



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Bachelorarbeit

Soziale Arbeit in der Suchtberatung am Beispiel von trans*Personen

Kamilla Stumpe



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences



Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice-Salomon-Hochschule Berlin im Januar 2022.

Zitiervorschlag

Stumpe, Kamilla (2022): Soziale Arbeit in der Suchtberatung am Beispiel von trans*Personen. Verfügbar unter:

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4813>



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International \(CC BY-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Kamilla Stumpe
Matrikelnummer: 47592

Soziale Arbeit in der Suchtberatung am Beispiel von trans*Personen

Bachelorarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

» Bachelor of Arts « (B.A.)

Im Studiengang

» Soziale Arbeit «

an der

“Alice-Salomon“-Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin

University of Applied Sciences

eingereicht im Wintersemester 2021

am 05.11.2021

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Rita Hansjürgens

Zweitgutachterin: Frau Laura Uhl

Abstract

Auf der Grundlage einer Literaturrecherche setzt sich diese Bachelorarbeit mit den Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung auseinander. Dabei wird die besondere Situation von trans*Personen betrachtet. Die vorliegende Arbeit wirft einen kritischen Blick auf diverse Zuschreibungen, welche bei der näheren Betrachtung der Themenkomplexe Sucht und trans* aufkommen. Einführend wird der Themenkomplex Sucht näher betrachtet, sowohl anhand der Klassifikation nach ICD-10, als auch diverser Betrachtungsweisen von Sucht und deren Auswirkungen auf Betroffene. Darauffolgend wird die Soziale Arbeit in der Suchthilfe verortet und die spezifischen Aufgaben in einer Suchtberatungsstelle werden herausgestellt. Im Anschluss wird die Genderdebatte aufgegriffen. Am Beispiel des Themenkomplexes trans* wird sich der Klassifikation nach ICD-10 sowie weiteren rechtlichen Grundlagen und deren Auswirkungen auf trans*Personen gewidmet. Aufbauend auf den Themenkomplexen wird Sucht als dysfunktionale Bewältigungsstrategie betrachtet. Anhand von diversen Studien werden die Diskriminierungs-, Stigmatisierungs- und Pathologisierungserfahrungen von trans*Personen verdeutlicht. Diese haben zur Folge, dass sich besondere Belange von trans*Personen in der Suchtberatung ergeben, welche wiederum die Soziale Arbeit vor gesonderte Handlungsanforderungen stellen. Diese werden, ebenso wie praktische Lösungsansätze, herausgearbeitet.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	
Einleitung	1
1. Annäherung an den Begriff Sucht	4
1.1 Substanzgebundene und substanzungebundene Sucht	6
1.2 Klassifikation nach ICD-10	8
1.3 Entstehung von Sucht.....	10
1.4 Sucht als Krankheit.....	11
1.5 Verschiedene Perspektiven auf Sucht.....	13
1.6 Behandlungsmöglichkeiten von Sucht.....	14
2. Soziale Arbeit im multidisziplinären Feld der Suchthilfe.....	16
2.1 Suchtberatung im System Suchthilfe.....	18
3. Erläuterung der Genderdebatte.....	22
3.1 Binäres Geschlechtersystem	23
3.2 Trans*	24
3.2.1 Klassifikation nach ICD-10	26
3.2.2 Geschlechtsangleichende Maßnahmen	28
3.2.3 Rechtliche Verortung von trans*Personen in Deutschland	29
3.3 Gender in der Sozialen Arbeit	30
4. Substanzkonsum und Geschlecht	31
5. Sucht als dysfunktionale Bewältigungsstrategie	34
5.1 Lebensweltorientierung nach Thiersch.....	38
5.2 Besondere Risikofaktoren von trans*Personen	39
5.2.1 Studien zu trans*Personen	40
6. Diversitysensible Beratung in der Suchthilfe.....	43
6.1 Belange von trans*Personen in der Suchtberatung.....	45
6.2 4be TransSuchtHilfe	46

7. Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung	47
7.1 Handlungsoptionen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene	52
8. Fazit und Ausblick	56
Literaturverzeichnis	60
Buchquellen	60
Internetquellen	62
Erklärung zur selbstständigen Anfertigung	69

Einleitung

Sucht ist sowohl geschichtlich als auch kulturell ein vielbetrachtetes Thema und begleitet unsere Gesellschaft seit vielen Jahrhunderten (vgl. Laging 2018:16). Eine Suchterkrankung wirkt sich bei Betroffenen allumfassend auf deren Lebenswelt aus und hat somit vielseitige soziale Folgen (vgl. Laging 2018: 37). Während das Bier oder das Glas Wein am Abend vermutlich für große Teile der Gesellschaft als ‚normal‘ angesehen werden, zieht der übermäßige Konsum von Substanzen Stigmatisierungsprozesse mit sich und kann dazu führen, dass Betroffene in der gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt beziehungsweise ausgegrenzt werden (vgl. Laging 2018: 17). Unterstützung bei dem Ausstieg aus der Sucht können Menschen in der Suchthilfe bekommen (vgl. Tretter 2017: 192ff.).

Durch meine Praxisphase in einer Suchtberatungsstelle habe ich einen intensiven Einblick in die Suchthematik erlangen und ein weitreichendes Interesse entwickeln können. Mit den genderspezifischen Gegebenheiten bei Suchterkrankungen habe ich mich durchgängig konfrontiert gefühlt. Bei meiner Recherche wurde schnell deutlich, dass die genderspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung, Auswirkungen und Verhaltensweisen bei Suchterkrankungen auf die Individuen im Rahmen eines binär gedachten Geschlechtersystems bereits vielfältig erforscht sind. Aufmerksam wurde ich auf die Gegebenheit, dass der Forschungsstand bezüglich dieses Themas bei Menschen, welche sich nicht in dem binären Geschlechtersystem wiederfinden, sich beispielsweise als trans* identifizieren, häufig nicht gesondert berücksichtigt werden (vgl. Vogt 2021: 22, 33). Und dies obwohl die Themen der Geschlechtsidentität und der geschlechtlichen Vielfalt vor allem in den letzten Jahren an gesellschaftlicher Bedeutung gewonnen haben. Mit der aktuellen Überlegung, ein Verbot der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Identität im Grundgesetz aufzunehmen (vgl. Käppeler 2021), werden die Ausmaße der Diskriminierungsbelastungen, welche Personen mit einer nicht binären Geschlechtsidentität erfahren, deutlich. Es stellt sich die Frage, ob diese Erfahrungen mitunter ein Grund für die höhere Vulnerabilität von trans*Personen hinsichtlich Suchterkrankungen sein können.

Aus diesen Erkenntnissen heraus entwickelte sich die thematische Ausrichtung meiner Bachelorarbeit. Den größten Teil des Personals in der Suchthilfe macht das Fachpersonal mit sozialarbeiterischem Hintergrund aus (vgl. Arnold 2020: 30f.; Laging 2018: 167), zu welchem auch ich mich nach Erlangung meines Bachelors zählen werde. Insofern stellen sich Fragen, wie Sozialarbeiter:innen in der Suchtberatung trans*Personen angemessen erreichen können und welche Erfahrungen trans*Personen gegebenenfalls mit in ein Beratungssetting bringen, die gesondert beachtet werden sollten. Folglich wird sich in der vorliegenden Arbeit der Frage gewidmet: „Inwiefern bestehen Risiken bei trans*Personen hinsichtlich der Entwicklung einer Suchterkrankung und welche Handlungsanforderungen ergeben sich daraus an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung?“.

In der Ausarbeitung erfolgt eine literaturgestützte Annäherung der dazugehörigen einzelnen Themenbereiche. Im Sinne des methodischen Vorgehens werden die einzelnen bedeutsamen Themenkomplexe einführend beleuchtet und anschließend mit ausgewählten Schwerpunkten zusammengeführt. Daraus werden unterschiedliche Hypothesen entwickelt, welche schlussendlich in einem Fazit mit eingebunden werden.

Einführend wird das Thema Sucht beleuchtet. Dies umfasst mitunter die Darstellung der Klassifikation nach dem ICD-10, die Auffassung von Sucht als Krankheit und damit einhergehende Rollenerwartungen an Kranke, sowie die soziale Konstruktion von Sucht. Weiterführend werden die diversen Behandlungsmöglichkeiten kurz dargestellt. Aufbauend darauf wird erläutert, welche Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchtberatung zukommen und wie diese zu einer Verbesserung der Lebenssituation von Individuen beitragen kann. Weitergehend werden die Themen Gender und die Auswirkungen eines binären Geschlechtersystem beleuchtet. Im Spezifischen wird die Situation von trans*Personen näher betrachtet. Dazu werden die vielfältigen Diskriminierungs- und Pathologisierungsmöglichkeiten, welche sich durch die Klassifikation nach dem ICD-10 und weitere rechtliche Aspekte ergeben, herausgearbeitet.

Das Zusammenspiel von Substanzkonsum und Geschlecht wird im weiteren Verlauf herausgestellt. Darauf aufbauend werden die Themenkomplexe Sucht und trans* zusammengeführt und die Suchtentwicklung wird im Sinne einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie betrachtet. Dazu wird das Konzept der

Lebensweltorientierung von Thiersch herangezogen. Die Betrachtung der besonderen Risikofaktoren von trans*Personen, welche eine Suchterkrankung möglicherweise begünstigen können, erfolgt mittels einschlägiger Studien.

Die Soziale Arbeit findet sich vielfältig in den Themenbereichen von Sucht und Gender wieder und es werden fortlaufend die Verbindungen und Ansatzpunkte herausgestellt. In der Zusammenführung der Themenkomplexe Sucht und trans* wird die Bedeutung von diversitysensibler Beratung in der Suchthilfe näher beleuchtet. Mittels einer Erweiterung des Kompetenzprofils für Soziale Arbeit in der Suchtberatung (vgl. Hansjürgens 2016: 51ff.) werden konkrete Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung von trans*Personen herausgestellt, welche sich aus der eingehenden Betrachtung der umfassenden Erfahrungen von Stigmatisierung, Diskriminierung und Pathologisierung von trans*Personen ergeben. Folglich werden anhand von verschiedenen Ebenen praktische Handlungsmöglichkeiten herausgearbeitet. Die abschließenden Erkenntnisse bündeln in einem Fazit.

Ziel dieser Arbeit ist es, ein umfassendes Bild von Sucht und der Lebenswelt von trans*Personen zu schaffen und durch praktische Anregungen zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit den Themen zu ermutigen und somit einen Beitrag zur Entstigmatisierung der Themenbereiche zu leisten. Weiterhin ist es ein Ziel, durch diese Ausarbeitung eine Motivation für spezifische Forschung in diesem Feld zu schaffen, welche zu einem höheren Verständnis und besseren Angebotsstrukturen verhelfen kann.

