

„Projekt“ statt „Problem“ – Über die Änderung der Sichtweisen für die männerspezifische Selbsthilfeförderung

Susanne Kohler, Christopher Kofahl, Alf Trojan (Hg.): Zugänge zur Selbsthilfe – Ergebnisse und Praxisbeispiele aus dem Projekt „Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“, Essen 2009, (=Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Bd. 24), darin: S. 82-98.

1. Einleitung

Das Bild von der Selbsthilfe ist sowohl von Seiten der Kontaktstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter als auch von den Selbstbetroffenen geprägt von bestimmten zu wenig hinterfragten Gewissheiten. Eine solche ist die Behauptung, dass Selbsthilfe im Kern weiblich konnotiert sei. Daraus leitet sich die Klage ab, Männer stellen eine für Selbsthilfegruppenarbeit schwer erreichbare Zielgruppe dar. Unterstützt wird diese Gewissheit durch die verkürzte Wiedergabe von Studienergebnissen und deren Interpretationen. Borghetto / Kolb fassen etwa den derzeitigen Sachstand so zusammen: „So fällt ins Auge, dass sich mehrheitlich Frauen in den Gesprächsgruppen der Selbsthilfeorganisationen und –verbände finden [...], während Männer vor allem Positionen in den ‚Führungsetagen‘ der einzelnen Institutionen wahrzunehmen scheinen oder als Mehrheit nur bei der Gruppenarbeit im Suchtbereich anzutreffen sind“ (Borghetto / Kolb 2007, 18). Auch für Hamburg konstatiert Trojan, dass sowohl unter den Kontaktpersonen der Gruppen als auch von der Teilnehmer/innen-Struktur her gilt: „Die Verteilung von Frauen und Männern unter den teilnehmenden Mitgliedern ist typisch für die Selbsthilfegruppen: Insgesamt stehen 2/3 Frauen nur 1/3 Männer gegenüber. Lediglich in Gruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke finden wir ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis, ja sogar einen leichten Mehranteil von Männern“. (Trojan u.a., 2004, 41). Interessanterweise hebt in der Diskussion niemand auf den im Nachsatz bemerkten Sachstand ab, hinter dem sich eine Tatsache verbirgt, die schnell unterzugehen droht: In den Sucht-Selbsthilfegruppen stellen die betroffenen Männer die (überwältigende) Mehrheit der Teilnehmenden dar. In der Regel geben die großen Suchtselbsthilfeverbände das Geschlechterverhältnis mit 2/3 zu 1/3 an (Anonyme Alkoholiker 2001, 11-12; Erhebung 2003, 2004, 9, 15, 17).¹ Auf

¹ In einer Umfrage der AA, dessen genaue statistische Größe leider nicht veröffentlicht wird – auf telefonische Rückfrage wurde von 10-20 % Rückläufen bei 3.054 Gruppen in Deutschland gesprochen, was ca. 6-12.000 Personen umfasst – antworteten 33 % Frauen

Rückfragen in den Freien Suchtgruppen und den Gruppen für Menschen, die illegale Drogen konsumieren, wird sogar ein noch höherer Anteil von Männern genannt. Bundesweit ist jede fünfte bis vierte aller Gruppe eine Suchtselbsthilfegruppe! Auf Seiten der Angehörigengruppen ist das Verhältnis mit 79 (Frauen) zu 21 (Männern) genau umgekehrt (Erhebung 2003, 2004, 9). Gleichzeitig zeigt die Basisdatendokumentation der Ambulanten Suchthilfe in Hamburg, dass Frauen in der Regel eineinhalb- bis zweimal häufiger in Gruppen gehen als Männer (Bado 2006, 79-90). Dementsprechend gilt es in Zukunft, ausdifferenzierter als bisher von „den Männern und Selbsthilfe“ zu sprechen.

Leider gibt es im Zuge des Forschungsprojekts zur „Aktivierung zur Selbsthilfe in Gruppen“ keine empirischen Ergebnisse dazu, ob Männer wirklich eine schwer erreichbare Zielgruppe sind (angesichts der oben benannten erdrückenden Dominanz in den Suchtgruppen wäre dies zu hinterfragen). Außerdem wäre zu diskutieren, ob es überhaupt sinnvoll ist, hier nach Geschlecht zu trennen und nicht vielmehr nach Krankheiten / Themen (*Wo sind welche Männer schwer erreichbar?*), statt zu generalisieren. Und ketzerisch gefragt: Wie hilfreich wäre die Frage nach den Frauen als leicht erreichbare Zielgruppe für die konkrete Selbsthilfeförderung vor Ort? Ist Geschlecht tatsächlich eine Kategorie, die hier den Ausschlag gibt? Welchen Erkenntnisgewinn erreichen wir mit der Frage: „Warum beteiligen sich Männer weniger als Frauen an Selbsthilfegruppen?“ Ist es nicht sinnvoller zu fragen: „Was machen Männer eigentlich stattdessen?“

Aus Sicht des Verfassers ist einem Fazit von Stefan Beier auch für die Selbsthilfegruppenlandschaft zu folgen. Dieser meint, es „ist in der Geschlechter- wie Männerforschung längst Allgemeingut, dass es *die* Frauen und *die* Männer nicht gibt. (...). Die Verallgemeinerungen [zum Gesundheitsverhalten von Männern] beziehen sich meist nur auf statistische Daten und liefern klischeehafte Erklärungen. Diese mögen nicht falsch sein, helfen aber für ein tieferes Verständnis nicht weiter.“ (Beier 2007, 75).

Statt also der Defizitorientierung zu folgen, die männliches Verhalten per se als krankheitsbefördernd und risikobehaftet darstellt, soll im Folgenden versucht werden, Möglichkeiten und Grenzen der Praxis in der Selbsthilfekontaktstellenarbeit für die Zielgruppe Männer aufzuzeigen.

