

Substanzmittelkonsum und Männlichkeit : Herausforderungen für eine gendersensible Suchthilfe

Torben Heymann

Suggested citation:

Heymann, Torben. 2024. "Substanzmittelkonsum und Männlichkeit : Herausforderungen für eine gendersensible Suchthilfe." Hannover: Hochschule Hannover. <https://doi.org/10.25968/opus-3765>.

Abstract

Die Bachelorarbeit „Substanzmittelkonsum und Männlichkeit – Herausforderungen für eine gendersensible Suchthilfe“ untersucht, wie gesellschaftliche Vorstellungen von Männlichkeit das Konsumverhalten und das Risiko einer Abhängigkeit beeinflussen können. Aufbauend auf Theorien wie Doing Gender und hegemoniale Männlichkeit zeigt die Arbeit, dass Substanzmittelkonsum oft als Ausdruck traditioneller männlicher Rollen dient – etwa zur Demonstration von Stärke, Kontrolle oder Risikobereitschaft. Zugleich erschweren diese Rollenbilder den Zugang zu Hilfsangeboten. Die Analyse der Suchthilfestrukturen verdeutlicht, dass gendersensible Ansätze notwendig sind, um Männer adäquat zu erreichen, ohne stereotype Zuschreibungen zu reproduzieren.

Terms of use

CC BY 4.0

This document is made available under these conditions:
Creative Commons - CC BY - Namensnennung 4.0 International
For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>



Substanzmittelkonsum und Männlichkeit

Herausforderungen für eine gendersensible Suchthilfe

Bachelorarbeit im Wintersemester 2024/25
an der Hochschule Hannover - Fakultät V
Abteilung Religionspädagogik und Diakonie
eingereicht von Torben Heymann

Erstprüfende: Prof. Dr. Anke Neuber

Zweitprüfender: Prof. Dr. Alexander Dietz

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Männlichkeit und Substanzmittelkonsum	4
2.1 Sozialwissenschaftliche Diskurse zu Geschlecht und Männlichkeit.....	4
2.1.1 Doing Gender	6
2.1.2 Hegemoniale Männlichkeit.....	9
2.1.3 Männliche Sozialisation	12
2.2 Substanzmittelkonsum.....	14
2.2.1 Alkoholkonsum	15
2.2.2 Cannabiskonsum.....	17
2.2.3 Beispiele für illegalen Substanzmittelkonsum	18
3. Suchthilfe.....	21
3.1 Ansätze und Perspektiven.....	21
3.1.1 Der abstinenzorientierte Ansatz.....	24
3.1.2 Der akzeptanzorientierte Ansatz.....	26
3.2 In der Praxis.....	27
3.2.1 Ambulante Maßnahmen	30
3.2.2 Stationäre Maßnahmen	32
3.3 Zwischenfazit.....	35
4. Konstruktion von Männlichkeit im Suchtverhalten.....	35
4.1 Geschlechtsspezifische Einflüsse und Risikofaktoren	35
4.2 Doing Gender und Hegemoniale Männlichkeit im Kontext von Substanzmittelkonsum.....	39
5. Gendersensible Suchthilfe	41
5.1 Gender Mainstreaming und Gender Kompetenz: Grundlagen in der Suchthilfe .	45
5.2 Männerspezifische Suchthilfe in der Praxis	48
5.3 Herausforderungen	51
6. Fazit	54
7. Literaturverzeichnis	58
8. Eidesstattliche Erklärung.....	71

1. Einleitung

„Wann ist ein Mann ein Mann?“ Diese Frage stellte Herbert Grönemeyer bereits vor 40 Jahren in seinem Song „Männer“, und seine provokative *Auseinandersetzung* mit männlichen Rollenbildern hat bis heute nicht an Aktualität verloren. Die sozialwissenschaftliche Forschung griff Grönemeyers Fragestellung eigenständig auf und hat sich seither vertieft mit den Aspekten von Männlichkeit und deren gesellschaftlicher Bedeutung *auseinandergesetzt*. In seinem Song sucht Grönemeyer selbst nach Antworten und beschreibt Facetten dessen, was einen Mann vermeintlich ausmacht. Der Song darf jedoch nicht als reine Hommage an Männer und ihre typisierten Eigenschaften verstanden werden. Vielmehr unterzieht er das Bild des Mannes einer kritischen Betrachtung. So verweist etwa die Textzeile „Männer sind schon als Baby blau“ darauf, dass die Verbindung zwischen Männlichkeit und Alkoholkonsum selbst dem Musiker als ein kulturell tief verankerter Aspekt ins Auge fiel.

Alkohol hat in Deutschland eine lange Tradition und wird vielfach als integraler Bestandteil der deutschen Kultur betrachtet. Dies wurde etwa im März 2024 vom Generalsekretär der CSU, Martin Huber, in der Talkshow „Markus Lanz“ erneut betont.¹ In Deutschland neigten öffentliche Debatten über viele Jahre hinweg dazu, Alkohol zu verharmlosen und die Risiken seines Konsums zu relativieren, während andere psychoaktive – die Psyche beeinflussende – Substanzenmittel und deren Konsument*innen bis heute oftmals kriminalisiert werden. Doch für eine fundierte Debatte über den Konsum psychoaktiver Substanzenmittel, einschließlich Alkohol, bedarf es einer differenzierten Perspektive. Wichtige Fragestellungen betreffen dabei unter anderem Konsummotivation, Konsumverhalten und die Risiken des Konsums, um die Gefahr einer Substanzenmittelgebrauchsstörung – oder Abhängigkeit – möglichst gering zu halten.

Kommt es jedoch zu einem problematischen Konsumverhalten, sind es häufig Sozialarbeiter*innen, die sich mit den gesundheitlichen und sozialen Folgen auseinandersetzen. Ihre Aufgabe besteht unter anderem darin, gesundheitliche Risiken zu minimieren und eine (Re-)Integration der Betroffenen in die Gesellschaft zu fördern. Dabei stellen die „Männer“, von denen Grönemeyer in seinem Song singt, einen Großteil der Klientel dar.

¹ Vgl. Winkler 2024.

Auffällig ist jedoch, dass sich geschlechterorientierte Forschung zur Suchthilfe oft stärker auf Frauen als auf Männer fokussiert.²

Diese Bachelorarbeit widmet sich deshalb der Fragestellung „Welche Herausforderungen ergeben sich für eine gendersensible Suchthilfe im Hinblick auf Substanzmittelkonsum und die Konstruktion von Männlichkeit?“ Dazu erfolgt zunächst eine eingehende Begriffsanalyse der Kategorien Geschlecht und Männlichkeit aus verschiedenen sozialwissenschaftlichen Perspektiven, um zu erörtern, wie Geschlecht Identität und individuelles Verhalten beeinflussen kann. Der Begriff Geschlecht wird im Rahmen dieser Arbeit auf die binären Geschlechter Mann und Frau beschränkt, da es bislang noch an ausreichend empirischer Forschung zur Substanzmittelkonsumproblematik bei Menschen außerhalb dieser Kategorien fehlt. Solide Aussagen über die spezifischen Herausforderungen und Bedürfnisse dieser Personengruppe bedürfen weiterer Forschung und könnten in zukünftigen Studien behandelt werden.

Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Substanzmittel genauer eingehender betrachtet. Dabei liegt der Fokus auf Alkohol, Cannabis, Opiaten, Kokain und (Meth-)Amphetaminen, sowie deren Wirkung, Konsummustern und Konsumrisiken. Tabak wird von dieser Analyse ausgenommen, da die Wirkung von Nikotin sich deutlich von Alkohol und anderen psychotropen Substanzmitteln unterscheidet und nur ein sehr geringer Prozentsatz der Klient*innen in der Suchtbehandlung vorrangig aufgrund von Tabakkonsum Unterstützung sucht.

Anschließend wird die Struktur der deutschen Suchthilfe dargestellt, sowohl in theoretischer Hinsicht als auch in ihrer praktischen Umsetzung. Der Bereich der Prävention wird aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit jedoch ausgeklammert. Der Schwerpunkt liegt daher auf stationäre und ambulante Angeboten, die in Anspruch genommen werden, wenn eine Substanzmittelgebrauchsstörung diagnostiziert wurde oder ein entsprechender Verdacht besteht.

Darauf aufbauend werden die Themenkomplexe Gender und Substanzmittelkonsum verknüpft und die Konstruktion von Männlichkeit in Bezug auf Konsumverhalten und Risikofaktoren analysiert. Inwiefern traditionell verankerte Männlichkeitsbilder zu bestimmten Konsummustern beitragen und wie diese Bilder das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen können, ist hier von besonderem Interesse.

² Vgl. Stöver 2006, S. 22.

Das abschließende Hauptkapitel befasst sich mit Ansätzen und Herausforderungen einer gendersensiblen und auf Männer ausgerichteten Suchthilfe. Dabei wird auf den Erkenntnissen der vorhergehenden Kapitel aufgebaut. Hierbei wird insbesondere die rechtliche Grundlage für eine geschlechtersensible Arbeit betrachtet. Ein weiterer Fokus liegt auf den spezifischen Barrieren, die Männer im Zugang zu Suchtberatung und -therapie im Wege stehen und die unter anderem auf gesellschaftliche Erwartungshaltungen an Männer zurückzuführen sind.

2. Männlichkeit und Substanzmittelkonsum

2.1 Sozialwissenschaftliche Diskurse zu Geschlecht und Männlichkeit

Der Begriff Geschlecht hat seine Herkunft im Alt- und Mittelhochdeutschen und beschrieb ursprünglich, dass zwei Dinge oder Menschen eine gemeinsame Entstehung haben.³ So wurde etwa im Adelsmilieu vom Geschlecht einer Familie gesprochen. In der modernen bürgerlichen Gesellschaft wurde der Begriff zunehmend mit der biologischen Identität in Verbindung gebracht, was zur Verfestigung binärer Geschlechterdifferenzen führte. Dieser Prozess wurde durch neu aufkommende naturwissenschaftliche Erkenntnisse zur Biologie des Mannes oder der Frau unterstützt, die die Unterschiede zwischen männlich und weiblich betonten, obwohl diese heute innerhalb der naturwissenschaftlichen Geschlechterforschung umstritten sind.⁴ Besonders die Zeit der Industrialisierung des globalen Westens – Ende 18. Jahrhundert bis in das 19. Jahrhundert – verfestigte die Vorstellung der klassischen Charakteristika qua Geschlecht und die damit verbundene Naturalisierung.⁵

Diese zweigeschlechtliche Betrachtung als strukturierender Faktor der Gesellschaft(en) wurde lange Zeit nicht hinterfragt. So war es erst die Frauenbewegung und die daran anschließende Forschung, die dem Konzept der „Natur der Frau“ widersprachen. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen seien historisch, nicht biologisch bedingt, was sie gleichzeitig veränderbar und weniger starr macht. Gerade für Frauen, die im Laufe der Menschheitsgeschichte und in vielen Teilen der Welt bis heute durch patriarchale

³ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022a, S. 214.

⁴ Vgl. Ebd., S. 215.

⁵ Vgl. Ehlert 2012, S. 23.

Strukturen und vermeintliche biologische Argumentationslinien unterdrückt werden, ist dies von großer Bedeutung.⁶

Besonders deswegen hat die Frauen- und Geschlechterforschung den Zusammenhang zwischen naturwissenschaftlichen Wissen und sozialer Ungleichheit thematisiert und auf die Auswirkungen dieser Erkenntnisse im alltäglichen Leben deutlich gemacht. Sie betrachteten dabei Geschlecht als soziales Konstrukt, das die Gesellschaft einerseits gliedert und andererseits dem Wandel jener Gesellschaft unterliegt.⁷ Eine ähnlich Ansicht hatte auch der französische Soziologe Pierre Bourdieu, der beobachtete, dass biologische Unterschiede als Legitimation von sozial konstruierten Unterschieden genutzt werden, da sie sich nur schwierig kontestieren lassen.⁸ Diese soziale Konstruktion prägt dabei das Leben aller Menschen in vollem Umfang und wird somit erlernt und nicht angeboren.⁹

Da aber sowohl im biologischen als auch im sozial konstruierten Kontext das Wort Geschlecht Anwendung findet, erlangte ab den 1970er Jahren die Unterscheidung aus dem Englischen *sex* (bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht) und *gender* (sozial konstruiertes Geschlecht) zunehmende Anwendung. Die Trennung der beiden Begriffe soll dazu dienen, körperliche Unterschiede nicht direkt auf Verhalten, Fähigkeiten oder Eigenschaften von Personen zu übertragen. So haben beispielsweise Empathie oder Fürsorglichkeit nichts mit der Natur von Frauen zu tun, Kinder gebären zu können, wie es so oft behauptet wird. Genauso wenig stehen Eigenschaften wie Stärke oder die Rolle des Familienernährers mit dem männlichen Körper direkt in Verbindung. Jedoch gilt auch die *Sex-Gender-Unterteilung* als konstruiert und löst die begründete Kritik aus, dass diese Betrachtung zu sehr an der Binärität von Geschlecht festhält und Kultur und Natur zu getrennt betrachtet werden würden. Trotzdem hat sich vor allem der Begriff *gender* in den deutschen Sprachgebrauch integriert, was jedoch für einige Rezensent*innen zu einer Vermischung unterschiedlicher Denk- und Theorieansätze führt.¹⁰

Durch diese multidimensionalen theoretischen und politischen Gegebenheiten ist das Thema Geschlecht relevant für die Soziale Arbeit, da diese sowohl am Wandel als auch an der Stabilisierung der Geschlechterverhältnissen mitwirkt.¹¹ So hat Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession besonders die Aufgabe, gegen Ungerechtigkeit und Ungleichheit zu arbeiten und reproduziert trotzdem gleichzeitig innerinstitutionell

⁶ Vgl. Ebd., S. 14.

⁷ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022a, S. 215.

⁸ Vgl. Bourdieu 1997, S. 174.

⁹ Vgl. Laging 2023, S. 79.

¹⁰ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022a, S. 215-216; Villa 2019, S. 27; Ehlert 2012, S. 23.

¹¹ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022a, S. 216-217.

Geschlechterhierarchien: Man betrachte nur einmal die ungleiche Verteilung von Männern und Frauen in regulären Arbeitsstellen im Verhältnis zu den Führungspositionen.¹² Auch in der Sozialen Arbeit wird das Geschlecht durch sogenannte „Doing Gender“-Prozesse – die im nachfolgenden Kapitel ausführlich erläutert werden – nach außen dargestellt oder von anderen so wahrgenommen. Geschlechtliche Zuschreibungen sind dabei immer mit Erwartungen an die Person verbunden – sei es im Umgang mit Kolleg*innen oder mit den Adressat*innen.¹³

2.1.1 Doing Gender

Das Konzept Doing Gender wurde durch die Soziolog*innen Candace West und Don H. Zimmerman entwickelt und erstmals in der Fachschrift „Gender and Society“ veröffentlicht. Es soll darlegen, dass Geschlecht nicht auf objektive und geschlechtsspezifische Merkmale reduziert werden kann, sondern in erster Linie durch soziale Prozesse und Handlungen konstruiert wird. Geschlecht wird demnach nicht als naturgegebene Tatsache verstanden, sondern als Ergebnis sozialer Interaktionen, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern herstellen, ihnen Bedeutung verleihen und sie verfestigen.¹⁴ Dies bedeutet, dass Männlichkeit und Weiblichkeit keine angeborenen Eigenschaften sind, sondern Verhaltensweisen und Muster, die über Generationen hinweg sozialisiert und anerzogen wurden. Menschen haben also kein festgelegtes Geschlecht, sondern erfahren Geschlecht immer wieder neu in der Interaktion mit anderen, sei es mit Menschen desselben oder eines anderen Geschlechts – dieser ständige Abgleich und Austausch ist der Kern des Doing Gender-Gedanken.¹⁵

Besonders betont wird im Doing Gender-Ansatz, dass Individuen aktiv an der Herstellung ihrer Geschlechtlichkeit beteiligt sind, indem sie ihr Geschlecht performativ zum Ausdruck bringen.¹⁶ Ein alltägliches Beispiel dafür ist der Gang auf eine öffentliche Toilette, bei dem Individuen meist die Wahl haben zwischen Damen- und Herren-Badezimmer und durch ihre Wahl ihr Geschlecht performativ darstellen.

In sozialen Interaktionen gibt es einen ständigen Druck, die eigene Identität – einschließlich des Geschlechts – darzustellen. Diese Identität wird durch Gestik, Mimik, Stimme

¹² Vgl. Müller 2016, S. 15.

¹³ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022a, S. 217.

¹⁴ Vgl. Gildemeister / Robert 2022, S. 130.

¹⁵ Vgl. Ehlert 2012, S. 25; West/Zimmermann 1987, S. 137.

¹⁶ Vgl. Laging 2023, S.79.

oder Intonation vermittelt und von der anderen Person wahrgenommen, was zu einem wechselseitigen Austausch von Darstellungsroutinen führt. Somit wird Geschlecht in jeder Interaktion aufs Neue hergestellt.¹⁷ Der Soziologe Erving Goffman betont 1994 die physische Präsenz solcher Interaktionen für die gegenseitige Wahrnehmung.¹⁸ In der heutigen Welt mit digitalen Kommunikationsmedien ist diese physische Präsenz nicht mehr zwingend notwendig.

Dass Geschlecht nicht nur eine biologische Gegebenheit ist, wird auch durch Forschungsergebnisse im Fachgebiet der Kindheitsforschung deutlich. Bereits bei Kindern, die noch nicht vollständig sozialisiert sind, wird Geschlecht durch äußere Symbole wie Haarschnitt, Kleidung oder Spielzeuge vermittelt. Oftmals haben Kinder jedoch nicht die Freiheit, diese Dinge selbst auszuwählen, sondern dürfen im Rahmen einer scheinbaren Mitbestimmung lediglich aus einer von den Eltern vorausgewählten Selektion entscheiden. Die durch Symbole geprägte Zuschreibung verfestigt sich schließlich im regulären Denken. Kleider oder Röcke werden beispielsweise als etwas weibliches wahrgenommen, sodass ein Mann im Kleid immer zwar weiterhin als Mann erkennbar ist, das Kleid jedoch Weiblichkeit signalisiert und bei Betrachter*innen Irritation auslösen kann. In diesem Prozess des Erlernens geht schon in der Kindheit das Wahrnehmen von „natürlichen“ Unterschieden einher, wie, dass männliche Klassifikationen etwas mit Macht und Dominanz zu tun haben.¹⁹ Auf letzteres geht das folgende Kapitel zur Hegemonialen Männlichkeit vertiefend ein.

Von weiterer Relevanz für die Doing Gender-Theorie sind transgeschlechtliche Personen, da sie die klare binäre Einteilung in zwei Geschlechter überwinden. Die Forschung, unter anderem von Garfinkel (1967), bestätigt, dass Geschlecht nicht nur am Körper, sondern vor allem durch soziales Lernen entsteht. Transpersonen, die sich in einem anderen als bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht präsentieren, müssen neue Verhaltensmuster erlernen, die als typisch männlich oder weiblich gelten. Garfinkel wertete dafür in den 1960er Jahren Tonbandaufnahmen zwischen der Transfrau Agnes und ihrem Psychologen aus.²⁰ Agnes berichtet beispielsweise von einer Beziehung mit einem Mann, der sie nach der Arbeit darauf aufmerksam macht, dass es ihr als Frau nicht möglich sei, sich

¹⁷ Vgl. Ehlert 2012, S. 25-26; Gildemeister 2004, S. 138.

¹⁸ Vgl. Gildemeister / Robert 2022, S. 130.

¹⁹ Vgl. Ebd., S. 131.

²⁰ Vgl. Ehlert 2012, S. 24; Gildemeister 2004, S. 134

einfach im Garten zu sonnen, da sie dadurch das Begehren anderer Männer wecken könnte.²¹

Anhand der sozialwissenschaftlichen Forschung mit transgeschlechtlichen Personen konnte das soziale Erlernen eines Geschlechts gut beobachtet werden. Es zeigte sich dabei, dass vor allem die Selbstverständlichkeit der binären Geschlechter die größte Stärke der Geschlechtszuschreibungen ist.²² Das Überschreiten der binären Geschlechterordnung kann dabei bei anderen Menschen zu Irritation führen oder sogar Pathologisierung hervorrufen.²³

Im Gegensatz dazu erleben cisgeschlechtliche Menschen ihre Geschlechtszugehörigkeit selten als Thema, das in sozialen Interaktionen explizit bestätigt werden muss. Aber auch ihr Geschlecht wird oft im Kontext sozialer Arrangements wie in der Familie oder am Arbeitsplatz deutlich. Wer beispielsweise im Haushalt arbeitet oder wer als „Ernährer“ fungiert, spiegelt die binäre Geschlechterordnung wider. Diese Einteilung zeigt sich besonders stark in der Arbeitswelt, wo Berufe als typisch männlich – Feuerwehrmann, Polizist – oder weiblich – Erzieherin, Hebamme – betrachtet, entsprechend bewertet und vergütet werden. Männer in „Frauenberufen“ erfahren oft Vorteile im Sinne der Aufstiegschancen, während Frauen in „Männerberufen“ häufig benachteiligt und unterschätzt werden.²⁴

Da Geschlecht so allgegenwärtig ist, stellt sich die Frage, ob sich Gesellschaften in Richtung eines *Undoing Gender* entwickeln könnten, also einer Neutralisierung von Geschlecht in sozialen Interaktionen. Untersuchungen in Schulen (Faulstich-Wieland 2004) und verschiedenen Berufsfeldern (Heintz et al. 1997) zeigen jedoch, dass dies in der Praxis schwierig umsetzbar ist. Oft wird versucht, die Relevanz von Geschlecht durch informelle Normen zu reduzieren, etwa durch Aussagen wie „Geschlecht spielt bei uns keine Rolle“. In Wahrheit sind jedoch eine hohe Sensibilität und Bereitschaft erforderlich, um etablierte geschlechtsspezifische Praktiken aufzugeben.²⁵

In der Sozialen Arbeit, die auf der Grundlage des Doing Gender agiert, ist es wichtig, einen Balanceakt zu finden: Klient*innen sollen ihre geschlechtliche Identität im Rahmen ihrer Sozialisation selbstbestimmt leben können, ohne dabei in stereotype Geschlechterrollen gedrängt zu werden. Dabei ist es entscheidend, dass sie sich in ihrem kulturellen

²¹ Vgl. Garfinkel 1967, S. 146.