Einer geschlechtergerechten Sprache, welche alle Geschlechter diskriminierungsarm adressiert, wird in der vorliegenden Arbeit durch Verwendung des typographischen Zeichens des Doppelpunktes (:) nachgekommen (z.B. Berater:innen). Der Asterisk (*/Sternchen) berücksichtigt jegliche Identitätsformen (z.B. trans*Personen). Weiterhin wird sich um eine nicht diskriminierende und nicht pathologisierende Wortwahl bemüht.

1. Annäherung an den Begriff Sucht

*„Sucht kommt nicht von Drogen, sondern von betäubten Träumen, verdrängten Sehnsüchten, verschluckten Tränen und erfrorenen Gefühlen.“
(Bilstein/Voigt 1991: 6 nach: Sebastian-Finsterwalder-Gymnasium
Rosenheim o.D.)*

Im Sinne einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung, steht mitunter eine Definition von Begrifflichkeiten am Anfang des Prozesses. Da ein Oberthema dieser Arbeit die Sucht darstellt, erfolgt eine Annäherung des Begriffes. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es keine einheitliche Definition von dem Begriff ‚Sucht‘ gibt. Folglich wird somit versucht, verschiedene Aspekte des Themas Sucht zu beleuchten.

Der Duden nennt zu dem Begriff ‚Sucht‘ drei Bedeutungen (vgl. Bibliographisches Institut GmbH o.D.):

1. Eine krankhafte Abhängigkeit von einem bestimmten Genuss- oder Rauschmittel (zum Beispiel Alkohol),
2. ein übersteigertes Verlangen nach etwas, welches auch eine Handlung darstellen kann (zum Beispiel Sucht nach Vergnügen),
3. Eine Krankheit (z.B. Epilepsie, welche früher als ‚fallende Sucht‘ bezeichnet wurde, Schwindsucht, Nesselsucht etc.).

Im althochdeutschen stand der Begriff ‚suht‘ weiterhin für eine Krankheit und leitet sich von ‚sichen‘ ab (vgl. Bibliographisches Institut GmbH o.D.).

Die Caritas schreibt überdies in einem Glossar: „Sucht ist die umgangssprachliche Bezeichnung für die Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten“ (Caritas o.D.).

Dass es keine generell gültige Definition von Sucht gibt, zeigt sich ebenfalls mit Hinblick auf die Tatsache, dass die Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-10¹ unterschiedliche Kriterien für die Diagnose einer Suchterkrankung bereitstellen. Die Untergliederung in Abhängigkeit und schädlichen Gebrauch legt nahe, dass es sich bei Sucht um eine soziale, wie ebenso moralische Kategorie handelt, welche zu unterschiedlichen Zwecken verwendet wird. Schmidt-Semisch (2019) beschreibt dies wie folgt: „[...] ‚Sucht‘ [wird] dann als soziale und auch moralische

¹ Siehe Kapitel ,1.2 Klassifikation nach ICD-10‘

Kategorie von sozialen Akteuren benutzt, um Verhaltensweisen einzuordnen und Personen zu positionieren, um sich abzugrenzen oder andere auszugrenzen, um Verantwortlichkeiten zuzurechnen und Behandlungskosten abzurechnen, um sich zu empören oder zu solidarisieren usw.“ (Schmidt-Semisch 2019: 146).

Sucht, beziehungsweise die Diagnosestellung einer Suchterkrankung, lässt sich daher auch als ein Resultat von Machtkonstellationen verstehen, wenn bedacht wird, wer in sozialen Geflechten über die Macht der Definition und Verwendbarkeit verfügt (meistens entsprechende Expert:innen und Fachkräfte) (vgl. Laging 2018: 153; Schmidt-Semisch/Dollinger 2018: 37). Ebenso handelt es sich um ein Resultat aus soziokulturellen Entwicklungen hinsichtlich der unterschiedlichen Gesetzeslagen in den Ländern der Welt gegenüber den diversen psychoaktiven Substanzen (vgl. Schmidt-Semisch/Dollinger 2018: 37). Nachgehend erfolgt eine Gegenüberstellung von dem Begriff ‚Sucht‘ mit dem Begriff ‚Abhängigkeit‘. In Fachkreisen besteht keine eindeutige Einigkeit bezüglich der Verwendung des Sucht- oder Abhängigkeitsbegriffes. So beschreibt Laging (2018), dass der Begriff ‚Sucht‘ nicht nur negativ besetzt ist, sondern außerdem die Diskriminierung und Marginalisierung der betroffenen Menschen vorantreiben kann, ebenso wie Stigmatisierungsprozesse intensivieren kann und nicht zu einem unvoreingenommenen Umgang beiträgt (vgl. Laging 2018: 14).

Der Begriff ‚Abhängigkeitserkrankung‘ wurde ab den 1990er Jahren gegenüber dem Begriff ‚Sucht‘ zunehmend favorisiert, allerdings lässt sich feststellen, dass aktuell der Begriff ‚Sucht‘ wieder zunehmend an Bedeutung findet, sowohl umgangssprachlich, als auch im Fachjargon (vgl. Arnold 2020: 7-8). Auch Laging (2021) beschreibt einen synonymen Gebrauch der genannten Begriffe und begründet die stärkere Verwendung des Sucht-Begriffs weiterhin mit der Erklärung für zugrundeliegende Konstrukte (vgl. Laging 2021: 14f.) und führt an: „Es gibt ein Suchthilfesystem in Deutschland, aber kein Abhängigkeitssystem“ (Laging 2021: 15).

Es herrschen rege Diskussion „[...] auf unterschiedlichen Ebenen (Fachöffentlichkeit, medial, unter Betroffenen, z.B. Anonymen Alkoholikern) [...]“ (Laging 2018: 16) darüber, inwiefern Sucht eine Erkrankung ist, welche einen ‚treffen‘ kann, wie zum Beispiel Krebs, Rheuma, etc., oder „ob es sich bei der Sucht nicht doch zum großen Teil um eine Art moralisches Fehlverhalten handelt“

(Laging 2018: 16). Diese Thematik wird im Kapitel ‚1.4 Sucht als Krankheit‘ näher beleuchtet.²

Eine Suchterkrankung wirkt sich bei den Betroffenen meist auf viele Bereiche in deren Leben aus, somit lassen sich nicht nur neurobiologisch gesehen Veränderungen in den Gehirnarealen feststellen, welche mit dem Prozess der Suchtentwicklung verbunden sind³, sondern auch psychische und körperliche Probleme bis hin zur psychischen und körperlichen Abhängigkeit, welche sich durch folgende Symptome zeigen kann: craving⁴, Kontrollverlust, Interessenverlust, Stimmungsschwankungen und Entzugserscheinungen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Konzentrationsverlust, sowie soziale Probleme (z.B. Verheimlichen des Konsums vor Familienangehörigen/ Ehepartner:innen/ Freund:innen, Arbeitsverlust, Vereinsamungstendenzen) (vgl. Tretter 2017: 1ff.; Neurologen und Psychiater im Netz o.D.).

Dies verdeutlicht, dass Sucht meist mehr darstellt, als eine bloße körperliche oder psychische Abhängigkeit, vielmehr entsteht diese aus einem Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer/gesellschaftlicher Einflüsse. Diese Gegebenheit fordert multidisziplinäre Antworten (vgl. Laging 2018: 7; Ullrich 2018a: 211).

1.1 Substanzgebundene und substanzungebundene Sucht

Bei der Betrachtungsweise von Suchtverhalten ist die zugrundeliegende Abhängigkeit von der spezifischen Substanz (Substanzgebundene Sucht) oder der Verhaltensweise (Substanzungebundene Sucht) entscheidend.

Bei den substanzgebundenen Süchten ist der Konsum von psychoaktiven Substanzen vorausgesetzt und es lässt sich grundsätzlich eine Unterscheidung in legale und illegalisierte Substanzen festhalten (vgl. Laging 2018: 15).

In Deutschland sind legale Substanzen Alkohol, Zigaretten und Medikamente, wobei der Konsum von Medikamenten meistens einen Ärzt:innenbesuch und somit die Interaktion mit einer ärztlichen Praxis und die Einschätzung eines

² Vorangehend lässt sich sagen, dass in dieser Arbeit die Auffassung von Sucht als Erkrankung geteilt wird.

³ Ausführliche Informationen zu den Gehirnmechanismen der Sucht finden sich bei Tretter 2017: 111-137.

⁴ Zu Deutsch „Verlangen“, bezeichnet in diesem Kontext ein intensives Verlangen nach (dem Konsum) einer Substanz.

Menschen mit fachärztlicher Ausbildung voraussetzt⁵ (vgl. Vogt 2021: 13). Als illegalisierte Substanzen in Deutschland zählen alle Substanzen, welche unter das Betäubungsmittelgesetz fallen (siehe Anlage I-III zu § 1 Abs. 1 BtMG). Um nur einige Beispiele zu geben, zählen hierzu Cannabis, Kokain, Halluzinogene (u.a. LSD, Meskalin) und Opioide (u.a. Heroin, Codein). Der Erwerb, Besitz und Handel von und mit diesen Substanzen stellt eine strafbare Handlung dar. Der Konsum an sich ist jedoch nicht strafbar (vgl. §§ 29ff. BtMG). Anzumerken sind weiterhin die unterschiedlichen psychischen Wirkweisen von psychoaktiven Substanzen, wobei diese überwiegend aktivierend, sedierend oder psychodysleptisch⁶ wirken können (vgl. Tretter 2017: 40f.; Laging 2018: 36ff.).⁷ Drogen, also alle natürlichen oder pflanzlichen, ebenso wie chemisch hergestellten Substanzen, werden von Menschen konsumiert um eine Veränderung der Sinneswahrnehmungen, des Empfindens und des Bewusstseins hervorzurufen (vgl. Vogt 2019: 310). Es handelt sich dabei um psychoaktive Substanzen, welche „[...] in biochemische Prozesse im Zentralnervensystem und in anderen Körperregionen eingreifen und diese kurz- und langfristig beeinflussen und verändern können“ (Vogt 2019: 310). Bei den substanzungebundenen Süchten steht im Zentrum des Suchtgeschehens ein bestimmtes Verhalten (vgl. Laging 2018: 15). Unter diesen lässt sich zum Beispiel pathologisches Spielen (umgangssprachlich auch als ‚Glücksspielsucht‘ bezeichnet) verstehen. Weitere zwanghafte Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Kaufsucht oder auch Sexsucht, werden von den medizinischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 nicht in der Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen erfasst (vgl. Laging 2018: 15).⁸ Hinsichtlich der Betrachtungsweise einer multifaktoriellen und komplexen Entstehung einer Suchterkrankung⁹, welche auf einer gewissen Psychodynamik basiert und nicht nur auf dem bloßen Substanzkonsum, sind substanzgebundene Süchte mit substanzungebundenen Süchten vergleichbar (vgl. Laging 2018: 15,

⁵ Zu beachten ist hierbei ebenfalls, dass es zu Überschneidungen kommen kann, da zum Beispiel Opioide sowohl in Form von Medikamentenvergabe (legal) als auch von missbräuchlichem Konsum (illegal) zu einer Abhängigkeitserkrankung führen können (vgl. Laging 2018: 15).