2. Anfrageverhalten von Männern und Zusammensetzung der Selbsthilfegruppen

Der Verfasser hat an anderer Stelle detailliert das Anfrageverhalten von Männern und Frauen für einen Zwei-Jahres-Zeitraum in einer Kontaktstelle dargestellt (Omland 2007) und will deshalb die Ergebnisse hier nur kurz zusammenfassen: Im Gegensatz zu Frauen rufen Männer prozentual deutlich häufiger in ihrer Rolle als Selbstbetroffene denn als Angehörige in der Kontaktstelle an. Außerdem unterscheidet sich das Nachfrageverhalten von Männern und Frauen am häufigsten bei den Themen Depressionen, Alkoholismus und anderen Süchten (wie Spielabhängigkeit und Ess-Störungen) sowie bei anderen psychischen Erkrankungen (u.a. Borderline) (Omland 2007, 256 f.).

Zur Geschlechterverteilung in den Selbsthilfegruppen wurden oben schon die zentralen Aspekte genannt, die sich zusammenfassend folgendermaßen darstellen: Außerhalb der geschlechtsspezifischen Erkrankungen dominieren bzw. majorisieren Männer die Suchtselbsthilfegruppen und sind in den Gruppen psychisch Erkrankter ebenfalls nicht unterrepräsentiert. In allen anderen Gruppen stellen sie nach bisherigen Erkenntnissen eine verschwindende Minderheit dar. Dies – so die Arbeitshypothese – könnte auch daran liegen, dass nicht nur die Gesundheitsbildung frauendefiniert ist, sondern auch die Selbsthilfegruppen (vgl. dazu: Beier 2007, 79). Faktisch sind diese Gruppen Frauenselbsthilfegruppen und schließen durch die nicht reflektierte Gesprächs- und Regelkultur Männer aus, was keine Intention seitens der Frauen unterstellt. Viele Frauen in Gruppen – gerade im chronisch kranken Bereich – fragen sich, warum sie Männer entweder nicht in den Gruppen halten oder zu wenig ansprechen können. Eine mögliche Antwort ist, dass das eigene Rollenverhalten nicht reflektiert wird und die unausgesprochenen Selbstverständlichkeiten im Umgang miteinander – die sich tatsächlich vor dem Hintergrund reiner Frauengruppen abspielen – der Aufnahme von Männern entgegenstehen. Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Es geht hier nicht um Schuldzuweisungen, sondern darum, mögliche – den Beteiligten nicht bewusste – Hindernisse aufzuzeigen, die Männer aus bestimmten Selbsthilfegruppen heraushalten. Dies gilt übrigens auch umgekehrt für die Suchtselbsthilfegruppen, die faktisch männerdominiert sind, den geringen Frauenanteil beklagen und das männliche Rollenverhalten zu wenig bis gar nicht thematisieren.

3. Erkenntnisse über Männer und Gesundheit: Männerstudien

Interessant für unsere Fragestellung sind Aussagen in Studien zur Gesundheit sowie daraus ableitbare Ideen für die Arbeit mit Männern. Die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) hat 2006 Frauen- und 2008 Männergesundheit zum Schwerpunkt ihres Gesundheitsreports gemacht (DAK 2008). Dieser wertet die Arbeitsunfähigkeitstage sowie die

Krankenhausaufenthaltstage der Mitglieder aus und zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede sowie männertypische Krankheitsdiagnosen auf (vgl. DAK 2008, 29 f., 50-64).

Das Institut Allensbach führt für die Zeitschrift Men's Health und die AOK regelmäßig eine „Studie zur Männergesundheit“ durch (Studie 2006). Danach verbinden Männer mit Gesundheit zwar im Kern die Abwesenheit von Krankheit (76 %), doch am stärksten wird mit Gesundheit das eigene körperliche Wohlbefinden (91 %) und die geistige und seelische Ausgeglichenheit (69 %) verbunden (Studie 2006, 76). Gleichzeitig gaben Männer unter dem Stichwort „Lebensqualität“ Gesundheit (88 %), Körperliches Fit-Sein (76 %) und danach sofort „weiche“ Kriterien wie „harmonische Partnerschaft“, „gute Freunde“ oder auch „das Leben genießen“ an, während materielle Bedürfnisse weit dahinter zurücklagen (vgl. dazu ähnliche Ergebnisse: DAK 2008, 99). Auch der Gesundheitsreport attestiert Männern ein hohes Maß an Wissen über Vorsorgeuntersuchungen (81 % kennen die Check-ups, 92 % die Krebsvorsorge), an denen knapp ein Viertel der Männer teilnimmt (DAK 2008, 100). Dies widerspricht den gängigen Klischees über Männer doch sehr deutlich.

Im Gesundheitswesen selbst ist Männern die Fachkompetenz der Ärzte sehr wichtig (91 % bei Beschwerden im Urogenitalbereich) und immerhin jeder Fünfte spricht sich für eine Männersprechstunde aus (DAK ebd.). Das passt auch zu den Allensbach-Studienergebnissen, wo konstatiert wird, dass es gute Voraussetzungen gibt, „um Männer gezielt auf Gesundheits- und Fitness Themen im allgemeinen, aber auch speziell auf typische Defizite im Gesundheitsverhalten anzusprechen.“ (Studie 2006, 80).

