennen, zu verarbeiten, zu verändern und neue Lebensentwürfe für ein Leben ohne Drogenkonsum zu entwickeln.

Dies trifft nicht nur zu auf die Themen ‚Drogenkonsum‘, ‚Kriminalität‘, ‚Gewalt‘, sondern auch in Bezug auf Beziehungen zum anderen Geschlecht, um die Auseinandersetzung, hier mit der eigenen Konstruktion von Männlichkeiten, zu intensivieren oder gar erst zu ermöglichen. Die Beziehungen zum anderen Geschlecht sind möglicherweise zu komplex, so dass eine Reduktion in einer bewussteren monogeschlechtlichen Auseinandersetzung gefördert werden kann. In der Tat entstehen in Entzugseinrichtungen dynamische Prozesse zwischen den Geschlechtern (nach Phasen der Libido-Dämpfung beispielsweise nach langem Opiatgebrauch), die kaum zu kontrollieren sind. Es bilden sich oft Paare, die dann in großer Abhängigkeit voneinander wieder entlassen werden, ohne dass für die Suchtdynamiken und geschlechtsbezogenen Ursachen ausreichend sensibilisiert werden konnte (vgl. TÖDTE 2005). Während dieser Aspekt bisher vorwie-

---

9 d.h. lt. eine Übereinkunft, eine bestimmte Sache aufzuschieben oder vorläufig zu unterlassen.

gend nur in Bezug auf frauenspezifische Angebote thematisiert wurde, sollten endlich auch männerspezifische Ansätze entwickelt werden.

Geschlechtshomogene therapeutische Arbeit wird mittlerweile von mehreren Einrichtungen in unterschiedlichen Segmenten der Drogenhilfe geleistet. Deutlich wird, dass eine geschlechtshomogene Bearbeitung folgender Themen in männerspezifischen Therapie-/Beratungsansätzen vor allem in den Bereichen der Sensibilisierung für das ‚Mann-Sein‘, Gewaltimpulse, Einsamkeit, Angst, Trauer und Scham, Partnerschaft, Vatersein, Beziehung zum eigenen Vater, Sexualität, Gewalt und der unverarbeiteten Ängste liegen.

Denn diese drogengebrauchsprägenden/-begleitenden Themen werden in gemischtgeschlechtlichen Behandlungssettings von den Männern selbst aus Angst vor Ansehensverlust häufig tabuisiert. Die Tabuisierung dieser Themen wird auch in geschlechtshomogenen Zusammenhängen nicht aufgehoben, wenn kein entsprechendes Konzept dahinter steht.

Deshalb Vorsicht: Entscheidend für die Bearbeitung von Themen und die Ausgestaltung des Behandlungssettings ist die konzeptionelle Ausrichtung und die dahinter stehende Haltung. Liegt hier eine konsequente geschlechtsbezogene Ausrichtung vor, wird zwangsläufig die Auseinandersetzung mit Themen, die die geschlechtliche Identität etc. betreffen, gefördert. Ist dies nicht der Fall, wird auch in einer geschlechtshomogenen Gruppe nicht „von alleine“ diese Auseinandersetzung stattfinden.

VOSSHAGEN (2006, S. 137) weist darauf hin, dass das Kohärenzgefühl in einer Männergruppe behutsam aufgebaut werden muss, „da es für Männer in unserem Kulturkreis ungewohnt ist, vor anderen Männern über Gefühle und Schwächen zu reden. Wenn es aber gelingt, Offenheit und gegenseitige Achtsamkeit aufzubauen, ist die ungewohnte Dichte einer gut funktionierenden Männergruppe von Suchtkranken für mich eine sehr besondere Erfahrung innerhalb unserer auch sonst interessanten Arbeit.“

*Männer sprechen  
mit Männern – über  
sich selbst!*

## 5. *Männerspezifischer Ansatz* als Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung der Drogenhilfe

*Geschlechtsspezifische Arbeitsansätze benötigen immer auch organisationelle Antworten und Ablaufregelungen der Einrichtungen.*

Die Implementation von Gender Mainstreaming als Querschnittsanforderung und die Entwicklung männerspezifischer Angebote muss als ein Qualitätsmerkmal der Suchthilfe in ihren verschiedenen Phasen verstanden werden. Einen männerspezifischen Ansatz in der Suchtarbeit einzusetzen, bedeutet jedoch nicht nur, engagierte einzelne Mitarbeiter/innen zu haben, die in ihrer therapeutischen und beraterischen Praxis sensibilisiert sind für die Lebenslage von suchtkranken Männern. Beschäftigte, Leitung und das gesonderte Umfeld müssen männerspezifische Arbeit wollen und sich bewusst dafür einsetzen. Es braucht eine klare Haltung und Wertschätzung für die besonderen Probleme und Belastungen von suchtkranken und -gefährdeten Männern. Das heißt, geschlechtsspezifische Blickrichtungen benötigen immer auch organisationelle Antworten und Ablaufregelungen, die als Querschnittsanforderung für die gesamte Einrichtung gelten müssen. Ein Beispiel: Schrank-, Gepäck-, Urinkontrolle von männlichen Patienten nur von männlichem Personal durchführen zu lassen, um Schamgefühle nicht zu verletzen und einen würdevollen Ablauf zu sichern.

Aber nicht nur dieser kleine Beitrag zur Organisationsentwicklung, sondern Geschlechtersensibilität sollte in der Personalentwicklung von Beratungs- und Therapieeinrichtungen ebenso verankert werden. Hier stehen Einrichtungen vor dem Dilemma, zwar männerspezifische Arbeit mit männlichen Therapeuten anbieten zu wollen, aber aufgrund der Mehrzahl der weiblichen Therapeuten tauchen Probleme bei der praktischen Umsetzung auf (bundesweit ist das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Mitarbeitern 65%:35% - in den Leitungsfunktionen 20%:80%).

Zudem sind viele „selbstverständliche“ Abläufe in der Suchtarbeit versteckt geschlechtsspezifisch, d.h. es ist

oftmals wenig Sensibilität und Bewusstsein für die Konstruktion bzw. Hinnahme von traditionellen Geschlechterrollenklišees vorhanden. Beim Fachpersonal muss daher eine gendersensible Sichtweise gefördert werden, die unterschiedliche Verhaltensweisen und Beurteilungen gegenüber Frauen und Männern, Klientinnen wie Kollegen/innen wahrnehmen, hinterfragen und verändern lässt. Dies kann erreicht werden über:

- Sensibilisierung und Qualifizierung in Weiterbildungen insbesondere für männliche Mitarbeiter: z.B. In-house-Fortbildungen, trägerübergreifende Diskussions- und Reflexionsprozesse
- Fachschulungen, Fortbildungsangebote und Trainings in interkultureller Kompetenz für Fachkräfte in der Suchthilfe, um sich den kultur- und männerspezifischen Hintergründen des eigenen professionellen Handelns und der gängigen Ansätze und Angebote der Suchthilfe bewusster zu werden.  
(Die Koordinationsstelle Sucht des LWL baute diesbezüglich, u.a. gemeinsam mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover, umfangreiche Qualifikationsstrukturen auf.)
- Wissensaustausch zum Thema „Gender mainstreaming und geschlechtsspezifische Suchtarbeit“
- Entwicklung klarer hausinterner Absprachen, Regeln und Sanktionsmöglichkeiten gegenüber potentiellen Übergriffen und Diskriminierungen als wesentlicher Beitrag zur Sicherstellung von gendersensiblen Rahmenbedingungen.
- Entwicklung einer jungen- und männerspezifischen Gesundheitskommunikation
- Ausdifferenzierung von klar umrissenen Subzielgruppen (Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene, Migranten, Jungen/Männer aus ‚bildungsfernen Schichten‘, weitere sozial benachteiligte Gruppen etc.)