²² Vgl. Ebd., S. 118.

²³ Vgl. Gildemeister / Robert 2022, S. 131.

²⁴ Vgl. Ebd., S. 131-132.

²⁵ Vgl. Ebd. 2022, S. 132

System autonom verhalten können, ohne dass Soziale Arbeit unbewusst zur Verfestigung von Geschlechterstereotypen beiträgt.²⁶ Das Kapitel 4.2 „Doing Gender und Hegemoniale Männlichkeit im Kontext von Substanzmittelkonsum“ untersucht ausführlich, inwieweit sowohl Doing Gender als auch die nachfolgend vorgestellte hegemoniale Männlichkeit mit Substanzmittelkonsum verbunden sind.

2.1.2 Hegemoniale Männlichkeit

Der Begriff der hegemonialen Männlichkeit wurde von Carrigan, Connell und Lee (1985) geprägt und erlangte insbesondere durch die Arbeit von Connell (1987 & 2015) große Aufmerksamkeit in der kultur- und sozialwissenschaftlichen Forschung zu Männlichkeit. Dabei ist das Konzept nicht unumstritten und hat eine umfassende Diskussion über Geschlechterverhältnisse angestoßen. Das Konzept der Hegemonie basiert auf dem Hegemoniebegriff von Antonio Gramsci und verbindet diesen mit dem Wissen über soziale Strukturen. Hegemonie drückt dabei eine Form der Herrschaft aus, die ohne sichtbaren Zwang oder Gewalt entsteht, sondern durch gesellschaftliche Entwicklungen, sodass untergeordnete Gruppen ihre Positionen oft ohne explizite Zustimmung oder Bewusstsein einnehmen.²⁷

Hegemoniale Männlichkeit wird traditionell in der Linie des Patriarchats verortet und als eine Erweiterung davon betrachtet.²⁸ Patriarchat und Kapitalismus werden dabei eng miteinander verbunden. Männer sind Teil der patriarchalen Strukturen und müssen sich, ob sie wollen oder nicht, eingestehen, dass sie in diesem System die dominante Rolle innehaben – selbst, wenn sie selbst (unbewusst) darunter leiden. Connell beschreibt zudem, dass hegemoniale Männlichkeit nicht nur das Verhältnis zwischen Männern und Frauen regelt, sondern auch Hierarchien unter Männern schafft. Dennoch bleibt das Machtverhältnis zwischen Männern und Frauen zentral für die männliche Dominanz.²⁹

Auf der heterosozialen Ebene, also im Verhältnis zwischen Männern und Frauen, basiert hegemoniale Männlichkeit auf der Verbindung von Männlichkeit und Autorität. Diese Vorherrschaft wird nicht durch Gewalt durchgesetzt, sondern durch die kulturelle Anerkennung der Normen, die von Männern und Frauen getragen werden.³⁰

²⁶ Vgl. Gildemeister / Robert 2022, S. 132-133.

²⁷ Vgl. Meuser 2022a, S. 256.

²⁸ Vgl. Bereswill et al. 2011, S. 10.

²⁹ Vgl. Ebd., S. 9-10.

³⁰ Vgl. Meuser 2022a, S. 256.

Die homosoziale Dimension hegemonialer Männlichkeit, also das Verhältnis der Männer untereinander, wird durch den Wettbewerb und die Abgrenzung innerhalb der Gruppe der Männer geprägt. Männlichkeit wird dabei relational konstruiert, indem die Männer sich gegenseitig herausfordern und in Konkurrenz zueinander treten. Dies zeigt sich etwa in traditionellen Ritualen – wie den Fechtkämpfen in Burschenschaften – die Männlichkeit durch Wettbewerb definieren. So entsteht ein interdependentes Konstrukt, das sich durch den Vergleich unter Männern und durch die Abgrenzung zur Weiblichkeit aufbaut.³¹

Connell unterscheidet zwischen verschiedenen Formen der Männlichkeit, darunter die „komplizenhafte Männlichkeit“, die versucht möglichst von den patriarchalen Strukturen zu profitieren und die „untergeordnete Männlichkeit“, die meist homosexuellen Männern zugeschrieben wird, da Homosexualität (bei Männern) und Weiblichkeit als etwas gleichwertiges betrachtet werden. Zuletzt die „marginalisierte Männlichkeit“, die sich auf Männer aus niedriger bewerteten sozialen Klassen oder ethnischen Gruppen bezieht. Diese Unterscheidung gilt jedoch in der Forschung nicht immer als präzise und wissenschaftlich schwer nachvollziehbar.³² Ein aktuelles Beispiel, an dem das Konzept an Grenzen stößt, ist der CEO des Tech-Konzerns Apple Tim Cook. Mit einer Marktkapitalisierung von circa 3,4 Billionen US-Dollar³³ leitet der US-Amerikaner das wertvollste Unternehmen der Welt. Der aus einer Mittelschichtsfamilie stammende Cook erfüllt somit einige Voraussetzung der Hegemonie. Allerdings lebt Cook in einer homosexuellen Beziehung und müsste so nach dem Connell'schen Konzept in die Kategorie der „untergeordneten Männlichkeit“ eingeordnet werden. Cook ist dabei nur eines von vielen Beispielen, die die Grenzen des Konzepts offenlegen.

Die hegemoniale Männlichkeit existiert nur im Vergleich zu anderen Formen der Männlichkeit sowie zu Formen der Weiblichkeit, die als untergeordnet betrachtet werden. Die meisten Männer passen nicht vollständig in das Idealbild der hegemonialen Männlichkeit, unterstützen es jedoch oft unbewusst, da es die bestehenden heterosozialen Machtverhältnisse stärkt, mit denen sie zufrieden sind. Hegemoniale Männlichkeit ist keine angeborene Eigenschaft, sondern ein Orientierungsrahmen, den nur eine Minderheit der Männer jemals erreichen kann, da ihre ökonomische Situation dies beispielsweise nicht ermöglicht. Trotzdem lastet auf vielen Männern ein scheinbar unvermeidbarer Druck, sich von diesem hegemonialen Idealbild abzugrenzen, was häufig innere Konflikte und

³¹ Vgl. Ehlert 2012, S. 20; Bourdieu 1997, S. 203; Bourdieu 2005, S. 95-96.

³² Vgl. Meuser 2022a, S. 257.

³³ Vgl. Statista 2024a.

ambivalentes Verhalten auslöst.³⁴ Connell beschreibt dazu eine ergänzende Form der Weiblichkeit, die „betonte Weiblichkeit“, die sich dem hegemonialen Mann unterordnet und somit in der gesellschaftlichen Struktur die hegemoniale Weiblichkeit ausschließt.³⁵ Auch wenn sich die Rolle der traditionellen Männlichkeit, beispielsweise durch eine aktivere Vaterschaft, in den letzten Jahren verändert hat, ist unklar, ob dies langfristige strukturelle Veränderungen in Bezug auf hegemoniale Männlichkeit herbeiführen wird. Diskussionen darüber, welche Form der Männlichkeit als hegemonial betrachtet werden sollte, und die Kritik an der begrifflichen Unschärfe des Konzepts halten an, da verschiedene Ebenen sozialer Realitäten nicht ausreichend in Verbindung gebracht werden³⁶ – siehe das Beispiel Tim Cook.

Hegemoniale Männlichkeit hat jedoch weiterhin einen maßgeblichen Einfluss auf die Geschlechterverhältnisse, besonders in bürgerlichen Gesellschaften. Welche Form der Männlichkeit hegemonial ist, kann sich historisch und kulturell unterscheiden. Oft prägen die Eliten einer Gesellschaft die Vorstellung von Männlichkeit, denen andere Männer nachahmen. In modernen Gesellschaften sind es vor allem technokratische Managementberufe und Professionen wie Jura und Medizin, die ein hohes Ansehen genießen und als neue hegemoniale Vorbilder gelten.³⁷ Obwohl der Großteil der Studierenden der Humanmedizin seit einigen Jahren vermehrt weiblich ist.³⁸

Connell und Wood (2005) identifizieren die „transnationale Business-Männlichkeit“ als ein neues hegemoniales Vorbild, das sich durch global agierende Führungskräfte wie Elon Musk oder Donald Trump verkörpert. Diese Veränderungen zeigen, dass das Konzept der hegemonialen Männlichkeit nicht transhistorisch ist, sondern sich weiterentwickelt. Ob das Konzept zukunftsfähig ist oder eine neue Form entsteht, wird die empirische Männerforschung zeigen müssen.³⁹

In jüngerer Zeit haben alternative Männlichkeitsentwürfe wie „caring masculinities“, die sich stärker auf die Fürsorgeverantwortung konzentrieren, oder „inclusive masculinities“, die mehr Akzeptanz von Homosexualität fördern sollen, an Bedeutung gewonnen.⁴⁰ Diese Ansätze erweitern das Spektrum an Männlichkeitsmodellen und zeigen, dass sich das Verhältnis von Männlichkeit in Bewegung befindet. Auch wenn die alternativen Modelle

³⁴ Vgl. Meuser 2022a, S. 257; Bereswill et al. 2011, S. 11; Connell 1987, S. 183.

³⁵ Vgl. Meuser 2022a, S. 256.

³⁶ Vgl. Ebd., S. 256-257.

³⁷ Vgl. Ebd., S. 258.

³⁸ Vgl. Statista 2024b.

³⁹ Vgl. Meuser 2022a, S. 258.

⁴⁰ Vgl. Anderson / McCormack 2018, zit. n. Meuser 2022a, S. 259.

ihre Schwächen haben und kritische Stimmen hervorrufen, spiegeln sie dennoch wider, dass sich das Spektrum der berechtigten Männlichkeitsvarianten amplifiziert hat.⁴¹

2.1.3 Männliche Sozialisation

„Wir werden nicht als Mädchen (oder Junge) geboren – wir werden dazu gemacht!“⁴² Die deutsche Psychologin Ursula Scheu beschreibt hiermit einen zentralen Aspekt der geschlechtlichen Sozialisation und verweist implizit auf den berühmten Satz der französischen Philosophin Simone de Beauvoir aus ihrem Werk *Das andere Geschlecht*: „Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.“⁴³ Beide Frauen bemerken, dass Sozialisation ein Prozess der gesellschaftlichen Integration ist, der in einer durch vielfältige Strukturen – darunter insbesondere Geschlechterordnungen – geprägt ist.⁴⁴

Untersuchungen zur männlichen Sozialisation zeigen klar, dass sich die Geschlechtsidentität eines Mannes primär durch die scharfe Differenzierung von Frauen und, insbesondere in bestimmten Lebensphasen, von allem, was als weiblich gilt, entwickelt.⁴⁵ Diese Abgrenzung geht oft mit einer Abwertung der Weiblichkeit einher, durch die Mädchen stärker als Jungen in ihren Fähigkeiten beschränkt werden.⁴⁶

Männlichkeit ist demnach ein relationales Konzept, das sich sowohl in der Abgrenzung zur Weiblichkeit als auch in der Interaktion und Konkurrenz unter Männern formt. Besonders in homosozialen Räumen, also jenen, in denen Männer unter sich sind, erhält die Konstruktion von Männlichkeit eine herausragende Bedeutung, weit mehr als dies bei Frauen der Fall ist. Diese Räume zeichnen sich durch ein wettbewerbsorientiertes und kompetitives Verhalten aus, das sich schon im Kindesalter in sportlichen Wettkämpfen zeigt, im Jugendalter durch beleidigende Sprache verstärkt und im Erwachsenenalter schließlich durch beruflichen Erfolg oder riskantes Konsumverhalten manifestiert. Historische Untersuchungen (Mosse 1997) und kulturvergleichende Studien (Gilmore 1991) verdeutlichen diese Entwicklungen eindrücklich.⁴⁷

Doch nicht nur Frauen, sondern auch viele Männer haben keinen Zugang zu den Ressourcen und Eigenschaften, die nötig sind, um Teil der homosozialen Gemeinschaft zu

⁴¹ Vgl. Meuser 2022a, S. 259.

⁴² Scheu 1977, S. 7.

⁴³ Beauvoir 2000, S. 334.

⁴⁴ Vgl. Ehlert 2012, S. 28.

⁴⁵ Vgl. Meuser 2022b, S. 380-381.

⁴⁶ Vgl. Ehlert 2012, S. 28.

⁴⁷ Vgl. Meuser 2022b, S. 380.

werden. Intersektionale Ausschlüsse aufgrund von Sexualität, Ethnie oder sozialer Herkunft sind hierfür klassische Beispiele. Innerhalb dieser Gemeinschaft herrscht ein konstanter Druck, Männlichkeit immer wieder unter Beweis stellen zu müssen, besonders während der Adoleszenz. So wird deutlich, dass Männlichkeit ein äußerst unbeständiges Konzept ist, das ständig neu bestätigt werden muss. In modernen Gesellschaften existieren viele verschiedene Formen von Männlichkeit, die jedoch nicht als frei wählbare Identitäten verstanden werden können. Sie sind vielmehr das Ergebnis der Sozialisation in spezifischen Milieus, ethnischen Gemeinschaften oder Generationen. Diese Faktoren überschneiden sich und beeinflussen die individuelle Ausprägung von Männlichkeit auf vielfältige Weise.⁴⁸

Die kulturellen Vorstellungen in Deutschland basieren vor allem auf den Werten der industriellen-bürgerlichen Gesellschaft, in der der Mann als Ernährer der Familie und die Frau als Verantwortliche für die Fürsorgearbeit innerhalb des familiären Systems verstanden wurde. Die traditionelle Rollenverteilung, auch bekannt als Normalarbeitsverteilung, verlor jedoch mit den strukturellen Veränderungen der Arbeitswelt seit dem späten 20. Jahrhundert zunehmend ihre vermeintliche Sicherheit – und damit auch das damit verbundene Männlichkeitsverständnis. Das Bild vom Mann als ausschließlich für die finanzielle Versorgung der Familie zuständig wandelte sich hin zu einem Verständnis, in dem Männer zunehmend auch innerhalb der Familie Verantwortung übernehmen.⁴⁹

Infolge dieser Entwicklung scheint Männlichkeit zunehmend zufällig zu werden und immer weniger institutionelle Unterstützung zu erhalten. Dies erfordert eine Neuverhandlung der Abgrenzung zur Weiblichkeit. Männlichkeit ist somit nicht länger eine feste Leitlinie, sondern vielmehr eine zu bewältigende Aufgabe und gleichzeitig eine Chance.⁵⁰ Diese Veränderungen in den geschlechtlichen Hierarchien betreffen nicht nur Männer, doch während diese den Wandel häufig als Verlust wahrnehmen, bietet er für Frauen vor allem emanzipatorische Möglichkeiten, wie finanzielle Unabhängigkeit.⁵¹

⁴⁸ Vgl. Ebd., S. 381-382.

⁴⁹ Vgl. Ebd., S. 382.

⁵⁰ Vgl. Böhnisch 2003, 2018, zit. n. Meuser 2022b, S. 383.

⁵¹ Vgl. Meuser 2022b, S. 383.

2.2 Substanzmittelkonsum

Nachdem zuvor der Schwerpunkt auf Männlichkeit und Geschlecht lag, widmet sich das folgende Kapitel dem Thema Substanzmittelkonsum. Unter Substanzmittelkonsum versteht man den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen, deren Einnahme psychische Prozesse, wie etwa die Selbst- und Fremdwahrnehmung, beeinflusst. Der Begriff „Substanz(mittel)“ wird bewusst neutral verwendet, um negative oder positive Konnotationen zu vermeiden. Dabei umfasst der Begriff nicht nur illegale Drogen wie Amphetamine oder Opioide, sondern auch legale Substanzen wie Alkohol oder Cannabis. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass nicht alle Substanzen grundsätzlich oder in gleicher Weise süchtig machen.⁵² Dies kann zum einen an der Wirkung des jeweiligen Substanzmittels und zum anderen an den individuellen Risikofaktoren der Konsumierenden liegen. Dabei wird unter Sucht das exzessive Verlangen nach einem oder mehreren Substanzmitteln oder anderen Produkten verstanden.

Der Europäische Drogenbericht von 2023 betont, dass der Einfluss des (illegalen) Substanzmittelkonsums nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche betrifft. Dies bedeutet, dass nahezu jede Person direkt oder indirekt mit den daraus resultierenden Problemen konfrontiert sein kann.⁵³

Prinzipiell lässt sich sagen, dass Männer in größeren Mengen Substanzmittel konsumieren. Seit den 2010er Jahren lässt sich jedoch eine Angleichung des Konsumverhaltens bei Frauen und Männern beobachten, ein Phänomen, das sich international zeigt. Die Angleichung wird als Resultat einer Aufweichens traditioneller Geschlechtsrollen betrachtet, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass Frauen und Mädchen sich verstärkt in männlich dominierte Räume einbringen und sich dort vermehrt behaupten wollen.⁵⁴ Die Gründe für das unterschiedliche Konsumverhalten werden detailliert in Kapitel 4.1 „Geschlechtsspezifische Einflüsse und Risikofaktoren“ erläutert.

Im Folgenden werden ausgewählte Substanzen detaillierter untersucht, um ein vertieftes Verständnis hinsichtlich ihres Gebrauchs, ihrer Wirkung, sowie der damit verbundenen Risiken zu ermöglichen. Dies ist notwendig, um im weiteren Verlauf nachvollziehen zu können, wie einige Substanzmittel mit Männlichkeit in Verbindung stehen.

⁵² Vgl. World Health Organization 1994, S. 53 & 63.

⁵³ Vgl. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction 2023, S. 7.

⁵⁴ Vgl. Laging 2023, S. 81.

2.2.1 Alkoholkonsum

Der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol liegt in Deutschland bei etwa 10,6 Litern pro Jahr.⁵⁵ Dies entspricht ungefähr 100 Flaschen Wein oder 500 Flaschen Bier, was Deutschland im internationalen Vergleich zu einem Hochkonsumland macht. Zum Vergleich: In Norwegen beträgt der Konsum lediglich 7,4 Liter pro Kopf und Jahr⁵⁶, was auf deutlich strengere Konsumregeln und höhere Preise zurückzuführen ist.⁵⁷ Die Konsumierenden erhoffen sich durch den Alkoholgebrauch eine gesteigerte Stimmung, erhöhte Aktivität und eine Verringerung der eigenen Hemmschwelle. Eine Überdosierung von Alkohol kann jedoch auch das Risiko negativer Effekte wie Unzufriedenheit, Müdigkeit und Sprachstörungen mit sich bringen.⁵⁸

Trotz eines allgemeinen Rückgangs des riskanten Alkoholkonsums von 15,4 % auf 13 % ist besonders auffällig, wenngleich wenig überraschend, dass junge Menschen vermehrt zu Rauschtrinken neigen. Bei den 18- bis 25-jährigen stieg der Anteil derjenigen, die regelmäßig Rauschtrinken betreiben von 28,2 % im Jahr 2015 auf 40,6 % im Jahr 2018/19 an.⁵⁹

Bereits der tägliche Konsum von 24 g reinem Alkohol bei Männern und 12 g bei Frauen – entsprechend etwa 0,5 bis 0,6 Litern Bier (5 % Alkoholgehalt) für Männer und der Hälfte dieser Menge für Frauen – kann erhebliche physische und psychische Schäden verursachen. Zu den möglichen Folgen zählen unter anderem Leberzirrhose, depressive Erkrankungen, sowie die Entwicklung einer Substanzmittelgebrauchsstörung. Jährlich sterben in Deutschland etwa 42.000 Menschen an den direkten oder indirekten Folgen des Alkoholkonsums. Die Faktoren, die zur Entstehung einer Substanzgebrauchsstörung führen können, sind vielfältig und umfassen sowohl biologisch-genetische als auch psychische Komponenten. Oftmals bleibt eine Substanzgebrauchsstörung jedoch unerkannt oder wird falsch diagnostiziert, da lediglich die Folgeerkrankungen behandelt werden. Eine weitere wichtige Eigenschaft des regelmäßigen Konsums oder einer alkoholbedingten Abhängigkeit ist die Toleranzentwicklung des Körpers, die dazu führt, dass Konsument*innen ihre Dosis kontinuierlich erhöhen müssen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.⁶⁰

⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024.

⁵⁶ Vgl. Statista 2024c.

⁵⁷ Vgl. Koopmann et al. 2022, S. 134.

⁵⁸ Vgl. Ebd., S. 127.

⁵⁹ Vgl. Ludwig 2021, S. 68.

⁶⁰ Vgl. Koopmann et al. 2022, S.126; 134-137.

Im Vergleich des Alkoholkonsumverhaltens von Männern und Frauen lässt sich insgesamt feststellen, dass Männer häufiger und in größeren Mengen Alkohol konsumieren als Frauen.