Interessant für die Selbsthilfeförderung sind die Informationsquellen, die Männer für sich beim Thema Gesundheit nutzen. Danach stehen der Arztbesuch (68 %), Zeitungsartikel (56 %), das Fernsehen (48 %) und deutlich weniger das Internet (28 %) im Ranking ganz oben. Informationen durch „öffentliche Vorträge, Veranstaltungen 5“ und „die von speziellen Organisationen und Selbsthilfegruppen 4“ spielen danach nur eine marginale Rolle. Laut der Studie ist außerdem deutlich erkennbar, „dass Männer mit einem weniger guten Gesundheitszustand die meisten Informationswege auch überdurchschnittlich nutzen“ (Studie 2006, 82). Auch im Gesundheitsreport des DAK ist ähnliches angegeben (DAK 2008, 99), wobei das Internet als Informationsquelle auf Seiten der Expertinnen und Experten überschätzt wird. Es ist lediglich für die Jüngeren eines der zentralen Medien (DAK 2008, 92-94). Männergesundheitstage sind hingegen nur für eine verschwindend kleine Minderheit (2 %) eine Informationsquelle (ebd., 94).

Es fragt sich, was das für die Kontaktstellenarbeit bedeutet, denn die Allensbach-Studie konstatiert abschließend: „Kommunikation zu einem

gesundheitsbewussteren Verhalten kann danach mit beträchtlicher Aufmerksamkeit rechnen. Dabei sollte man die bei Männern bereits erreichten Fortschritte nicht unerwähnt lassen, denn sie können ermutigend wirken ... Und: Einzelne Schritte oder Argumentationen zur ‚Fitness‘ können eher mit Beachtung rechnen als solche zur reinen ‚Gesundheit‘“ (Studie 2006, 86). Meines Erachtens heißt das, die Ärzteschaft – die an sich ja schon eine nicht so einfache Zielgruppe für die Selbsthilfe darstellt – vermehrt durch Kontaktstellen anzusprechen und grundsätzlich für Männer die Informationsangebote an sich in den Vordergrund zu stellen. Selbsthilfegruppen müssten sich als eine der zentralen Möglichkeiten darstellen, Fachliches zur eigenen Erkrankung und den Umgang damit auszutauschen. Mann will halt was davon haben, dort hinzugehen.

4. Männer als Zielgruppe erreichen

Männer sind sich also durchaus des Themas Gesundheit bewusst. Eine Pathologisierung und Dämonisierung des männlichen Gesundheitsverhaltens im Sinne von „Du musst Krankheit verhindern“, „Du musst zur Vorsorge“, „Du musst in eine Selbsthilfegruppe?“ ist deshalb wenig hilfreich. Da das Gesundheitsverständnis von Männern oft an Aktivität gebunden ist, werden insbesondere „sportliche Aktivitäten zum Ausgleich gesundheitlicher Risiken und zur Stärkung der Widerstandskraft“ bevorzugt (Weikert 2006, 10). Weikert konstatiert zwar einerseits für Jungen und Männer: „Gesundsein ist für sie etwas Selbstverständliches“, doch gleichzeitig stellt er fest, ein Teil schildere „durch die Krankheit ein besseres Körperbewusstsein bekommen [zu] haben“ (ebd., 9). Beier plädiert deshalb dafür, „Männer in ihrer Selbstwahrnehmung und in der Sorge für sich zu stärken. Im Vokabular der Gesundheitsförderung sollte daher neben dem Präventionsbegriff der Begriff der ‚Selbstsorge‘ etabliert werden – schließlich geht es nicht nur um das ‚Verhindern von Krankheit‘“ (Beier 2007, 77). Dementsprechend sind Körpererlebnisse und rationale Einsicht ein Zugangsweg: Männer wollen konkret angesprochen werden; sie benötigen niedrigschwellige Angebote und im Erstkontakt bevorzugen sie das „Waschstraßenprinzip“, d. h. schnelle und kurze Hilfen. (ebd., 79-80). Überträgt man das auf den Zugang zur Selbsthilfe, dann wird klar, dass als Einstieg viel weniger die Fokussierung auf die Selbstreflexion in einer Gesprächsgruppe als vielmehr Informationen und „Fachaustausch“ gesucht werden und eher Ziel- und Handlungsorientierung bei den anfragenden Männern im Vordergrund stehen („Reden bringt doch nichts, ich brauche Fakten.“). Für einen Teil der Männer könnte dies den Zugang erleichtern und im späteren Verlauf auch die Bereitschaft erhöhen, sich auf die Gespräche einzulassen.

Ein weiterer Einstieg könnte der Weg sein, den Reinhard Winter beschrieben hat: „Dinge, die Männer interessieren, mit Gesundheitsthemen zu verbinden und zu durchdringen.“ (Winter nach Beier 2007, 81) Er schlägt vor, an Themen

und Bereiche wie Sexualität, Arbeit, Sport, Technik, Natur, Vaterschaft anzuknüpfen, ohne hier zu instrumentalisieren. Gerade die Väter- und Männerzentren könnten hier für die Selbsthilfe diejenigen sein, mit denen man sich darüber austauschen kann, was einen Teil der Männer als Zielgruppe anspricht und was nicht.

Martin Kalmbach vom Hamburger Vaeter e.V. hat dies einmal in einer Besprechung der Arbeitsgruppe MännerGesundheit Hamburg so formuliert: „Wenn ich es nicht Problem, sondern Projekt nenne, dann kommt es zu einem Aufleuchten in den Augen des Mannes. Dann ist er Projektleiter, während er sich beim Stichwort Problem in seinem subjektiven Empfinden in der passiven Opferrolle erlebt.“ Ähnliches sagte der Urologe und Psychotherapeut Fritz Reinecke auf einer Podiumsdiskussion: „Ich vermeide das Wort Psycho, ich sage zu meinen Patienten, das ist stressbedingt.“ (Dokumentation 2006, 14) Oder provozierend ausgedrückt: Frauen besprechen ihre Probleme, Männer verfolgen eigene Projekte! Letzteres weist auf einen anderen Weg hin, der letztendlich auch zum selben Ziel führt: die Dinge zu ändern, die Mann *selbst* ändern will.