*Schaffung von männerspezifischen Kommunikationsräumen und berufsbezogenen Selbsterfahrungs- und Supervisionsgruppen sind für Männer in der Ausbildung und Berufstätigkeit wichtig.*

*Gendersensible Supervision bzw. gendersensibles Coaching von Führungskräften in der Sozialen Arbeit*

RUDLOF (2006) macht zusätzlich den Vorschlag, Angebote für männerspezifische Kommunikationsräume und berufsbezogene Selbsterfahrungs- und Supervisionsgruppen für Männer in der Ausbildung und Berufstätigkeit als Sozialarbeiter/Sozialpädagoge zu fördern. Ziel dieser Gruppen sollte die gemeinsame kritisch-solidarische Reflexion des eigenen sozialen Geschlechts in der Berufstätigkeit und die kommunikative Stützung der eigenen beruflichen und geschlechtlichen Identität sein.

In angeleiteten und selbst organisierten sog. „Männergruppen“ können tabuisierte Gefühle und Lebenserfahrungen von Männern – wie z. B. Angst, Schmerz, Scham, Versagen, Abhängigkeit – in einer Weise zur Sprache kommen, die in einer gemischten Gruppe durch die fast automatischen Männlichkeitsinszenierungen gegenüber Frauen kaum zu erreichen ist. „Durch das gemeinsame Sprechen über sonst unterdrückte, weil schambesetzte, Gefühle der Angst, Unsicherheit und Ohnmacht, aber auch der Aggression, im ‚Raum der Männer‘ kann es zu einer Bereicherung der individuellen Verhaltens- und Erlebnismöglichkeiten in Richtung einer sozialen und emotionalen Kompetenzentwicklung kommen. In der Arbeit mit angeleiteten Männer-Gruppen halte ich einen kritisch-reflexiven Umgang mit eigenen männerbündischen Interaktionsmustern für wichtig, damit nicht unreflektiert hegemoniale Männlichkeit reproduziert wird. Beispiele für solche Interaktionsmuster sind Frontenbildungen gegenüber ‚den Frauen‘ ebenso, wie die Suche nach einer starken männlichen Autorität, die dann in der männlichen Logik der Dominanz sogleich wieder bekämpft wird. Ich möchte auch für eine vermehrte gendersensible Supervision bzw. das gendersensible Coaching von Führungskräften in der Sozialen Arbeit plädieren. Auftretende Widersprüche und Spannungen zwischen den Aufträgen der Hilfe und Unterstützung einerseits und der normierenden institutionellen Kontrolle andererseits könnten so bewusst reflektiert und verarbeitet werden. Denn der reflexhafte Rückgriff auf holzschnittartige geschlechtsstereotype Verhaltensmuster vermittelt nur scheinbar Sicherheit in meistens komplexen Anforderungssituationen“ (RUDLOF, 2006, 115).

Präventions- und Suchtarbeit ist nur dann effizient und erfolgreich, wenn sie ihre Angebote optimal auf die unterschiedlichen Erfahrungen, Bedürfnisse und Ressourcen ihrer Zielgruppen ausrichtet. Eine zielgruppengenaue, lebensweltorientierte Ansprache erhöht die Wirksamkeit und die Zugangsquote der Präventions- und Suchtarbeit maßgeblich.

## ***6. Ansatzpunkte für die Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming auf Angebotsebene***

Fachverbände der Suchthilfe in Deutschland und der Schweiz haben in Stellungnahmen bereits Rahmenbedingungen für gendersensible Suchtarbeit benannt (siehe Kapitel: wichtige Web-Sites). Deutlich wird in allen Publikationen, dass neben einer Ermittlung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse (sowohl aus theoretischen wie aus praktischen Bezügen) eine darauf basierende Entwicklung geschlechtsdifferenzierter Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung stattfinden sollte.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ([www.dhs.de](http://www.dhs.de)) hat in einem Grundsatzpapier Chancen und Notwendigkeiten von Gender Mainstreaming für die Suchtarbeit erarbeitet und hat folgende Ansatzpunkte für die Einführung entsprechender Angebote festgehalten:

- Ermittlung geschlechterspezifischer Bedürfnisse suchtkrankter Patienten/innen in der ambulanten und stationären Beratung und Therapie (Patienten/innenzufriedenheit)
- Abbau von Schwellen und Ermöglichung des Zugangs für Frauen und Männer zu Angeboten in allen Segmenten des Suchthilfesystems: Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge

- Integration zielgruppenspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote z. B. für Eltern und deren Kinder oder für schwangere Drogenabhängige in das ambulante und stationäre Setting
- Entwicklung differenzierter und zielgruppenorientierter Präventions-, Beratungs-, und Behandlungsangebote für Mädchen und Jungen
- Entwicklung einer männerspezifischen Suchtarbeit, die entsprechend der frauenspezifischen Suchtarbeit gesellschaftliche Strukturen und ihre Auswirkungen auf Individuen analysiert und in die Praxis einbezieht
- Koordination und Vernetzung mit geschlechterspezifischen Angeboten sowie allgemeinen Hilfeangeboten auch außerhalb des Suchthilfesystems (Schwangerschaftskonfliktberatung, Jugendhilfe, Strafvollzug etc.)
- Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Menschen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede

Zusammenfassend lässt sich in Anlehnung an das Konzept des ‚Gender Mainstreaming‘ formulieren, dass geschlechtsspezifische Angebote als Querschnittsaufgabe aller in der Sucht- und Drogenarbeit tätigen Organisationen entwickelt und als Qualitätskriterium der Förderung von Suchthilfearbeit verstanden werden müssen. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zur besseren Koordination und Orientierung als online-Verzeichnis eine komplette und laufend aktualisierte Bestandsaufnahme der geschlechtergerechten, sowie frauen- und männerspezifischen Suchtarbeit in der Schweiz mit den folgenden Zielen aufgebaut ([www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)):

- Übersicht über die aktuellen geschlechtersensiblen und –spezifischen Organisationen und Angebote
- Honorierung der Organisationen und ihrer Leistungen bei der Entwicklung frauen- und männergerechter Angebote

- Zugang, Austausch und Vernetzung zwischen den interessierten Fachkräften und Organisationen über geschlechtergerechte Suchtarbeit erleichtern
- Organisationen ermutigen, ihr Engagement für geschlechtersensible Arbeit öffentlich zu machen und in der Angebotsbeschreibung, Konzept, Leitbild oder im Rahmen eines Subventions- oder Leistungsvertrages zu verankern

Ein solches Verzeichnis wäre auch für Deutschland oder einzelne Regionen von großem Nutzen!

## *7. Themen in der Gruppenarbeit mit suchtkranken/-gefährdeten Männern*

Arnulf VOSSHAGEN (Fachklinik Kamillushaus in Essen; 2006) hat aus seiner Erfahrung mit Männergruppenarbeit die nachfolgenden Themen entwickelt. Er betont jedoch, dass die männlichen Patienten selbst diese Themen nicht aufgegriffen hätten, sondern dass es eines Impulses der Therapeuten bedürfte.