Dazu forschte 2012 das Institut für Therapieforschung München empirisch, interviewte dafür 8.793 Personen und kam zu folgenden Ergebnissen: In Bezug auf Abstinenz zeigt die Studie, dass in allen Kategorien – ob lebenslange Abstinenz, Abstinenz in den letzten zwölf Monaten oder in den letzten 30 Tagen – Frauen häufiger abstinent leben als Männer. So gaben 4,3 % der Frauen an, ihr Leben lang abstinent gewesen zu sein, verglichen mit 2,9 % der Männer. In den letzten zwölf Monaten lag der Anteil der Frauen bei 10,2 %, während es bei den Männern 9,4 % waren. Innerhalb der letzten 30 Tage gaben 19,6 % der Frauen an, keinen Alkohol konsumiert zu haben, gegenüber 10,7 % der Männer.⁶¹ Auch im Bereich des Rauschtrinkens sind geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich erkennbar: 26,1 % der Männer gaben an, ein- bis dreimal pro Woche mehr als fünf Gläser Alkohol zu trinken, während dies nur 15,4 % der Frauen angaben. Noch signifikanter wird der Unterschied bei vier oder mehr Trinktagen pro Woche: 20,6 % der Männer gegenüber 6,6 % der Frauen.⁶²

Ein missbräuchliches Trinkverhalten nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) wurde bei 4,7 % der Männer und 1,5 % der Frauen festgestellt. Die Rate der Alkoholabhängigkeit lag bei 4,8 % der männlichen und 2,0 % der weiblichen Befragten.⁶³

Hochgerechnet auf die in Deutschland lebenden Erwachsenen zwischen 20 und 69 Jahren im Jahr 2023 – insgesamt 54,58 Millionen, davon 27,27 Millionen Männer und 27,31 Millionen Frauen⁶⁴ – würde dies bedeuten, dass heute rund 1,28 Millionen Männer und 410.000 Frauen ein missbräuchliches Trinkverhalten aufweisen. Von einer Alkoholabhängigkeit wären schätzungsweise 1,31 Millionen Männer und rund 546.000 Frauen betroffen.

Diese Zahlen decken sich nahezu einwandfrei mit den Schätzung von Koopmann et al. die von 1,9 Millionen Menschen mit Alkoholgebrauchsstörung ausgehen. Sie konkretisieren, dass die am stärksten betroffene Gruppe dabei Männer im Alter von 45 bis 64 sind.⁶⁵

⁶¹ Vgl. Pabst et al. 2013, S. 325.

⁶² Vgl. Ebd.

⁶³ Vgl. Ebd.

⁶⁴ Vgl. Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen 2024, S. 1.

⁶⁵ Vgl. Koopmann et al. 2022, S.134.

2.2.2 Cannabiskonsum

Cannabis gehört zu den ältesten Rauschmitteln der Welt und weist zudem eine lange Anwendungsgeschichte im medizinischen Bereich auf. In Deutschland wird Cannabis seit den 1970er Jahren öffentlich wahrnehmbar regelmäßig konsumiert und hat sich mittlerweile zur dritthäufigsten konsumierten Substanz nach Alkohol und Nikotin entwickelt. Der Konsum erfolgt in der Regel durch das Rauchen von Joints, die eine Mischung aus Tabak und Marihuana enthalten; alternativ kann auf den Tabak auch verzichtet werden oder es besteht die Möglichkeit, Cannabis in Form von Lebensmitteln oder Getränken zu konsumieren. Die Konsument*innen streben durch den Gebrauch vor allem nach Gefühlen wie Euphorie, Entspannung, Gelassenheit sowie einer intensiveren Sinneserfahrung, die durch eine erhöhte Dopaminausschüttung erreicht wird. Der entscheidenden psychoaktive Wirkstoff im Cannabis ist das Tetrahydrocannabinol (THC), dessen Gehalt innerhalb der Pflanzen bei etwa 8-13 % und im Harz bei circa 20-28 % liegt. Die Wirkung des Tetrahydrocannabinols ist in der Regel nach etwa 15 Minuten vollständig spürbar; bei der Einnahme durch Nahrungsmittel kann sich der Wirkungseintritt jedoch auf ungefähr 30 Minuten verdoppeln. Die Wirkung hält nach Einsetzen ungefähr vier Stunden an. Die Intensität der Wirkung hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter die Inhaltsstoffe, die Dosierung, sowie die gewählte Konsumform. Zudem spielt die individuelle körperliche und psychische Verfassung eine entscheidende Rolle in der Wahrnehmung der Effekte.⁶⁶

Die physischen Wirkungen des Cannabis äußern sich typischerweise durch gerötete Augen, ein gesteigertes Hungergefühl sowie einen Rückgang der Körpertemperatur. Neben diesen Effekten kann der Konsum jedoch deutlich unerwünschte Symptome hervorrufen, wie beispielsweise Übelkeit und Erbrechen. Bei einer übermäßigen Dosis besteht das Risiko von Halluzinationen, Verwirrtheit und Amnesie. Bei synthetisch produziertem Cannabis sind die potenziellen Risiken noch gravierender, da es zu schwerwiegenden Folgen wie epileptischen Anfällen oder einem gefährlich niedrigem Kaliumspiegel kommen kann.⁶⁷

Bis zur (Teil-)Legalisierung durch das Kabinett Scholz, federführend Gesundheitsminister Karl Lauterbach, im April 2024 war Cannabis die am häufigsten illegal konsumierte Substanz in Deutschland.

⁶⁶ Vgl. Hoch et al. 2022, S. 184-185.

⁶⁷ Vgl. Ebd. S. 186.

Laut den Ergebnissen des European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2019 haben europaweit etwa 16 % der Schüler*innen, die im Jahr der Umfrage ihr 16. Lebensjahr vollendeten, bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert; in Deutschland liegt dieser Anteil mit 22 % über dem europäischen Durchschnitt. Der Konsum unter Jungen ist sowohl in Europa (18 % zu 13 %) als auch in Deutschland (24 % zu 20 %) höher als der unter Mädchen.⁶⁸ Auch der Drogen- und Suchtbericht 2021 zeigt, dass der Anteil der 18- bis 25-Jährigen zwischen 2015 und 2018/2019 von 15,3 % auf 24,1 % erkennbar gestiegen ist, während in der Gesamtbevölkerung ein Anstieg um etwa 1% (6,1 % auf 7,1 %) zu verzeichnen war.⁶⁹

Auch bei Cannabis zeigen sich Unterschiede im Konsumverhalten in der geschlechtsspezifischen Betrachtung: So haben 6 % der Männer und 3 % der Frauen in der IFT-Studie angegeben, in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben.⁷⁰

In der Regel beginnt der Konsum zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr und erreicht seinen Höhepunkt in den zwanziger Jahren. Einflussfaktoren wie Berufsausbildung, Partner*innenwahl oder Familienplanung führen häufig dazu, dass der Konsum in späteren Lebensphasen wieder zurückgeht.⁷¹

2.2.3 Beispiele für illegalen Substanzmittelkonsum

Opiate, also Substanzen, die aus der Schlafmohnpflanze gewonnen werden, gehören zu den ältesten und bekanntesten Rauschmitteln der Menschheitsgeschichte. Die wichtigsten Vertreter sind Morphin, Heroin und Codein, die ursprünglich als Medikament zur Schmerzlinderung eingesetzt wurden. Morphin wird bis heute in der Schmerztherapie angewendet. Konsumierende ohne medizinische Indikation erwarten vor allem eine sedierende und hustenstillende Wirkung sowie eine verlangsamte Atmung, die bei übermäßigem Konsum jedoch ein gesundheitliches Risiko darstellen kann. Im Unterschied zu natürlichen Opiaten stehen die synthetisch hergestellten Opioide, wie Methadon, Fentanyl und das weniger potente Tilidin. Diese Stoffe wurden entwickelt, um die schmerzlindernde Wirkung der Opiate zu erzielen, jedoch mit einem geringeren

⁶⁸ Vgl. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction 2020, S. 49.

⁶⁹ Vgl. Ludwig 2021, S. 68.

⁷⁰ Vgl. Pabst et al. 2013, S. 326.

⁷¹ Vgl. Hoch et al. 2022, S. 187.

Abhängigkeitspotenzial. Dieser Versuch ist bisher gescheitert, da Opioide ebenfalls ein hohes Suchtpotenzial aufweisen.⁷²

Ein weiteres bekanntes Beispiel für eine illegale Substanz ist Kokain. Kokain wird, ähnlich wie Opiate, aus einer Pflanze gewonnen, genauer gesagt aus den Blättern der südamerikanischen Koka-Pflanze, die seit über 8.000 Jahren in ihrer Heimat kultiviert wird. In Mitte des 19. Jahrhunderts gelang es, das Hauptalkaloid Kokain aus den Blättern zu isolieren und in größeren Mengen zu vermarkten. Ursprünglich wurde Kokain aufgrund seiner betäubenden und schmerzlindernden Wirkung als Medikament eingesetzt. Später wurde es sogar Bestandteil der Originalrezeptur von „Coca-Cola“, bis seine starke Suchtwirkung bekannt wurde.⁷³ Kokain führt zu einer gesteigerten Ausschüttung der Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, was bei den Konsumierenden eine euphorisierende und wachmachende Wirkung hervorruft. Es steigert das Selbstbewusstsein und kann bei höheren Dosen zu extremer Risikobereitschaft und Aggression führen.⁷⁴

Weitere verbreitete Substanzmittel sind (Meth-)Amphetamine. Sie wurden Ende des 19. Jahrhunderts entwickelt und in den 1930er Jahren erstmals unter dem Namen Benzedrin zur Behandlung von bronchialem Asthma vermarktet. Die Einsatzmöglichkeiten dieser Substanzen erweiterten sich jedoch schnell, sodass sie auch bei Erkältungen, Heuschnupfen, Reisekrankheit und psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Schizophrenie Anwendung fanden. Zu den heute bekanntesten Mitteln dieser Gruppe gehören Speed und Crystal Meth.⁷⁵ Beide wirken stimulierend auf das zentrale Nervensystem und steigern das Selbstbewusstsein sowie die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Die Wirkung von (Meth-)Amphetaminen hält zwischen sechs und acht Stunden an und tritt meist in einem Party- oder Clubkontext auf, insbesondere in der Technoszene, wo ihre wachmachenden und euphorisierenden Effekte geschätzt werden.⁷⁶

Der Konsum von Ecstasy, chemisch bekannt als Methylendioxyamphetamin (MDMA), nimmt eine besondere Stellung ein. Ecstasy gehört chemisch zu den Amphetaminen, hat jedoch eine spezifische Wirkung auf das Serotoninsystem im Gehirn. Es führt zu intensiven Glücksgefühlen, einer verbesserten Selbstwahrnehmung, gesteigerter Kommunikationsbereitschaft und einem Gefühl der Verbundenheit mit anderen Menschen. Ecstasy fördert die Ausschüttung von Serotonin, was die starken euphorischen

⁷² Vgl. Scherbaum / Havemann-Reinecke 2022, S. 193-194.

⁷³ Vgl. Vogel / Dürsteler 2022, S. 222.

⁷⁴ Vgl. Ebd., S. 225-226.

⁷⁵ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al. 2022, S. 232-233.

⁷⁶ Vgl. Ebd., S. 234-235.

Effekte erklärt. Nach dem Konsum sind jedoch die Serotoninspeicher im Gehirn erschöpft, was zu intensiven Erschöpfungszuständen, Ängsten und Niedergeschlagenheit in den darauffolgenden Tagen führt. Regelmäßiger Konsum kann die positive Wirkung der Substanz verringern, da der Körper nicht schnell genug neues Serotonin produziert, was bei einigen Konsument*innen dazu führt, dass sie den Gebrauch reduzieren oder einstellen. Allerdings besteht in viele Fällen die Gefahr einer Verlagerung zu anderen Substanzen.⁷⁷

Der Gebrauch von Kokain, Ecstasy und Amphetaminen ist überwiegend in jungen Altersgruppen verbreitet. In den USA konsumierten 2016 etwas 2,2 % der Bevölkerung über zwölf Jahren Kokain⁷⁸, während in Europa rund 5,4 % der 15- bis 64-Jährigen mindestens einmal Kokain probiert haben.⁷⁹ In Deutschland gaben etwa 1 % der 18- bis 64-Jährigen an, bereits einmal Ecstasy konsumiert zu haben. Der Erstkonsum tritt besonders in der späten Adoleszenz bis zum jungen Erwachsenenalter häufig auf. Besonders mit dem Aufstieg der Technoszene in den 1990er Jahren erlangte Ecstasy in Deutschland große Popularität. Die Substanz mindert das Müdigkeitsgefühl und fördert die Verbundenheit unter den Tanzenden, weshalb sie auch als „Love Drug“ bekannt wurde.⁸⁰

Die gesundheitlichen Risiken des Konsums dieser Substanzen sind erheblich. Bei zu hohem Konsum von Kokain oder Ecstasy kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen wie Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Organversagen kommen.⁸¹ Auch langfristiger Konsum von (Meth-)Amphetaminen führt zu einer Abnahme der positiven Effekte, während die negativen Nebenwirkungen wie starker Schweißfluss, Mundtrockenheit, Übelkeit und Erbrechen zunehmen können. Zudem steigt auch hierbei das Risiko für Herzinfarkte, aber auch Hirnblutungen, Psychosen und Krampfanfälle können bei regelmäßigen oder übermäßigen Konsum eintreten. Besonders Menschen mit psychischen Vorerkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen haben ein erhöhtes Risiko, eine Substanzgebrauchsstörung zu entwickeln, da die Substanzen ihre negativen Gefühle unterdrücken.⁸²

Laut dem Suchtsurvey 2015 waren damals in Deutschland rund 600.000 Menschen von einer medikamentösen Opioidabhängigkeit betroffen, während die Zahl der heroinabhängigen bei etwa 180.000 lag. Heroin wird in der Regel erst im späten Jugend- oder frühen

⁷⁷ Vgl. Petersen et al. 2022, S. 243-244.

⁷⁸ Vgl. United Nations Office on Drugs and Crime 2019.

⁷⁹ Vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2019, S. 15.

⁸⁰ Vgl. Petersen et al. 2022, S. 246.

⁸¹ Vgl. Vogel / Dürsteler 2022, S. 226; Ebd., S. 244.

⁸² Vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al. 2022, S. 235-237.

Erwachsenenalter erstmals konsumiert und ist selten das Einstiegssubstanzmittel in den Drogenkonsum.⁸³ Amphetamine und Methamphetamine wurden Deutschland von etwa 4 % der Erwachsenen mindestens einmal ausprobiert, wobei der Konsum vor allem unter jungen Männern verbreitet ist. Insbesondere in den Grenzregionen zu Tschechien, etwa in Bayern und Sachsen, ist der Gebrauch von Methamphetaminen besonders hoch.⁸⁴ Der Konsum von Kokain, Amphetaminen, Opiaten und Ecstasy tritt bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen. Dies dokumentiert auch die Studie des IFT. Dort haben 1,3 % der Männer und 0,3 % der Frauen angegeben, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben. Bei Amphetaminen liegt der Wert bei 1,2 % für Männer und 0,3 % für Frauen. Leidglich beim Konsum von Schmerzmitteln zeigen Frauen höhere Werte als Männer. So haben 4,6 % der Frauen in den vergangen 30 Tagen Schmerzmittel täglich eingenommen, verglichen mit 3,8 % der Männer.⁸⁵

3. Suchthilfe

3.1 Ansätze und Perspektiven

Sucht ist durch die World Health Organization (WHO) im “International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems” (ICD) in seiner aktuellen Fassung von Januar 2022 – ICD-11 – als psychische Störung definiert.⁸⁶ Auch wegen dieser Einstufung sind Menschen mit Substanzmittelgebrauchsstörung noch immer stark stigmatisiert, pathologisiert und, als Folge dessen, kriminalisiert. Diese Perspektiven wirken kontraproduktiv auf die betroffenen Personen und erschweren ihre Reintegration in die Gesellschaft. Stigmatisierung im privaten Umfeld oder am Arbeitsplatz, sowie Kriminalisierung führen dazu, dass Betroffene oft zögern, Hilfe in Anspruch zu nehmen.⁸⁷ Schätzungen zufolge nutzt nur jede zehnte alkoholabhängige Person in Deutschland entsprechende Hilfsangebote.⁸⁸ Mögliche Gründe für die Abwesenheit männlicher Klienten folgen im Kapitel 4.

Die Bedeutung der Suchthilfe als Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit wächst trotzdem stetig. Dies ist sowohl auf die steigende Zahl an Substanzmittelgebrauchsstörungen als auch

⁸³ Vgl. Scherbaum / Havemann-Reinecke 2022, S. 196.

⁸⁴ Vgl. Gouzoulis-Mayfrank et al. 2022, S. 233-234; Karachaliou et al. 2019, S. 44.

⁸⁵ Vgl. Pabst et al. 2013, S. 326-327.

⁸⁶ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024

⁸⁷ Vgl. Höfelbarth 2018, S. 78.

⁸⁸ Vgl. Lindemeyer 2013, S. 53.

auf den seit den 1970er Jahren fortschreitenden Ausbau der Suchthilfe in Deutschland zurückzuführen.⁸⁹ Bereits vor dem Ersten Weltkrieg existierten ambulante und stationäre Suchthilfeangebote unter dem Begriff der „Trinkerfürsorge“. Dieses Konzept wurde in der Weimarer Republik weiter ausgebaut, bis es durch das nationalsozialistische Regime unterbrochen wurde. Der Wiederaufbau der Suchthilfe in der Bundesrepublik begann in den 1960er Jahren, unter anderem angestoßen durch die Anerkennung von Alkoholismus als behandlungsbedürftige Erkrankung durch das Bundessozialgericht sowie durch den steigenden Drogenkonsum im Zuge der 68er-Bewegung.⁹⁰

Die Suchthilfe ist durch die Zusammenarbeit verschiedener Professionen wie Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen geprägt. Dies führt zu unterschiedlichsten Ansätzen und Selbstverständnissen, die teilweise konträr zueinander stehen. Die Heterogenität spiegelt sich auch in der ungleichen Bezahlung und Anerkennung wider, was Hierarchien schafft und die interdisziplinäre Zusammenarbeit erschwert. Besonders Psycholog*innen und Ärzt*innen genießen in Deutschland aufgrund ihrer starken Interessenvertretung und ihres gesellschaftlichen Ansehens oft eine höhere Stellung, während Pädagog*innen, die in der Praxis häufig die Mehrheit bilden, weniger anerkannt werden.⁹¹ Die Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie ist für viele Klient*innen schwer nachvollziehbar, was auf mangelnde Informationen über die jeweiligen Professionen zurückzuführen ist.⁹²

Forschungsansätze nach Wampold und Imel (2015) zeigen, dass drei Faktoren entscheidend für den Behandlungserfolg sind: die Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in, die beidseitigen Erwartungen an die Wirksamkeit der Behandlung und die gemeinsam gesetzten Ziele. Auch das Umfeld und die Lebensumstände der Klient*innen spielen eine wichtige Rolle für den Behandlungserfolg.⁹³ Ein zentraler Aspekt erfolgreicher Beratung ist die Anwendung der Basisvariablen nach Carl Rogers (1983) – Akzeptanz, Kongruenz und Empathie. Besonders Empathie ist entscheidend, um Vertrauen aufzubauen und den Klient*innen das Gefühl zu vermitteln, nicht stigmatisiert oder vorverurteilt zu werden. Die Überzeugung der Berater*innen von der Wirksamkeit ihrer Arbeit und das Vertrauen der Klient*innen in die gewählte Methode tragen maßgeblich zum Erfolg der Behandlung bei. Zusätzlich hängen diese Faktoren miteinander zusammen und

⁸⁹ Vgl. Klein 2003, S. 481.

⁹⁰ Vgl. Laging 2023, S. 111.

⁹¹ Vgl. Dollinger / Schmidt-Semisch 2007, S.324-25; Vgl. Laging 2023, S. 112.

⁹² Vgl. Vogt 2021, S. 289.

⁹³ Vgl. Vogt 2021, S. 284.

können sich gegenseitig verstärken, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne. Besonders in stationären Einrichtungen können auch die Rahmenbedingungen, wie Räumlichkeiten, Tagesstruktur und Verpflegung, den Erfolg der Behandlung beeinflussen.⁹⁴

Wissenschaftler*innen – wie unter anderem die Sozialarbeiterin und Professorin Dr. Susann Höbelbarth – benennen deutlich die Notwendigkeit, sich vom Gedanken zu lösen, dass eine Suchtdiagnose das Leben eines Menschen dauerhaft begleitet. Sie sollte nur so lange präsent sein, wie sie notwendig und hilfreich ist, um Resignation zu vermeiden. Es gibt laut ihr zahlreiche Beispiele von Menschen, die es geschafft haben, sich durch eigene Kraft und Motivation in die Gesellschaft zu (re-)integrieren. Die Pathologisierung und Kriminalisierung von Substanzmittelkonsum muss demnach weiter abgebaut werden. Substanzen erfüllen für viele Menschen einen Zweck – sei es aus Genussgründen, zur Alltagsbewältigung oder zur Leistungssteigerung. Aufgabe der Suchthilfe muss es sein, Klient*innen darin zu unterstützen, die negativen Folgen des Konsums zu minimieren.⁹⁵

Auch die mediale Darstellung trägt oft zur Stigmatisierung bei, da besonders schwere Fälle in den Vordergrund gerückt werden. Dies erschwert den Zugang zu Hilfsangeboten. Eine Aufgabe der Suchthilfe sollte es daher sein, die Bevölkerung über einen gesundheitsfördernden und kontrollierten Konsum aufzuklären, um – durch sinkende Stigmatisierung – die Hürden für Hilfesuchende zu senken. Problematisch bleibt für Höbelbarth jedoch der von der WHO und dem United Nations Office of Drug Use and Crime (UNODC) 2017 verfasste Entwurf der „International Standards for Treatment of Drug Use Disorders“, der Substanzmittelabhängigkeit als Dysfunktion des Gehirns beschreibt. Die Version von 2020 nimmt jedoch eine differenziertere Perspektive ein, indem sie biologische, psychologische und soziale Faktoren anerkennt und Abstinenz nicht als einziges Ziel fokussiert.⁹⁶

Rechtlich wurde die Suchthilfe durch das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) von 2001, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 maßgeblich beeinflusst. Diese Normen betonen einen personenzentrierten Ansatz, bei dem individuelle Ressourcen und Lebensumstände der Klient*innen in den Behandlungsprozess einfließen sollen. Besonders die Teilhabe, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention definiert ist, spielt eine zentrale Rolle.

⁹⁴ Vgl. Ebd., S. 284-286.

⁹⁵ Vgl. Höbelbarth 2018, S. 79.