Ein möglicher Zugang wäre der Ansatz „Zuerst aktiv sein, dann kann Mann redebereit sein“, denn „Gesundheit muss Freude bereiten, sonst macht sie krank“ (Beier 2007, 80). Weder Appelle noch Verbote, sondern das Gefühl, „dass man durch Gesundheitsaktivität etwas *gewinnen* kann“, befördert den Zugang von Männern (ebd.). Es fragt sich, ob beispielsweise die von Neubauer / Winter beschriebene „balancierte Körperarbeit“ auch auf die Selbsthilfegruppen übertragbar ist. Nach diesem Variablenmodell ist ein „gelingendes Mannsein“ dadurch gekennzeichnet, dass die beiden Aspekte angesprochen und als Kompetenzen erlebt werden. (Neubauer / Winter 2006, 183) Gleichzeitig plädieren beide dafür, „den Druck der modernen Entspannungs-Moral wieder etwas zu reduzieren: Weg von ‚Mann muss es tun!‘ und hin zu ‚Mann will und darf es tun!‘“ (Neubauer / Winter 2006, 191).

In Hamburg versucht ein aktives Mitglied aus der Suchtselbsthilfe seit einiger Zeit, Männer für Körperarbeit und Bewegung zu motivieren. Ziel ist es, dass die Teilnehmer in workshopähnlichen Abendveranstaltungen, „verlernte Möglichkeiten und Fähigkeiten entdecken“ können. Hintergrund ist die These: „Erst wenn wir die Einschränkungen und Blockaden in unserer Beweglichkeit erkennen, können wir nach Lösungsmöglichkeiten zu mehr Entspannung und Wohlbefinden suchen.“ (Selbsthilfezeitung Nr. 105, 2007, 18). Ebenfalls im Suchtselbsthilfebereich sind die jedes Jahr stattfindenden Wochenendseminare für Männer angesiedelt (vgl. www.fksucht-hamburg.de/berichte/maenner-seminar/index.htm). Sie verfolgen das Ziel, in der ehrenamtlichen Ausbildung für Suchtkrankenhelfer den geschlechterdifferenzierten Ansatz zu implementieren. Langfristig ist dieser Ansatz auch mit der Hoffnung verbunden, Selbstbetroffene zu motivieren,

Männergruppen zu gründen. (Guttempler Hamburg, Infos über Tel. 040-6522212, ronald.spahr@dieguttempler.de).

5 Reflektion bisheriger Versuche in Hamburg

5.1. AG MännerGesundheit Hamburg

Seit 2003 verfolge ich als Mitarbeiter der KISS-Altona in Hamburg das Ziel, durch Veranstaltungen Männer anzusprechen und für das Thema Gesundheit zu interessieren. Institutionelles Gremium dieser Aktivitäten ist die von mir mit ins Leben gerufene AG MännerGesundheit Hamburg, die seit 2004 im Herbst ein Programm für Männer anbietet.

Während 2004 und 2005 jeweils im Rahmen von Abendveranstaltungen mit kulturellen Schwerpunktsetzungen versucht wurde, auch Inhalte zu transportieren, folgten 2006 und 2007 Themenabende über einen Zeitraum von zwei Wochen (vgl. dazu Selbsthilfezeitung Nr. 94, 14; Switchboard Nr. 167, 15; Switchboard Nr. 173, 12-13; Switchboard Nr. 179, 4-5; Dokumentation 2006, Dokumentation 2007). Abgesehen davon, dass sowohl die institutionelle Unterstützung durch die Gesundheitsbehörde sowie die Presseresonanz mitentscheidend dafür waren, welches der Angebote tatsächlich auf Interesse stießen, ist zu konstatieren: Zu wenige Männer waren durch die Veranstaltungen erreichbar, es sei denn, eine Einrichtung brachte ihr eigenes Klientel schon mit (etwa die Aidsseelsorge bei ihren regelmäßigen Gottesdiensten). Lediglich bei bestimmten Zielgruppen und Themen, die direkt von der Kontaktstelle beworben wurden, kam es überhaupt zu einer nennenswerten Anzahl von Teilnehmern aus der Selbsthilfeszene bzw. daran Interessierten (u.a. zum Auftakt 2004; zum Thema „Sexualität“, ebenfalls 2004).

Ein Fazit aus Aufwand gegen Ertrag war: je abstrakter ein Thema, desto weniger Teilnehmer. Gleichzeitig scheiterte der Zulauf zu konkreten Themen auch und gerade an der sehr schwachen Presseresonanz.

5.2. Die Erfahrungsaustauschtreffen der Freien Alkohol-Selbsthilfegruppen

Diese Treffen finden in Hamburg regelmäßig alle Vierteljahre statt, und es nehmen zwischen acht bis zehn Gruppen mit insgesamt zehn bis zwanzig Personen teil, davon bis auf eine einzelne Frau nur Männer. Ziel ist der Austausch und die Reflektion über Themen, die in der Gruppenarbeit eine Rolle spielen.