### **- Die Vaterbeziehung und das Vatersein des alkoholkranken Mannes**

Die Vaterentbehrung trifft den suchtkranken Mann noch stärker als Männer generell. Von daher ist das Gespräch über dieses Thema oftmals sehr anrührend und von viel Sehnsucht geprägt. Da viele Patienten selbst einen trinkenden Vater erlebt haben und sie sich vorgenommen hatten, nie so zu werden wie er, fällt es oft sehr schwer, diese Ähnlichkeit zu verarbeiten.

In einer separaten Sitzung wird mit den Patienten ihre eigene Rolle als Vater besprochen. Da sehr viel Scham besteht, ist es nötig, behutsam vorzugehen, um nicht auf die ver-

*Vaterentbehrung  
und das Erleben  
eines trinkenden  
Vaters*



breitete Abwehrhaltung: „Meine Kinder haben nichts mitbekommen“ zu stoßen. Zu empfehlen ist, die Väter einer Einrichtung zu einigen Sitzungen einer Vätergruppe zusammen zu fassen (vgl. SIEBER 2006, S. 55).

### **- Der alkoholranke Mann und seine Beziehung zu anderen Männern**

Die Beziehung zwischen heterosexuell orientierten Männern ist schwierig und von Konkurrenz und Homophobie, als einer vielgesichtigen Angst vor Nähe zu anderen Männern, geprägt. Männer nennen zahlenmäßig ähnlich viele Personen ihre Freunde, wie Frauen. Die Männerfreundschaften sind jedoch hauptsächlich durch gemeinsame Aktivitäten geprägt und im Vergleich zu Frauenfreundschaften kaum auf den Austausch von persönlichen Gefühlen und Problemen ausgerichtet. Dies trifft auf suchtkranke Männer verstärkt zu. Das Fördern innergeschlechtlicher Kommunikation und das Wecken des Bedürfnisses nach tiefergehenden Männerfreundschaften ist zum Aufbau von sozialer Unterstützung und das Funktionieren von Selbsthilfegruppen wichtig, aber auch für die Überwindung des Schemas „Frauen als Ort des Trostes und des Ausweinens“ zu betrachten.

Weiterhin bedeutet die Lerngeschichte der Sucht für Männer oftmals für die suchtkrankbezogenen Verhaltensweisen von anderen Männern bestärkt und bekräftigt worden zu sein. Diese Lerngeschichte gilt es zu analysieren, um sich besser davon distanzieren zu können.

### **- Der alkoholranke Mann als Partner**

Die Partnerbeziehung des suchtkranken Mannes ist häufig davon geprägt, dass die Partnerin zunehmend die familiäre Verantwortung übernommen hat. Falls sie noch bei ihm ist, tut sie häufig mehr für ihn, als gemeinhin Männer für eine alkoholranke Partnerin tun. Es ist zu einer Machtverschiebung gekommen, die oft nur sehr mühsam wahrgenommen und akzeptiert wird. In gut verlaufenden Entwicklungen kommt es nach einem längeren Entwicklungsprozess zu erneutem Aufbau von Vertrauen und zu

*Vielgesichtige Angst vor Nähe zu anderen Männern – überwunden nur im „Torrausch“?*

*Machtverschiebungen und gegenseitige Abhängigkeit müssen verarbeitet werden.*

einer gleichberechtigten Beziehungsform. Das setzt jedoch beim suchtkranken Mann Selbstkonfrontation, Empathie, Konfliktfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft voraus: Eigenschaften, die in der Therapie des Männeralkoholismus besonders zu fördern sind. Zunehmend kommen Patienten zur Behandlung, wenn ihre Partnerin sie schon verlassen hat. Dabei fällt es Männern gemeinhin besonders schwer, mit Trennungen fertig zu werden. Suchtkranke Männer lebten zudem häufig in einer besonders abhängigen Beziehungsform, was Trennungsverarbeitung umso schwerer macht.

*Jenseits von "sex machine" – Besprechung ganz basaler Themen und Ängste bzgl. Sexualität: sexuelle Erfüllung, Wissen über Sex, Masturbation, Homosexualität.*

### **- Der alkoholranke Mann und seine Sexualität**

Sexualstörungen sind ein wichtiges Thema für Männergruppen. Wenn es dem Therapeuten gelingt, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Offenheit darüber möglich ist, dass die meisten Männer sexuelle Versagenserlebnisse kennen, sind sehr intensive Therapiegespräche möglich. Da Männer die Sexualität anderer Männer in der Regel nur aus Thekengesprächen und Pornofilmen kennen, ist es in der Männergruppe möglich, Klischees und strukturell männliche Defizite (z.B. Frauen nur als Objekte wahrzunehmen) gemeinsam zu hinterfragen. Hier sind z.T. ganz basale Themen und Ängste zu besprechen (sexuelle Erfüllung, Wissen über Sex, Masturbation, Homosexualität etc.). Zu wenige Informationen liegen darüber vor, wie homosexuell orientierte Männer mit ihren sicherlich weiter entwickelten geschlechts-kommunikativen Kompetenzen ihre Suchtkrankheit, und vor allem die gesellschaftliche, vor allem aber männerdominierte Abwertung – auch in der Therapie - bewältigen.

### **- Der alkoholranke Mann und Gewalttätigkeit/Gewalterleben**

Alkohol senkt die Gewaltschwelle; bei einem großen Teil von Gewaltdelikten spielt Alkoholkonsum eine zentrale Rolle. Oftmals wird zum Mittel der Gewalt unter Alkoholeinfluss gegriffen, um dem drohenden Verlust von Macht, der als Verlust von Männlichkeit erlebt wird, entgegenzuwirken. In anderen Fällen potenziert sich die Wut

*” ... ja ich habe sie schon mal etwas geschubst.“*

über Kränkungen / Verletzungen unter Alkoholeinfluss und bringt Konflikte zur Eskalation. Dieses Thema ist jedoch das schwierigste in Männergruppen. Oft ist es schon schwer, über Erfahrungen als Opfer von Gewalt - z. B. die Ohnmacht und Hilflosigkeit dem gewalttätigen Vater in der Kindheit gegenüber – zu sprechen. Viel schwieriger ist es, über Gewalt gegenüber der Partnerin zu sprechen, die über verbale Gewalt hinaus geht oder über Aussagen wie “(...) ja ich habe sie schon mal etwas geschubst.“ Trotzdem halte ich es für wichtig, die enge Beziehung zwischen Alkohol und Gewalt in Männergruppen zu thematisieren. Intensivere Nacharbeit ist in Einzelgesprächen oft besser möglich. Aggressionsmanagement sollte zum Therapieangebot von Suchteinrichtungen gehören, aber auch Traumatherapie unter der männlichen Genderperspektive, da Männer spezielle Probleme haben, Opfererfahrungen zu verarbeiten.

Einen Tabubereich stellt sexuelle Gewalt dar, falls es darüber nicht juristisch festgestellte Informationen von außerhalb der Therapieeinrichtung gibt; aber oft werden selbst dann diese Dinge verdreht und verleugnet.