⁹⁶ Vgl. Ebd., S. 80 & 84; WHO / UNODC 2020, S. 3.

Es wird klargestellt, dass die Einschränkung nicht nur bei den Betroffenen liegen, sondern auch in den gesellschaftlichen Strukturen, die eine umfassende Teilhabe erschweren.⁹⁷

Die Suchthilfe in Deutschland ist vielfältig und umfasst unterschiedliche Dienste und Träger, deren finanziellen Ressourcen stark variieren. Es besteht ein dringender Bedarf an besserer Vernetzung, um die Angebote zielgerichteter und bedarfsgerechter zu gestalten. Eine besondere Herausforderung bleibt die Kooperation mit Einrichtungen, deren Arbeit nicht primär auf Suchthilfe ausgerichtet ist. Gefängnisse oder Krankenhäuser stellen dafür schon positive Beispiele dar. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) fordert eine vollständige Abdeckung aller Bereiche der Suchthilfe, von Prävention bis Nachsorge, sowie niedrigschwellige, individualisierte Angebote. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls von großer Bedeutung, um zukünftige Substanzmittelgebrauchsstörungen zu verhindern.⁹⁸

In der Praxis der Suchthilfe gibt es zwei konzeptionelle Ansätze, nach denen eine Sucht heute behandelt wird. Dies ist zum einen der abstinenz- und zum anderen der akzeptanzorientierte Ansatz. Beide verfolgen das grundlegende Ziel das Überleben der Adressat*innen zu sichern. Sie werden in den folgenden zwei Unterkapiteln einzeln beleuchtet.

3.1.1 Der abstinenzorientierte Ansatz

Der abstinenzorientierte Ansatz war lange Zeit das einzige Prozedere in der Behandlung von Substanzmittelgebrauchsstörungen. Dieser verfolgt das Ziel der völligen Substanzmittelabstinenz und betrachtete den Konsum, vor allem bis in die 1980er Jahre, als kriminell und krankhaft. Menschen, die Substanzen gebrauchten, wurden dementsprechend pathologisiert und teilweise kriminalisiert. Die Behandlung erfolgt durch eine Abfolge psychosozialer und medizinisch-psychiatrischer Interventionen. Der typische Behandlungsweg beginnt oft in einer Suchtberatungsstelle, führt über den körperlichen Entzug in eine stationäre Therapie und endet in der Nachsorge zur Resozialisierung. Psychiater*innen spielten hierbei eine zentrale Rolle, insbesondere als politische Berater*innen, und trugen dadurch maßgeblich zur Etablierung dieses Behandlungsmodells bei.⁹⁹

Das sogenannte „Abstinenzparadigma“ prägt bis heute die öffentliche Wahrnehmung der Suchthilfe. Sowohl in der Gesellschaft als auch unter vielen Fachkräften wird oft

⁹⁷ Vgl. Laging 2023, S. 112-113.

⁹⁸ Vgl. Ebd., S. 113-114.

⁹⁹ Vgl. Dollinger / Schmidt-Semisch 2007, S. 326-327; Vogt / Schmid 1998, S. 147.

leichtfertig angenommen, dass die Suchthilfe primär darauf abzielt, Menschen wieder abstinent zu machen. Dies geht mit der Vorstellung einher, dass durch den Verzicht auf Substanzen auch alle damit verbundenen Begleiterscheinungen automatisch behoben würden. Vor diesem Hintergrund gelten Maßnahmen, die den Konsum sicherer machen, wie die Bereitstellung sauberer Nadeln oder anderer Konsumutensilien als kontraproduktiv. Diese verringern nämlich das Gesundheitsrisiko und den Leidensdruck der Konsument*innen, was als Minderung der Motivation zur Abstinenz interpretiert wird.¹⁰⁰

Die klassische Suchthilfe setzt heute jedoch zunehmend auf Schadenminimierung. Ziel ist es, ein möglichst gesundes Leben für die Betroffenen zu sichern, indem zunächst der Konsum in Menge und Häufigkeit reduziert und auf weniger gefährliche Substanzen umgestellt wird. Auf dieser Grundlage sollen konsumfreie Phasen erreicht werden, die schließlich zur vollständigen Abstinenz führen. Zwar erreichen nahezu alle Personen dieses Ziel am Ende der Therapie, doch bleibt unklar, wie lange dieser Erfolg im alltäglichen Leben anhält.¹⁰¹

Neben der Abstinenz spielt für die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die als wichtiger finanzieller Träger vieler Maßnahmen fungiert, die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt eine zentrale Rolle. Auch die Klient*innen selbst stimmen diesem Ziel meist zu Beginn der Therapie zu. Allerdings sind viele Betroffene durch den jahrelangen Substanzmittelgebrauch körperlich und psychisch so stark beeinträchtigt, dass eine beruflich Wiedereingliederung nur begrenzt möglich ist.¹⁰²

Jedoch ist nicht für alle Betroffenen die Abstinenz der richtige oder einzige Weg. Die Gründe, warum eine rein abstinenorientierte Behandlung für manche Menschen nicht funktioniert, sind vielfältig. Viele haben wiederholt negative Erfahrungen mit Abstinenztherapie gemacht oder empfinden diesen Ansatz als nicht mit ihren Lebensplänen vereinbar. Eine ausschließlich abstinenorientierte Suchthilfe würde all jene Menschen ausschließen, für die dieser Ansatz nicht praktikabel ist.¹⁰³ Besonders die Omnipräsenz von Alkohol kann eine dauerhafte Abstinenz für die Klient*innen unpraktikabel machen.

¹⁰⁰ Vgl. Laging 2023, S. 115.

¹⁰¹ Vgl. Ebd., S. 116; Vogt 2021, S. 313.

¹⁰² Vgl. Vogt 2021, S. 313.

¹⁰³ Vgl. Körkel 2012, zit. n. Laging 2023, S. 115.

3.1.2 Der akzeptanzorientierte Ansatz

Seit den 1970er Jahren verfolgt die Suchthilfe den Ansatz der *Harm Reduction* (Schadensminimierung), um schwerwiegende Schäden bei den betroffenen Personen zu vermeiden und deren Lebensqualität zu verbessern. Zentrale Angebote dieses Ansatzes sind Substitutionsbehandlungen, Spritzentauschprogramme, Konsumräume und Wärmestuben, die den betroffenen zugutekommen.¹⁰⁴

In den 1980er und 1990er Jahren entwickelte sich der akzeptanzorientierte Ansatz, der die Klient*innen als eigenständige Individuen stärker in den Mittelpunkt stellt. Der gravierendste Unterschied zum abstinenzorientierten Ansatz besteht darin, dass Abstinenz nicht vorausgesetzt wird und auch nicht das einzige Ziel der Therapie darstellt. Die Angebote sind niedrighschwelliger gestaltet und haben die Schadensminimierung als oberstes Ziel. Der Empowerment-Gedanke, der die Selbsthilfefähigkeit der Betroffenen fördern soll, ist dabei von zentraler Bedeutung. Im Sinne einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Hans Thiersch (1978) ist es essenziell, die Betroffenen aktiv in die Prozessgestaltung und die Zielsetzung der Behandlung einzubeziehen.¹⁰⁵

Die Bedeutung der Einrichtungen, die auf Schadensminimierung abzielen, ist umstritten: Für einige sind sie der erste Schritt in Richtung einer abstinenzorientierten Therapie, während andere sie als eigenständige, gleichwertige Angebote betrachten. Die akzeptanzorientierte Suchthilfe setzt nach der Sicherung des Überlebens ebenfalls auf Schadensminimierung, kombiniert mit einem Fokus auf gesundheitliche Stabilisierung. Darauf aufbauend sollen die Lebensumstände der Betroffenen stabilisiert und neue Fähigkeiten entwickelt werden.¹⁰⁶

Obwohl sich der Ansatz der Harm Reduction seit den 1990er Jahren etabliert hat, findet er noch nicht die notwendige Anerkennung. 2018 erlaubten nur sechs von 16 Bundesländern die Einrichtung von Konsumräumen, obwohl Bilanzen aus Städten, die solche Räume eingeführt haben, deren positive Wirkung belegen. Diese Situation zeigt, dass die Behandlung einer Suchterkrankung in Deutschland nach wie vor stark politisch geprägt ist, anstatt sich primär an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu orientieren.¹⁰⁷

Der Ansatz der Schadensminimierung wird bisher vorwiegend im Kontext illegaler Drogen angewendet, obwohl er auch für legale Substanzen wie Alkohol und Tabak von

¹⁰⁴ Vgl. Laging 2023, S. 115.

¹⁰⁵ Vgl. Dollinger / Schmidt-Semisch 2007, S. 327.

¹⁰⁶ Vgl. Laging 2023, S. 115.

¹⁰⁷ Vgl. Hößelbarth 2018, S.81.

Bedeutung wäre, um riskantes Konsumverhalten zu reduzieren und gesundheitsgefährdende Folgen zu minimieren.¹⁰⁸

Meili et al. (2004) argumentieren, dass das Ziel von Suchthilfeprogrammen grundsätzlich neu gedacht werden sollte. Abstinenz sollte weniger als Ziel, sondern eher als Methode betrachtet werden, um übergeordnete Ziele wie Schadensminimierung, Kompetenzförderung und Lebensbewältigung zu erreichen. Abstinenz kann dabei eine Option sein, muss es aber nicht. Studien von Uchtenhagen (2009) zeigen, dass kontrollierter Konsum ebenfalls ein erfolgreicher Weg sein kann.¹⁰⁹

Auch selbstorganisierte Hilfsgruppen haben sich als wirksam erwiesen. Diese Gruppen dienen nicht nur als Zwischenschritt zur Abstinenz, sondern erfüllen auch andere wichtige Funktionen. Sie bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, Selbstwirksamkeit zu erfahren, was positive Auswirkungen auf das Selbstbild und die Lebensqualität hat.¹¹⁰

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Suchtarbeit ist die (Re-)Integration der Betroffenen in die Gesellschaft. Ein stabiles soziales Umfeld, ein fester Arbeitsplatz und eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung sind wichtige Faktoren, um Rückfälle in alte Konsummuster zu vermeiden. Dies erfordert jedoch von der Gesellschaft, Vorurteile abzubauen und Stigmatisierung zu beenden, um den Betroffenen den Weg zur Stabilisierung nicht unnötig zu erschweren. Womöglich könnte man behaupten, dass es in einer kapitalistischen Gesellschaft, die auf Konsum ausgerichtet ist, immer Menschen geben wird, deren Konsumverhalten problematisch ist – ähnlich wie bei Zucker und anderen (legalen) Substanzen.¹¹¹

3.2 In der Praxis

Die beiden zuvor vorgestellten Ansätze der Suchthilfe stehen heute nicht mehr in einem strikten Gegensatz zueinander. Stattdessen tragen beide Ansätze zu einem diverseren Angebot für Adressat*innen bei und sie eint das gemeinsame Ziel der Schadensminimierung. Mit der Etablierung des akzeptanzorientierten Ansatzes wandelten sich auch die Strukturen der Suchthilfe. Die Anzahl stationärer Einrichtungen nahm ab, während mehr ambulante Plätze geschaffen wurden, da die soziale (Re-)Integration leichter gelingen kann,

¹⁰⁸ Vgl. Stöver 2016; Schmidt-Semisch / Stöver 2012, zit. n. Höbelbarth 2018, S. 82.

¹⁰⁹ Vgl. Höbelbarth 2018, S. 82.

¹¹⁰ Vgl. Ebd., S. 83.

¹¹¹ Vgl. Ebd., S. 82-83; Klos 2016, S. 26.

wenn die Betroffenen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Die Wahl des passenden Angebots muss jedoch individuell entschieden werden.¹¹²

Laut Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik lag die Anzahl der stationären Einrichtungen im Dezember 2022 bei 325 im Vergleich zu 1.230 ambulanten Angeboten. Für die im folgenden ausgewertete Erhebung standen allerdings nicht alle Einrichtungen zur Verfügung. Es wird im weiteren Verlauf des Kapitels noch genauer auf die Statistik eingegangen.¹¹³

Die Adressat*innen der Suchthilfe sind äußerst divers. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat typische Personengruppen identifiziert, die die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Diese Gruppe umfassen unter anderem Erwachsene mit Alkoholabhängigkeit oder Glücksspielproblematik, wohnungslose Menschen, Inhaftierte, Jugendliche oder junge Erwachsene mit auffälligem Konsumverhalten sowie Menschen mit einer (diagnostizierten) Drogenabhängigkeit.¹¹⁴

Die Wege in die Suchthilfe sind unterschiedlich. Manche Betroffene suchen freiwillig eine Beratungsstelle auf, während andere auf Druck von Angehörigen und Peers dorthin geleitet werden. Oftmals sind es Lebenspartner*innen oder Arbeitgeber, die diesen Druck ausüben, sodass der Besuch einer Beratungsstelle zwar formal freiwillig geschieht, aber oft unter Zwang erfolgt. Aufgrund der hohen Rückfallquoten in der Suchtbehandlung kann sich der Behandlungszeitraum oft über mehrere Zyklen erstrecken.¹¹⁵

Ein zentrales Problem bei der Suchttherapie ist die fehlende Eigenmotivation der Klient*innen zu Beginn der Behandlung/Beratung, insbesondere wenn eine Therapie durch ein Gericht – etwa durch eine Haftumleitung nach § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) – oder durch Jugendämter angeordnet wurde. Für einige entwickelt sich aus der extrinsischen Motivation jedoch eine intrinsische, insbesondere wenn beispielsweise der Verbleib der eigenen Kinder davon abhängt. Auch mangelndes Vertrauen in die Therapeut*innen oder Berater*innen kann ein Hindernis darstellen. Es ist daher die Aufgabe der Professionellen, Vertrauen aufzubauen, ein verpasster Termin oder eine nicht eingehaltene Absprache können das Vertrauen dabei schnell schädigen.¹¹⁶

Eine bevormundende Haltung der Professionellen kann die therapeutische Beziehung zusätzlich belasten. Dies tritt besonders häufig auf, wenn die Therapeut*innen oder

¹¹² Vgl. Dollinger / Schmidt-Semisch 2007, S. 327-328.

¹¹³ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 2-3.

¹¹⁴ Vgl. Laging 2023, S. 117.

¹¹⁵ Vgl. Vogt 2021, S. 282-283.

¹¹⁶ Vgl. Ebd., S. 303, 306-307.

Berater*innen zu einer Trennung von – aus ihrer Sicht – problematischen Beziehung raten, was das Vertrauen erheblich beeinträchtigen kann. Dennoch ergaben die Interviews von Vogt (2021), dass die meisten Klient*innen mindestens eine Fachkraft fanden, der sie sich anvertrauen konnten. Nur eine Minderheit machte in mehreren Einrichtungen enttäuschende Erfahrungen.¹¹⁷

Generell erwarten die Adressat*innen von den therapeutischen Maßnahmen, dass sie danach ein substanzmittelfreies Leben führen können. Dies setzt jedoch ein aktive Mitarbeit der Betroffenen voraus. Wenn die Behandlung schließlich intrinsisch motiviert ist, gehen viele Klient*innen davon aus, das Erlernete in den Alltag übertragen zu können. Dabei spielen erlernte *Skills* eine zentrale Rolle, Beispiele dafür können sein bei schlechter Laune ein Gespräch zu suchen, Musik zu hören oder eine erfrischende Dusche zu nehmen, anstatt zu einem Substanzmittel zu greifen.¹¹⁸

Die durch die Einrichtung vorgegebenen Regeln sowie der Kontakt zu den Fachkräften und Mitklient*innen sind entscheidende Faktoren für den Erfolg verschiedener Maßnahmen. Die Klientel der Suchthilfe ist – wie bereits oben erwähnt – jedoch recht heterogen, sowohl in Bezug auf Form der Substanzmittelabhängigkeit, den Bildungsgrad, das Alter als auch die Dauer der Erkrankung.¹¹⁹

Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass die Versorgung in Deutschland weitreichend und fachlich professionell organisiert ist. Der Zugang zu den Angeboten ist jedoch oft kompliziert, da die Kostenträger je nach Maßnahme variieren können – insbesondere bei der Frage, ob eine Maßnahme ambulant oder stationär stattfinden soll. Dabei gilt grundsätzlich: ambulant vor stationär.¹²⁰

Nahtlose Übergänge zwischen verschiedenen Maßnahmen sind fatalerweise selten, was dazu führt, dass die Klient*innen zwischen den Maßnahmen oft wieder auf sich allein gestellt sind. Diese erschwert den Erfolg der Behandlung erheblich. Eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen könnte die Angebote deutlich effektiver gestalten und dazu beitragen, dass alle Beteiligten voneinander profitieren.¹²¹

¹¹⁷ Vgl. Ebd., S. 309-310.

¹¹⁸ Vgl. Ebd., S. 311-312.

¹¹⁹ Vgl. Ebd., S. 323.

¹²⁰ Vgl. Laging 2023, S. 119-120; Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe 2016, S. 9.

¹²¹ Vgl. Laging 2023, S. 120; Walter-Hamann / Oliva 2016, S. 92.

3.2.1 Ambulante Maßnahmen

Die ambulanten Suchthilfeangebote in Deutschland sind überwiegend in den Kommunen angesiedelt und somit stark von den lokalen politischen Gegebenheiten abhängig. Ein politischer Wechsel kann sich sowohl positiv als auch negativ auf die Einrichtungen auswirken. Besonders in finanziellen Notlagen kann es schnell zu Kürzungen oder zur Einstellung von Angeboten kommen, da diese oft als freiwillige kommunale Leistungen angesehen werden. Aufgrund der politischen und finanziellen Heterogenität der Bundesländer variiert das Suchthilfeangebot vor Ort erheblich.¹²² Betrachtet man dazu den Jahresbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von 2021, ist bei ein deutlicher Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland festzuhalten, der das Angebot für Substitution durch Ärzt*innen betrifft. Besonders in Ostdeutschland gibt es dabei mehrere Kreise oder kreisfreie Städte, in denen keine Arztpraxis eine solche Substitution durchführt.¹²³

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik befindet sich mit etwa 90 % der Großteil der Suchthilfeeinrichtungen in der Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege, zu der Organisationen wie die Diakonie Deutschland, der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Rote Kreuz oder die Arbeiterwohlfahrt (AWO) gehören. Dazu muss ergänzend angemerkt werden, dass für die Erhebung 887 von 1.230 ambulanten Einrichtungen Informationen bereitgestellt haben. Von den angebotenen Leistungen wird die Sucht- und Drogenberatung am häufigsten in Anspruch genommen (93 %), gefolgt von psychosozialer Betreuung (60 %) und niedrigschwelligen Hilfen (40 %).¹²⁴

Diese niedrigschwelligen Angebote sind demnach auch ein zentrales Element der ambulanten Suchthilfe. Sie dienen primär der Schadensminimierung und Überlebenseicherung. Diese Angebote setzen keine Abstinenzmotivation voraus und sind oft erst der erste Kontaktpunkte für Betroffene mit dem Hilfesystem. Bekannte Beispiele hierfür sind Streetwork, Konsumräume und Kontaktläden, in denen vorwiegend Sozialarbeiter*innen tätig sind.¹²⁵

Die Statistik der Suchthilfe befasst sich neben den substanzmittelgebundenen Abhängigkeiten auch mit exzessiver Mediennutzung und pathologischen Spielen, der Anteil dieser

¹²² Vgl. Laging 2023, S. 120; Leune 2013, S. 195.

¹²³ Vgl. Ludwig 2021, S. 50.

¹²⁴ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 2-3, 8-9.

¹²⁵ Vgl. Laging 2023, S. 119.

Gruppen ist aber in Betrachtung der ambulanten, als auch der stationären Einrichtungen, so gering, dass dieser bei der Untersuchung der Zahlen ausgeklammert werden kann.

Auffällig ist ein deutliches Geschlechterungleichgewicht unter den Klient*innen. Der Anteil der Männer in der ambulanten Behandlung ist signifikant höher als der der Frauen. So wurden 95.883 Männer und 35.025 Frauen in den Statistiken erfasst (dabei sind die spiel- und mediensüchtige Personen rausgerechnet). Insbesondere bei der Alkoholbehandlung führt dies zu einem Verhältnis von 2:1 Männer gegenüber Frauen.¹²⁶

Etwa 38 % der behandelten Personen sind Erstbetreuungen, wobei dieser Anteil unter den Cannabinoiden mit 55,5 % besonders hoch ist. Die Hauptmaßnahme in der ambulanten Betreuung ist mit 86 % die Sucht- und Drogenberatung. Suchtberatungs- und Behandlungsstellen fungieren auch deshalb als zentrale Anlaufstellen in Städten und Gemeinden. Sie unterstützen Klient*innen bei der Erstellung von Hilfeplänen, vermitteln an weiterführende Rehabilitationsmaßnahmen und begleiten Substituierte. Zudem bieten sie Unterstützung für Selbsthilfegruppen und Angehörige. Angehörige machen dabei kein irrelevantes Klientel der Suchthilfe aus, ungefähr jede elfte Person der Adressat*innen war laut Bericht der Suchthilfestatistik Angehörige*r oder Peer.¹²⁷

Knapp zwei Drittel aller Klient*innen besuchen die ambulante Suchthilfe bis zu zehn Mal, wobei der Großteil von ihnen nur zwei bis fünf Mal eine Maßnahme in Anspruch nimmt. Die sich daraus ergebene durchschnittliche Betreuungsdauer liegt bei neun Monaten, jedoch werden insbesondere Klient*innen mit Opioidgebrauch deutlich länger, im Schnitt 21 Monate, betreut. Dies könnte mit der häufigeren Nutzung niedrigschwelliger Angebote bei Opioidabhängigkeit in Zusammenhang stehen, die eine langfristige Inanspruchnahme der Hilfen erleichtern.¹²⁸

Mehr als zwei Drittel der Klient*innen beenden ihre Maßnahme planmäßig, wobei sich die Werte zwischen Männern und Frauen nicht signifikant unterscheiden. Bei Alkohol liegt die Quote mit etwa 71 % besonders hoch, während sie bei Opioiden mit rund 53 % deutlich niedriger ist. Nach Abschluss der Maßnahme werden 28 % der Klient*innen weitervermittelt, vorwiegend in die Suchtbehandlung. Bei Alkohol liegt die Weitervermittlungsrate bei 31 %, bei Cannabinoiden ist es nur jede fünfte Person. Etwa 13% der Klient*innen werden an eine Selbsthilfegruppe weitergeleitet.¹²⁹ Diese Gruppen zeichnen sich durch Freiwilligkeit und Ehrenamtlichkeit aus, bekannte Beispiele hierfür sind die

¹²⁶ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 13; 133.