Nur am Rande finden Diskussionen über die Dominanz von Männern in den Gruppen bzw. zu den Geschlechterrollen statt. Meines Erachtens ist hier derselbe Mechanismus in Gange, der auch die faktischen Frauengruppen im

chronisch kranken Bereich beschreibt: Die Zusammensetzung der Gruppen wird als selbstverständlich erachtet und man KD sich die Themen und Konflikte, die sich aus dem Rollenverhalten ergeben noch sehr wenig bewusst gemacht. In der Regel ist das Geschlechterthema als Partnerschaftsthema hinter der Frage „Was spricht für, was spricht gegen gemischte Gruppen mit Angehörigen und Selbstbetroffenen? Welche Erfahrungen in den Gruppen liegen vor?“ verborgen. Bei einem Austausch dazu wurde deutlich, welche Nebengefächte hier mit ausgetragen werden. Während die eine Fraktion für eine gemischte Gruppe war, weil sie sich davon ein Korrektiv („Ich wurde dadurch gezwungen, die Wahrheit zu sagen!“) oder einen Lernprozess in der Partnerschaft erhoffte („Meine Frau hat gelernt, mich besser zu verstehen“), war es bei der anderen Fraktion genau umgekehrt. Diese vertrat die Meinung, dass die Gruppe der Ort ist, an dem auch über Erfahrungen und Probleme mit Angehörigen gesprochen werden darf. Gemeinsame Gruppen könnten deshalb auch Kommunikationsstörungen zur Folge haben („Ich war nicht authentisch, als meine Frau in der Gruppe war“). Unabhängig von der Interpretation aller dieser Selbstzitate aus faktisch reinen Männergruppen bestand interessanterweise Konsens darüber, dass bei gleichzeitiger Anwesenheit von Selbstbetroffenen und Angehörigen Partnerschaftsprobleme nicht in der Gruppe besprochen werden sollten, sondern hier professionelle Unterstützung durch Dritte notwendig ist.

Als Alternative zu diesem „Entweder / Oder“ stellte eine Gruppe die positiven Erfahrungen mit dem folgenden Modell in den Raum: Selbstbetroffene und Angehörige kommen regelmäßig einmal im Monat zu einem gemeinsamen Meeting zusammen. Diese Möglichkeit wäre auch ein Ansatzpunkt, um das Geschlechterthema einmal in die Gruppenarbeit einzubringen (natürlich unter der Voraussetzung der statistisch üblichen Zusammensetzung, dass beide Gruppen reine Frauen- / Männergruppen sind).

Daneben könnte auch der Berater in der Kontaktstelle das Thema Geschlecht in den Erfahrungsaustausch einbringen. Es wäre dann ein von ihm in der Rolle als Selbsthilfeberater gesetztes Thema, da die Teilnehmenden dies ihrerseits nicht ausdrücklich einbringen. Das wirft die Frage auf: Was tun, wenn die Männer (und eine Frau) nicht wollen?

In der praktischen Arbeit einer Kontaktstelle stellt sich also die Frage: Welche Themen soll Mann als Berater selbst einbringen, damit sich eine Chance für die Sensibilisierung der Beteiligten ergibt? Welchen Umgang sollte ich als Berater mit den Betroffenen pflegen, damit die Sensibilisierung für das Thema vorangetrieben wird? Eine Möglichkeit wäre es, Erfahrungsaustauschtreffen suchtmittelübergreifend anzubieten und von einem Berater und einer Beraterin moderieren zu lassen. Letzteres haben wir in Hamburg noch nicht erprobt.

Stattdessen habe ich in zwei Veranstaltungen direkt und indirekt das Geschlechterthema aufgegriffen, auch um hier an anderer Stelle Diskussionsmöglichkeiten zu eröffnen. Beide sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

5.3. „Ohne Leitung geht es nicht?! – Anstöße zu einer geschlechterbewussten Arbeit in Selbsthilfegruppen“

Angeregt durch die Schilderung in der Broschüre „Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe“ (Klein 2005, 64-72) lud ich im Oktober 2005 die Selbsthilfegruppen zu einem Diskussionsabend ein. Neben der Referentin bat ich sowohl eine Selbsthilfegruppen-Vertreterin (gemischtgeschlechtliche Gruppe, faktisch fast ausschließlich Frauen) und einen Selbsthilfegruppen-Vertreter (Männergesprächsgruppe) als weitere Impulsgeber hinzu. Methodisch baute ich den Raum bewusst im „klassischen“ Tischviereck auf und setzte die Referentin (Frau Klein) direkt gegenüber von mir als Moderator und die beiden Gruppenvertretenden ebenfalls einander gegenüber, so dass sich alle direkt Aktiven in einer Kreuzsituation gegenüber saßen. Hintergrund war die Idee, dass es kein Podium geben und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich immer bewusst an alle Anwesenden wenden sollten. Anschließend erhielt die Hauptreferentin zehn Minuten Zeit für einen inhaltlichen Impuls, die beiden Selbsthilfegruppenmitglieder anschließend je fünf Minuten. Dies erhöhte den Zeitrahmen für die Diskussion miteinander und zwang die Aktiven, die für sie jeweils wichtigsten Aspekte zuerst zu benennen und alles Weitere in die Diskussion einzubringen. Abgesehen davon, dass beides in der Praxis gut funktioniert hat, lag der Schwerpunkt des Abends eindeutig beim Thema „Leitung“. Thematisiert wurden jeweils eigene Probleme mit dieser Rolle oder in Abgrenzung zu dieser Rolle, wenn man / frau bestimmte Aufgaben nicht mehr übernehmen wollte. Der Aspekt Mann und Leitung, Frau und Leitung bzw. „Was passiert, wenn hier die klassische Rollenverteilung durchbrochen wird?“ (etwa wenn sie sich für Struktur / Ziele verantwortlich zeigt und er auf das Gesprächsklima achtet) spielte nur eine sehr untergeordnete Rolle. Zumindest der Anstoß, in diese Richtung einmal nachzudenken, wurde (von den beiden anwesenden Frauen) aufgenommen.