In Ausnahmen gelingt es, ein solches Thema in Einzelgesprächen zu bearbeiten. Hier ist ein verstärkter kollegialer Austausch zu wünschen, sowie Theorie- und Konzeptbildung im Suchtbereich.

#### **- Der suchtkranke Mann und sein Erwerbsleben**

Der Erfolg einer Therapie ist stark an eine Arbeit / Beschäftigung gekoppelt. Wie bei anderen Männern ist das Selbstbewusstsein und auch das Selbstwertgefühl vieler suchtkranker Männer stark an den Beruf geknüpft. Viele der Patienten verfügen darüber hinaus über wenige Befähigungsmöglichkeiten. Da ein erheblicher Teil dieser Patienten arbeitslos ist und trotz großer Anstrengungen auch bei Entlassung aus der Therapie bleibt, ist eine sehr sorgfältige Vorbereitung und Entwicklung von Coping-Mechanismen für ein Leben ohne die Erfüllung hegemonialer Männlichkeitsstandards, etwa des Familienernährers, dringend erforderlich.

*Ein Mann ohne Erwerbsarbeit?*

*Strategien gegen  
das Allein-Sein***- Bewältigung des Allein Seins**

Herbert MÜLLER (2006) (casa fidelio, Schweiz) beschreibt das Thema „Allein Sein“. Im Widerspruch zwischen der Angst vor Einsamkeit, nicht geliebt oder vergessen zu werden und dem Wunsch nach größtmöglicher Freiheit und Selbstbestimmung müssen individuell passende Wohn- und Lebensformen diskutiert und für die Zeit nach der Therapie organisiert werden. Trainings, Erprobung unterschiedlicher Modelle - beginnend bereits in der Therapiephase - sind nötig.

**- Kulturspezifische Themen: Beispiel: „Wie umgehen mit Stärkeritualen und Kampfeslust“?**

Insbesondere junge Männer aus dem türkischen Kulturraum wachsen oft mit Stärke-/Übergangsritualen und positiv besetzter Kampfeslust auf, die in Deutschland entweder überhaupt nicht oder nicht in der gewünschten Form ausgelebt werden können bzw. eindeutig verboten sind. Andere, neue Konstruktionselemente von Männlichkeit („Todesmut“, „Todessehnsucht“) entstehen, die identifiziert und reflektiert werden müssen. Mit dem Verlust an Ritualen in Verbindung mit wegfallendem Drogenkonsum entsteht ein Vakuum, das nur durch neue nicht-drogeninduzierte Erfahrungsräume von Intensität, Rausch und Stärke zu füllen ist. Was das sein kann neben Sport, ekstatischem Tanz, Bewegung und anderen funktionalen Äquivalenten, muss jeweils in Gruppen eruiert werden. Es sollte um eine Aktivierung auch männlicher (Körper-)Kraft gehen, um das Zulassen von Körperkontakten und das Fördern von bewegungs-/aktivitätsbezogenen Grupeerfahrungen.

*Aktivierung männlicher (Körper-)  
Kraft, Zulassen von  
Körperkontakten  
und Fördern von  
bewegungs-/aktivi-  
tätsbezogenen  
Gruppen-  
erfahrungen.***- „Ich minus Sucht = guter Mann“?**

Was erfolgt nach der Beendigung der Beratung/Therapie? Welche Lebensmodelle eignen sich angesichts des ökonomischen Drucks, des Verdrängungswettbewerbs auf dem Arbeitsmarkt und der sozio-kulturellen Veränderung der Rolle des Mannes in unserer Gesellschaft? Verstärkt müssen Prozesse vorweg genommen werden, die bislang

*Wie kann man eine zufriedene Abstinenz erreichen ohne völlige Erosion der Männeridentität?*

tragende Säulen der Männeridentität - wie Abschied von der (Vollzeit-)Erwerbsarbeit - waren, die kaum abgedeckt waren (wie Gesundheitsvorsorge / Gesundheitsbewusstsein) oder die bislang vorwiegend von Partnern geprägt wurden (wie aktive Freizeitgestaltung). Wie kann man eine zufriedene Abstinenz erreichen ohne völlige Erosion der Männeridentität?

In diesen Kontext gehört gerade bei Männern auch der Abbau eines im allgemeinen defizitären Gesundheitsbewusstseins, z.B. durch die Förderung der Teilnahme an Vorgorgemaßnahmen oder Genusstraining.

RÖBEN (2006, 162) listet weitere hilfreiche und erprobte Instrumente und Ansatzpunkte für männerspezifische Arbeit auf:

- Sozialtherapeutische Rollenspiele zu männlichen Vorbildern und Leitfiguren in der Kindheit
- Genogrammarbeit mit Schwerpunkt „Männerleben in unserer Familie“ (Mehrgenerationsperspektive)
- Aufstellungen, Rollenspiele mit Schwerpunkten z.B. Nähe und Offenheit unter Männern
- Collagen: „Männerbilder und Frauenbilder“ in den Medien (v.a. Werbung)
- Lebensstilgruppe/Gesundheitsförderung zum Thema Selbstachtsamkeit
- Männergruppe - freiwillig, auf Anforderung der Interessenten, mit mind. 8 Teilnehmern mit dem Themenspektrum bekannter Männergruppenarbeit
- Akutgruppen – hier haben Störungen Vorrang: Bei Männern insbesondere konstruktiv beim Umgang mit Ohnmacht und Aggression oder anderer Stress erzeugender Reizüberflutung
- Erlebnispädagogische Gruppenaktivitäten mit Schwerpunkten zu Konkurrenz und Kameradschaft, zu Führen und Geführt- werden, Halten und Fallen -lassen, u.ä.

## 8. Praxisbeispiele und Handlungsempfehlungen für männerspezifische Arbeitsansätze

### 8.1 Männliche Individuation erreichen

Der Männeranteil unter Abhängigen, die mit alleinerziehenden Müttern aufgewachsen sind, ist überproportional hoch. Oft sind die Väter der männlichen Klienten selbst Alkoholiker, d.h. entweder abwesend oder zwar anwesend, aber nicht ansprechbar bzw. deutlich ablehnend. Die Söhne bleiben auf die Mutter fixiert. Herbert WULF (2006) hat für eine Gruppensitzung das Thema ‚Männliche Individuation‘ bzw. dieses „Nicht-loskommen aus dem Reich der Mütter“ aufbereitet. Er hat dafür zwei Versionen des allseits bekannten Kinderliedes „Hänschen klein.....“ gegenübergestellt:

#### Version 1 („Abhängigkeitsversion“)<sup>10</sup>

1.

*Hänschen klein ging allein,  
in die weite Welt hinein.  
Stock und Hut steh'n ihm gut,  
er ist wohlgemut.*

*Doch die Mutter weinet sehr,  
hat ja nun kein Hänschen  
mehr.*

*Da besinnt sich das Kind,  
läuft nach Haus geschwind.*

2.

*Sieh´ Mama,  
ich bin da,  
ich dein Hänschen  
hoppssassa.*

*Glaube mir,  
ich bleib hier,  
geh´ nie mehr fort von Dir.*

Hänschen unternimmt zwar den Versuch, seinen Weg hinaus zu gehen, bekommt aber Angst vor der eigenen

---

<sup>10</sup> "Hänschen klein" aus: E. Humperdinck: "Sang und Klang für's Kinderherz", Berlin 1911

Courage. Vielleicht spürt er Mutter's Verlustängste, die sicher ihre Not hat, weil sie vielleicht nach der Abwesenheit des Ehemannes (der Vater taucht in diesem Lied erst gar nicht auf) nun nicht auch noch das Hänschen (vielleicht als Partnerersatz) verlieren will.