¹²⁷ Vgl. Ebd. S. 11, 29-31; Laging 2023, S. 118.

¹²⁸ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 30, 32.

¹²⁹ Vgl. Ebd., S. 34-36, 145.

Anonymen Alkoholiker oder das Blaue Kreuz. Der Vorteil dieser Gruppen ist oft vor allem die nahe Anbindung an die Gruppenmitglieder, die Erreichbarkeit ist nicht mit langen Wegen verbunden.¹³⁰

Im Hinblick auf den Therapieerfolg zeigt sich, dass bei 59 % bis 65 % der Klient*innen, die aufgrund von Alkohol-, Cannabis- oder Stimulanzienkonsum (Stimulanzien umfasst als Begriff unter anderem (Meth-)Amphetamine, Kokain und Ecstasy) in Behandlung waren, eine Verbesserung der Situation festgestellt wurde. Bei Opioidabhängigkeit fällt diese Quote mit knapp 42 % deutlich geringer aus. Auch hierbei sind keine Auffälligkeiten im Vergleich zwischen Männern und Frauen festzustellen.¹³¹

3.2.2 Stationäre Maßnahmen

Auch stationäre Einrichtungen der Suchthilfe sind in Deutschland maßgeblich von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege organisiert (59 %), hier spielen private Träger mit rund 27 % eine größere Rolle, als sie dies im ambulanten Bereich tun – der Anteil der kooperierenden Einrichtungen liegt mit 162 von 325 bei rund 50 %. Der am häufigsten genutzte Bereich in stationären Einrichtungen ist die medizinische Rehabilitation, die von knapp 75 % der Klient*innen in Anspruch genommen wird. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 37.477 Behandlungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, wovon etwa 32.000 Personen diese Maßnahmen erfolgreich abgeschlossen haben.¹³²

Das übergeordnete Ziel der stationären – aber auch einer ambulanten – Rehabilitation ist die Wiedereingliederung in das Berufsleben. Solche Maßnahmen werden von der DRV finanziert, sofern die betroffene Personen in diese eingezahlt haben.¹³³

Die DRV stellt außerdem spezielle Reha-Therapiestandards zur Verfügung, die insbesondere für Langzeitmaßnahmen bei Suchterkrankungen relevant sind. Diese Standards, ursprünglich für die Alkoholabhängigkeit entwickelt, gelten – mit leichten Modifikationen – auch für andere substanzmittelgebundenen Abhängigkeiten.¹³⁴

Die Hauptsubstanz in den meisten stationären Behandlungsfällen ist Alkohol, welcher bei über zwei Dritteln der Klient*innen im Mittelpunkt steht. An zweiter Stelle folgen Cannabinoide. Besonders auffällig ist auch hier, dass der Großteil des Klientel männlich ist,

¹³⁰ Vgl. Laging 2023, S. 119.

¹³¹ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 37, 147.

¹³² Vgl. Ebd., S. 2-3, 40-43.

¹³³ Vgl. Laging 2023, S. 119.

¹³⁴ Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2016, S. 10.

wobei diese Geschlechterverteilung bei bestimmten Substanzen wie Cannabis und Opioiden besonders stark ausgeprägt ist.¹³⁵ Monogeschlechtliche Einrichtungen sind trotzdem eine Seltenheit.¹³⁶

Interessant ist auch der Zugang zu stationären Einrichtungen: Nur rund 7 % der Klient*innen entscheiden sich selbstständig für eine stationäre Unterbringung, während 54 % über ambulante Hilfeinrichtungen dorthin gelangen.¹³⁷ Der Schritt führt daher meist zur Suchtberatung, wo das Ausmaß der Problematik sowie zusätzliche Problemlagen ermittelt werden, um eine passende Empfehlung oder Maßnahme einzuleiten. Zu Beginn der Behandlung müssen jedoch häufig bürokratische und innere Hürden, wie etwa die Angst vor der Stigmatisierung, überwunden werden.¹³⁸

Ein zentrales Element, welches oft Voraussetzung für weiterführende Hilfsangebote ist, sind die Entgiftung und der qualifizierte Entzug. Oftmals sind diese Einrichtungen in Krankenhäusern angesiedelt. Schätzungen zu Folge gibt es deutschlandweit rund 300 spezialisierte Einrichtungen mit etwa 7.500 Plätzen für die medizinisch überwachte Entgiftung.¹³⁹ In Kapitel 2.2.1 wurde bereits die hochgerechnete Zahl von 1,9 Millionen alkoholabhängigen Personen erwähnt. Im Vergleich zum Angebot an überwachten Entgiftungsplätzen besteht hier eine erhebliche Versorgungslücke, wobei alle weiteren Substanzgebrauchsstörungen zusätzlich berücksichtigt werden müssen, was die Lücke noch weiter vergrößert. Eine durchschnittliche stationäre Behandlung dauert etwa 91 Tage, variiert jedoch je nach Substanzmittel. Probleme im Zusammenhang mit Stimulanzien erfordern durchschnittlich die längste Behandlungsdauer (115 Tage), während Behandlungen bei Alkoholproblemen im Schnitt 84 Tage dauern.¹⁴⁰ Während dieses Aufenthalts sind Einzelgespräche ein zentrales Element der Therapie. Diese finden in der Regel wöchentlich statt, jedoch empfinden viele der durch Vogt interviewten Klient*innen, dass der Gesprächsbedarf höher sei und sie sich mehr Zeit für die Einzeltherapie wünschen würden. Da ein typischer stationärer Aufenthalt drei Monate dauert, kommen die meisten Personen nur auf etwa zwölf Einzelsitzungen, was die Therapeut*innen vor die Herausforderung stellt, den Fokus entweder breiter zu fächern oder ausgewählte Themen vertieft zu behandeln. Die Regularien der DRV sehen wöchentlich hingegen ein Mindestmaß von 25 Minuten wöchentlich vor, sodass die eine Stunde pro Woche die Vorgaben schon

¹³⁵ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 45, 49.

¹³⁶ Vgl. Vogt 2021, S. 323/4.

¹³⁷ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 58.

¹³⁸ Vgl. Vogt 2021, S. 286.

¹³⁹ Vgl. Laging 2023, S. 119.

¹⁴⁰ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 61-62.

deutlich übersteigt.¹⁴¹ Dies soll aus Sicht der Verfassers ausdrücklich nicht implizieren, dass dies allein ausreichend wäre.

Neben der Einzeltherapie spielen Gruppensitzungen eine wesentliche Rolle, deren positive Wirkung oft durch den Austausch ähnlicher Schicksale verstärkt wird. Diese Dynamik hilft vielen Klient*innen, ihre Situation besser zu verstehen und fördert die Motivation und den Optimismus. Die Gruppentherapie wird von den – durch Vogt interviewten – Betroffenen sehr geschätzt, doch auch hier sind Rahmenbedingungen wie Gruppenzusammensetzung, Moderation und respektvoller Umgang entscheidend für den Erfolg.¹⁴² Mit etwa 80 % werden vier von fünf Behandlungen regulär und wie geplant abgeschlossen. Im Vergleich zur ambulanten Betreuung ist die Abbruchquote in stationären Einrichtungen somit um 13 % niedriger, was auf eine höhere Stabilität hinweisen könnte. Erfolgsquoten nach stationären Behandlungen scheinen zunächst positiv: Rund 83 % der Patient*innen berichten von einer Verbesserung ihres Konsumverhaltens, bei Alkoholabhängigkeit sind es sogar 88 %.¹⁴³ Allerdings bleibt fraglich, wie nachhaltig diese Verbesserungen sind, da die Rückfallquoten langfristig betrachtet weiterhin hoch sind.¹⁴⁴

Nach Abschluss der Behandlung werden etwa 60 % der Klient*innen in weiterführende Maßnahmen vermittelt. Mehr als die Hälfte dieser Personen setzen ihre Behandlung in der Suchthilfe fort, während ein knappes Viertel an Beratungs- und Betreuungsangebote weitergeleitet werden kann. Interessant ist, dass die Weitervermittlung bei Personen mit illegalem Substanzmittelkonsum seltener erfolgt als bei Personen mit Alkoholproblem.¹⁴⁵ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die stationäre Suchtbehandlung in Deutschland einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von suchtkranken Menschen leistet. Dennoch gibt es unterschiedliche Bewertungen der Aufenthalte. Einige Klient*innen sind zufrieden, während andere die vergleichsweise geringen Einzeltherapiezeiten als unzureichend empfinden. Eine Unterscheidung der Wahrnehmung zwischen Männern und Frauen liegt allerdings nicht vor.¹⁴⁶

¹⁴¹ Vgl. Vogt 2021, S. 287-290.

¹⁴² Vgl. Ebd., S. 295-297.

¹⁴³ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 34, 63, 66.

¹⁴⁴ Vgl. Vollmer et al. 1989, S. 53.

¹⁴⁵ Vgl. Schwarzkopf et al. 2023, S. 63-65.

¹⁴⁶ Vgl. Vogt 2021, S. 313.

3.3 Zwischenfazit

Bis hierhin wurden die drei Hauptaspekte – Gender, Konsum und Suchthilfe – der Fragestellung separat voneinander betrachtet. Dabei ist deutlich geworden, dass das Geschlecht einer der prägendsten Einflussfaktoren auf die individuelle Identität ist und sowohl das Geschlechterverständnis als auch die Sozialisation aller Menschen maßgeblich beeinflusst. Zudem hat das Kapitel 2.2 einen Überblick über die Wirkungsweise, das Konsumverhalten und die Risiken verschiedener Substanzmittel gegeben. Anschließend wurde die Suchthilfelandchaft in Deutschland unter Berücksichtigung ihrer theoretischen und praktischen Ansätze beleuchtet. In den zwei folgenden Hauptkapiteln sollen diese Aspekte nun integrativ zusammengeführt werden, um die Besonderheiten von männlichem Substanzmittelkonsum und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Suchthilfe herauszustellen.

4. Konstruktion von Männlichkeit im Suchtverhalten

4.1 Geschlechtsspezifische Einflüsse und Risikofaktoren

Der Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit ist komplex und zeigt sich auf biologischer und sozialer Ebene. Während Erbkrankheiten überwiegend biologisch bedingt sind und nicht vom sozialem Geschlecht beeinflusst werden, kommen bei anderen Gesundheitsproblemen wie Herzinfarkten biologische und soziale Faktoren zusammen.¹⁴⁷ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt die Lebenserwartung von Männern meines Geburtsjahrgangs (2001) etwa sechs Jahre unter der von Frauen, die im gleichen Jahr geboren wurden.¹⁴⁸ Auch bei substanzabhängigkeitsbedingten Erkrankungen variieren die Unterschiede wie beschrieben je nach Geschlecht und Substanzmittel deutlich.

Das erhöhte Risiko für Jungen und Männer wird auch auf das häufigere Risikoverhalten von Männern zurückgeführt, das sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsrisiken umfasst. Im Jugendalter zeigen Jungen häufiger psychische und psychosomatische Störungen oder Auffälligkeiten als dies bei Mädchen der Fall zu sein scheint. Dies zeigen unter anderem Statistiken aus dem Bildungsbereich, die belegen, dass Jungen in

¹⁴⁷ Vgl. Zenker 2016, S. 72-73.

¹⁴⁸ Vgl. Eisenmenger 2005, S. 467.

Förderschulen überproportional vertreten sind. Zudem haben Jungen eine höhere Neigung, Klassen zu wiederholen und zeigen insgesamt ein sozial abweichenderes Verhalten im Vergleich zu gleichaltrigen Mädchen. Die höhere Risikobereitschaft von Jungen manifestiert sich ebenfalls in verschiedenen Statistiken, etwa im Verhältnis von sturzbedingten Todesfällen, das bei 2,2 zu 1 liegt, und bei Ertrinkungen mit 1,9 zu 1. Kriminalstatistiken zeigen, dass fünfmal so viele Jungen wie Mädchen auffällig werden; bei schweren Delikten wie Körperverletzung, Raub und Diebstahl sind die Verhältnisse noch deutlicher. Jungen zeigen im Vergleich zu Mädchen bereits im Jugendalter die erhöhte Risikobereitschaft durch das Konsumverhalten, insbesondere beim Konsum von Alkohol, Cannabis und illegalen Substanzen. So trinken etwa 40 % der Jungen im Alter von 12 bis 25 Jahren mindestens einmal pro Woche Bier, während der Anteil bei Mädchen im gleichen Alter nur 10 % beträgt. Dreimal so viele Jungen wie Mädchen in dieser Altersgruppe haben bereits die Erfahrung eines Alkoholrausches gemacht. Das stärkere und riskantere Verhalten spiegelt auch die Mortalitätsrate wider: Auf fünf Drogentote männlichen Geschlechts kommt eine weibliche Person. All dies zeigt, dass gesellschaftliche und biologische Einflüsse auf die Gesundheit zusammenwirken können¹⁴⁹

Die Unterschiede in den Konsummustern zwischen Jungen und Mädchen sind dabei nicht nur in der Häufigkeit und Menge begründet, sondern auch in den Umständen des Einstiegs. Jungen beginnen oft früher mit dem Konsum legaler Substanzen wie Alkohol und Tabak, und ihr erster Kontakt mit illegalen Substanzmitteln erfolgt häufiger über Peer-Gruppen mit ähnlichen Vorerfahrungen. Mädchen hingegen nehmen illegale Substanzen häufiger in Partner*innenschaften ein und werden von ihren Partner*innen an den Konsum herangeführt.¹⁵⁰ Dass sich diese geschlechtsspezifischen Tendenzen auch bei Erwachsenen deutlich fortsetzen, wurde bereits im Kapitel „2.2 Substanzmittelkonsum“ aufgegriffen.

Die Ursachen, Ausprägungen und Verläufe von Substanzmittelgebrauchsstörungen unterscheiden sich signifikant zwischen Männern und Frauen, was laut Heinzen-Voß und Ludwig in professionellen Kreisen als gesichert gilt. Und auch die geschlechtsunterscheidende Merkmale unter den Klient*innen der Suchthilfe sind vielfältig und umfassen Faktoren wie die Umstände des Konsums, die verwendeten Substanzmittel, das Einstiegs-

¹⁴⁹ Vgl. Friedrichs 2006, S. 172-174.

¹⁵⁰ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 17; Laging 2023, S. 84.

und Konsumverhalten, Begleiterkrankungen, Lebensumstände und Ausstiegsmotivation.¹⁵¹

Diese Unterschiede sind weniger auf biologisch unveränderbare Fakten zurückzuführen, sondern vielmehr auf sozial erlernte Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien, die durch Geschlechterrollen, -stereotype und die geschlechtliche Identität geprägt sind.¹⁵²

Es ist wichtig zu betonen, dass kein Substanzmittel prinzipiell einem Geschlecht zuzuweisen ist, jedoch die unterschiedlichen Lebensrealitäten von Männern und Frauen zu verschiedenen Verwendungs- und Missbrauchszwecken führen können. Gemeinsamkeiten, die Substanzmittelgebrauchsstörungen fördern, wie niedriges Bildungsniveau, Gewalterfahrungen in der Kindheit oder Jugend sowie gestörte Selbstwahrnehmung, betreffen beide Geschlechter.¹⁵³

Ein Blick auf biografische Risikofaktoren zeigt, dass Männer aufgrund von Traumatisierungen durch physische, psychische und sexualisierte Gewalt ein geringeres Risiko haben als Frauen, eine Substanzmittelgebrauchsstörung zu entwickeln. So wurden beispielsweise 16 % der süchtigen Männer im Vergleich zu 45 % der süchtigen Frauen vor ihrem 16. Lebensjahr Opfer sexueller Gewalt. Seelische Gewalt, etwa durch emotionale Vernachlässigung, Überbehütung oder Erniedrigung, wird als häufigste Form von Gewalt bei Substanzmittelabhängigen erfasst, und betrifft Männer wie Frauen.¹⁵⁴

Dafür ist für Jungen und heranwachsende Männer die Abwesenheit positiver männlicher Vorbilder ein wichtiger Risikofaktor für Substanzmittelabhängigkeit. Häufig fehlt eine Identifikationsperson, was in Konfliktsituationen zu einer Flucht in den Substanzmittelkonsum führen kann, der dazu dienen soll, sich selbst positiver zu sehen und unterdrückte Emotionen zu ersetzen.¹⁵⁵

Die Drogenszene stellt ein stark männlich dominiertes Submilieu dar, das sich durch den Konsum illegaler Substanzmittel gegen staatliche Normen stellt. Eine Peer-Gruppe ist dabei oft essenziell, um Konsumformen zu etablieren. Der Konsum dient dabei weniger zur Bewältigung persönlicher Krisen als vielmehr zur Schaffung sozialer Anerkennung und Männlichkeitsdarstellung innerhalb der Gruppe. Vor allem für Männer, die keine Zugangsmöglichkeiten zu den dominierenden gesellschaftlichen Männlichkeitsnormen

¹⁵¹ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 10-12.

¹⁵² Vgl. Laging 2023, S. 80.

¹⁵³ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S.12-13.

¹⁵⁴ Vgl. Zenker 2016, S. 77.

¹⁵⁵ Vgl. Stöver 2006, S. 31.

haben, stellt die Subkultur eine Ersatzmöglichkeit dar, um männliches Prestige auszubauen, selbst wenn dies gesundheitliche und/oder soziale Risiken birgt.¹⁵⁶

Der *männliche* Konsumort ist oftmals öffentlich – Parks, öffentliche Plätze und Straßen et cetera – und somit gegensätzlich zu der weiblichen Präferenz den privaten Räumen. Diese öffentliche Konsumdarstellung macht unzureichende Bewältigungsstrategien sehr deutlich und tritt oftmals mit Gewalt, Vandalismus und Beschaffungskriminalität in Erscheinung.¹⁵⁷

Die Motivation für den Konsum unterscheiden sich deutlich zwischen den Geschlechtern. Männer nutzen den Konsum häufig, um mit traditionellen Männlichkeitsvorstellungen umzugehen, was sich in einem beabsichtigten Verlust von Kontrolle und der Überschreitung sozialer Normen zeigt. Riskantes Verhalten, einschließlich „Komatrinken“ oder riskanter Mischkonsum verschiedener Substanzmittel, wird oft als Teil des Männlichkeitsideals reproduziert, wobei dies häufig mit dem Gefühl von Wettbewerb und Konkurrenz verbunden ist.¹⁵⁸

Regelmäßige Begleiterscheinungen des Konsums bei Männern sind eine erhöhte Gewaltbereitschaft und aggressives Verhalten, das im Rausch als Ventil unterdrückter Aggression auftritt. Die empirische Forschung zeigt, dass gewalttätiges Verhalten im Kontext des Substanzmittelkonsum oft als Ausdruck von Männlichkeit wahrgenommen wird, ohne dass zugrundeliegende dissoziale Störungen, die die Gewaltbereitschaft fördern, ausreichend untersucht werden. Studien wie die von Dahlke (2004), Grant et al. (2004) oder Schmidt et al. (2006) verdeutlichen, dass Doppeldiagnosen, die Gewaltbereitschaft und Abhängigkeit als kombinierte Störung betrachten, nur selten gestellt werden.¹⁵⁹

Psychische Komorbiditäten, also das gleichzeitige Vorliegen weiterer psychischer Störungen, treten sowohl bei Männern als auch bei Frauen häufig auf, werden jedoch bei Männern seltener diagnostiziert. Dies führt zu der Frage, ob Männer tatsächlich seltener unter komorbiden Störungen leiden oder ob eine diagnostische Verzerrung vorliegt. Zenker stellt darüber hinaus die These auf, dass die psychische Vorbelastung mit der Wahl des Substanzmittels zusammenhängt, wobei eine stärkere Vorbelastung die Wahrscheinlichkeit erhöhe, ein schneller wirkendes Mittel zu wählen, was wiederum das Risiko weiterer Störungen erhöhe.¹⁶⁰

¹⁵⁶ Vgl. Friedrichs 2006, S. 187-188.

¹⁵⁷ Vgl. Stöver 2006, S. 25; Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 17.

¹⁵⁸ Vgl. Stöver 2006, S. 27-31; Raithel 2004, S. 149.

¹⁵⁹ Vgl. Vogt 2007, S. 241.

¹⁶⁰ Vgl. Zenker 2006, S. 337-338.