5.4. Sucht hat (k)ein Geschlecht?! – ein methodisches Beispiel

Angeregt von Informationen aus der AG MännerGesundheit Hamburg zum Thema Sucht und Geschlecht, entwickelte ich ein Veranstaltungsformat, das in 2007 erfolgreich durchgeführt wurde. Unter dem Titel „Sucht hat (k)ein Geschlecht? - Ansätze aus der geschlechterspezifischen Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern“ luden wir Selbstbetroffene, Angehörige und Interessierte zu einem öffentlichen Themenabend der „etwas anderen Art“ ein. Vor dem Hintergrund des allgemeinen „Wissens“ darum, dass bestimmte Süchte männerdominiert sind (etwa: Alkoholismus, illegale

Drogen), andere eher Frauen betreffen (etwa: Ess-Störungen, Medikamente), sollte es um Fragen wie diese gehen: Warum und wie wird Mann süchtig und warum und wie wird Frau süchtig? Gibt es hier Unterschiede, und wenn ja, welche? Und was heißt das konkret für Selbstbetroffene, für Angehörige, für die Selbsthilfegruppenarbeit und für die Professionellen?

Der Abend selbst gliederte sich im Kern in zwei Teile: Nach einer kurzen gemeinsamen Begrüßung verabschiedeten sich die Männer und Frauen jeweils in eigenständige Gruppen. Dort fand ein 15-minütiges Impulsreferat durch einen Referenten oder eine Referentin aus einer Suchtberatung statt, die in der konkreten Arbeit einen männer- bzw. frauenspezifischen Ansatz verfolgt.

Beide Referierenden hatten die Aufgabe, sowohl die Unterschiede in den Erkrankungen bzw. Diagnosen darzulegen, als auch den Sinn eines geschlechtsspezifischen Ansatzes zu verdeutlichen und auf denkbare Ansätze für die Selbsthilfegruppenarbeit „runterzuberechnen“. Die Sinnhaftigkeit der Reflektion auf Geschlechtsrollen und die Sinnhaftigkeit eines nach Geschlechtern getrennten Ansatzes konnte so aufgrund der Betonung des Praxisbezuges verdeutlicht werden.

Nach anderthalb Stunden in den Arbeitsgruppen folgte eine kleine Pause, nach der die Interessierten sich in einer gemeinsamen Gruppe zum Austausch und zur Diskussion zusammenfinden konnten.

Methodisch wurde sich dabei nicht von einem Podium „herab“ unterhalten, sondern die beiden Referent/innen saßen sich jeweils in der Mitte einer der vier Tischseiten gegenüber und die Moderation saß an einem weiteren Platz in der viereckig angelegten „Tischrunde“. Damit sollte versucht werden, die üblichen Hierarchisierungen „dort wichtige Experten“-„hier wir anderen“ etwas aufzuheben.

Die Referent/innen erhielten eingangs noch einmal die Möglichkeit zu einem ganz kurzen Statement in der gemeinsamen Runde (Frage: Was ist aus Ihrer Sicht hilfreich an einem geschlechtsspezifischen Ansatz? Was davon ist hilfreich für Selbsthilfegruppen?). Danach fand noch eine weitere halbe Stunde eine Diskussion statt. Hier zeigte sich, wie mit nicht konfrontativen Referent/innen eine zugewandte und sich gegenseitig zuhörende Gruppe moderiert werden konnte. Dadurch, dass beide Seiten vorher für sich alleine – im Zweifelsfalle auch strittige Inhalte – bezogen auf das jeweils andere Geschlecht hatten äußern können, gab es in der gemeinsamen Runde nicht die sonst üblichen Nebenthemen (Konkurrenz, gegenseitige Vorwürfe, Grundsatzstreit „die Männer“ / „die Frauen“). Im Vordergrund blieb das Interesse an einem Gespräch und Austausch.

Ein Fazit dieser erfolgreichen Veranstaltung ist es, dass die Kontaktstelle auch zukünftig den geschlechtsdifferenzierten Blick auf das Gesundheitswesen schärfen wird und durch entsprechende Themenabende Selbsthilfegruppen weiter dafür sensibilisieren möchte.

6. Reflektion auf das eigene Verhalten als Berater / Beraterin

Nur Kontaktstellen, die mehr als einen Mitarbeiter oder Mitarbeiterin haben, die in der Selbsthilfeunterstützung tätig sind, können es sich erlauben, regelhaft geschlechterdifferenzierte Sichtweisen auch in ihre Angebote einzubeziehen. In der KISS Hamburg gibt es dazu bisher nur wenige Ansätze, wobei die Reflektion auf das geschlechtsspezifische im eigenen Verhalten noch nicht als Fachdiskussion implementiert ist. Zumindest auf der Handlungsebene gibt es aber das Bewusstsein, dass Interessierten und Gruppen Angebote gemacht werden können, die da heißen: Wollen Sie von einem Mann oder einer Frau unterstützt werden (und die Aufteilung von Männer- und Frauengruppen unter den Beraterinnen und Beratern nach Geschlecht). Im praktischen Alltag der Kontaktstelle zeigt sich die Stärke eines solchen Angebots darin, dass beispielsweise männerspezifische Gruppengründungen zum Thema „Sexuelle Unlust“ sowie zu „Männer gegen Gewalt“ unterstützt werden konnten.