Er enttäuscht Mutter nicht, kehrt zurück, bleibt infantil und abhängig.

Für dieses Lied, das man in unserem Sinne auch als „Abhängigkeitsversion“ bezeichnen könnte, gibt es einen alternativen Text, den man als „Autonomieversion“ gegenüberstellen kann und in dem es Hänschen gut gelingt, seinen Weg in die weite Welt zu gehen, um als reifer, erwachsener, männlicher Hans zurückzukommen.

### Version 2 ("Autonomieversion")

#### 1.

*Hänschen klein ging allein  
in die weite Welt hinein.  
Stock und Hut,  
steht ihm gut,  
ist gar wohlgemut.*

*Doch die Mutter  
weinet sehr,  
hat ja nun kein  
Hänschen mehr.  
Wünsch dir Glück,  
sagt ihr Blick,  
kehr nur bald zurück.*

#### 2.

*Sieben Jahr, trüb und klar,  
Hänschen in der Fremde  
war.  
Da besinnt sich das Kind,  
eilet heim geschwind.*

*Doch nun ist's kein  
Häns'chen mehr,  
Nein ein großer Hans ist er.  
Stirn und Hand  
braun gebrannt,  
wird er wohl erkannt?*

#### 3.

*Eins, zwei, drei,  
gehen vorbei,  
wissen nicht,  
wer das wohl sei.  
Schwester spricht:  
„Welch Gesicht?“  
Kennt den Bruder nicht.*

*Kommt daher die  
Mutter sein,  
schaut ihm kaum ins  
Aug' hinein,  
ruft sie schon:  
„Hans, mein Sohn!  
Grüß dich Gott,  
mein Sohn“.*

Auch in dieser Version taucht ein Mann als Vorbild, als Wegbegleiter, nicht auf. Es bleibt zu hoffen und zu wünschen, dass Hänschen in der Fremde solche Männer traf, die ihm zur Seite standen.

## 8.2 Existentielle Lebensaufgaben bewältigen

Der (dauerhafte) Konsum von psychotropen Substanzen kann je nach Dauer, bevorzugter Substanzen, Begleiterkrankungen, sozialem Umfeld und individuellen Ressourcen mehr oder weniger dazu beitragen, dass die existentiellen Lebensaufgaben (z.B. Identität, Intimität, Rekreation) nicht, nur verzögert oder noch nicht erreicht werden. Drogenkonsum ist dann als Selbstmedikation zu verstehen, um die Anforderungen überhaupt bewältigen zu können. Die Droge erhält dann eine Hilfs- oder Kompensationsfunktion.

Am Beispiel Alkohol lassen sich folgende Funktionen feststellen (weitere können gesammelt werden):

- Identitätshilfen
- Konstruktionsmittel für Männlichkeit
- Kompensation von Versagensängsten
- Soziales "Schmiermittel"
- Abbau von Hemmungen
- Genuss(-ersatz)
- Verlässlichkeit
- "Treuer Freund"
- Trost für Mühsal
- Ertragen von Einsamkeit
- Verleugnen des Todes

Herbert WULF (2006) greift in seiner Gruppenarbeit auf Werbetexte bzw. -anzeigen für alkoholische Getränke zurück und bittet die Gruppenmitglieder, sich diejenigen Texte herauszusuchen, von denen sie sich besonders angesprochen fühlen. Mit den genannten Texten werden dann die problembelasteten Lebensthemen benannt. Parallel dazu eröffnen sich in der Arbeit mit den Werbetexten für die Gruppenmitglieder Zugänge zu einzelnen Aspekten ihrer individuellen männlichen Sozialisation. Auch hier bietet die Werbebotschaft bzw. der Alkohol Kompensation bzw. Ersatz für die nicht gelebte andere Seite eines Sozialisationsaspektes an:

*Idole:  
Bruce Willis,  
James Dean,  
Till Schweiger*



Prinzipien männlicher Sozialisation <sup>11</sup>	Zugang zu nicht gelebten Anteilen ( <i>Botschaften durch Alkoholwerbung</i> )
Externalisierung	Internalisierung; Bezug zu eigenen Gefühlen und Bedürfnissen herstellen („ <i>Genussfähigkeit</i> “; „ <i>Eins-Sein-mit-sich</i> “; „ <i>Kontrolle</i> “; „ <i>In-Sich-Ruhen</i> “; „ <i>Reflexion</i> “)
Gewalt	Zärtlichkeit („ <i>Liebevolles Umgehen untereinander und mit sich selbst</i> “)
Stummheit	Zur Sprache kommen/bringen; Kommunikation auch über Schwäche und Hilflosigkeit („ <i>Charme entfalten</i> “; „ <i>Witzigsein</i> “; „ <i>Aufmerksamkeit</i> “)
Alleinsein/ Einzelkämpfer	Beziehungsfähigkeit; („ <i>im Mittelpunkt stehen</i> “; „ <i>Umgeben sein von (schönen) Menschen</i> “; „ <i>Sich-aufgehoben-Fühlen</i> “)
Körperferne	vertraut mit („ <i>Umarmungen</i> “; „ <i>Küsse</i> “; „ <i>makellosem Körper</i> “)
Rationalität / Kontrolle	Gefühl/Hingabe („ <i>Zärtlichkeiten</i> “; „ <i>Sich-fallen-Lassen</i> “)

11 in Anlehnung an BÖNISCH, L. / WINTER, R.: Männliche Sozialisation - Bewältigungsprobleme männlicher Identität im Lebenslauf, Weinheim/München 1993, Juventa

*“ ... gelallte  
schwüre in rot-  
blauem licht  
vierzigprozentiges  
gleichgewicht graue  
zellen in weicher  
explosion sonnen-  
aufgangs- und  
untergangsvision... ”  
(Herbert Gröne-  
meyer: “Alkohol”  
aus dem Album  
“Bochum”)*

### 8.3 Lebensstilanalyse: Aktivität/Passivität reflektieren

Die Methode „individualpsychologische Lebensstilanalyse“ in der Gruppe basiert auf der Individualpsychologie Alfred ADLERS und wurde von Thomas REINERT als "Lebensstil-Fokal-Analyse" für die Arbeit mit Suchtkranken aufbereitet: Wahrnehmungsbereitschaft und Verhalten und damit auch der Gebrauch bzw. Missbrauch von Alkohol können aus dieser Sicht als Ausdruck eines in der Regel unbewussten Lebenskonzeptes, einer inneren Logik gehorchenden Bewegungsrichtung, verstanden werden, die als „Lebensstil“ bezeichnet wird. (WULF1997).

Herbert WULF (2006) beschreibt Gruppensitzungen, in denen an Hand von frühen Kindheitserinnerungen, sowie aus der Konstellation und Atmosphäre in der Herkunftsfamilie, sich die subjektiven Selbst- und Umwelterfahrungen herausarbeiten lassen, aus denen dann quasi als Resultat dieser inneren ("privaten") Wahrnehmungslogik die Schablonen zu individuellen Beziehungsmustern (Ich bin... Die Anderen sind... Die Welt ist...) und zielgerichteten Problemlösungsstrategien (Um meinen Platz zu sichern, muss ich also...) bereitgestellt werden und nachhaltig wirksam bleiben.