⁶ Bezeichnet seelische Enthemmung.

⁷ An dieser Stelle sei ebenfalls darauf verwiesen, dass Substanzen mehrere Wirkarten besitzen können (z.B. in niedriger Dosierung eher anregend und in hoher Dosierung eher dämpfend) und dass „der Effekt einer Droge vom Zustand des Konsumenten und von der Situation abhängt“ (Tretter 2017: 39).

⁸ Siehe Kapitel ,1.2 Klassifikation nach ICD-10‘.

⁹ Siehe Kapitel ,1.3 Entstehung von Sucht‘.

24-35; Arnold 2020: 9). Dies wiederum spricht dafür, dass auch substanzungebundene Süchte als Abhängigkeitserkrankungen betrachtet werden können. Auf diese Thematik wird im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht vertiefend eingegangen. Weiterhin wird in der folgenden Arbeit der Fokus auf substanzgebundene Süchte gesetzt.

1.2 Klassifikation nach ICD-10

Das ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sind die weltweit für die Klassifikation und Diagnosestellung zur Verfügung stehenden medizinischen Klassifikationssysteme (vgl. Güldenring 2015: 34).

Das aktuell gültige ICD-10 wird von der World Health Organisation (WHO) herausgegeben und ist eines der wichtigsten Diagnoseklassifizierungssysteme in der Medizin (vgl. Arnold 2020: 8). Es berücksichtigt sowohl somatische als auch psychische Störungen (vgl. Güldenring 2015: 34). Weiterhin stellt das ICD-10¹⁰ die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und in der stationären Versorgung in Deutschland dar. Nach § 295 SGB V sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, Diagnosen nach dem aktuell gültigen ICD zu verschlüsseln. In der vorliegenden Arbeit wird daher ausschließlich das ICD berücksichtigt.

Im Kapitel V werden Psychische und Verhaltensstörungen klassifiziert. In der Unterkategorie F10-F19 finden sich psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (vgl. Dilling et al. 2015: 110). Unterschieden wird bei der Codierung in die jeweilige Substanz, zum Beispiel F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (vgl. Dilling et al. 2015: 107). Es wird nicht zwischen dem rechtlichen Status hinsichtlich der Substanz unterschieden, da legale Substanzen, illegale Substanzen und Medikamente gleichrangig aufgenommen sind (vgl. Laging 2018: 15). Weiterhin werden diverse klinische Erscheinungsbilder angegeben, zum Beispiel F1x.0 akute Intoxikation, F1x.1 schädlicher Gebrauch und F1x.2 Abhängigkeitssyndrom (vgl. Dilling et al. 2015: 110ff.). Unter schädlichem Konsum versteht das ICD-10 „Ein Konsummuster

¹⁰ Bezogen wird sich hier und im Folgenden auf das ICD-10 unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015 (Dilling et.al. 2015).

psychotroper Substanzen, das zu Gesundheitsschädigung führt“ (Dilling et al. 2015: 113). Diese kann sowohl als körperliche Störung (z.B. Hepatitis nach Injektion einer Substanz) oder ebenfalls als psychische Störung (z.B. depressive Episode nach massivem Konsum) auftreten (vgl. Dilling et al. 2015: 113). Der schädliche Konsum kann ebenfalls als „Missbrauch psychotroper Substanzen“ (Dilling et al. 2015: 114) betitelt werden.

Unter dem Abhängigkeitssyndrom versteht das ICD-10 „eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz [...] für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden“ (Dilling et al. 2015: 114). Weiterhin wird als „entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit [...] der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente [...], Alkohol oder Tabak zu konsumieren“ (Dilling et al. 2015: 114) angegeben.

Eine Abhängigkeit wird nach dem ICD-10 anhand von sechs Kriterien definiert, von welchen, innerhalb der zurückliegenden 12 Monaten, mindestens drei erfüllt gewesen sein müssen. Die Kriterien sind die Folgenden (vgl. Dilling et al. 2015: 115):

- Ein starker Wunsch und/oder Zwang, die Substanz zu konsumieren;
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Menge und/oder der Beendigung des Konsums;
- körperliche Entzugssymptome bei Verringerung oder Beendigung des Konsums;
- Entwicklung einer Toleranz bzw. Steigerung der Dosis;
- erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen, verbunden mit der Vernachlässigung anderer Interessen und
- fortgesetzter Konsum trotz schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen.

Ausführliche Informationen zu dem Thema der Codierung von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen findet sich bei Dilling/Freyberger 2019.

1.3 Entstehung von Sucht

Hinsichtlich der Frage, wie sich eine Suchterkrankung entwickelt, gibt es zahlreiche Modelle aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. So liegen Theorien aus der Psychologie, der Soziologie, der Medizin, ebenso wie aus den Gesundheitswissenschaften und der Wissenschaft Sozialer Arbeit vor (vgl. Laging 2018: 24). In diesen wird durch verschiedene Erklärungsansätze erläutert welche Faktoren eine Suchtentwicklung begünstigen können.

Weiterhin spielen soziokulturelle Faktoren, die Genetik (biologische Faktoren), psychische und kulturelle Faktoren eine Rolle bei den Ursachen und der Entstehung von Sucht (vgl. Tretter 2017: 50). Um Sucht in seinen Entstehungsbedingungen zu verstehen, ist es wichtig, sich im Einzelfall mit diesen Faktoren auseinanderzusetzen (vgl. Tretter 2017: 49f.). Es gibt diverse Modelle¹¹, welche sich tiefergehend mit der Betrachtung der Faktoren auseinandersetzen. Um nur einige zu nennen, seien hier angefügt, das Zwei-Faktoren-Modell, das Drei-Faktoren-Modell, Multifaktorenmodelle und die Betrachtung von Risikofaktoren und Schutzfaktoren (vgl. Tretter 2017: 51-57).

Hinsichtlich der Betrachtungsweise, dass es ein Grundbedürfnis jedes Menschen ist, Lustzustände anzustreben und Schmerzzustände zu umgehen, liegt es nahe, dass psychoaktive Substanzen zur (vermeintlichen) Verbesserung der jeweiligen Lebenssituation konsumiert werden. Nimmt jedoch die Verhaltensweise des Konsums einer Substanz Überhand, stellen sich (unerwünschte) Nebenwirkungen ein (vgl. Tretter 2017: 1ff).

Schneider (2017) führt die Gründe für Substanzkonsum auf die folgenden psychologischen Grundbedürfnisse zurück (vgl. Schneider 2017: 118ff.):

- Bindung: das Knüpfen von Bekanntschaften, die Lockerung des Zusammenseins, Zugehörigkeitsgefühl
- Selbstwert: sich wohlfühlen, Unabhängigkeit demonstrieren
- Kontrolle und Orientierung: die Bewältigung von Unsicherheit oder Stress
- Lustgewinn/Unlustvermeidung: positive Gefühle und Erlebnisse verstärken

¹¹ Ausführliche Informationen zu diesen finden sich bei Tretter 2017: 51-73.

Wird aus dem Substanzkonsum ein positiver Gewinn gezogen, verknüpft das Gehirn den Konsum mit dem Belohnungssystem. Dies kann dazu führen, dass dieses Verhalten häufiger und/oder intensiviert wird (vgl. Schneider 2017: 121f.). Folglich kann es somit zu einem missbräuchlichen oder abhängigen Verhalten kommen. Eine Suchterkrankung kann sich daher über einen unterschiedlich langen Zeitraum entwickeln.

Die Entstehung einer Suchterkrankung wird in dieser Arbeit weiterhin mit einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie zusammengeführt und findet sich ausführlich in dem Kapitel ‚5. Sucht als dysfunktionale Bewältigungsstrategie‘.

1.4 Sucht als Krankheit

Die Entstehung einer Abhängigkeit von Suchtmitteln wurde lange Zeit als individuelles Versagen, im Sinne einer moralisierenden Deutung, gesehen (vgl. Arnold 2020: 9; Laging 2018: 13; Kemper 2020: 46ff.). Der Status des ‚Krankseins‘, welcher als entlastend wahrgenommen werden kann, wird Suchterkrankten somit häufig abgesprochen (vgl. Arnold 2020: 15). Dies kann weiterhin dazu führen, dass eine Krankheitseinsicht und die Annahme von Hilfen sich verzögern können (vgl. Arnold 2020: 15; Ullrich 2018b: 456). Inwiefern es sich um ein individuelles Versagen oder eine Krankheit handelt, ist eine Debatte, welche „[...] bis heute durchaus auch unter hegemonialen Aspekten geführt wird“ (Hansjürgens 2018a: 27f.). Dennoch ist das Verständnis von Abhängigkeit als Krankheit im System der suchtbefugten Hilfen in Deutschland überwiegend vorzufinden (vgl. Hansjürgens 2018a: 29).

Durch ein Urteil des Bundessozialgerichts im Jahr 1968 wurde Sucht in Deutschland als Krankheit anerkannt und somit eine rechtliche Basis geschaffen. Dies hat den Zugang zu dem Versorgungssystem der gesetzlichen Sozialversicherungen (im Besonderen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung¹²) ermöglicht und verfügt somit über sozialrechtliche Folgen und Ansprüche (vgl. Arnold 2020: 9; Laging 2018: 13). Demzufolge ergibt sich

¹² Die Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘ vom 04.05.2001 regelt die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern und der Krankenkasse bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung). Neben der Beschreibung der Anforderungen an die Einrichtungen der medizinischen ambulanten und medizinischen Rehabilitation, den Zielvorstellungen in Verbindung mit eben dieser und der Abgrenzung von Zuständigkeiten wird in dieser auch die Grundlage für eine gemeinsame Kostenpauschale gelegt (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2013).

die Finanzierung des Suchthilfesystems aus diesem Urteil (vgl. Hansjürgens 2018a: 28f.). Sucht gilt folglich ebenso als „[...] regelwidriger Körper- oder Geisteszustand [...]“ (Arnold 2020: 10), welcher gewissermaßen von der ‚Normalität‘ der Gesundheit abweicht. Mit dieser Annahme folgen gewisse individuelle Vorstellungen an ‚kranke‘ Menschen, im Sinne davon, welchen Anteil diese am Krankheits-, wie auch am Genesungsprozess tragen und tragen sollen (vgl. Laging 2018: 16).