4.2 Doing Gender und Hegemoniale Männlichkeit im Kontext von Substanzmittelkonsum

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Einfluss geschlechtstypischer Rollenbilder den Substanzmittelkonsum nicht nur als Mittel zur Problembewältigung prägt, sondern auch zur bewussten Konstruktion und Inszenierung von Geschlecht dient. Vor allem im Kontext der in Kapitel 2.1.1 vorgestellten Doing Gender-Forschung wird das männliche Konsumverhalten weniger als Reaktion auf Belastung, sondern vielmehr als Ausdruck und Darstellung von Männlichkeit interpretiert. Substanzmittel wie Alkohol und Kokain tragen dazu bei, gesellschaftlich als „männlich“ geltende Eigenschaften wie Unverwundbarkeit und Stärke zu demonstrieren und ermöglichen eine stärkere Selbstdarstellung innerhalb von Gruppenkontexten. Durch den Konsum solcher Mittel werden Hemmschwellen reduziert, und Männer inszenieren sich dabei in Rollen, die Kraft und Unverletzlichkeit betonen und dabei *Trophäen*, wie Stöver die Frauen benennt, gewinnen.¹⁶¹

Der Gebrauch psychotroper Substanzen spielt eine wichtige Rolle des Doing Gender, da die Substanzmittel helfen, Gefühle zu unterdrücken und so das Bild der starken Männlichkeit zu wahren. Dieser Prozess kann auch als *Doing Gender with drugs* bezeichnet werden. Da riskanter Konsum als männliches Verhalten gilt, entsteht eine toxische Verbindung zwischen Risikobereitschaft und traditionellen Männlichkeitsbildern. Besonders exzessiver Konsum unterstützt Merkmale wie Antriebssteigerung oder „über sich hinauswachsen“ und spiegelt damit dieses traditionelle Verständnis von Männlichkeit wider. Substanzen, die eine schnelle Wirkung zeigen, wie hochprozentiger Alkohol, Kokain oder Heroin, verstärken dieses Ideal. So erlebte Eigenschaften wie Selbstbewusstsein und Leistungsfähigkeit entsprechen dem gesellschaftlichen Bild von Männlichkeit und verdrängen zugleich Ängste und Unsicherheiten.¹⁶²

Das Bedürfnis, Männlichkeit darzustellen, kann ein erheblicher Risikofaktor für den Beginn und die Intensität des Konsums sein¹⁶³, da die männliche Gesundheit oft stärker von gesellschaftlichen Erwartungen als von medizinischen Notwendigkeiten geprägt wird¹⁶⁴,

¹⁶¹ Vgl. Langing 2023, S. 87; Stöver 2006, S. 29.

¹⁶² Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 15-16; Langing 2023, S. 87.

¹⁶³ Vgl. Langing 2023, S. 88; Vgl. Stöver 2006, S. 26.

¹⁶⁴ Vgl. Schmeiser-Rieder / Kunze 1999, S. 36.

weshalb Männer in Befragungen häufiger angeben, keine körperlichen Beschwerden zu haben, als dies bei Frauen der Fall ist.¹⁶⁵

Im Jugendalter beginnt die Identitätsbildung, und viele junge Männer orientieren sich an hegemonialen Männlichkeitsidealen (vergleiche dazu Kapitel 2.2.2), die durch Einfluss und die klare Abtrennung von Weiblichkeit geprägt sind. Scheitern diese Bemühungen, kann dies riskantes Substanzmittelkonsumverhalten fördern. Gerade marginalisierte Männer neigen dazu, den Substanzmittelkonsum und riskante Verhaltensweisen als alternative Wege zu sehen, Männlichkeit darzustellen, da ihnen Zugänge zu den gesellschaftlich anerkannten Sphären wie Macht und Status verwehrt bleiben.¹⁶⁶

Die Herstellung von Männlichkeit zeigt sich in westlichen Gesellschaften in drei Hauptbereichen: „Provision [Versorgung], Protection [Schutz] [und] Procreation [Fortpflanzung].“¹⁶⁷ Diese Kategorien basieren auf der gesellschaftlichen Erwartung an Männer, Familie und Nation – durch Arbeit und Steuern – zu versorgen, zu verteidigen und sich gegenüber Weiblichkeit und besonderes Homosexualität abzugrenzen. Marginalisierte Männer aus den Milieus der Konsumszene hingegen drücken Provision oft durch Beschaffungskriminalität aus. So übernehmen auch einige die Aufgabe des Händlers, der wie auf dem regulären Arbeitsmarkt eigenständige Entscheidungen treffen, mobil sein und Gewinne maximieren muss, was Fähigkeiten umfasst, die als traditionell männlich gelten. Protection stellt sich durch die Verteidigung der eigenen öffentlich genutzten Räume dar, etwa gegen konkurrierende Gruppen oder staatliche Autoritäten. Procreation äußert sich oft durch besonders stark frauenfeindliche und homophobe Verhaltensweisen. Dabei weist das Verhältnis zu Frauen Ambivalenzen auf: Einerseits gelten sie als Schutzbedürftige, andererseits dienen auch sie als Ventil von Gewalt, um Kontrolle und Autorität innerhalb der männlichen Hierarchien zu wahren, wenn dies als notwendig empfunden wird.¹⁶⁸ Die Konsumszene bietet Männer also eine alternative Möglichkeit zur Konstruktion ihrer eigenen (machtvollen) Männlichkeit, erhöht jedoch gleichzeitig das Risiko für psychische und physische Folgeerkrankungen und weitere soziale Probleme.

Eine solche Sozialisation, die Männlichkeit mit Stärke und Dominanz verbindet, begünstigt zudem die Verdrängung negativer Gefühle und unterdrückt den offenen Umgang mit Unsicherheiten und Ängsten. Viele Männer haben aufgrund der Abwesenheit männlicher Vorbilder im Kindes- und Jugendalter Schwierigkeiten, eine stabile Geschlechtsidentität

¹⁶⁵ Vgl. Altgeld 2004, S. 5.

¹⁶⁶ Vgl. Friedrichs 2006, S. 184-185.

¹⁶⁷ Friedrichs 2006, S. 183.

¹⁶⁸ Vgl. Ebd., S.183-190.

zu entwickeln, da Väter oft durch berufliche Verpflichtungen oder aus anderen Gründen abwesend sind.¹⁶⁹

5. Gendersensible Suchthilfe

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich – wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt – deutlich im Bereich des Gesundheitswesens, sowohl hinsichtlich diagnostischer Verfahren als auch in der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Bereits seit den 1970er Jahren, beeinflusst durch die Frauenbewegung, werden in der Suchtarbeit gezielt geschlechtsspezifische Ansätze verfolgt. In den 1980er Jahren entstanden zunehmend spezialisierte Angebote und Einrichtungen, die sich verstärkt den spezifischen Bedürfnissen von Frauen widmen und ihnen gezieltere Hilfsangebote bereitstellen.¹⁷⁰

Eine androzentristische Perspektive, die lange Zeit Wissenschaft und Gesellschaft prägte, wird häufig als umfassend genug für alle Menschen betrachtet. Die Annahme, dass eine explizit männliche Perspektive nicht mehr notwendig sei, da Männer als Maßstab für viele gesellschaftliche Bereiche gelten, ist weit verbreitet. Allerdings vernachlässigt dieser Ansatz die spezifischen Herausforderungen, mit denen Männer (und Frauen) konfrontiert sind. Während die Frauenforschung sich intensiv mit weiblichen Lebensrealitäten und Weiblichkeit auseinandersetzt, fehlt dieser Ansatz in Bezug auf Männer. Die historisch männlich orientierte Ausrichtung vieler Forschungsfelder hat somit auch für Männer nachteilige Konsequenzen. Ein kritisches Hinterfragen von Männlichkeitsbildern, die möglicherweise substanzbedingte Störungen fördern, wird oft versäumt, da traditionelle Geschlechterrollen unreflektiert bleiben und damit Wege zu nachhaltigen Verbesserungen blockieren.¹⁷¹

Die Erforschung explizit männlicher Gesundheit begann erst um die Jahrtausendwende und ist damit eine vergleichsweise junge Disziplin. Während frauenspezifische Forschung längst in viele Bereichen verankert ist, galten Angebote für Männer häufig als *männerorientiert*, nur weil keine Frauen anwesend waren. In der Realität handelte es sich jedoch oft um zufällig männerdominierte Angebote, ohne dass spezifische männliche Gesundheitsbedürfnisse berücksichtigt wurden. Eine gendersensible Beratung soll in der

¹⁶⁹ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 14.

¹⁷⁰ Vgl. Laging 2023, S. 79-80.

¹⁷¹ Vgl. Stöver 2006, S. 22; Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 10.

Arbeit mit Männern darauf abzielen, Schwächen und Stärken zu akzeptieren, ein realistisches Selbstbild zu fördern und eindimensionales Denken zu durchbrechen. Dabei ist es zentral, das Bewusstsein über die Herstellung von Männlichkeit und deren Verknüpfung mit Konsumverhalten zu fördern.¹⁷² Ein weiterer wichtiger Aspekt für die männerfokussierte Suchthilfe sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Motiven, Verläufen und Erfolgen von Therapieansätzen. Substanzmittabhängigkeit kann nicht als geschlechtsneutrales Phänomen betrachtet werden.¹⁷³

Es zeigt sich im vorangegangenen Kapitel, dass ein hoher Männeranteil unter substanzgebrauchenden Personen nicht auf ein gesellschaftliches Privileg zurückzuführen ist, sondern auf eine Überforderung in traditionellen Geschlechterrollen hinweist.¹⁷⁴ Ein Beispiel hierfür ist, dass bei Männern die Motivation zum Konsumausstieg häufig materiell geprägt ist, etwa durch die Angst vor Arbeitsplatz- oder Führerscheinverlust. Durch eine geschlechtssensible Analyse können neue Ansätze in der Suchthilfe entstehen, die diesen Rollenkonflikten Rechnung tragen und damit gezieltere Unterstützung bieten. In der geschlechtersensiblen Suchthilfe gelten Qualitätssicherung und Chancengleichheit als oberste Ziele. Qualitätssicherung bedeutet dabei eine spezialisierte Ausrichtung von Angeboten auf spezifische Zielgruppen, was effektiver ist als das „Gießkannenprinzip“, das versucht, allen Zielgruppen gleichermaßen gerecht zu werden, dabei aber oft nur oberflächliche Hilfe leisten kann. Chancengleichheit im Gesundheitswesen, und insbesondere in der Suchthilfe, ist politisch verankert, wie das folgende Kapitel beleuchtet wird, und birgt Entwicklungspotenzial, insbesondere unter intersektionalen Gesichtspunkten. Hierbei sind Faktoren wie Alter, soziale Herkunft oder ethnische Zugehörigkeit zu berücksichtigen, um ein umfassendes Verständnis der individuellen Herausforderungen zu erlangen.¹⁷⁵

Eine umfassend geschlechtergerechte Suchthilfe betrifft alle Ebenen der Arbeit vom Leitbild der Institution über Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter*innen bis hin zur Datenerhebung. Die Ebene der Fachkräfte spielt eine wesentliche Rolle. Dabei ist sowohl die quantitative als auch die qualitative Verteilung von Bedeutung. Die quantitative Betrachtung bezieht sich auf die numerische Verteilung von Männern und Frauen innerhalb der Einrichtung, während die qualitative Analyse untersucht, welche Rollen und Verantwortlichkeiten die einzelnen Geschlechter innerhalb der Organisation übernehmen.

¹⁷² Vgl. Stöver 2006, S. 22, 33.

¹⁷³ Vgl. Ebd., S. 36.

¹⁷⁴ Vgl. Friedrichs 2006, S. 191.

¹⁷⁵ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 10-11, 18, 22.

Darüber hinaus sollte das Fachpersonal seine eigenen geschlechtsspezifischen Stereotype und die persönliche Sozialisation als Mann oder Frau durch Fortbildungen und Supervision reflektieren und thematisieren. Erhebungsinstrumente sollen geschlechtsspezifische Unterschiede aufnehmen und ermöglichen, dass Lebensrealitäten der Betroffenen in die Auswertung einfließen. Unterschiede in der Lebensrealität und den Erfahrungen von Männern und Frauen sollen von Fachkräften wahrgenommen und benannt werden, jedoch ohne stereotype Geschlechterbilder zu reproduzieren. Eine differenzierte Betrachtung der Sozialisationsprozesse ist unverzichtbar, und auch die gendergerechte Sprache spielt eine bedeutende Rolle, da Sprache die Wahrnehmung von Realität beeinflusst. Daher ist eine sensible, genderbewusste Sprachwahl im Umgang mit Klient*innen von Bedeutung, um eine respektvolle und differenzierte Betreuung zu gewährleisten.¹⁷⁶

Sprache und Kommunikation, die auch im therapeutischen Kontext als Doing Gender-Prozesse verstanden werden, sind auf institutioneller Ebene ebenso von zentraler Bedeutung wie in der Interaktion zwischen Fachkräften und Klient*innen sowie unter den Klient*innen selbst. Fragen zur gendergerechten Arbeitsteilung im Team und zum Umgang mit Grenzüberschreitungen in Gesprächen oder Konfliktsituationen, insbesondere zwischen Männern und Frauen, sind essenziell, um eine gendersensible (Arbeits-)Atmosphäre zu schaffen. Es ist wichtig, dass sich Institutionen selbst hinterfragen, wo genderspezifische Strukturen vorhanden sind und wie diese aufgearbeitet werden können. Eine genderspezifische Suchthilfearbeit basiert auf dem Verständnis, dass Männer und Frauen unterschiedliche Erfahrungen und Rahmenbedingungen mitbringen, die im gesamten Behandlungs- und Therapieprozess einbezogen werden sollten. Ziel ist es, Männer und Frauen als gleichwertig zu betrachten, was bereits bei der Planung der Angebote ein grundlegendes Prinzip darstellt. Für Männer liegen belastende Lebensphasen häufig in der beruflichen Entwicklung – von der Karriereplanung über berufliche Leistungseinbußen bis hin zur Arbeitslosigkeit – und auch in der Vaterschaft, wobei oft gesellschaftliche Erwartungen zur Belastung werden. Ein Beispiel dafür ist, dass die Reintegration in die Arbeitswelt für viele Männer oft einen stabilisierenden Faktor darstellt und in vielen Therapieansätzen als ein zentrales Ziel gilt. Bei Frauen hingegen kann sie aufgrund der hohen Mehrfachbelastung durch die Kindererziehung eher als Risikofaktor wirken. Diese Unterschiede müssen in der Behandlung angemessen berücksichtigt werden.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Vgl. Ebd., S. 19-20, 33.

¹⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 18-23, 27-29.

Gendersensible Suchtarbeit muss bei Männern daher insbesondere Themen wie Gruppendruck, Väterbilder, Gewalterfahrungen als Täter und/oder Opfer sowie Berufsperspektiven berücksichtigen, da diese den Substanzmittelgebrauch beeinflussen können.¹⁷⁸ Ein großes Problem stellt dabei dar, dass Gewalterfahrungen oft verschwiegen werden, da sie nicht mit traditionellen Männlichkeitsbildern in Einklang gebracht werden können. Dies macht es umso wichtiger, bei der Diagnostik und Anamnese gesellschaftliche Zusammenhänge und deren Einfluss auf Identität und Selbstwahrnehmung zu beachten.¹⁷⁹

Auch das Thema Doppeldiagnosen – also das gleichzeitige Auftreten von Substanzmittelgebrauchsstörungen und psychischen Erkrankungen – muss gendersensibel betrachtet werden. Die hohe Anzahl alkoholabhängiger Männer könnte auf eine größere Prävalenz von Depressionen hindeuten. Bedingt durch gesellschaftliche Vorstellungen und erlernte Verhaltensmuster fällt es Männern oft schwer, Gefühle von Schwäche zu zeigen, sodass sie zu Alkohol als Form der „Selbstmedikation“ greifen, was wiederum in eine Abhängigkeit führen kann.¹⁸⁰

Bei der Umsetzung von genderspezifischen Angeboten und der Verteilung von Ressourcen im Sinne eines „Gender-Budgeting“ sollte darauf geachtet werden, wie Ressourcen, sowohl personeller, finanzieller als auch räumlicher Art, zwischen Männern und Frauen aufgeteilt werden. Ein genderspezifisches Konzept muss auch Fragen der Rahmenbedingungen, wie Öffnungszeiten und Kinderbetreuung, sowie die Wahl der Therapeut*innen und die Aufteilung von Schlaf- und Hygienebereichen in stationären Einrichtungen einbeziehen.¹⁸¹

Sowohl gleich- als auch gemischtgeschlechtliche Gruppen bieten Vor- und Nachteile. Gleichgeschlechtliche Gruppen können durch ähnliche Prägungen innerhalb der Gruppe den Austausch über schwierige Themen erleichtern, während die Themen und Herangehensweisen zwischen Männer- und Frauengruppen sich unterscheiden können, aber nicht müssen. Gemischtgeschlechtliche Gruppen ermöglichen den multiperspektivischen Austausch und fördern gegenseitiges Verständnis. Dabei ist darauf zu achten, dass ein respektvoller Umgang gepflegt wird, insbesondere in Männergruppen, um Hierarchien nicht zu stärken und sensible Themen offen ansprechen zu können. In Gruppenangeboten sollte nicht nur die Bildung homogeschlechtlicher Gruppen das Ziel sein, da auch

¹⁷⁸ Vgl. Laging 2023, S. 92.

¹⁷⁹ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 21-22.

¹⁸⁰ Vgl. Ebd., S. 22.

¹⁸¹ Vgl. Ebd., S. 29-32.

gemischtgeschlechtliche Gruppenkonstellationen Vorteile bieten können.¹⁸² Laut Studien von Weiss et al. (2003) und Hodgins et al. (1997) zeigen Männer in heterogeschlechtlichen Gruppen häufiger differenzierte Interaktionsformen, während Frauen dies in gleichgeschlechtlichen Gruppen besser gelingt. Wann sich welche Form der Gruppenzusammensetzung am besten eignet, sollte konzeptionell geplant und mit den Klient*innen kommuniziert werden.¹⁸³

Eine US-Studie (Kelly 2003) zeigte, dass alkoholabhängige Männer, die die Anonymen Alkoholiker besuchten, ähnliche Erfolge hatten wie diejenigen, die Psychotherapie oder beides in Anspruch nahmen, während für Frauen AA-Gruppen weniger erfolgreich waren. Frauen bevorzugen tendenziell im Vergleich zu Männern freiere Gestaltungsformen, die emotionale Beteiligung und Selbstwertstärkung fördern.¹⁸⁴ Die Männer profitieren stärker von den klaren Strukturen der Anonymen Alkoholiker.¹⁸⁵

5.1 Gender Mainstreaming und Gender Kompetenz: Grundlagen in der Suchthilfe

Gender Mainstreaming stellt eine geschlechterpolitische Strategie dar, die in den 1980er Jahren von Aktivist*innen in der internationalen Frauenpolitik initiiert wurde. In den 1990er Jahren erlangten die erarbeiteten Vorschläge und Konzepte, insbesondere auf der UN-Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking, politische Relevanz, indem sie zu einer Selbstverpflichtung der unterzeichnenden Nationen wurden. Im Zuge dessen wurde das Thema 1997 im Amsterdam Vertrag der Europäischen Union verankert, der im Mai 1999 in Kraft trat. Dies führte dazu, dass alle EU-Staaten seither verpflichtet sind, Gender Mainstreaming in ihre politischen Agenden zu integrieren.¹⁸⁶

Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) beschreibt Gender Mainstreaming als eine Übersetzung des Leitbildes der Geschlechtergerechtigkeit. Dieses Leitbild fordert, dass bei allen gesellschaftlichen und politischen Vorhaben die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Lebenssituation und Interessen von Frauen und Männern systematisch berücksichtigt werden.¹⁸⁷

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat sich bereits in einem Positionspapier von 2005 für die Implementierung von Gender Mainstreaming innerhalb der Suchthilfe in

¹⁸² Vgl. Ebd., S. 30-31;

¹⁸³ Vgl. Zenker 2016, S. 79.

¹⁸⁴ Vgl. Ebd., S. 78-79.

¹⁸⁵ Vgl. Laging 2023, S. 92.

¹⁸⁶ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022b, S. 196.

¹⁸⁷ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2021.

Deutschland ausgesprochen. Dieses Konzept kann wesentlich dazu beitragen, Strategien zu entwickeln, die Gleichheit fördern und die Qualität der Arbeit verbessern. Darüber hinaus ist die erfolgreiche Umsetzung des Gender Mainstreaming als politische Vorgabe auch immer stark von politischem Willen abhängig.¹⁸⁸

Ogleich Gender Mainstreaming häufig als Top-down-Prozess eingeführt wird, erfordert dessen erfolgreiche Umsetzung einen Bottom-up-Ansatz. Die konkrete Ausgestaltung dieses Prozesses variiert stark in Abhängigkeit vom jeweiligen Arbeitsfeld.¹⁸⁹ Auch die deutsche Suchthilfe ist betroffen und muss Gender Mainstreaming in alle Bereiche von Prävention bis Rehabilitation integrieren, was die Notwendigkeit impliziert, Mitarbeiter*innen im Bereich Genderkompetenz weiter- und auszubilden.¹⁹⁰ Der Bedarf hierfür wurde durch die vorhergehenden Kapitel deutlich gemacht.

Trotz der verbreiteten Implementierung ist Gender Mainstreaming bisher nur ansatzweise und nicht flächendeckend umgesetzt. Die Relevanz des Themas hängt stark von der öffentlichen Diskussion ab; bei höherer Zustimmung ist mit mehr Forschung und praxisnahen Umsetzungen zu rechnen.¹⁹¹ Für die Verankerung von Gender Mainstreaming ist Genderkompetenz eine Voraussetzung, für die drei Aspekte zentral sind: ein Wissen über aktuelle Gender-Themen, die Integration dieses Wissens in die eigene berufliche Praxis sowie die eigene Funktion als positiv-kongruentes Vorbild in diesem Bereich.¹⁹²

Der Begriff der Genderkompetenz, der seit Beginn des 21. Jahrhunderts existiert, definiert eine Professionalität, die auf Geschlechtergerechtigkeit abzielt. Inhaltlich geht es darum, soziale Zuschreibungen für Männer und Frauen im Alltag zu erkennen und in der Praxis so zu agieren, dass vielfältige Entwicklungspositionen für alle geschaffen werden. In der Pädagogik sollen geschlechtsbedingte Benachteiligungen aufgezeigt und insbesondere Frauen und Mädchen angeregt werden, Lebenswege und -modelle zu wählen, die über die traditionellen Geschlechterrollen hinausgehen.¹⁹³

Um Genderstereotype in der Praxis adressieren zu können, bedarf es genderkompetenter Fachkräfte. Eine erhebliche Herausforderung bei der Umsetzung von Genderkompetenz ist die oft unzureichende theoretische Fundierung der Professionellen in der Praxis. Ohne diese droht die Gefahr, heteronormative Konzepte und Ungleichheiten zu verschleiern oder sogar zu verstärken. Neuerer Konzepte zur Genderkompetenz streben daher an, das

¹⁸⁸ Vgl. Mohn et al. 2004, S. 6; Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 36.