Besonders bei Männern ist zu beobachten, dass der Alkohol im Sinne einer eher passiven Ausprägung dieses Lebensstils instrumentalisiert wird. Einer aktiven Auseinandersetzung mit den Lebensaufgaben wird ausgewichen und der Alkohol funktional eingesetzt. Nach FESTERWALTZING ermöglicht diese Funktionalisierung innerhalb des Lebensstilkonzeptes:

- Fiktionen aufrecht zu erhalten,
- Niederlagen zu entschuldigen,
- Distanz herzustellen,
- Indirekte Auflehnung zu ermöglichen,
- Versorgung zu sichern,
- Überlegenheitsgefühle zu erleben.

#### 8.4 Migrations-/Kultursensibilität erwerben

Aufbauend auf den Erfahrungen in der Schweizer Männereinrichtung „casa fidelio“ hat MÜLLER (2006, S. 180). folgende Schwerpunkte in der Vermittlung transkultureller Lerninhalte entwickelt:

- Fähigkeit des Perspektivenwechsels
- respektvolle Haltung und Empathie
- keine Kulturalisierung und Stereotypisierung
- Hintergrundwissen zu medizinethnologischen Konzepten, Migration und Gesundheit
- transkulturelle Kommunikation: Vertrauensbildung, Beziehungsgestaltung, Erstkontakt
- flexible Anwendung therapeutischer und anderer Konzepte
- fachspezifische, bzw. bereichsspezifische Themen aus transkultureller Perspektive

Folgende Herangehensweisen sollten in einer Beratung oder Therapie mit Migranten - je nach Situation und Kontext - handlungsleitend sein: Aufarbeitung der Lebensgeschichte und insbesondere der Migrationsgeschichte. Geprüft werden sollte die Übernahme von Qualitätsstandards zur interkulturellen Teamentwicklung nach dem Serv Qual-Verfahren (siehe Arbeitsgruppe „Transkulturelle Psychiatrie der Charité Berlin“). Hierzu gehören Mehrsprachigkeit, kulturelle Vielfalt im Team, Reflexion von Stereotypen und ethnisierenden Deutungen, interkultureller Dialog und Konfliktkultur, Verbesserung der Repräsentation von Migranten/innen im Team.

*Transkulturelle  
Perspektive  
einnehmen*

In Kleingruppen befasst man sich mit dem Thema „Kultur“. Dabei versetzt sich jeder Mann in die Situation eines Reisenden in einem fernen Land und beschreibt den Fremden seine eigene Kultur.

- Was ist charakteristisch für meine Kultur?
- Welche dieser Charakteristika treffen auf mich zu, welche nicht?

- Welches Männerbild haben wir in unserer Kultur, welche Männerbilder existieren in anderen Kulturen? Meine Position dazu?
- Wie habe ich meinen Vater, Grossvater, Onkel erlebt?
- Welche Stellung hat die Frau in meiner Kultur, wie kann für mich eine Partnerschaft aussehen, wie teilen wir uns die Rechte und Pflichten, zu wie viel Toleranz bin ich als Mann bereit und wo stehen Ehre und Gesichtsverlust im Vordergrund?

Diese Themen werden nicht offen diskutiert, wenn eine Frau anwesend ist. Auch was die eigene Sexualität und den Gefühlsbereich betrifft, braucht es sehr grosses Vertrauen und Verständnis unter den Männern, um Unsicherheiten und Ängste mitteilen zu können:

- Wie fühle ich mich, wenn mir jemand Verhaltens- und Denkweisen zuschreibt, die nicht auf mich zutreffen?
- Wie beschreibe ich eine fremde Kultur?  
Wie beschreibe ich „den Italiener“, „den Albaner“, „den Deutschen“, „den Schweizer“, „den Türken“?
- Gibt es Stereotypen in meiner Beschreibung?
- Wann spielen solche Stereotypen in der Begegnung und im Zusammenleben in der Institution eine Rolle?
- Wie wirken sie sich auf die therapeutische Beziehung aus?
- Wie habe ich meine Kindheit und Jugend in meiner Heimat oder in der Fremde erlebt, was hat sich vor allem eingepreßt?

*Wie beschreibe ich  
„den Italiener“,  
„den Albaner“,  
„den Deutschen“,  
„den Schweizer“,  
„den Türken“,  
„den Schwarz-  
afrikaner“,  
„den Chinesen“?*

Aus diesen Kleingruppen werden immer wieder gemeinsame Projekte entwickelt, die von den Mitarbeitern begleitet werden:

- Themen der Integration (Beruf, Arbeit, Bildung, politische Rechte, Aufenthaltstatus, Diskriminierung und Rassismus)
- Verbindung mit dem Herkunftsland, transnationale Beziehungsnetze
- Erfassen der individuellen Perspektiven, bzw. der Erklärungsmodelle der Betroffenen in Bezug auf die Sucht, sowie der Handlungsstrategien und des Hilfesuchverhaltens und deren entsprechende Berücksichtigung in der Therapie oder Beratung
- Generationen- und Loyalitätskonflikte bei Migrationskindern, wenn möglich unter Einbezug der Familie und der entsprechenden Ressourcen

Wesentlich ist das Verstehen der Migrationsituation, des Fremd-Seins.

## 9. Ausblick

*Erste Ansätze sind gemacht:  
Männerspezifische  
Beratungs- und  
Behandlungsansätze  
verbessern die  
Qualität der Arbeit  
und ergeben einen  
persönlich-professionellen Gewinn.*

Erste Anfänge einer männerspezifischen Orientierung in der Sucht- und Drogenarbeit sind gemacht: Fachtagungen, Publikationen, Leitlinien lassen vermuten, dass zunehmend mehr Mitarbeiter und Leiter die Bedeutung für das Wohl der Patienten, die Qualität der Arbeit und den persönlich-professionellen Gewinn für die Mitarbeiter erkennen. Darüber hinaus müssen auch Einrichtungs- und Kostenträger davon überzeugt werden, dass Gender-spezifisch auch Männerspezifisch einschließen muss. Und schließlich ist es die Sucht- und Drogenpolitik, und auch allgemein die Gesundheitspolitik, die den Blick für Gesundheitsbelastungen und -einschränkungen der Männer schärfen muss, um die Potentiale des Gesundheitssystems auch „an den Mann“ zu bringen. Dies erfordert:

- Fachliche Aufmerksamkeit auf das Thema richten
- Aus- und Weiterbildung, Sensibilisierung der männlichen Fachkräfte, um sich mit der eigenen Männlichkeit auseinanderzusetzen, sie zu überprüfen.
- Vernetzung mit anderen Männergesundheitsdiensten
- Männerspezifischen Angeboten in ambulanten und stationären Einrichtungen Entwicklungsmöglichkeiten einräumen
- Männerspezifik als Teil des „Ganzen“ sehen (Geschlechtsspezifik)
- Geschlechtsspezifik konzeptionell verankern
- Geschlechterdifferenzierung bei der Ausgestaltung aller Angebote einbeziehen
- Geschlechtsbezogene Datenerhebung und –auswertung vornehmen
- Viele kleine Aktivitäten, um auf die Thematik (immer wieder) aufmerksam zu machen. Protagonisten nutzen!
- Dem Thema ‚Männerspezifik‘ kontinuierlich Foren schaffen

Aus der Frauengesundheitsbewegung und der Entwicklung frauenspezifischer Sucht- und Drogenarbeit kann nur wenig ‚übernommen‘ werden – zu unterschiedlich sind die Ausgangslagen. Allenfalls allgemeine Strategien des politischen Aufmerksam-Machens, der Kooperation, Vernetzung und verbesserten Kommunikation. Männer müssen ihre eigenen Schlüsse ziehen und endlich aktiv werden.