Arnold greift bei der Darstellung der Krankenrolle und der Funktion von Krankheit auf die Handlungstheorie von Talcott Parson zurück. Danach wird eine Krankheit sowohl sozial, als auch biologisch bestimmt und stellt einen Zustand der Störung des gesellschaftlich als normal empfundenen Funktionierens dar (vgl. Arnold 2020: 12). Verbunden mit der Rolle eines kranken Menschen sind institutionalisierte Erwartungen. Die Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen gegenüber sozialen Handlungspartner:innen hat für die kranke Person nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten zur Folge (vgl. Arnold 2020: 13). Weiterhin wird die Möglichkeit der Annahme von Hilfen geschaffen, durch die Auffassung, dass die Genesung nicht nur über reine Willenskraft erreicht werden kann (vgl. Arnold 2020: 13). Allerdings tritt demnach auch die Verpflichtungserwartung ein, dass fachspezifische Hilfen aufgesucht werden und Kooperationsbereitschaft gezeigt wird. Diese Aspekte setzen jedoch voraus, dass der betroffene Mensch den Willen des gesund-werdens aktiv verfolgt, wenn der empfundene Leidensdruck stark genug ausgeprägt ist. Sollte dies nicht der Fall sein, kann es zu dem angeführten Absprechen der ‚Krankheits-Rolle‘ kommen (vgl. Arnold 2020: 13ff.).

Weiterhin fügt Hansjürgens (2018a) hinzu, dass es, durch die Zuordnung der Krankenrolle, ebenfalls zu einem vorgeschrieben Verhältnis, sowie einem Machtgefälle zwischen Betroffenen und Behandelnden (auch als Helfer:innen und Hilfebedürftige beschrieben; Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Suchttherapeut:innen) kommen kann (vgl. Hansjürgens 2018a: 30ff.). Durch die Zuschreibung und der damit verbundenen sozialen Unterwerfung wird eine Art soziale Kontrolle entwickelt, welche von den Behandelnden auf die Betroffenen ausgeübt werden kann (vgl. Hansjürgens 2018a: 31).

Deutlich wird in diesem Sinne, dass es sich bei Suchterkrankungen um eine gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, ebenso wie bei

den daraus resultierenden Erwartungen an Personen mit Suchterkrankung, handelt. Die Zuordnung der Krankheit beeinflusst das Verhältnis des Individuums zur sozialen Gemeinschaft und zu dessen Ordnungssystem. Sucht wird somit stigmatisiert und suchtkranke Menschen können Ausgrenzung von gesellschaftlicher Teilhabe erleben. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankung kann ebenfalls ein Hindernis bei der Krankheitsbewältigung darstellen (vgl. Laging 2018: 22).

1.5 Verschiedene Perspektiven auf Sucht

In der Suchthilfe sind die dominanten Diskurse weitestgehend medizinisch und psychologisch bestimmt (vgl. Laging 2018: 169). Es wird daher folgend die bio-medizinische- und die bio-psycho-soziale Perspektive auf Sucht erläutert. Dies erfolgt in komprimiertem Maße und soll einen Einblick verschaffen, mit dem Hintergrund, dass vorherrschende Perspektiven einen Einfluss auf die Arbeit in der Suchthilfe haben können.

Die bio-medizinische Perspektive auf Sucht ermöglicht einen „[...] weitgehend ‚moralfreien‘ und damit entlastenden Blick auf Erkrankungen und Erkrankte“ (Laging 2018: 20).¹³ Die Medizin geht davon aus, dass einer Erkrankung, im Sinne einer zugrundeliegenden Störung, gewisse Symptome folgen und dass erkrankte Menschen nicht für die zugrundeliegende Störung und ebenso nicht für die damit einhergehenden Symptome verantwortlich sind. Daraus lässt sich ein akzeptierender, wertschätzender und verständnisvoller Umgang mit betroffenen Menschen ableiten (vgl. Laging 2018: 17). Dieser ist äußerst bedeutend und wichtig, da eben diese Betrachtungsweise nicht die vorherrschende in der Gesellschaft ist und betroffene Menschen einem hohen Maß an Diskriminierung und Stigmatisierung¹⁴ ausgesetzt sind (vgl. Laging 2018: 17f.). Um Stigmatisierung zu entgehen, verfügen viele suchtkranke Menschen über Verleumdungstendenzen gegenüber der Erkrankung. Diese können dazu führen, dass Hilfe erst spät im Krankheitsprozess wahrgenommen wird. Dies wiederum führt zu Erschwerung möglicher Genesungs- und Bewältigungsprozesse,

¹³ Einwände hinsichtlich der Sichtweise, welche bspw. die soziale Komponente nicht ausreichend berücksichtigt, wird von Laging 2018: 20 aufgegriffen.

¹⁴ Dies wiederum kann als Teufelskreis gesehen werden, da Menschen, welche starke Missbilligung und Diskriminierung erfahren, häufig unter Abhängigkeitserkrankungen leiden (vgl. Laging 2018: 18; Vogt 2021: 54 ff.).

möglicherweise sogar dazu, dass diese nicht angestrebt werden (vgl. Laging 2018: 18).

Die Erweiterung der Betrachtungsweise mit der bio-psycho-sozialen Perspektive fokussiert drei große Bedingungsgefüge bei der Entstehung von Krankheit: biologisch-organisch, psychisch und sozial, welche wiederum in einem andauernden Wechselverhältnis zueinanderstehen und sich gegenseitig bedingen (vgl. Laging 2018: 20). Von hoher Bedeutung ist die Erweiterung der sozialen Perspektive, welche für den weiteren Verlauf dieser Arbeit von großer Wichtigkeit ist. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass das bio-psycho-soziale Modell in der Suchthilfe gebräuchlich ist (vgl. Ullrich 2018a: 211; Liel 2020: 75; Arnold 2020: 8).

Als weitere Perspektive sei die Salutogenetische Perspektive (als Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell) zu erwähnen. Diese profitiert von der Ressourcenorientierung und ermöglicht eine zweiteilige Klassifikation in gesund und krank, und somit ebenfalls eine Zuschreibung der Normwerte (Gesundheit als Normalität und Krankheit als Abnormalität) zu umgehen (vgl. Laging 2018: 20f.). Die Orientierung auf Ressourcen (anstatt auf Defizite) kann Menschen dazu verhelfen, sich diesen bewusster zu werden und sie ebenfalls auszubauen. Die Selbstwirksamkeit kann somit ebenfalls gestärkt werden (vgl. Laging 2018: 21).

1.6 Behandlungsmöglichkeiten von Sucht

In Deutschland besteht grundsätzlich ein gut entwickeltes Angebotsnetzwerk für Menschen, welche Probleme mit Suchtmitteln haben (vgl. Arnold 2020: 20; Wendt 2017: 41; Ullrich 2018b: 455). Dieses wird als Suchthilfesystem bezeichnet. Zu beachten ist hierbei, dass die Ausprägung der Angebote im städtischen und ländlichen Raum stark variiert. Daraus können sich vielfältige Integrationsprobleme für Betroffene ergeben, welche in ihrem Wohnumfeld nicht auf ein ausreichend ausgebautes Angebotsnetzwerk zurückgreifen können (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010: 89). Einführend werden die Hilfestrukturen vorgestellt und weitergehend auf die für diese Arbeit wichtige Instanz der ambulanten Suchtberatung im System Suchthilfe fokussiert.

Betroffene Menschen können an unterschiedlichen Stellen mit dem Suchthilfesystem in Kontakt kommen. Um nur einige zu nennen kann dies in

Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder im Krankenhaus geschehen. Die Ausdifferenzierung des Suchthilfesystems hat zur Folge, dass es verschiedene Kostenträger gibt, welche für die Finanzierung unterschiedlicher Abschnitte einer Suchtbehandlung aufkommen (vgl. Arnold 2020: 27ff.). Die Komplexität des Kostenträgersystems kann dazu führen, dass es zu Unterbrechungen in der Behandlung kommt, welche wiederum das Risiko eines Abbruchs beinhalten (vgl. Wendt 2017: 41f.).

Die beeinflussenden Rahmenbedingungen der Suchthilfe sind mitunter politische-, rechtliche- und finanzielle Bedingungen und Konzepte der Behandlung (vgl. Tretter 2017: 193). Die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen verfügen dabei über eine hohe Bedeutung, da sie die Zuständigkeit bei der Kostenübernahme der Ausführung von diversen Leistungen der Suchthilfe bestimmen. Als Kostenträger sind hier die Krankenkassen (vorrangig für die Entzugsbehandlung), die Träger der Rentenversicherung (vorrangig für die Entwöhnung/Rehabilitation) und die Sozialhilfeträger zu nennen (vgl. Tretter 2017: 193).

Niedrigschwellige Angebote in der Suchthilfe versuchen schadensbegrenzend zu wirken und die Verbesserung der Lebenssituation zu unterstützen. Diese können beispielsweise Kontaktläden, Konsumräume oder Streetwork-Angebote darstellen (vgl. Tretter 2017: 207). Neben institutionalisierten Angeboten, wie zum Beispiel Drogen- und Suchtberatungsstellen, gibt es von Betroffenen selbst verwaltete Angebote (zum Beispiel die AA-Meetings der Anonymen Alkoholiker), an welche Betroffene sich wenden können (vgl. Tretter 2017: 199f.). In Suchtberatungsstellen werden den Betroffenen die diversen Möglichkeiten des Suchthilfesystems erläutert. In Krankenhäusern können Entzugsbehandlungen durchgeführt werden. Die sich daran anschließenden spezifischen Behandlungsangebote beziehungsweise Rehabilitationsmaßnahmen (/Entwöhnungsbehandlungen) für Hilfesuchende lassen sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote aufgliedern und unterscheiden sich nach diesen, sowie der von Hilfesuchenden konsumierten Substanzen in den Beratungsansätzen (vgl. Ullrich 2018b: 456). Daran anschließend können Weiterbehandlungen und Nachsorgeangebote wahrgenommen werden.

Möchte eine Person ihre Suchterkrankung behandeln, ist es für die angesprochene Kostenübernahme unabdingbar, dass diese sich bei einem Arzt

vorstellen, welcher die Erkrankung einschätzen kann. Der Weg in eine Suchtberatungsstelle und die damit verbundene Erstellung eines Sozialberichts und die Antragsstellung sind ebenfalls vorausgesetzt (vgl. Laging 2018: 178f.).