¹⁸⁹ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022b, S. 197.

¹⁹⁰ Vgl. Zenker 2006, S. 331.

¹⁹¹ Vgl. Laging 2023, S. 91.

¹⁹² Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 34.

¹⁹³ Vgl. Kunert 2022, S. 203.

Thema umfassender zu betrachten, einschließlich Aspekten wie Intersektionalität, Heteronormativität, den Zusammenhang von Gewalt und Geschlecht sowie soziale Teilhabe. Dabei wird die Kompetenz dezidiert als Fachwissen, Methoden- und Selbstkompetenz gefasst, um zielgenauer arbeiten zu können.¹⁹⁴

Fachwissen umfasst Kenntnisse über soziale Ungleichheit, strukturelle Benachteiligung und Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern sowie das Verständnis für die Wechselwirkung zwischen Individuum und Gesellschaft. Dazu gehören auch Kenntnisse über Frauen-, Männer- und Queerbewegungen sowie psychologische und sozialtheoretische Einsichten in die Lebenslage der Zielgruppe, einschließlich der Intersektionalität, um die Verflechtungen diskriminierender Strukturen besser zu erkennen.¹⁹⁵

Die Selbstkompetenz betrifft das Hinterfragen der eigenen Rolle im pädagogischen, beratenden oder therapeutischen Kontext, insbesondere wie Geschlechter von Professionellen repräsentiert und inszeniert werden. Dies schließt auch eine kritische Reflexion der eigenen (hetero-)normativen Haltung ein. In einer Gesellschaft, die zunehmend menschenfeindliche Tendenzen aufgrund von Hautfarbe, Geschlecht und Sexualität beobachtet, ist intersektionales Handeln essenziell, um Genderkompetenz zu realisieren.¹⁹⁶

Allerdings ist die Effektivität der praktischen Umsetzung von Gender Mainstreaming und Genderkompetenz oft fragwürdig. Ein Beispiel hierfür ist die Diskussion um die Frauenquote, die nicht unumstritten ist. Kritiker argumentieren, dass solche Regelungen Stereotype verstärken und einen zu starken Fokus auf Unterschiede legen, die eigentlich überwunden werden sollten. Zudem werde damit nur die Binarität betrachtet, während die Vielfalt der Geschlechter vernachlässigt wird. Judith Lorber (1999) bezeichnete dieses Phänomen als „Gender-Paradoxie“, das die paradoxe Situation beschreibt, Geschlechterdifferenzen durch Geschlechterdifferenzen in der entgegengesetzten Richtung zu begegnen, um sie letztlich zu überwinden. Bereits ein Bericht des BMFSFJ aus dem Jahr 2011 macht die große Diskrepanz zwischen theoretischen Diskursen und praktischen Umsetzungen deutlich.¹⁹⁷

¹⁹⁴ Vgl. Ebd., S. 204-205; Kleiner / Klenk 2017, S. 10-11.

¹⁹⁵ Vgl. Kunert 2022, S. 205-206.

¹⁹⁶ Vgl. Ebd., S. 206.

¹⁹⁷ Vgl. Bereswill / Ehlert 2022b, S. 197-198.

5.2 Männerspezifische Suchthilfe in der Praxis

Die casa fidelio stellt die erste stationäre Einrichtung der Schweiz dar, die sich gezielt der suchttherapeutischen Behandlung von Männern widmet. Mit einer Kapazität von 25 Plätzen richtet sie sich an Männer ab 25 Jahren, die ihren Substanzmittelgebrauch beenden und eine Reintegration in die Gesellschaft anstreben. Eine Besonderheit dieser Einrichtung ist das rein männliche Team, das bis hin zur Führungsebene ausschließlich aus Männern besteht. Dies zielt darauf ab, die Identitätsbildung der Klienten nicht über die Abgrenzung zur Weiblichkeit zu definieren, sondern eine vertiefte Auseinandersetzung mit der eigenen Männlichkeit zu ermöglichen.¹⁹⁸ Diese Herangehensweise wird auch von der Psychotherapeutin und Gesundheitspsychologin Brigitte Schigl unterstützt, die damit den Thesen von Weiss und Hodgins, wie sie in Kapitel 5 vorgestellt wurden, widerspricht. In ihrem Werk „Psychotherapie und Gender“ (2012) betont sie, dass gleichgeschlechtliche Gruppenkonstellationen den Therapieerfolg fördern.¹⁹⁹

Ein zentraler Aspekt der therapeutischen Arbeit in der casa fidelio ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als Mann. Die Struktur der Gruppen ermöglicht den Klienten die Entwicklung eines neuen Selbstbildes, indem sie ihre Wahrnehmung von Emotionen und Bedürfnissen sensibilisieren. Die Themen, die hierbei eine besondere Rolle spielen, umfassen unter anderem Einsamkeit und die Herausforderung des Alleinsins, insbesondere nach Erfahrungen wie Gefängnisaufenthalte oder dem Leben in einer festen Partner*innenschaft, die für die Selbstständigkeit und Autonomie hinderlich sein können. Casa fidelio unterstützt die Männer dabei, nach dem Aufenthalt in individuellen Wohnprojekten – eigene Wohnung, Wohngemeinschaft, Rückkehr zur Partnerin oder zum Partner – wieder Fuß zu fassen, wobei ein konsumfreies Umfeld die Voraussetzung dafür ist. Auch die Partner*innenschaft spielt eine wichtige Rolle, da viele Klienten Schwierigkeiten haben, Macht und Kontrolle in der Beziehung an eine Partnerin oder einen Partner abzugeben. Daher werden Partner*innen in den Therapieprozess einbezogen, um die Entwicklung der Klienten zu fördern und aktiver Teil des Prozesses zu sein.²⁰⁰

Wie in Kapitel 4 bereits dargelegt, spielt das Verhältnis zu den eigenen Eltern, insbesondere zu den Vätern, eine entscheidende Rolle. Oftmals vermitteln die Väter ihren Söhnen,

¹⁹⁸ Vgl. Müller 2006, S. 165-167.

¹⁹⁹ Vgl. Vossnagel 2016, S. 128.

²⁰⁰ Vgl. Müller 2006, S. 168-170.

dass Ängste primär Themen für Mütter sind und Männer sich nicht mit ihnen auseinandersetzen sollten. Infolgedessen sind diese Söhne im späteren Leben im Umgang mit Ängsten handlungsunfähig und entwickeln ein erhöhtes Angstniveau. Diese Ängste können wiederum als Auslöser für kriminelles Verhalten fungieren. Die Einrichtung casa fidelio verfolgt daher das Ziel, Räume zu schaffen, in denen Männer ihre Verletzlichkeit zeigen und ihre Emotionen nicht auf Frauen projizieren können. Die Männer sollen lernen, negative Gefühle zu erkennen und zu akzeptieren, ohne sie als etwas primär weibliches zu klassifizieren.²⁰¹

Leistungsdruck ist ein weiterer Schwerpunkt: Viele Männer erleben hohe Erwartungen in verschiedenen Lebensbereichen und empfinden den daraus resultierenden Druck als so belastend, dass er nicht selten in Substanzmittelkonsum mündet. Bei casa fidelio teilen alle Klienten diese Erfahrung.²⁰²

Mitgründer der Einrichtung Müller berichtet, dass bei casa fidelio die Gruppen im Therapiekontext aus sechs bis acht Personen bestehen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Gruppe eintreten oder diese wieder verlassen. Die Teilnahme ist acht Wochen nach Beginn des Aufenthalts möglich. Die Sitzung dauern wöchentlich zwei Stunden, von denen 40 Minuten ausdrücklich für Einzelarbeit vorgesehen sind. In dieser Zeit erfolgt die Auseinandersetzung mit individuell-biografischen Themen, die für alle Teilnehmenden verpflichtend sind und von den Fachkräften vorgegeben werden. Zu zentralen Fragestellungen gehören beispielsweise: Wie bin ich aufgewachsen? In welchem Zusammenhang bin ich in die Kriminalität geraten? Warum wende ich Gewalt an? Die Themenbereiche weisen unter den Klienten erhebliche Ähnlichkeiten auf. Bei gemeinsamen Austausch herrscht eine ruhige, teils bedrückende Atmosphäre, die von Scham geprägt ist. Laut Müller ist es notwendig, diese Emotionen auszuhalten, um sich selbst und die Gruppe wahrzunehmen. Im Anschluss daran geht es häufig darum, sich in die Perspektive möglicher Opfer von Situationen hineinzusetzen und Konzepte zur Wiedergutmachung zu erarbeiten.²⁰³

Die alltägliche Interaktion in der casa fidelio dient dem Training von Verantwortungsbewusstsein und fördert Fähigkeiten wie Fürsorglichkeit, Toleranz und gewaltfreie Kommunikation. Auch die Reflexion eigener Schwächen und die aktive Bearbeitung negativer Erfahrungen sind integrale Bestandteile des Programms, das den Klienten ermöglicht, ihr

²⁰¹ Vgl. Ebd., S. 171-172.

²⁰² Vgl. Ebd., S. 173

²⁰³ Vgl. Ebd., S. 175-176.

Selbstbild zu verbessern und biografisch bedingte Fehler zu vermeiden.²⁰⁴ Das Ziel kann es dabei jedoch nicht sein, den Männern ein bestimmtes Verständnis von Männlichkeit vorzugeben, sondern ihnen einen Rahmen zu bieten, um bestehende Verhaltensmuster zu hinterfragen und gegebenenfalls zu modifizieren.²⁰⁵ Ein Klinikaufenthalt kann jedoch nicht alle Aspekte von Männlichkeit verändern; dies ist ein langwieriger Prozess, der nach dem Aufenthalt weitergeführt werden muss.²⁰⁶

Für Väter in casa fidelio besteht nach einer bestimmten Zeit die Möglichkeit, am Wochenende oder während einer Ferienwoche Besuch von ihren Kindern zu erhalten. Diese Besuche werden in den Alltag der Einrichtung integriert. Häufig sind die vorherigen Vater-Kind-Beziehungen stark durch den Substanzmittelkonsum geprägt, was bedeutet, dass die Beziehungen neu erlernt werden müssen. Zur Unterstützung haben die Väter die Möglichkeit, ein Praktikum in einem benachbarten Hort zu absolvieren, das durch einen Kinderbetreuungsdienst begleitet wird. Im Vorfeld des Besuchs sollen die Väter ein eigenes Freizeitprogramm für ihre Kinder entwickeln, welches nach der Umsetzung mit den Fachkräften reflektiert wird. Dies dient dem Ziel, dass die Männer in ihre Vaterrolle hineinwachsen. Laut Müller ist auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Vater von Bedeutung, ein Gespräch mit diesem kann dazu hilfreich sein.²⁰⁷

Casa fidelio verfolgt Ziele wie die (Re-)Integration in den Alltag, das Vermitteln von neu Erlerntem, die aktive Teilhabe an der Gesellschaft und die Entwicklung von Konfliktfähigkeit. Methodisch setzt die Einrichtung dafür auf Gruppe- und Einzelgespräche, themenfokussierte Gruppen und kreative Therapien wie eine Schreibwerkstatt und das Arbeiten mit Ton. Auch die Arbeit mit Angehörigen ist Teil des Konzepts.²⁰⁸

Ein weiterer vielversprechender Ansatz zur Auseinandersetzung mit Männlichkeit wird im Konzept des „balancierten Mannseins“ von Winter und Neubauer (2001) darlegt. In diesem Modell reflektieren Männer anhand der Pole Leistung und Entspannung, Aktivität und Reflexivität, Präsentation und Selbstbezug, Konflikt und Schutz, sowie Stärke und Begrenztheit. Diese Reflexion ermöglicht es ihnen zu erkennen, dass für unterschiedliche Situationen verschiedene Eigenschaften erforderlich sind und dass Männlichkeit nicht auf einen einzigen Pol beschränkt sein muss.²⁰⁹

²⁰⁴ Vgl. Ebd., S. 176.

²⁰⁵ Vgl. Vossagen 2016, S. 129.

²⁰⁶ Vgl. Röben 2006, S. 160.

²⁰⁷ Vgl. Müller 2006, S. 179-180.

²⁰⁸ Vgl. Ebd., S. 183-184.

²⁰⁹ Vgl. Vossagen 2016, S. 129.

In der Fachklinik Emsland – so erläutert Leiter Röben – haben sich ebenfalls verschiedene Methoden als effektiv für den fokussierten Umgang mit Männlichkeit herausgestellt. Dazu zählen unter anderem Rollenspiele beispielsweise zum Thema Vorbilder, die Gestaltung von Collagen zu Männer- und Frauenbildern in der öffentlichen Darstellung, sowie freiwillige Männergruppen, die sich mit dem Thema Männlichkeit befassen. Darüber hinaus werden erlebnispädagogische Aktionen durchgeführt, um Themen wie Konkurrenz, Führung und Stärke zu thematisieren.²¹⁰

Insgesamt hat Deutschland im Bereich der Umsetzung von Gender Mainstreaming weiterhin Verbesserungspotenzial. Eine Studie des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2013 – acht Jahre nach der Veröffentlichung des Grundsatzpapiers der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zum Thema Gender Mainstreaming – zeigte, dass auf organisatorischer Ebene nur begrenzte Fortschritte erzielt wurden. Beispielsweise überprüften lediglich 10 % der Einrichtungen ihre Konzepte auf Gender-Aspekte. Zwar wurden geschlechtsspezifische Daten erfasst, jedoch nutzten nur ein Viertel der Einrichtungen diese Daten zur Steuerung oder Optimierung ihrer Hilfsangebote. Darüber hinaus verfügten nur 13 % der Einrichtungen über Frauen-, Männer-, oder Gender-Beauftragte, und im Bereich der Selbsthilfe waren Männerbeauftragte kaum vorhanden, wohingegen Frauenbeauftragte häufiger vertreten waren.²¹¹

5.3 Herausforderungen

Der Gender-Aspekt ist in der Suchthilfe nicht lediglich ein *nice to have*, sondern stellt eine wesentliche Grundlage für die adäquate und individualisierte Behandlung der Klient*innen dar.²¹² Dabei ist zu betonen, dass – wie Eingangs in Kapitel 5 erwähnt – die männerspezifische Suchtarbeit im Vergleich zur frauenspezifischen Suchtarbeit bislang stark unterbeleuchtet ist. Geschlechtergerechte Suchthilfe wird häufig auf Angebote für Frauen reduziert. Da die allgemeine Praxis den Mann als Norm betrachtet. Während frauenspezifische Angebote seit rund vierzig Jahren untersucht werden, muss die Auseinandersetzung mit Männlichkeit mehr sein als bestehende Strukturen nur für Männer anzubieten.²¹³

²¹⁰ Vgl. Röben 2006, S. 161-162.

²¹¹ Vgl. Schu et al. 2016, S. 54; Laging 2023, S. 90-91.

²¹² Vgl. Zenker 2016, S. 79.

²¹³ Vgl. Laging 2023, S. 93; Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 11.

Männer reagieren häufig mit Ablehnung auf den Themenkomplex Gender, da sie das Gefühl haben, generalisiert oder diskreditiert zu werden. Diese ablehnende Haltung erschwert es, dass Männer aktiv Verantwortung im Wandlungsprozess übernehmen, da dies mit der Aufgabe von Privilegien verbunden ist.²¹⁴ Die Bereitschaft von Männern, sich einer Therapie zu unterziehen, ist deutlich geringer als bei Frauen, da sie diese Entscheidung oft mit Schwäche und einem Verlust von Männlichkeit assoziieren.²¹⁵ Dies erschwert ihre Erreichbarkeit für Gesundheitsangebote zusätzlich und erhöht vor allem das Risiko für Krankheiten wie kardiovaskuläre Störungen oder Karzinome erheblich. Besonders der Alkoholkonsum sowie Substanzmittelgebrauch im Allgemeinen sind eng mit traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit verknüpft, was die Motivation und den Verlauf der Therapie beeinflusst: Daher ist es herausfordernd, Männer anders anzusprechen und spezifische Ansätze zu entwickeln, um eine effektivere Gesundheitsvorsorge und Suchthilfearbeit zu ermöglichen.²¹⁶

Männliche Therapeuten und Berater sollten eine positive Einstellung zu ihrem eigenen Geschlecht mit einer kritischen Haltung verbinden, da sie für ihre männlichen Klienten eine Vorbildfunktion übernehmen. Dies kann zu einer besonderen Herausforderung in der Praxis werden, wenn zwei als stark, unabhängig und bestimmend sozialisierte Individuen aufeinandertreffen, und der Klient seine verletzbare Seite zeigen muss.²¹⁷

Themen wie Aggression, Angst oder Sexualität werden in der Suchttherapie bisher nicht ausreichend mit Männern thematisiert, da sie gesellschaftlich häufig lernen, nicht über vermeintliche Schwächen zu sprechen. Für einen solchen Austausch brauchen Männer sichere Räume, um offen über diese Themen zu reden und neue Lebensentwürfe für sich zu entwickeln. Bei genderspezifischen Anpassung von Maßnahmen und Angeboten ist es deswegen eine Herausforderung, dass die Männer diese Angebote annehmen. Es besteht bei vielen die Angst, als weniger männlich zu gelten oder als homosexuell wahrgenommen zu werden, was die Bereitschaft zur Teilnahme mindern kann.²¹⁸

Dass Institutionen ihre Mitarbeitenden verstärkt sensibilisieren sollten, um genderspezifische Daten zu erheben und bestehende Konzepte kritisch zu überprüfen, wurde im vorangehenden Kapitel erwähnt. Dafür müssen finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen bereitgestellt sowie Fragenraster geschlechterdifferenziert gestaltet werden.

²¹⁴ Vgl. Stöver 2006, S. 23.

²¹⁵ Vgl. Zenker 2016, S. 78.

²¹⁶ Vgl. Stöver 2006, S. 26, 36-37.

²¹⁷ Vgl. Vosschen 2016, S. 126-128.

²¹⁸ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 11, 28-29.

Kenntnisse über unterschiedliche Konsummuster und Abhängigkeitsentwicklungen sind essenziell dafür und sollten durch Weiterbildungen, Supervision und Hospitationen sowie den Austausch mit anderen Einrichtungen, die genderspezifische Ansätze bereits umsetzen, gefördert werden. Die nachhaltige Implementierung des Gender Mainstreaming-Ansatzes erfordert zudem Führungskräfte, die diesen aktiv vorantreiben und in alle Gestaltungsebenen integrieren. Fachliche Kompetenzen und die Bereitschaft zur Umsetzung sind dabei entscheidend.²¹⁹

Die Realisation von geschlechtersensiblen Ansätzen in der Suchthilfe stößt immer wieder auf Widerstände, da solche Veränderungen bei den beteiligten Personen Ängste und Zweifel hervorrufen können. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass bestehende Angebote zwangsläufig angepasst werden müssen und hohe Anforderungen an die Fachkräfte gestellt werden, wodurch zusätzliche Arbeitsbelastung entsteht. Zudem müssen individuelle Privilegien und Machtpositionen abgegeben oder zumindest modifiziert werden, was ein erhebliches Konfliktpotenzial birgt.²²⁰ Darüber hinaus ist das Thema Gender häufig stark emotionalisiert, was zu Argumenten der Verdrängung führt – beispielsweise anhand von Aussagen wie Männer und Frauen seien längst gleichberechtigt. Auch der Rückgriff auf biologische Merkmale, die angeblich natürliche Unterschiede begründen, sowie Vorwürfe einer Diskriminierung von Männern, die Überforderung des Einzelnen und eine generelle Diskreditierung des Themas kommen nicht selten vor.²²¹

Bernd Röben ist selbst Leiter der Fachklinik Emsland, in der männerspezifische Angebote bereits bestehen. Die Reaktionen, die den Fachkräften wie Röben in diesem Kontext begegnen, sind unterschiedlich. Vor allem Frauen äußern häufig positive Rückmeldungen zur Auseinandersetzung mit diesen Themen. Männer hingegen – selbst Fachpersonal – unterstellten Röben und seinem Team teilweise abwertende Motive, etwa, dass sie wohl in eine Feministin verliebt seien oder ein Coming-Out unmittelbar bevorstehe. Die Beschäftigung mit Männlichkeit wurde von einigen als ein „akademisches Mittelschichts-Therapeutenproblem“ abgetan, mit dem nun auch die Klienten in der Suchthilfe konfrontiert würden.²²²

In der Suchthilfe arbeiten überwiegend weibliche Fachkräfte, während das Klientel überwiegend männlich ist. Dies erschwert die Arbeit in homogeschlechtlichen Gruppen und fordert die Möglichkeit zum Austausch zwischen männlichen und weiblichen

²¹⁹ Vgl. Laging 2023, S. 90; S. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 34-35, 39.

²²⁰ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 36-37

²²¹ Vgl. Doblhofer / Küng 2008, S. 122-128.

²²² Vgl. Röben 2006, S. 162.

Fachkräften über heterogeschlechtliche Behandlungskontexte. Die gendersensible Arbeit in solchen Konstellationen erfordert zusätzliche Konzepte.²²³

Es fehlt jedoch an ausreichender empirischer Forschung zur männlichen Substanzmittelabhängigkeit, auf wissenschaftlicher Ebene sollte deshalb sowohl Forschung als auch der Wissenstransfer in die Praxis investiert werden.²²⁴

6. Fazit

Angesichts der vorangegangenen Kapitel lässt sich mit Bestimmtheit feststellen, dass die Themen Gender und Sucht(-hilfe) eng miteinander verknüpft sind und zukünftig noch stärker gemeinsam betrachtet werden müssen.