7. Zugänge schaffen

7.1. Mitmach-Messen

Aus den Studien und den bisherigen praktischen Erfahrungen heraus möchte ich die These formulieren, dass ein Teil der Männer mit anderen Zugängen an die Selbsthilfe herangeführt werden kann. Ein Ansatzpunkt sind die Mitmach-Aspekte, d.h. das Interaktionsbedürfnis mit dem Informationsbedürfnis zu koppeln und damit den ersten Kontakt zu den Männern zu bekommen. Im aufwändigsten Fall ist dies eine niedrighschwellige kostenlose Mitmach-Messe vor Ort. (Der Versuch in Hannover ist auch an der Tatsache gescheitert, dass dort hohe Eintrittspreise und ein dezentraler Ort zusammenkamen). Ansatzpunkte für eine solche Messe wären Laptop-Angebote mit Internet-Tests (etwa Depression, Gewalt / Aggression); ein Angebot für das Autofahren mit simulierten Blutalkoholwerten (in Hamburg durch die hiesige Polizei); das Aufsetzen von Brillen, um bestimmte Behinderungsformen (im Alter) zu simulieren; eine Infosäule für Selbsthilfegruppen; ein Info-Point, an dem Internet zugängliche Gesundheitsinformationen gebrannt bzw. bestimmte Inhalte auf USB-Stick gezogen werden könnten; Kurzberatungen im Sinne des Konzepts von „Überraschend beraten“ (Trio Virulent, 1996, 249-280); Alkohol-Selbsttest (wie in der Suchtwoche 2007); Gesundheits-Mitmach-Tests (siehe etwa den Gesprächsanlass förderlichen Test bei www.sowit.de: „Testen Sie Ihre soziale Gesundheit“ oder auch der Fragebogen „Was tun gegen

Übergewicht? Zehn Fragen und zehn Antworten für Männer“); PSA-Tests; Blutzuckertest; Bluthochdruck messen u.ä.m.

Der Bezug zur Selbsthilfe könnte durch Kombination mit direkt benachbarten Ständen bzw. die Betreuung durch Selbsthilfegruppen-Vertreter an solchen Mitmach-Ständen hergestellt werden. Die Erfahrungen der KISS-Altona bei den Hamburger bzw. Altonaer Gesundheitstagen 2006 und 2007 zeigen, dass solche Angebote auf bestimmte Männer anziehend wirken.

In Richtung der Mitmach-Aspekte zielt auch die Idee, aus der balancierten Körperarbeit heraus neue Gruppen zu initiieren. Im Sinne der oben genannten These „Zuerst aktiv sein, dann redebereit sein“ wäre zu überlegen, was dies für neue Angebote heißen könnte. Könnten Bewegung und Sport als Eingangstor für danach folgende Gesprächsgruppen genutzt werden?

7.2. Zugänge schaffen: die Rationalität ansprechen

Rationalitäts-Aspekte haben zum Ziel, den Nutzen von Gruppen für Männer deutlich in den Vordergrund zu stellen, und – aus meiner Sicht viel wichtiger –, gesundheitsrelevante Informationen zu „gendern“. Für die Selbsthilfe-Informationen und die Kontaktstellen-Informationen wäre zu fragen, ob diese sprachlich wirklich jeweils Männer und Frauen gleichermaßen erreichen / ansprechen oder ebenfalls eine Barriere darstellen. Ein Pflegedienstleiter eines Krankenhauses meldete mir etwa zurück, dass der Flyer von KISS Hamburg den Fehler mache, zuerst in einer Aufzählung die seelischen und dann erst die chronischen Krankheiten zu nennen. Dies schrecke Patienten ab, da sie sich mehr von dem zweiten angesprochen fühlen. Sind unsere Veranstaltungsankündigungen, unsere Selbsthilfezeitungen und unsere Info-Flyer tatsächlich „geschlechtsneutral“ oder sollten wir hier genauer hinschauen?

7.3 Zugänge schaffen: „Selbstsorge“

Auch die „Selbstsorge“ im Sinne von „Mann soll und muss“ hin zu „Mann entscheidet das selbst“ wäre ein Ansatz, wobei es mir schwerfällt, hierzu eine praktische Entsprechung in der Selbsthilfeförderung zu finden. Vielleicht wäre es eine Idee, an einem öffentlichen Ort einen Doppelstand der Kontaktstelle aufzubauen (nicht nebeneinander, sondern gegenüber liegend) und an dem einen mit provokantem Spruchband direkt von einem Mann auf Männer zuzugehen und auf der anderen Seite von Frau auf Frauen zuzugehen. Und das jeweils andere Geschlecht nicht zu beraten! Damit wäre eine männerspezifische Ansprache gesichert, und ebenso, dass Männer unter sich bleiben könnten und sich nicht fremdbestimmt beraten lassen müssen („Meine Frau hat gesagt, ich soll mal bei KISS anrufen“).

Neben diesen Ideen dazu, was Kontaktstellen einmal ausprobieren könnten, möchte ich noch einmal auf einen zentralen Punkt hinweisen. Meines Erachtens sind geschlechtsdifferenzierte Veranstaltungen im oben beschriebenen Sinne genauso ein Weg wie Überlegungen, ob wir nicht auch Quotierungen für Veranstaltungen, Fortbildungen bis hin – als Anregung (!) – von Gruppen in die Diskussion einbringen (So nimmt etwa eine Depressionsgruppe in Altona immer nur Mitglieder aus demjenigen Geschlecht auf, das aktuell unterrepräsentiert ist.). Die stillschweigende Dominanz bestimmter Geschlechter könnte von uns thematisiert und Anstöße zur Reflektion gegeben werden, wenn wir in der Kontaktstelle selbst Alternativen aufzeigen.

7.4. Zugänge schaffen: die Multiplikatoren schulen

Zuletzt soll auch die Möglichkeit der Multiplikator/innen-Fortbildung durch die Kontaktstellen benannt werden: Auch hier können einerseits durch das Prinzip der Doppelmoderation (Mann und Frau) als auch durch Themensetzung sowie durch zeitweise Trennung in geschlechtshomogene Gruppen Diskussionen geführt werden, die ansonsten nicht aufkommen würden. Eine Sensibilisierung der professionellen Kolleginnen und Kollegen im Hilfesystem für die eigenen geschlechtsblinden Flecken (etwa von Ärzten im Umgang mit Frauen bzw. mit Männern) wäre ein Aspekt, der mittelfristig auch die Bereitschaft von bestimmten Männern für Selbsthilfe befördern könnte.