Um eine ambulante Rehabilitation aufnehmen zu können, muss bei Klient:innen die Abstinenzfähigkeit gegeben sein (vgl. Arnold 2020: 21). Dies kann als kritisch betrachtet werden, da diese somit eine Heilung der Krankheit vollziehen müssen, bevor sie Hilfe in Anspruch nehmen können. Andererseits wird die vorläufige Abstinenz durch die Entgiftung erreicht und durch eine sich bestenfalls daran anschließende Rehabilitationsmaßnahme nachhaltig verfestigt (vgl. Arnold 2020: 16). Es ist jedoch fraglich inwieweit nahtlose Übergänge im Einzelfall sichergestellt werden können.

Das System der Suchthilfe ist in einem multidisziplinären Gefüge aufgestellt, somit arbeiten diverse fachliche Disziplinen zusammen. Als bedeutende sind hier die Soziale Arbeit, die Psychologie und die Medizin zu nennen (vgl. Laging 2018: 166).

2. Soziale Arbeit im multidisziplinären Feld der Suchthilfe

Soziale Arbeit trägt „[...] die Hauptaufgaben in Verhaltensprävention, Frühintervention, Beratung, Begleitung und Behandlung von Suchterkrankten.“

(Gaßmann 2020: 10)

Fachkräfte der Sozialen Arbeit machen den größten Teil der Berufsgruppe aus, welche in der Suchthilfe tätig sind (vgl. Arnold 2020: 30f.; Laging 2018: 167). Die Soziale Arbeit hat einen bedeutenden Beitrag in der Entwicklung der Suchthilfe geleistet und zum Beispiel zu dem Paradigmenwechsel von der Abstinenzorientierung zu einem akzeptanzorientierten Ansatz beigetragen (vgl. Laging 2018: 171f.). Soziale Arbeit „[...] fragt z.B. bei der Entwicklung und Einführung neuer Programme in der Suchtprävention, -beratung und -behandlung danach, welche Bevölkerungsgruppen voraussichtlich besonders profitieren und inwieweit neue Programme und Angebote einen Beitrag leisten können zur Verminderung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit“ (Laging 2018: 22). Besondere Relevanz hat hier die Zielgruppenspezifität, denn das Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit umfasst ebenfalls die „[...]

anwaltschaftliche Vertretung von marginalisierten Gruppen der Gesellschaft [...]“ (Laging 2018: 22).

Fachkräften der Sozialen Arbeit kommt mitunter die Bearbeitung der sozialen Dimension der Sucht zur Aufgabe. Eine Suchterkrankung wird unter anderem bedingt durch soziale Faktoren (z.B. soziale Ungleichheit und Geschlecht) und wirkt sich in vielen Lebensbereichen der Betroffenen aus (vgl. Laging 2018: 168f.). Es besteht somit eine sich gegenseitig bedingende Korrelation zwischen sozialen Faktoren, welche eine Suchterkrankung bedingen und einer Suchterkrankung, welche für den sozialen- und gesellschaftlichen Ausschluss ursächlich sein kann (vgl. Laging 2018: 168). Dieser Ausschluss kann wiederum die Lebenssituation von Betroffenen beeinflussen (vgl. Laging 2018: 168). Die Soziale Arbeit setzt an der Unterbindung dieser Dynamik an und versucht die Lebenssituation von Klient:innen zu verbessern, indem sie an der Schnittstelle zwischen Individuum und Umwelt ansetzt.

In der deutschen Übersetzung der Definition für Soziale Arbeit der International Federation of Social Work (IFSW) steht geschrieben:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern [...]“ (DBSH 2016).

Wie mit der Zielsetzung des verbesserten Wohlergehens von Menschen verdeutlicht, trägt die Soziale Arbeit mit ihrer Profession einen wesentlichen Beitrag zu dem Thema Gesundheit bei. Bei der Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Sucht können diverse Aspekte der Makro- und Mikroebene betrachtet werden. Auf der Makroebene und im Hinblick auf die gesellschaftlichen Bedingungen, welche die Gesundheit von Individuen beeinflussen, versucht Soziale Arbeit beispielsweise die gesundheitliche Ungleichheit, die sozialen Bedingungen unterliegt, zu minimieren und setzt sich ein „[...] für die Chancen und Rechte von Suchterkrankten [...]“ (Liel 2020: 70). Weiterhin zu nennen ist die Auseinandersetzung mit aktuell gesellschaftlich

diskutierten Fragen hinsichtlich Inklusion und Teilhabe, um die gesellschaftliche und soziale Teilhabe von Menschen mit Suchterkrankung zu fördern (vgl. Liel 2020: 71). Auf der Mikroebene kann die Soziale Arbeit Menschen mit Suchterkrankung im Sinne der Lebenswelt- und Ressourcenorientierung vielfältige Möglichkeiten unterbreiten, sie bei der Erkundung dieser zu begleiten und zu unterstützen. Der Steigerung der Selbstwirksamkeit kommt dabei eine bedeutende Rolle zu (vgl. Liel 2020: 72f.)

Weiterhin sind spezifische Kompetenzen bei der praktischen Tätigkeit von Sozialarbeiter:innen in der Suchthilfe gefragt. Diese werden im Kapitel ‚7. Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung‘ eingehend beleuchtet.

Tiefgehend wird sich folgend der „Suchtberatungsstelle als ein zentrales Setting in der sozialarbeiterischen Suchthilfe“ (Liel 2020: 74) näher gewidmet.

2.1 Suchtberatung im System Suchthilfe

Nach Präventionsangeboten, Drogenkonsumräumen und aufsuchenden Hilfen, stellt die ambulante Suchtberatung ebenfalls eine erste Anlaufstelle für Menschen mit Substanzkonsumstörungen, ebenso wie für deren Angehörige und Bezugspersonen, dar. Menschen, welche sich an eine Beratungsstelle wenden, werden in der Regel im Sinne der Lebensweltorientierung¹⁵ ‚dort abgeholt, wo sie stehen‘. In Suchtberatungsstellen wird in erster Linie Beratung angeboten.¹⁶ Weiterhin kann Auskunft gegeben werden und Vernetzungsarbeit geleistet werden, beispielsweise in weiterführende Hilfen, im Sinne der Vermittlung in ambulante oder stationäre Therapien, Selbsthilfegruppen oder andere spezifische Einrichtungen/Träger (vgl. Liel 2020: 74). Als besondere Kompetenz nennt Liel (2020) weiterhin die „[...] Lösung typischer Schnittstellenprobleme durch sozial- und verwaltungsrechtliche Kenntnisse [...]“ (Liel 2020: 74). Diese könnten spezifische Angebote für Menschen mit Suchterkrankung, welche

¹⁵ Siehe auch ‚5.1 Lebensweltorientierung nach Thiersch‘.

¹⁶ Beratung und Motivierung in Suchtberatungsstellen stellen freiwillige kommunale Leistungen dar, welche von Wohlfahrtsverbänden getragen und vor allem durch Sozialhilfeträger finanziert werden. Dadurch sind die Träger der Suchtberatungsstellen der Bereitstellung von finanziellen Ressourcen von Seiten der Kommune ausgesetzt (siehe Hansjürgens 2018a: 37f.; Arnold 2020: 22; Tretter 2017: 193). Deutlich wird hierdurch die problematische finanzielle Sicherheit der Institution Suchtberatung (vgl. Arnold 2020: 23). Weiterführende Informationen zu der Thematik der Finanzierung der ambulanten Suchtberatung findet sich bei Arnold 2020: 27-31, ebenso wie bei Hansjürgens 2018a: 37-57 und Tretter 2017: 193f..

minderjährig oder arbeitslos sind, sein, ebenso wie für Menschen mit Suchterkrankung, dessen Geschlechtsidentität von dem zugewiesenen Geschlecht abweicht (vgl. Liel 2020: 74).

Weiterhin hat „[...] eine Arbeitsbeziehung, die sich schon im Erstgespräch vertrauensvoll oder misstrauisch entwickelt, Einfluss auf den weiteren Verlauf der angebotenen Hilfe in der Organisation Suchtberatung selbst und in Bezug auf weiterführende Hilfen“ (Mäder-Linke/Bürkle 2018: 3). Es ist folglich von hoher Bedeutung, dass bereits im Erstkontakt der Raum geschaffen wird, um eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung zu entwickeln und die betroffenen Personen entscheiden können, ob sie den Hilfeprozess weiterhin verfolgen möchten (vgl. Tretter 2017: 195; Mäder-Linke/Bürkle 2018: 2ff.).

Die Arbeit in Suchtberatungsstellen ist in der Regel in einen umfassenden und komplexen Hilfeprozess eingebunden (Arnold 2020: 16). Tretter (2017) gliedert die ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe nach Phasen der Betreuung auf. Suchtberatungsstellen befinden sich hier u.a. in der Kontaktphase/Beratungsphase, in welcher „[...] das Krankheitsbewusstsein, die Veränderungsmotivation, die Abstinenzbereitschaft und die Therapiemotivation [...]“ (Tretter 2017: 196) genauer betrachtet werden.

Als vorangehende wichtige Maßnahme in der Suchtberatung sei die Informationsvermittlung zu nennen, welche darauf abzielt, den Hilfesuchenden weitreichende Informationen zu diversen Themen, wie zum Beispiel der Suchtentstehung, den körperlichen und psychosozialen Folgen von unterschiedlichen Konsumformen, ebenso wie Behandlungsmöglichkeiten, anzubieten. Wenn die hilfesuchende Person weiterführende Hilfemaßnahmen, also eine ambulante oder stationäre Entwöhnungstherapie, in Anspruch nehmen möchte, kann nach der Vorbereitungsphase, welche tiefergehende Motivierung, die Erstellung eines Sozialberichts mit Anamnese, Behandlungsplan und Antragsstellung bei den Kostenträgern umfasst, die Vermittlung in die weiterführende Hilfe erfolgen (vgl. Laging 2018: 178f.; Tretter 2017: 194ff.). Zu bemerken sei hierbei, dass das Konstrukt der ‚Therapie‘ für betroffene Menschen, welche zum ersten Mal Hilfsangebote wahrnehmen, Gefühle der Ohnmacht und des ‚ausgeliefert-seins‘ hervorbringen kann, da sie sich in einer zuvor unbekanntem Situation befinden und nicht wissen, was sie erwartet (vgl. Tretter 2017: 196).