## *Anhang*

Es braucht mÄnnerspezifische und mÄnnergerechte Sichtweisen in Drogenpolitik und Drogenarbeit weil ...,<sup>12</sup>

...geschlechtsspezifische Unterschiede in Beginn, Verlauf und Folgen von AbhÄngigkeit geschlechtersensible Sichtweisen und Therapieregime erfordern. Wir sollten nicht weiter davon ausgehen, dass Drogenkonsum-/abhÄngigkeit geschlechtslos (im Sinne von gender) ist.

... Trinken und MÄnnlichkeit offenbar eine solche enge Einheit bilden, dass es wenig zu überlegen gibt und dieser Aspekt zum Mannsein scheinbar dazugehört.

... über Drogenkonsum, Rausch als zentraler Bestandteil von MÄnnergeseundheit dringend diskutiert werden muss.

...Drogen- und vor allem Alkoholkonsum ein zentrales Medium für das (Aus)Leben von MÄnnlichkeit im traditionellen Sinne ist (Stichworte: Stimulation von Leistungs-, Konkurrenz- und Kampfbereitschaft, Stresskompensator, Entspannungsmittel, Kompensation von Leere, Einsamkeit und Ohnmacht etc.).

...nicht-gelingender Drogenkonsum (ausgedrückt über AbhÄngigkeit, Gewalttätigkeit, Grenzverletzungen, Abstumpfung etc.) eine intensive Auseinandersetzung mit diesen spezifischen MÄnnlichkeitskonstruktionen zur Folge haben muss.

...in mÄnnerspezifischen Beratungs- und Therapieeinrichtungen MÄnner lernen können, sich nicht so sehr über die Abwertung der Frauen als Mann zu definieren, sondern über sich selbst als Mann, um so zu einer neuen Sensibilität und damit zu einem neuen und eigenständigen Selbstbild zu gelangen.

---

12 Angelehnt an: Trinkler/Spreyermann 2002

...eine veränderte Sichtweise des Mann-Seins eine Neudefinition der Beziehung Mann und Macht bzw. Machtverlust voraussetzt.

...Abhängigkeitsstrukturen in Partnerschaften und Beziehungen identifiziert und verändert werden müssen (Stichworte: Distanzlosigkeit, Symbiose, Konfliktängste, Unselbstständigkeit).

... Männern früher Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfefzusammenhänge offen stehen müssen, um eine Chronifizierung bzw. Entwicklung hin zu einer Suchterkrankung möglichst zu vermeiden.

...weil Berufstätigkeit als zentrale Achse männlicher Lebensinszenierung (LEHNER 2004) vor dem Hintergrund von Massenarbeitslosigkeit zunehmend durch andere Quellen der Sinnstiftung und Zielorientierungen (z.B. Haus- und Familienarbeit) ersetzt werden muss. Dies muss als wichtiger Baustein in Therapiebezügen zur beruflichen Rehabilitation mit berücksichtigt werden.

... das Vorurteil überwunden werden muss, dass eine Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit unmännlich ist.

### **Nützliche Websites**

[www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

[www.gender-mainstreaming.net](http://www.gender-mainstreaming.net)

[www.archido.de](http://www.archido.de) (Männer und Sucht – Bibliographie erhältlich)



## *Literatur*

APTER, M., 1992: Im Rausch der Gefahr. Warum immer mehr Menschen den Nervenkitzel suchen. München: Kösel

**Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie** <http://www.charite.de/psychiatrie/forschung/transkulturelle.html>

ALTGELD, T. (Hrsg.; 2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa

BELIOS, K.; WILKENS, W. (1996): No risk, no fun – Suchtprävention und Risikoverhalten junger Männer. In: „Das Gleiche ist nicht dasselbe“. Geschlechtsspezifische Suchtprävention mit Mädchen! Und mit Jungen? Norddeutsche Fachtagung am 29.30.8.1996 in Hamburg. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren. Hamburg, S. 128-134

BÖHNISCH, L. (1996): Wie wird man ein Mann? Aspekte der Entwicklungspsychologie. In: Fachklinik Fredeburg (Hrsg.): Männliche Geschlechtsidentität und Abhängigkeit. Vorträge zur Tagung am 25. und 26. September 1996 in der Fachklinik. Tagungsbericht Fredeburg, Bad Fredeburg. Fredeburger Hefte Nr. 7, S. 25-31

BORNHÄUSER, A. (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, S. 10

JACIB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften

CONNEL, R.W., 2000: Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich

CSITKOVICS, M.; SCHMIDL, H. (2004): Der erste Männergesundheitsbericht kommt aus Wien. Hinter-

gründe und Ergebnisse. In: AALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 105-120

FESTER-WALTZING, H.: Individualpsychologie und Alkoholismus; in: Zeitschrift für Individualpsychologie 5/1980, (163-170)

FRIEDRICHS, J. (2002): Drogen und soziale Arbeit. Opladen: Leske Budrich

HÖHNE, Th.; GEILER, H. (1999): Grundlagen kritischer Männerforschung – Bedingungen männer-spezifischer Arbeitsansätze. In: Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (Hrsg.): Sucht – der Kleine Unterschied. Fachtagung zum geschlechtsspezifischen Ansatz in der Suchtarbeit. Dokumentation der Fachtagung vom 23. Februar 1999, S. 34-44

KRAUS, L. (2005): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum bei Schülerinnen und Schülern in Deutschland. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Deutsch-französische Fachtagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen. Dokumentation der Fachtagung vom 7. Juni 2004 in Freiburg/Breisgau, S. 25-32

LEHNER, E. (2004): „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“ – Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: ALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 49-63

MÜLLER, JAKOB,: Männerspezifische Suchtaspekte. In: Abhängigkeiten 2/96: Beiträge zum VSFA-Symposium „Männer und Sucht“-Männlichkeit und Alkohol, S. 38ff  
MÜLLER, H. (2006): Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchsiten Schweiz. In:

JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 165-188

RAITHEL, J. (2004): Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: ALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 137-154

REINERT, T.: Theorie und Praxis der Individualpsychologischen Lebensstil-Fokal-Analyse; in: HENNING, H., FIKENTSCHER, E., BAHRKE, U.,

ROSENDAHL, W. (Hrsg.): Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis; Lengerich, 1996, Papst-Verlag, (391-399)

RÖBEN, B. (2006): „Kerle wie wir !?“- Mannsbilder in der Suchttherapie. Erste Gedanken und Erfahrungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Arbeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Männer. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 153-164

RUDOLF, M. (2006): Männlichkeit – Macht – Beziehung: Gendersensibilität und Professionalisierung in der Sozialen Arbeit. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 101-118

sjinx/Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision; siehe [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) (21.4.2006)