Die Entwicklung neuer Rollenbilder und Lebensentwürfe für Männer und Frauen ist dringend geboten. Die weit verbreitete Annahme, dass Männer die alleinigen „Gewinner“ patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen seien, greift dabei zu kurz und übersieht wesentliche, teils negative Auswirkungen solcher Strukturen. Insbesondere der Ansatz der Hegemonialen Männlichkeit verdeutlicht, dass tradierte Männlichkeitsbilder für viele Männer eher Belastungen als Vorteile mit sich bringen. Diese führen zu hohen Erwartungen an beruflichen Erfolg und ununterbrochene Stärke, während sie kaum Raum für die eigenen Emotionalität lassen. Die damit verbundenen möglichen Folgen wurden ausführlich erörtert. Wichtig ist hierbei zu betonen, dass dies keineswegs impliziert, dass die gesellschaftliche Situation von Frauen (und nicht binären Personen) einfacher oder weniger problematisch sei. Frauen sind es oft, die durch die Vormachtstellung bestimmter Männer strukturell benachteiligt werden.

Um traditionelle und eindimensionale Männlichkeitsbilder aufzubrechen, ist ein tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel erforderlich. Aktuelle internationale und nationale Entwicklungen, wie auch Wahlergebnisse, die zunehmend populistische oder gar rechtskonservative Tendenzen aufweisen, die sich auf traditionelle Bilder stützen, deuten jedoch darauf hin, dass das Ziel von vielschichtigen und gleichberechtigten Männlichkeiten noch in weiter Ferne liegt.

Dieser gesellschaftliche Wandel ist auch im Kontext der Wahrnehmung von Substanzmittelkonsum und der Suchtarbeit essenziell. Die kriminalisierende Politik der letzten

²²³ Vgl. Heinzen-Voß / Ludwig 2016, S. 44.

²²⁴ Vgl. Vossagen 2016, S. 128; Laging 2023, S. 90.

Jahrzehnte hat potenziellen Klient*innen davon abgehalten, aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen oder Stigmatisierung notwendige Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Ein gutes Beispiel dafür ist Cannabis, dessen Konsum trotz jahrelanger gesetzlicher Verbote deutschlandweit verbreitet ist.

Mit Blick auf die eingangs gestellte Fragestellung – „Welche Herausforderungen ergeben sich für eine gendersensible Suchthilfe im Hinblick auf Substanzmittelkonsum und die Konstruktion von Männlichkeit?“ – zeigt Kapitel 5.3 auf, dass für die Umsetzung einer gendersensiblen Sucharbeit noch erhebliche Hürden zu überwinden sind, um dem Gender Mainstreaming Vorgaben gerechter zu werden. Besonders die Kombination eines traditionellen Männlichkeitsbilds, das Schwäche kaum zulässt, und der Stigmatisierung von Suchtproblemen erschwert besonders Männern den Zugang zu Hilfsangeboten erheblich. Diese Herausforderung ist umso gravierender, wenn man berücksichtigt, dass Männer in besonderem Maße von Suchtproblematiken betroffen sind. Der Aspekt des *Doing Gender with drugs* kann hierbei von Relevanz sein, da bereits präventive Maßnahmen Männer davor schützen könnten, in problematische Konsummuster zu verfallen. Diese präventiven Maßnahmen sind jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht explizit betrachtet worden. Auch im behandlungsorientierten Bereich ist das Wissen um solche Gender-Aspekte wesentlich, um Problematiken, die im Zusammenhang mit Substanzmittelabhängigkeit stehen, richtig zu erkennen und zu behandeln. Insbesondere bei Männern sollte in der Diagnostik darauf geachtet werden, komorbide Störungen adäquat zu identifizieren und zu therapieren.

Neben den soziologischen Implikationen des Themas Männlichkeit bestehen erhebliche strukturelle Herausforderungen auf institutioneller Ebene. Obwohl Gender Mainstreaming politisch verankert und gewünscht ist, mangelt es häufig an den notwendigen finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen. Trotz der positiven Entwicklung der deutschen Suchtarbeit in den letzten 40 Jahren – insbesondere die multiperspektivische Ausrichtung, die über das Abstinenzparadigma hinausgeht - bleibt im Bereich der mänderspezifischen Arbeit noch immenses Verbesserungspotenzial. Im Besonderen die geringe Präsenz von Männern in pädagogisch-sozialarbeiterischen Berufen eröffnet eine bekannte Debatte über den Bedarf an männlichen Fachkräften im sozialen Bereich. Die Verbesserungspotenziale sind jedoch nicht nur quantitativ zu sehen, da die Ausbildung der Fachkräfte – unabhängig vom Geschlecht – an die Anforderungen gendersensibler Arbeit angepasst werden muss. Hierfür bedarf es auch der Bereitschaft des bestehenden Personals zur kontinuierlichen Fortbildung und Reflexion eigener Vorstellungen.

Methodisch bietet die männerspezifische Suchthilfearbeit ein breites Spektrum an Potenzialen. Die Beispiele von Einrichtungen wie casa fidelio und der Fachklinik Emsland belegen, dass sich in der Praxis bereits einige wirkungsvolle Ansätze etabliert haben.

Es zeigt sich jedoch, dass die Frage, ob für Männer homo- oder heterogeschlechtliche Gruppenkonstellationen geeigneter sind, nicht eindeutig zu beantworten ist. Entscheidend ist, die individuellen Bedürfnisse der Klienten zu berücksichtigen, da für manche eine rein Männergruppe besser geeignet sein mag, während andere von gemischten Gruppen profitieren.

In der gendersensiblen Suchtarbeit, insbesondere hinsichtlich der Konstruktion von Männlichkeit und Substanzmittelkonsum, besteht weiterhin ein erheblicher Entwicklungsbedarf. Diese Arbeit zeigt zwar bereits einige Ansätze für eine gendersensiblen Herangehensweise in der Suchthilfe auf, jedoch sind vertiefte empirische Untersuchungen notwendig, um die Wirksamkeit solcher Projekte fundiert bewerten zu können.

7. Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa.

Beauvoir, Simone de (2000): Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau. 27. Auflage. Hamburg: Rowohlt.

Bereswill, Mechthild / Meuser, Michael / Scholz, Sylka (2011): Männlichkeit als Gegenstand der Geschlechterforschung. In: Bereswill, Mechthild / Meuser, Michael / Scholz, Sylka (Hrsg.): Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall der Männlichkeit. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 7-21.

Bereswill, Mechthild / Ehlert, Gudrun (2022a): Geschlecht. In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 214 – 218.

Bereswill, Mechthild / Ehlert, Gudrun (2022b): Gender Mainstreaming. In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 196 – 199.

Böhnisch, Lothar (2018): Der modularisierte Mann. Eine Sozialtheorie der Männlichkeit. Bielefeld: transcript.

Bourdieu, Pierre (1997): Die männliche Herrschaft. In: Dölling, Irene / Kraus, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 153-217.

Bourdieu, Pierre (2005): Die männliche Herrschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024): ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. URL:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html#:~:text=Die%20ICD%20%2D11%20ist%20seit,herunterzuladen%20oder%20anderweitig%20zu%20beziehen. [letzter Abruf: 16.10.2024].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Gender Mainstreaming. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gleichstellung-und-teilhabe/strategie-gender-mainstreaming> [letzter Abruf: 02.11.2024].

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Alkohol. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol#:~:text=In%20der%20Gesellschaft%20herrscht%20eine,6%20Liter%20reinen%20Alkohols%20konsumiert.> [letzter Abruf: 09.10.2024].

Carrigan, Tim / Connell, Bob / Lee, John (1985): Toward a new sociology of masculinity. *Theory and Society* [online], Jg. 14, Bd. 5, S. 551-604, DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00160017>.

Connell, Raewyn (1987): *Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.

Connell, Raewyn / Wood, Julian (2005): Globalization and Business Masculinities. *Men and Masculinities* [online], Jg. 7, Bd. 4, S. 347-364, DOI: <https://doi.org/10.1177/1097184X03260969>.

Connell, Raewyn (2015): *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten* [E-Book], 3., überarb. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19973-3>.

Dahlke, Björn (2004): *Persönlichkeit als Risikofaktor? Zum Einfluss der Persönlichkeit auf das Suchtverhalten bei Personen mit Alkoholabhängigkeit*. DOI: <https://doi.org/10.18452/15198> [letzter Abruf: 08.11.2024].

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. URL: https://www.dg-sas.de/media/filer_public/66/03/66033bdf-0e30-4980-b382-219972de0cb4/kompetenzprofil_online.pdf [letzter Abruf: 11.11.2024].

Deutsche Rentenversicherung (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. URL:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Alkohol/rts_alkohol_download.pdf?__blob=publicationFile%26v%3D1&ved=2ahUKEwik_snDitSJAxU9hP0HHcO_IUQQFnoECBUQAQ&usg=AOvVaw2opQHcP76W1q8noEr0Jlk [letzter Abruf: 11.11.2024].

Doblhofer, Doris / Küng Zita (2008): Gender Mainstreaming. Gleichstellungsmanagement als Erfolgsfaktor – das Praxisbuch. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Dollinger, Bernd / Schmidt-Semisch, Henning (2007): Professionalisierung in der Drogenhilfe. Ein Plädoyer für reflexive Professionalität. In: Dollinger, Bernd / Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-15337-7, S. 323-338.

Ehlert, Gudrun (2012): Gender in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Perspektiven, Basiswissen [E-Book], Schwalbach: Wochenschau Verlag, ISBN: 978-3-89974377-7.

Eisenmenger, Matthias (2005): Sterbetafel 2001/2003. WISTA – Wirtschaft und Statistik [online], 5/2005, S. 463-478. URL: https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2005/05/sterbetafel-052005.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Nach%20der%20aktuellen%20Sterbetafel%202001,Jahre%20mehr%20als%20ver%2D%20doppelt. [letzter Abruf: 29.10.2024].

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen [E-Book], Luxemburg: Publications of the European Union, DOI: 10.2810/8693.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (2020): ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxemburg: Publications of the European Union.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (2023): European Drug Report 2023: Trends and Developments. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en [letzter Abruf: 27.02.2024].

Faulstich-Wieland, Hannelore (2004): Wem nützt die Einrichtung einer Mädchenklasse? Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien 22, Bd. 4, S. 39-57.

Friedrichs, Jürgen (2006): Konstruktion von Männlichkeiten – Nutzen und Risiken des Konsums von Drogen. In: Zander, Margherita / Hartwig, Luise / Jansen, Irma (Hrsg.): Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-14947-9, S. 169-194.

Garfinkel, Harold (1967): Studies in ETHNOMETHODOLOGY. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Gildemeister, Regine (2004): Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker, Ruth / Kortendiek, Beate: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91972-0>, S. 137-145.

Gildemeister, Regine / Robert, Günther (2022): Doing Gender. In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 130-133.

Gilmore, David D. (1991): *Mythos Mann. Rollen, Rituale, Leitbilder*. München: Artemis und Winkler.

Goffman, Erving (1994): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Gomes de Matos, Elena / Atzendorf, Josefine / Kraus, Ludwig / Piontek, Daniela (2015): *Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015*. DOI: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000445> [letzter Abruf 11.11.2024].

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne / Bilke-Hentsch, Oliver / Thoms, Edelhard (2022): *Amphetamin, Methamphetamin und weitere amphetaminähnliche Stimulanzien*. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): *Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssuchte im Jugend- und Erwachsenenalter*. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 232-242.

Grant, Bridget / Stinson, Frederick / Dawson, Deborah / Chou, Patricia / Ruan, June / Pickering, Roger (2004): *Co-Occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey*. DOI: 10.1001/archpsyc.61.4.361.

Heintz, Bettina / Nadai, Eva / Fischer, Regul / Ummel, Hannes (1997): *Ungleich unter Gleichen: Studien zur geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes*. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Heinzen-Voß, Doris / Ludwig, Karola (2016): *Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe*. In: Heinzen-Voß, Doris / Stöver, Heino (Hrsg.): *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 9-48.

Hoch, Eva / Petersen, Kay-Uwe / Thomasius, Rainer (2022): Cannabis. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssüchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 184-193.

Hodgins, David C. / El-Guebaly, Nady / Addington, Jean (1997): Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction* 92, Bd. 7, S. 805-812.

Höbelbarth, Susann (2018): Ein kritischer Blick auf aktuelle Suchtkonzepte. In: Kastenbutt, Burkhard / Legnaro, Aldo / Schmieder, Arnold (Hrsg.): Drogenkonsum zwischen Repression und Kontrolle. Berlin, Münster: LIT Verlag, S. 63-91.

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2024): Bevölkerung nach Altersgruppe und Geschlecht 2023. URL: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Bevoelkerung/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII3.pdf [letzter Abruf: 09.10.2024].

Karachaliou, Krystallia / Seitz, Nicki-Nils / Neumeier, Esther / Schneider, Franziska / Tönsmeise, Charlotte / Friedrich, Maria / Pfeiffer-Gerschel, Tim (2019): Drugs. Germany – 2019 Report of the national REITOX Focal Point of the EMCDDA. URL: https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/REITOX_BERICHT_2019_ENG/WB_03_Drugs_2019.pdf [letzter Abruf: 11.11.2024].

Kelly, John F. (2003): Self-help for substance-use disorders: history, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00053-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00053-9) [letzter Abruf: 14.11.2024].

Klein, Michael (2003): Praxisfeld Suchthilfe. In: Badry, Elisabeth / Buchka, Maximilian / Knapp, Rudolf (Hrsg.): Pädagogik: Grundlagen und sozialpädagogische Arbeitsfelder. 4. überarb. Auflage. Neuwied: Luchterhand, S. 481-494.

Klos, Hartmut (2016): Rückfallprozesse und Identität bei drogenabhängigen Menschen. *SuchtMagazin*, Bd. 42, H. 6, S. 23-26.

Koopmann, Anne / Diestelkamp, Silke / Thomasius, Rainer / Kiefer, Falk / Mann, Karl / Grosshans, Martin (2022): Alkohol. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssuchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 126-152.

Kunert, Margitta (2022): Genderkompetenz. In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 203-206.

Laging, Marion (2023): Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden. 3., überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Leune, Jost (2013): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 181-196.

Lindenmeyer, Johannes (2013): Perspektiven der Suchtkrankenbehandlung. Interview zum Schwerpunktthema. Suchttherapie 14, Bd. 2, 53-54.

Lorber, Judith (1999): Gender-Paradoxien [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-663-10135-2>.

Ludwig, Daniela (2021): Jahresbericht 2021. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/jahresbericht-der-drogenbeauftragten-2021>. [letzter Abruf: 09.10.2024].

Meili, Daniel / Dober, Susan / Eyal, Edgar (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. Suchttherapie 5, Bd. 1, S. 2-9.

Meuser, Michael (2022a): Hegemoniale Männlichkeit. In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 256-259.

Meuser, Michael (2022b): Männlichkeit(en). In: Ehlert, Gudrun / Funk, Heide / Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht [E-Book], 2., überarb. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5827-7, S. 380-384.

Mohn, Karin / Meyer, Christina / Merfert-Diete, Christa (2004): DHS-Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Gender_Mainstreaming_in_der_Suchtarbeit.pdf [letzter Abruf: 02.11.2024].

Mosse, George L. (1997): Das Bild des Mannes. Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Müller, Herbert (2006): Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchsiten Schweiz. In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-14849-6, S. 165-188.

Müller, Dagmar (2016): Was hindert Frauen an der Karriere? Eine Versachlichung von Dagmar Müller [E-Book], Freiburg: Lambertus; Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, ISBN: 978-3-7841-2767-5.

Pabst, Alexander / Kraus, Ludwig / Gomes de Matos, Elena / Piontek, Daniela (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012 [online], Jg. 59, Bd. 6, S. 321-331, DOI: <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000273>.

Petersen, Kay-Uwe / Hoch, Eva / Thomasius, Rainer (2022): Ecstasy. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssüchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 243-248.

Raithel, Jürgen (2004): Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit: Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa, S. 137-154.

Röben, Bernd (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, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-14849-6, S. 153-163.

Rogers, Carl R. (1983): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 22. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Scherbaum, Norbert / Havemann-Reinecke (2022): Opiate und Opioide. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssuchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 193-214.

Scheu, Ursula (1977): Wir werden nicht als Mädchen geboren – wir werden dazu gemacht. Zur frühkindlichen Erziehung in unserer Gesellschaft. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Schigl, Brigitte (2012): Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess? [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-19165-2.

Schmeiser-Rieder, Anita / Kunze, Michael (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. URL:

<https://www.google.de/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.digital.wienbibliothek.at/download/pdf/2574290&ved=2ahUKEwiY15-xi9y-JAxXmgP0HHeZjHbkQFnoECBYQAQ&usg=AOvVaw1aMn2jbfP3GOanILXQh6Wb> [letzter Abruf: 14.11.2024].

Schmidt, Lutz / Gastpar, Markus / Falkai, Peter / Gaebel, Wolfgang (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Schu, Martina / Zenker, Christel / Stöver, Heino (2016): Gender Mainstreaming und gendersensible Arbeit in Suchthilfe und Suchtmedizin in NRW – empirische Befunde. In: Heinzen-Voß, Doris / Stöver, Heino (Hrsg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 49-57.

Schwarzkopf, Larissa / Künzel, Jutta / Murawski, Monika / Riemerschmid, Carlotta (2023): Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT.

Statista (2024a): Größte Unternehmen der Welt nach Marktkapitalisierung 2024. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/12108/umfrage/top-unternehmen-der-welt-nach-marktwert/> [letzter Abruf: 04.10.2024].

Statista (2024b): Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland nach Geschlecht in den Wintersemestern von 2010/2011 bis 2023/2024. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200758/umfrage/entwicklung-der-anzahl-der-medizinstudenten/> [letzter Abruf 13.11.2024].

Statista (2024c): Alkoholkonsum in ausgewählten OECD-Ländern weltweit in den Jahren 2011 und 2021. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1424990/umfrage/alkoholkonsum-bei-menschen-ab-15-jahren-in-ausgewaehlten-laendern-weltweit/> [letzter Abruf: 09.10.2024].

Stöver, Heino (2006): Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-14849-6, S. 21-39.

Thiersch, Hans (1978): Alltagshandeln und Sozialpädagogik. Neue Praxis, Bd. 8, S. 6-24.

Uchtenhagen, Ambros (2009): Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. Suchttherapie 10, Bd. 2, S. 75-80.

United Nations Office on Drugs and Crime (2019): World Drug Report 2019. DOI: <https://doi.org/10.18356/a4dd519a-en> [letzter Abruf: 14.11.2024].

Villa, Paula-Irene (2019): Sex – Gender: Ko-Konstitution statt Entgegensetzung. In: Kortendiek, Beate / Riegraf, Birgit / Sabisch, Katja (Hrsg.): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung [E-Book], Wiesbaden: Springer VS, DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0>, S. 23-33.

Vogel, Marc / Dürsteler, Kenneth (2022): Kokain. In: Batra, Anil / Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der stoffgebundenen und Verhaltenssuchte im Jugend- und Erwachsenenalter. 3., überarb. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 222-232.

Vogt, Irmgard / Schmid, Martin (1998): Illicit Drugs in Germany and the Emergence of the Modern Drug Treatment System. In: Klingemann, Harald / Hunt, Geoffrey (Hrsg.): Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons, and Delinquents. London: Sage, S. 145-157.

Vogt, Irmgard (2007): Doing Gender: Zum Diskurs von Geschlecht und Sucht. In: Dollinger, Bernd / Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-15337-7, S. 235-257.

Vogt, Irmgard (2021): *Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten. Die Sicht von Süchtigen auf ihr Leben und auf formale Hilfen* [E-Book]. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, ISBN: 978-3-7799-5642-6.

Vollmer, Heinz C. / Ferstl, Roman / Leitner, Anton (1989): *Der Rückfallprozeß bei Drogenabhängigen aus lerntheoretischer Sicht*. In: Watzl, Hans / Cohen, Rudolf (Hrsg.): *Rückfall und Rückfallprophylaxe* [E-Book], Berlin, Heidelberg: Springer, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-642-83805-7_4, S. 53-69.

Vosshagen, Arnulf (2016): *Männersensible Elemente in der Suchtberatung und Suchtbehandlung*. In: Heinzen-Voß, Doris / Stöver, Heino (Hrsg.): *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 119-141.

Walter-Hamann, Renate / Oliva, Hans (2016): *Suchthilfe in Netzwerken: Praxisbuch zu Strategien und Kooperation*. Freiburg: Lambertus.

Wampold, Bruce E. / Imel, Zac E. (2015): *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. 2. Auflage. New York: Routledge.

Weiss, Susan / Kung, Hsiang-Ching / Pearson, Jane (2003): *Emerging issues in gender and ethnic differences in substance abuse and treatment*. *Current Womens Health Report* 3, Bd. 3, S. 245-253.

West, Candace / Zimmerman, Don H. (1987): *Doing Gender*. *Gender and Society* 1, Bd. 2, S. 125-151.

Winkler, Pierre (2024): *Alkohol verharmlost? CSU-Politiker wehrt sich*. URL: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/lanz-huber-cannabis-legalisierung-alkohol-100.html> [letzter Abruf: 07.11.2024].

Winter, Reinhard / Neubauer, Gunter (2001): *Dies und das! Das Variablenmodell balanciertes Junge- und Mannsein als Grundlage für die pädagogischen Arbeit mit Jungen und Männern*. München: Deutsches Jugendinstitut.

World Health Organization (1994): Lexicon of alcohol and drug terms. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1 [letzter Abruf: 03.11.2024].

World Health Organization / United Nations Office on Drugs and Crime (2020): International standards for the treatment for the treatment of drug use disorders. Revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime.

Zenker, Christel (2006): Gender und Suchtkrankenhilfe. In: Zander, Margherita / Hartwig, Luise / Jansen, Irma (Hrsg.): *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit* [E-Book], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, ISBN: 978-3-531-14947-9, S. 331-346.

Zenker, Christel (2016): Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen. In: Heinzen-Voß, Doris / Stöver, Heino (Hrsg.): *Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann*. 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 71-91.

8. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Ich bin mit der Einstellung meiner Bachelorarbeit in die Bibliothek der Hochschule einverstanden.

Hannover, 15.11.2024