Bei der Beschreibung der Aufgaben der Suchtberatungsstellen wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ein besonderes Augenmerk auf die Unterstützung bei der Motivationsentwicklung und damit verbunden auch der Annahme von Hilfe der Betroffenen, die Erstellung von Hilfeplänen und die Vermittlung in weiterführende Angebote gelegt (vgl. Böhl u. a. 2010, zitiert nach Arnold 2020: 20). Es kann folglich zur Zuschreibung einer Vermittlungsfunktion für den Entzug und die Entwöhnungsbehandlung und andere weiterführende Angebote von Suchthilfe kommen (vgl. Arnold 2020: 20ff.; Laging 2018: 170f.). „Suchtberatung ist in diesem Verständnis eine auf Zuarbeit zu weiteren Maßnahmen ausgerichtete Tätigkeit, ohne eigenes inhaltliches Profil“ (Hansjürgens 2018b: 4f.). Folglich kann es in dieser Hinsicht zu einer Hierarchisierung und damit einer Nicht-Anerkennung der umfassenden und weitreichenden Tätigkeiten der Suchtberatungsstellen kommen (vgl. Arnold 2020: 24). Das vielfältige Potential der Suchtberatung lässt sich in wesentlich mehr als einer bloßen Vermittlungsfunktion für Entzugsbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sehen. Die Beratung¹⁷ fokussiert sich auf die spezifischen Anliegen der Klient:innen, welche auch in weiteren Bereichen liegen können. Diese können unter anderem Wohnen, (Partnerschafts-)Beziehungen oder Familienangelegenheiten und Arbeit sein. Mit Hilfe eines weitreichenden Netzwerkes kann beispielsweise mit Klient:innen zusammen Kontakt mit auf die Problembereiche spezialisierten Trägern und Einrichtungen hergestellt werden (vgl. Hansjürgens 2018b: 4).

Zu verweisen sei in diesem Sinne auch auf die Möglichkeiten von zieloffener Suchtarbeit, in welcher in einem gemeinsamen Klärungsprozess von Behandelnden und Behandelten eine Konsum- und Zielklärung stattfindet. Es handelt sich um einen Prozess auf Augenhöhe und bleibt in der Verantwortung der Klient:innen, über welche Thematiken sie sich austauschen möchten und welche Angebote sie annehmen möchten. Es ist anzunehmen, dass zieloffene Suchtarbeit der geringen Erreichungsquote von Betroffenen und dem Beginn in meist schon fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung entgegenwirken kann,

¹⁷ Anzumerken sei hierbei, dass im Rahmen der verfügbaren Sitzungen in Suchtberatungsstellen, die weitreichenden Problemfelder der Klient:innen nicht gänzlich therapeutisch aufgearbeitet werden können. Es ist somit unabdingbar, dass diese Thematiken im geschützten Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme aufgearbeitet und bearbeitet werden können.

wenn die Zieloffenheit den Klient:innen bewusst ist (vgl. Liel 2020: 74f.). Das teilweise vorherrschende Abstinenzparadigma sei somit erneut in Frage gestellt. Hierbei ist ebenso zu beachten, dass „[...] die Bedingungen der Erbringung dieser Hilfeleistungen [...] vielmehr so zu gestalten [sind], dass es für Klient*innen nicht nur prinzipiell möglich, sondern auch aus ihrer subjektiven Perspektive faktisch realisierbar wird, diese Hilfen anzunehmen und für sich zu nutzen“ (Mäder-Linke/Bürkle 2018: 6).

In der Praxis zeigt sich die Schwierigkeit der Realisation der Annahme von Hilfen wie folgt. In persönlicher Tätigkeit in einer Suchtberatungsstelle wurde von Kolleg:innen vermehrt berichtet, dass schon der Gang zur beziehungsweise die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle, eine große Hürde für Klient:innen ist.¹⁸ Eine Suchtberaterin berichtete, dass sie schon sehr häufig von Klient:innen gehört habe, dass diese schon einige Male vor der Beratungsstelle standen, sich jedoch nicht überwinden konnten hineinzugehen. Dies kann mitunter ein Faktor dafür sein, dass Beratungsangebote erst in einem späteren Stadium der Erkrankung wahrgenommen werden. Möglicherweise spielt hier die soziale Konstruktion von Sucht und die Stigmatisierung eben dieser eine Rolle. Hier stellt sich die Frage, was für ein Setting geschaffen werden muss, damit der Zugang zu einer Beratungsstelle als Hürde leichter genommen werden kann.

Eine explorative Arbeitsfeldstudie, welche von Hansjürgens (2015) mit Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen, die in der ambulanten Suchthilfe tätig sind, durchgeführt wurde, bietet einen Einblick in die Erfahrungen von Fachkräften und deren empfundenen Arbeitsaufgaben und, damit ebenfalls verbunden, der Strukturierung des Arbeitsbereiches (vgl. Hansjürgens 2015; Laging 2018: 184f). In dem begrenzten Umfang dieser Arbeit wird nicht weiter auf diese eingegangen, dennoch wird sie für die weiterführende Auseinandersetzung empfohlen, da sie wertvolle Einblicke in die exemplarische Praxis liefert.

¹⁸ Gespräch mit einer Kollegin in einer Suchtberatungsstelle in Berlin, geführt am 08.12.2020, Aufzeichnung und Transkript liegen nicht vor.

3. Erläuterung der Genderdebatte

„Mit dem zugewiesenen Geschlecht sind von Geburt an kulturabhängige, stereotype Verhaltens- und Erlebenszuschreibungen verbunden.“

(Güldenring 2015: 31)

Keine soziale Kategorie hat einen so großen Einfluss auf das gesellschaftliche Miteinander und Alltagserleben wie das Geschlecht eines Individuums. Sobald ein Mensch geboren wird, wird basierend auf erkennbaren biologischen/körperlichen Merkmalen das weibliche, männliche oder diverse Geschlecht zugewiesen (vulgo Geschlechtseintrag). Die Option, bei der Registrierung ihres Kindes in dem Geschlechtseintrag ‚divers‘ registrieren zu lassen, haben Eltern seit dem Jahr 2018. „Damit erkennt die Gesetzeslage an, dass es keinen unweigerlichen Zusammenhang zwischen einem spezifischen Körper und dem Geschlecht eines Menschen gibt“ (Markwald 2020a).¹⁹

Der deutsche Begriff ‚Geschlecht‘ unterscheidet nicht zwischen dem biologischen Geschlecht (sex) und dem sozialen Geschlecht (gender). Das zugewiesene Geschlecht kann jedoch davon abweichen, wie Menschen ihre individuelle Geschlechtsidentität empfinden. Dem zugewiesenen Geschlecht werden soziale Rollen zugeschrieben, ebenso wie die damit verknüpften gesellschaftlichen Erwartungen und Verhaltensweisen (Gender expression) (vgl. Vogt 2019: 308). Gender versteht sich als soziale Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit und deutet heraus, dass Geschlechterrollen sozial, gesellschaftlich und kulturell konstruiert sind und ebenfalls in einem Verhältnis zueinander stehen. Weiterhin befinden sie sich in einem fluiden Prozess, sie werden somit nicht nur erlernt und hergestellt, sondern können sich auch verändern (vgl. Laging 2018: 74). Im Rahmen von doing gender wird bekräftigt, dass Menschen einen individuellen Beitrag zur wiederholten Herstellung von Geschlechtlichkeit und damit verbundenen Machtverhältnissen leisten. Gender ist somit mehr als eine starre Verhaltenszuschreibung und Verhaltensrolle (vgl. Laging 2018: 74; Vogt 2021: 21; Vogt 2019: 308).

¹⁹ Deutschland gehört somit ebenfalls, neben wenigen weiteren Staaten weltweit, zu diesen, welche „[...] die Existenz von mehr als zwei Geschlechtern offiziell anerkennen“ (Markwald 2020b).

3.1 Binäres Geschlechtersystem

Heteronormativität beschreibt ein gesellschaftliches Ordnungsprinzip, welches Geschlecht und Sexualität normiert und somit Heterosexualität, ebenso wie Cisgeschlechtlichkeit²⁰, als soziale Norm behauptet (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010: 28).

Nach wie vor bedeutet Geschlecht in unserer Gesellschaft eine vermeintlich selbstverständliche Unterteilung in die Kategorien Frauen und Männer beziehungsweise in weiblich und männlich. Das verankerte binäre Geschlechtsmodell führt dazu, dass Menschen, welche sich geschlechtlich nicht eindeutig verorten können oder wollen, benachteiligt werden und führt zu Ausgrenzungs-, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen. Diese reichen vom Zugang zum Gesundheitssystem, dem Alltagserleben über das Arbeitsleben bis zum Wohnungsmarkt (vgl. Vogt 2021: 21). Weiterhin gehen mit dem binären Geschlechtssystem bestimmte soziale Erwartungen und Zuschreibungen einher, welche Menschen, deren Geschlecht, Geschlechtsidentität oder Geschlechtsausdruck nicht mit diesem übereinstimmt, an der freien Entfaltung ihrer Persönlichkeit hindern können (vgl. Vogt 2019: 308; Antidiskriminierungsstelle des Bundes o.D.; LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 30f.).

In unserer patriarchalen Gesellschaftsstruktur gelten Männer als soziales Geschlecht ‚höherwertiger‘ als Menschen, die sich anderen Geschlechtern zuordnen. Dies führt dazu, dass es zu einer Unterteilung in ‚höher- und minderwertige‘ Geschlechter und damit Menschen kommt (vgl. Vogt 2021: 19f.). Menschen, welche einer ‚minderwertigen‘ Gruppe angehören, erleben häufiger Diskriminierungen und Anfeindungen. Dies resultiert in dem Erleben von Stress, welcher sich über lange Zeiträume in negativem Maße auf die psychische und physische Gesundheit auswirken kann und folglich zu Depressionen, erhöhter Suizidgefährdung und Suchterkrankungen führen kann. Diese Auswirkungen werden als Minderheitenstress²¹ bezeichnet (vgl. Vogt 2021: 20; Regenbogenportal o.D.d).

²⁰ Cisgeschlechtlichkeit/Cisgender bezeichnet Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt.

²¹ Auch Minoritätenstress oder minority stress genannt.

Weiterhin verfügt die Heteronormativität in unserer Gesellschaft über machtvolle Ordnungsmechanismen und die geschlechtliche Eindeutigkeit hat eine hohe Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010: 13).