SCHMEISER RIEDER, A.; KUNZE, M. (1999) Wiener Männergesundheitsbericht 1999 (<http://www.wien.gv.at/who/manngb/99/>)

SCHWARTING, F. (2003): Geschlechtsdifferenzierung in der Drogen- und Suchthilfe- eine bleibende Herausforderung. In: BINAD Info 24, I/2003, S. 46-49, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna

SIEBER, Martin, Trinkverhalten in der Männerbevölkerung – Indizien zur „MOA-These“ (Macht-Ohnmacht-Alkohol-These) In: *Abhängigkeiten* 2/96: Beiträge zum VSFA-Symposium „Männer und Sucht“-Männlichkeit und Alkohol, S. 27ff

SIEBER, M. (2006): Alkoholabhängige Väter und Kinder als Thema in der Behandlung – Ergebnisse einer explorativen Studie. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38. Jg. (1), S. 55-62

SIMON, R., SONNTAG, D., BÜHRINGER, G. & KRAUS, L. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland (Forschungsbericht 318). Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

STÖVER, H. (2006): Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*. 38 Jg (1), S. 63-76

TRINKLER, J.; SPREYERMANN, Chr. (2002): Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... In: BÖLLINGER, L.; STÖVER, H. (Hrsg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt, S. 87-93

VOGT, I. (2005): Frauen und Männer. Empirische Ergebnisse zum Konsum und zur subjektiven Bedeutung von Alkohol, Tabak und ausgewählten Medikamenten. Vortrag auf dem 2. Appenzeller Suchtsymposium, „Geschlechtsspezifische Aspekte der Sucht“, am 8.9.05 im Psychiatrischen Zentrum Herisau/Schweiz ([www.suchtsymposium.ch](http://www.suchtsymposium.ch))

VOSSHAGEN, A. (2002): Alkoholkonsum und Männlichkeit. In: *Abhängigkeiten* 2/02, S. 21ff Winter, Reinhard; Neubauer, Gunter, 2001: *Dies und Das. Das Variablenmodell "balanciertes Junge- und Mannsein" als*

---

Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen

VOSSHAGEN, A. (2006): Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 129-142

WINTER, Reinhard; NEUBAUER, Gunter, 2001: Dies und Das. Das Variablenmodell "balanciertes Junge- und Mannsein" als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen

WULF, H.: Von der Suchtkarriere zur Suchtbiographie; in: LEHMKUHL, U.(Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 23, Biographie und seelische Entwicklung, München 1997, E. Reinhardt

WULF, H. (2005): Integrationsversuche männerspezifischer Themen in der ambulanten Rehabilitation suchtkranker Männer. Impulsreferat im Rahmen des Arbeitskreises Männerspezifische Suchtarbeit. LWL, Münster, 26.4.2005

WULF, H. (2006): Die Entdeckung der Männlichkeit in der Suchtkrankenhilfe – Männerspezifische Themen in der ambulanten Rehabilitation: Beobachtungen und Beispiele methodischer Umsetzung aus der Fachstellenarbeit. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 119-128

## *Adressen*

Liste der Expert/-innen zum Workshop „Männerspezifische Suchtarbeit“ am 31.08.2005 in Münster.

An dieser Stellen sei allen nachfolgend aufgeführten Personen sehr herzlich für die konstruktive Mitarbeit an diesem Leitfaden gedankt!

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Anschrift / Telefon / E-Mail</b>
Amann	Rudolf	AWO-Drogenberatungsstelle Mülheim/Ruhr, Georgstraße 4, 45468 Mülheim Tel.: 0208/45003-0 E-Mail: r.amann@awo-mh.de
Bekkum	Drs. Dirck H. J. van	Moria CTT, Rijnlaan 45a, NL-3522 BC Utrecht Tel. : 0031-3 02 80 09 26 E-Mail : moira@ctt.nl
Jardner	Dr. Herbert W.	Suchtberatung des DW Herford Auf der Freiheit 25, 32052 Herford Tel.: 05221/599847 E-Mail: hjardner@dw-herford.de
Kaya-Heinlein	Dogan	Westfälische Klinik Hamm Heithofer Allee 54, 59071 Hamm Tel.: 02381/893-279 E-Mail: d.kaya-heinlein@wkp-lwl.org
Koch-Möhr	Rainer	Fachklinik Flammersfeld Bergstraße 2-4, 57632 Flammersfeld Tel.: 02685/953014 E-Mail: koch-moehr-flammersfeld @ludwigsmuehle.de
Krehl	Michael	Drogenberatungsstelle Dortmund, Schwanenwall 42, 44135 Dortmund Tel.: 0231/477376-0 E-Mail: michael.krehl@drobs-dortmund.de

Quinting	Norbert	PSBB CV Dortmund, Probsteihof 10, 44137 Dortmund Tel.: 0231/1848-145 E-Mail: quinting@caritas-dortmund.de
Rometsch	Wolfgang	LWL, Dez. 50, Koordinationsstelle Sucht 48133 Münster Tel.: 0251/591-4710 Fax: 0251/591-5499 E-Mail: wolfgang.rometsch@lwl.org
Ruppert	Arwed	BSK, Abt. Med. Reha. Sucht der WK Gütersloh Im Füchtei 150, 33334 Gütersloh Tel.: 05241/502-604 E-Mail: arwed.ruppert@wkp-lwl.org
Sarrazin	Doris	LWL, Dez. 50, Koordinationsstelle Sucht 48133 Münster Tel.: 0251/591-5481 Fax: 0251/591-5499 E-Mail: doris.sarrazin@lwl.org
Stöver	Dr. Heino	Uni Bremen, FB 6, PF 33 04 40, 28334 Bremen Tel.: 0421/2183173 E-Mail :heino.stoever@uni-bremen.de
Tödte	Martina	Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen Tel.:0201/2484171-2 E-Mail: belladonnaessen@aol.com
Westerhausen	Dr. Robert	WZP Herten Schlosspark 20, 45699 Herten Tel.: 02366/802-326 E-Mail: robert.westerhausen@wkp-lwl.org

**Weitere Einrichtungen mit männerspezifischen  
Arbeitsansätzen, -schwerpunkten:**

Fachkrankenhaus für suchtkranke Männer,  
Klinik am Hellweg  
Robert-Gronfeld-Str. 12  
33813 Oerlinghausen  
Tel.: 05202 7020.

Fachklinik Kamillushaus  
Heidhauser Str. 273  
45225 Essen  
E-Mail: Vosshagen@t-online.de

Fachstelle Sucht und Prävention, Oldenburg  
Kontakt:  
Fachstelle Sucht und Prävention  
Bloherfelder Str. 7  
26129 Oldenburg  
E-Mail: info@suchtberatung-oldenburg.de

Fachklinik Emsland  
Bernd Röben  
Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialtherapeut

Systemischer Therapeut,  
Approb. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,  
Psychotherapeut (HPG), Interner Auditor (DGQ)  
49751 Sögel  
E-Mail: BRoeben@caritas-os.de

casa fidelio Institution für männerspezifische Sucht-  
therapie in Niederbuchsiten  
Kanton Solothurn.  
casa fidelio  
Jurastrasse 330  
CH-4626 Niederbuchsiten  
tel. +41 62 389 88 77  
fax +41 62 389 88 79  
E-Mail: herbert.mueller@casafidelio.ch  
www.casafidelio.ch