8. Fazit und Ausblick: ein Plädoyer für Gelassenheit

Die Frage danach, ob Männer eine schwer erreichbare Zielgruppe sind, kann eindeutig mit Jein beantwortet werden. Anstatt alle Männer über einen Kamm zu scheren, sollten wir wie sonst auch üblich die Zielgruppe Männer in weitere Unterzielgruppen aufteilen, die mit unterschiedlichen Methoden erreichbar sind. Statt den Männern ihr Gesundheitsverhalten vorzuwerfen, sollten Kontaktstellen unterschiedliche Zugänge ausprobieren und analysieren, was davon für wen funktioniert und was warum nicht.

Oben wurden manche Zugänge innerhalb der Kontaktstellenarbeit beschrieben und Ideen zu anderen Zugängen geschildert. Einen Königsweg gibt es nicht, doch sind meines Erachtens die Selbstreflektion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die geschlechtsspezifische Ausdifferenzierung unserer Angebote, Veranstaltungen und Informationen eine zentrale Voraussetzung, um die selbstverständlichen und zu wenig hinterfragten Gewissheiten in der Selbsthilfeförderung zu reflektieren. Dafür wäre ein gemischtgeschlechtliches Team eine Voraussetzung. Eine andere Voraussetzung wäre ruhige Analyse und ein Mehr an Gelassenheit, anstatt in hektische Aktivitäten zu verfallen, weil wir eine tatsächliche oder vermeintliche „schwer erreichbare“ Zielgruppe (noch) nicht erreichen.

Frank Omland, Jg. 1967, Dipl. Sozialpädagoge (FH). Seit 2001 als Selbsthilfeberater in der KISS-Altona, Hamburg, tätig. Schwerpunkte: Sucht, Männergesundheit, Internetabhängigkeit.

9. Literaturverzeichnis

AG-MännerGesundheit (HG) 2006. Dokumentation. 3. Hamburger MännerGesundheitsTage. Denken Handeln Verändern. Hamburg (www.mgt2006.maennerzeitung.de)

AG-MännerGesundheit (Hg) 2007. Dokumentation. Männer bewegen Gesundheit bewegt Männer. Hamburg (www.agm2007.maennerzeitung.de)

Anonyme Alkoholiker. Informationen für die Öffentlichkeit. Altdorf 2001.

Bado e.V. (Hg.) 2007. Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2006 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg

Beier, S. 2007. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: Stiehler, M., Klotz, Th. (Hg.). Männerleben und Gesundheit. Weinheim und München, S. 75-89.

Bentheim, A. 2003. Gesundheit für Männer und Jungen ist mehr als zeitgeistiges Bodywork und Wellness. In: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hg.). Stadtpunkte, Nr. 2 (Mai 2003), S. 17-18.

Bentheim, A., Haase, A. 2007. Männergesundheit und Gender Mainstreaming. In: Stiehler, M., Klotz, T. (Hg.). Männerleben und Gesundheit – Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim, S. 261-270.

Borghetto, B., Kolba, N. 2007. Männer und Frauen helfen sich und anderen anders. Die Genderperspektive in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. In: Zeitschrift der BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen e.V. Nr. 4 / 2007, S. 18-20.

DAK Gesundheitsreport 2008. Hamburg.

Suchtselbsthilfe der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen. 2004. Erhebung 2003. Angebote Leistungen Mitarbeiterstruktur demografische Merkmale. Kassel.

Institut für Demoskopie Allensbach. 2006. Studie zur Männergesundheit 2006. Allensbacher Repräsentativerhebung im August / September 2006 im Auftrag von Men's Health. Bericht. Allensbach.

Klein, S. 2005. Leitung in Selbsthilfegruppen zwischen Chance und Überforderung. Überlegungen aus der Geschlechterperspektive. In: Deutsche

Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Geschlechterperspektive in der Selbsthilfe. Gießen, S. 64-72.

Neubauer, G., Winter, R. 2006. Jungen und Männer in Balance. Männliche Zugänge zu Entspannung und Stressbewältigung. In: Kolip, P., Altgeld, T. (Hg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim und München, S. 181-192.

Omland, F. 2007. Männer, Gesundheit, Selbsthilfe. In: Stiehler, M., Klotz, T. (Hg.). Männerleben und Gesundheit. Weinheim und München, S. 253-260.

Selbsthilfezeitung der Kontaktstellen in Hamburg.

„Suchtselbsthilfe in Bewegung“ – ein Angebot der ELAS-Suchtselbsthilfe zur Stützung eines abstinenten Lebensstils. In: SHZ 105, S. 18. Anbieter: Karl Georg Wolff.

Switchboard – Zeitschrift für Männer und Jungenarbeit.
(www.maennerzeitung.de)

Trojan, A., Estorff-Klee, A. (Hg.). 2004. 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und –bedarf am Beispiel Hamburg. Münster.

Trio Virulent: Kann man Männer beraten? Bedingungen männerspezifisch niedrigschwelliger psychosozialer Beratung. In: BauSteineMänner (Hg.). Kritische Männerforschung. Neue Ansätze in der Geschlechtertheorie. Berlin, Hamburg 1996, S. 249-280.

Weikert, M. 2006. Männergesundheit – Männer und Gesundheit – Fremde Welten? In: Geschlecht oder Gesund? Männer und Gesundheit. Dokumentation einer Fachtagung des Forums Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse und der Heinrich-Böll-Stiftung am 20. / 21. Mai 2005 in Berlin. Heinrich-Böll-Stiftung / Forum Männer in Theorie und Praxis der Geschlechterverhältnisse (Hg.). Berlin, S. 7-12.