3.2 Trans*²²

„Menschen, die ihr körperliches Geschlecht nicht im Einklang mit ihrem psychosozialen Geschlecht erleben und/oder ihre körperlichen Geschlechtsmerkmale ablehnen, wurden seit der Antike beschrieben. Die assoziierte Terminologie unterliegt – abhängig von Kultur-, Zeitepoche und medizinischen Verständnis – einem fortlaufenden Wandel zwischen Ausgrenzung und Integration, zwischen Pathologisierung und der Betrachtung als Normvariante.“ (Güldenring 2015: 31)

Trans*Personen identifizieren sich nicht, teilweise oder nicht nur mit dem Geschlecht, welches Ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde (vgl. Regenbogenportal o.D.c; Ermann 2020: 368; Vogt 2021: 8). Weit verbreitet und bekannt ist dabei der Ausdruck, wonach trans*Menschen ‚sich im falschen Körper fühlen‘ (vgl. Güldenring 2015: 32; Ermann 2020: 369; Regenbogenportal o.D.a). Das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht stimmt somit nicht mit der Geschlechtsidentität beziehungsweise dem(/der) empfundenen Geschlecht(-zugehörigkeit) überein (vgl. FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 1). Leidet eine Person dauerhaft unter dieser Diskrepanz, kann von ‚Geschlechtsdysphorie‘ gesprochen werden (vgl. Güldenring 2015: 35; Ermann 2020: 368).

Die Bezeichnung trans* inkludiert eine Vielzahl von Menschen. Somit gibt es trans*Personen, welche eindeutig als Frau oder Mann leben, non-binäre Personen, welche sich keiner Definition von weiblich oder männlich zugehörig fühlen, welche sich keiner Geschlechterkategorie zuordnen oder sich mehreren

²² In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff trans*Personen/Menschen (nach telefonischer Rücksprache mit dem Bundesverband Trans* sind die Begriffe trans*Menschen und trans*Personen gleichwertig zu betrachten) verwendet, da somit eine Vielfalt von Lebensweisen/-möglichkeiten inkludiert wird, das Sternchen(*) dient ebenfalls als Platzhalter für jegliche Selbstbeschreibungen (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010: 7). Benutzte Begriffe und Definitionen erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit und können nicht das Selbstempfinden und die Identität jeglicher Personen widerspiegeln. Somit sehen sich diese viel eher als Arbeitsdefinition für diese Arbeit.

Geschlechtern zugehörig fühlen (vgl. Günther 2016: 8; Bundesverband Trans* e. V. 2018: 10; Regenbogenportal o.D.f). Trans*Frauen wurde bei der Geburt das männliche Geschlecht zugewiesen und sie leben im selbstgewählten weiblichen Geschlecht. Trans*Männern wurde das weibliche Geschlecht zugewiesen und sie leben im selbstgewählten männlichen Geschlecht (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2010: 10).

„Trans*geschlechtlichkeit ist an sich keine Krankheit. Doch wenn trans* Menschen darunter leiden, dass Geschlecht und Körper nach heutigen Maßstäben nicht zusammenpassen, kann daraus ein sogenannter krankheitswertiger Leidensdruck entstehen. Dann können medizinische Maßnahmen helfen, die den Körper an das eigene Geschlecht angleichen“ (*Bundesverband Trans* e.V. 2018:10*).

Es gibt die Möglichkeit für trans*Menschen Sexualhormone, körpermodifizierende chirurgische Eingriffe oder weitere Maßnahmen vorzunehmen möchten, um ihren Körper ihrer Geschlechtsidentität anzupassen, dies ist jedoch nicht immer gewünscht. Anzumerken ist weiterhin, „[...] dass die Identität und die sexuelle Orientierung zwei voneinander unabhängige Dimensionen darstellen“ (Rauchfleisch 2019: 20). Es finden sich also bei trans*Personen wie bei cis-Personen hetero-, bi- und homosexuelle Orientierungen (vgl. Rauchfleisch 2019: 20).

Hinsichtlich der Auseinandersetzung mit den besonderen Risikofaktoren von trans*Personen hinsichtlich der Entwicklung einer Suchterkrankung ist es unabdingbar, den Hintergrund und die Lebenswelt von trans*Menschen zu verdeutlichen, dies soll folgend geschehen.

Trans*Menschen sind vielseitig mit Mehrfachdiskriminierung konfrontiert und stehen unter andauerndem Rechtfertigungsdruck, wenn ihr Geschlecht(-sausdruck) von der binären Norm abweicht. Besonders bei trans*Personen sind der im Kapitel ‚3.1 Binäres Geschlechtssystem‘ angesprochene Minderheitenstress und damit verbundene Erfahrungen von Diskriminierung und Stigmatisierung häufig vorzufinden (vgl. Vogt 2021: 20). Die Pathologisierungserfahrungen²³, welche trans*Menschen machen, können dazu führen, dass sie (aus Selbstschutz) den Kontakt zum Gesundheitssystem

²³ Ersichtlich in den Kapiteln ‚3.2.1 Klassifikation nach ICD-10‘, ‚3.2.2 Geschlechtsangleichende Maßnahmen‘ und ‚3.2.3 Rechtliche Verortung von trans*Personen‘.

meiden. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird somit eingeschränkt (vgl. Vogt 2021: 62; Regenbogenportal o.D.c).

Trotz der wachsenden Toleranz erleben trans*Personen in ihrem alltäglichen Leben Anfeindungen, ebenso wie Diskriminierung und Gewalt gegen ihre Person (vgl. Regenbogenportal o.D.b). In vielen Ländern der Welt werden trans*Personen nach wie vor sozial, politisch und strafrechtlich verfolgt. So wurde beispielsweise in Ungarn ein Gesetz verabschiedet, welches besagt, dass das im Personenstandsregister vermerkte Geschlecht nach der Geburt nicht mehr verändert werden kann. Trans*Personen wird damit verwehrt, ihre Ausweisdokumente anpassen zu lassen. Von einer rechtlichen Anerkennung von trans*Personen, ebenso wie von einer Wahrung der internationalen Menschenrechtsstandards kann somit nicht zu sprechen sein (vgl. Zeit online 2020; Amnesty International 2020).

Die Thematik der vielfältigen Diskriminierungserfahrungen von trans*Personen wird in dem Kapitel ‚5.1 Besondere Risikofaktoren von trans*Personen‘ tiefergehend betrachtet.

In der medizinischen Versorgung stehen trans*Personen in einer Kontroverse zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Entscheidungsmacht von Ärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 33). Dies wird in der folgenden Ausarbeitung deutlich.

Weiterführende Literatur zum Thema Trans* findet sich bei Rauchfleisch 2019 und Güldenring 2015: 31-40.

3.2.1 Klassifikation nach ICD-10

In Deutschland ist die Diagnose ‚Transsexualität‘ als ‚psychische Störung‘ nach dem ICD-10 Voraussetzung dafür, dass trans*Personen Zugang zu medizinischen und therapeutischen Dienstleistungen erhalten, welche es ihnen u.a. ermöglichen eine Transition²⁴ zu durchlaufen und somit ihre Identität (angemessen) ausleben zu können (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 33). Weiterhin

²⁴ Gemeint sind hier körpermodifizierende Eingriffe (geschlechtsangleichende Maßnahmen), welche die Angleichung der Geschlechtsidentität mit den körperlichen Merkmalen zur Folge hat. Weiterführende Literatur findet sich bei Rauchfleisch 2019: 33-36.

ist dies voraussetzend, damit die medizinischen Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen von der Krankenkasse übernommen werden. Der Prozess, welcher für eine Transition durchlaufen werden muss, stellt für viele trans*Personen eine große psychische Belastung dar (vgl. Regenbogenportal o.D.c).

In dem ICD-10 gilt ‚Störungen der Geschlechtsidentität‘ als Diagnosegruppe für die Diagnosen Transsexualismus (F64.0), Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1), Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters und sonstige Störungen der Geschlechtsidentität (F64.2). Transsexualismus wird dabei bezeichnet als „[...] der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum anderen Geschlecht einher“ (Dilling et al. 2015: 294).

In dem kommenden ICD-11, welches 2019 auf der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurde und am 01.01.2022 in Kraft treten soll, wird die Diagnosegruppe in ‚Geschlechtsinkongruenz‘ umbenannt und umfasst die Diagnosen Geschlechtsinkongruenz bei Jugendlichen und Erwachsenen und Geschlechtsinkongruenz bei Kindern (vgl. Güldenring 2015: 36). Trans*Geschlechtlichkeit wird in dieser Fassung nicht mehr als psychische Störung betrachtet (vgl. Bundesverband Trans* e.V. 2018: 24), da die Geschlechtsinkongruenz nicht mehr in den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen verortet wird, sondern in dem neuen Kapitel ‚conditions related to sexual health‘ (Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit). Dies trägt einen bedeutenden Schritt in Richtung der Entpathologisierung bei, auch hinsichtlich der nicht länger bestehenden Ausgangsgedanken einer Zweigeschlechtergesellschaft (vgl. Rauchfleisch 2019: 14f.). Es bleibt dennoch als kritisch zu betrachten, dass der Begriff ‚Geschlechtsinkongruenz‘ weiterhin ein „krank-sein“ in Form eines „nicht-kongruent-sein“ enthält (vgl. Günther 2016: 8).

Ebenfalls für die rechtliche Änderung von Vornamen und Personenstand nach dem Transsexuellengesetz (TSG) ist diese Diagnostik, ebenso wie eine gutachterliche Stellungnahme und ein Gerichtsprozess, erforderlich (vgl. §4 TSG).

In diesem Sinne kommt es zu einer Pathologisierung von trans*Personen, welche Stigmatisierungserfahrungen mit sich bringen kann. Weiterhin wird der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen und somit auch das Ausleben der eigenen Identität von der Einschätzung der Therapeut:innen und Gutachter:innen gemacht (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 33). Dies entspricht somit nicht dem Grundgesetz, nach welchem in Artikel 2 Absatz 1 festgehalten ist, dass jeder Mensch das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit hat. Ebenfalls widerspricht dies dem Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 1 des Grundgesetzes. Der Zwang, dass trans*Personen sich als psychisch krank diagnostizieren lassen müssen, um Zugang zu dem Gesundheitssystem zu bekommen, ist als äußerst kritisch zu betrachten und führt zu diversen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen. Deutlich wird dies ebenfalls in der *Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland*, in welcher von 63% der befragten Personen angegeben wurde, dass es sie sehr belastet, dass das trans*-sein als ‚psychische Störung‘ diagnostiziert wird (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 23).

3.2.2 Geschlechtsangleichende Maßnahmen

Wenn trans*Personen geschlechtsangleichende Maßnahmen vollziehen möchten, um ihr Äußeres ihrer Geschlechtsidentität anzugleichen, ist dies meistens ein sehr langwieriger Prozess (vgl. Güldenring 2015: 38). Damit die Kosten von geschlechtsmodifizierenden Behandlungen von der Krankenkasse übernommen werden, muss die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Behandlung festgestellt werden. Diese Entscheidung wird von den Krankenkassen in Abhängigkeit sozialmedizinischer Gutachten der medizinischen Dienste getroffen. Für die Empfehlung von Seiten der medizinischen Dienste für einer Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind mitunter eine Psychotherapie über 18 Monate, wie ebenfalls eine sogenannte ‚Alltagserprobung‘²⁵ für mindestens 12 Monate gefordert (vgl. Bundesverband Trans* e.V. o.D.a).

²⁵ Zu dem geforderten Alltagstest findet sich weiterführende Literatur bei Rauchfleisch 2019: 32f.

Für eine Operation muss eine Psychotherapie vorgewiesen werden und es muss ein sehr aufwendiges Antragsverfahren durchlaufen werden. Weiterhin kann es sein, dass mitunter jahrelang auf den Operationstermin gewartet werden muss (vgl. Bundesstiftung Magnus Hirschfeld 2021: 16f.)

Selbstverständlich ist zu bedenken, dass es sich bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen um solche handelt, welche in der Regel irreversibel sind, dennoch kommt es in diesem Rahmen abermals zu der bereits angesprochenen Pathologisierung und Stigmatisierung von trans*Personen. Weiterhin wird deutlich, in welchem Ausmaß trans*Personen von der Einschätzung einzelner Gutachter:innen (und der Entscheidungsmacht anderer Menschen) abhängig gemacht werden (vgl. Güldenring 2015: 37f.).

3.2.3 Rechtliche Verortung von trans*Personen in Deutschland

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) soll vor Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts und der sexuellen Identität im Arbeitsverhältnis, ebenso wie im Alltag schützen²⁶ (vgl. Regenbogenportal o.D.g). Erlebt eine Person Diskriminierung, hat diese Anspruch auf Beseitigung der Benachteiligung. Es ist jedoch fraglich, inwieweit dies in Einzelfällen sichergestellt werden kann.²⁷

Nach dem Transsexuellengesetz (TSG) haben trans*Personen in Deutschland die Möglichkeit, ihr personenstandsrechtliches Geschlecht, also die Angabe in ihrer Geburtsurkunde und in amtlichen Papieren, sowie ihren Namen zu ändern. Das TSG ist in Deutschland seit 1981 gültig²⁸. Die Änderung des Geschlechts und des Vornamens können unter der Voraussetzung erfolgen, dass ein Antrag gestellt wird. In diesem muss die antragsstellende Person darlegen, dass „[...] sie sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr in ihrem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht, sondern dem anderen Geschlecht zugehörig empfindet [...]“ (§1 Art. 1 Nr. 1 TSG) und dass sie weiterhin „[...] seit

²⁶ Das AGG schützt weiterhin vor Diskriminierung aufgrund der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung oder des Alters (vgl. Regenbogenportal o.D.g).

²⁷ Weiterführende Informationen und Praxisbeispiele finden sich bei Regenbogenportal o.D.g.

²⁸ Auch wenn das Bundesverfassungsgericht in den letzten Jahren zentrale Vorschriften in diesem Gesetz außer Kraft gesetzt hat (da diese mit den Rechten des Grundgesetzes auf sexuelle Selbstbestimmung nicht vereinbar sind und als verfassungswidrig erklärt wurden (vgl. Regenbogenportal o.D.h; Antidiskriminierungsstelle des Bundes o.D.)), stellt sich hier die Frage in welchem Ausmaß sich dieses Gesetz nach 40 Jahren noch auf einem aktuellen und angemessenen Stand befinden kann.

mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben“ (§1 Abs. 1 Nr. 1 TSG). Ebenfalls muss „mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen [sein], dass sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird [...]“ (§1 Abs. 1 Nr. 2 TSG).

Folgend auf die Antragsstellung bei dem jeweiligen Amtsgericht, werden zwei Gutachter:innen beauftragt, welche die Erfüllung der Voraussetzungen feststellen. Das Gericht entscheidet schlussendlich über den Antrag. Der Begutachtungs- und Gerichtsprozess ist meistens sehr kostspielig und von langer Dauer (vgl. Regenbogenportal o.D.h). Wenn Menschen sich nicht psychiatrisch beziehungsweise psychologisch begutachten lassen möchten, ist ihnen der Weg über das TSG zu einer Änderung des Vornamens oder des Geschlechtseintrags versagt (vgl. Regenbogenportal o.D.j).

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (o.D.) hat sich für eine Abschaffung der Begutachtung und des gerichtlichen Verfahrens ausgesprochen:

„Die Gutachten werden in der Praxis oftmals auf Grundlage subjektiver Ansichten erstellt und belasten die Betroffenen vor allem psychisch und finanziell. Weiterhin steht diese Praxis im Widerspruch zum Selbstbestimmungsrecht von trans* Personen, die nur selber wirklich beurteilen können, welche geschlechtliche Identität sie haben“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes o.D.).

Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird auf eine tiefergehende Auseinandersetzung mit dieser Thematik verzichtet. Weiterführende bereichernde, wie ebenso kritisch-betrachtende Literatur zu dem Thema der Diagnostik und des TSG findet sich bei Rauchfleisch 2019: 24-28, Güldenring 2015 und Bundesverband Trans* o.D..

3.3 Gender in der Sozialen Arbeit

Die Auseinandersetzung mit ‚Geschlecht‘ ist für die Soziale Arbeit unabdingbar. Wie bereits angemerkt, hat das Geschlecht einen erheblichen Einfluss auf das gesellschaftliche Miteinander und das individuelle Alltagserleben. In der Sozialen Arbeit ist es somit bedeutend, ein Geschlechterbewusstsein zu entwickeln.

Erste Ansätze geschlechterbewusster Sozialer Arbeit entstanden im Kontext der Frauenbewegung seit Ende der 1970er Jahre. Anfänglich wurden Konzepte mit und für Frauen entwickelt. Diese wurden folglich um jungenspezifische Ansätze erweitert (vgl. Ehlert 2012: 99). Im Rahmen genderspezifischer Ansätze wird es

möglich, in geschütztem Rahmen, geschlechtsspezifische Rollenstereotype zu reflektieren und zu hinterfragen, ebenso wie die unterschiedlichen Lebenslagen zu berücksichtigen (vgl. Ehlert 2012: 100f.).

Gendersensible Arbeit ermöglicht eine Wahrnehmung der vielfältigen Lebenslagen und baut Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume aus (vgl. Ehlert 2012: 106). Wird Geschlecht als eine Strukturkategorie verstanden, folgt dieser Auffassung, dass der Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen von der Zugehörigkeit zu der Gruppe der Frauen, Männer oder einer anderen Geschlechtsidentität abhängig ist (vgl. Ehlert 2012: 15). Sichtbar wird dies ebenfalls in der institutionalisierten Ungleichheit der Geschlechter (z.B. Gender Pay Gap) (vgl. Ehlert 2012: 17).

Gender Mainstreaming, welches es seit 1996 von der EU und seit 1999 von der Bundesregierung als verpflichtendes Leitprinzip und prozessorientierte Querschnittsaufgabe zu fördern gilt, hat die Gleichstellung der Geschlechter zum Ziel, unter der „[...] Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und der Auswirkungen auf die Geschlechter bei allen politischen Entscheidungen aller Ressorts und Organisationen [...]“ (Laging 2020: 75). In dem 2003 beschlossenen Aktionsplan Drogen und Sucht wurde unter anderem als Ziel „[...] die Umsetzung des Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik und -arbeit“ (Zenker 2005 nach Laging 2018: 75) festgehalten. Somit haben Träger und Einrichtungen die Aufgabe das Gender Mainstreaming umzusetzen (vgl. Ehlert 2012: 109).

4. Substanzkonsum und Geschlecht

*„Auch wenn sich die geschlechtsbezogenen Differenzen eher verringern als vergrößern, so durchdringt die Kategorie Gender doch nach wie vor jede Dimension der Suchtentwicklung und des Suchtgeschehens [...]“
(Laging 2020: 77).*

Suchterkrankungen weisen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ursachen, Auswirkungen, Ausprägungen und Verläufe auf (vgl. Stöver 2018: 42; Laging 2018: 77f.). Die Kenngrößen Geschlecht, Alter, sozialer Status, kulturelle Herkunft und deren Intersektionalität (mögliche Überschneidungen) spielen eine

wesentliche Bedeutung bei der Betrachtung von Ursachen des Substanzkonsums (vgl. Stöver 2018: 42; Vogt 2021: 19).

In der Drogenforschung wird von dem erwähnten bio-psycho-sozialen Modell ausgegangen, welches somit ebenfalls die Begriffe sex, gender und in deren Folge auch doing gender umfasst und Transgender mit einbezieht (vgl. Vogt 2019: 310). Suchterkrankungen, ebenso wie der Gebrauch von Substanzen, stellen „[...] in all ihren Dimensionen ein geschlechtsgeprägtes Phänomen dar“ (Laging 2018: 75).

So sind Ursachen bei Frauen*, welche zu Substanzkonsum führen können, zum Beispiel beruflich-familiäre Mehrfachbelastungen oder Substanzkonsum bei Partner:innen (vgl. Stöver 2018: 42; Laging 2018: 78f.). Bei Männern* können Ursachen in Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit oder dem Versuch, durch Substanzkonsum Gefühle wie Schwäche oder Ohnmacht zu unterdrücken, liegen, was damit ebenfalls der Konstruktion von Männlichkeit dient (vgl. Stöver 2018: 42f.). Von einer binären Geschlechterkultur ausgehend, gibt es Ursachen, welche für beide Geschlechter zutreffen können, wie zum Beispiel Gewalterfahrungen, Traumata und spezifische gesellschaftliche Rollenerwartungen (vgl. Stöver 2018: 42f.; Vogt 2021: 32).

Die Wirkungen des Konsums von Substanzen und deren zugrundeliegende bio-chemische Prozesse lassen sich hinsichtlich der Aufnahme im Körper, der Verarbeitung in den diversen Organsystemen ebenso wie in der Ausscheidung aus dem Körper geschlechtsspezifisch differenzieren (vgl. Vogt 2019: 311). So gibt es viele Studien und Daten, welche den Konsum hinsichtlich des Geschlechts von Frauen und Männern vergleichen und diverse Differenzen hinsichtlich der bevorzugten Suchtmittel, der Konsummuster und auch der komorbiden Störungen aufzeigen (vgl. Stöver, 2018: 42). Spezifische Daten, wie die bio-chemischen Prozesse bei Intersexuellen oder trans*Personen nach einer Transition ablaufen, liegen derzeit nicht vor (vgl. Vogt 2021: 21). Nach Vogt kann allerdings davon ausgegangen werden, „[...] dass sich die Verarbeitungsprozesse in spezifischer Weise sowohl von denen bei den biologischen Frauen, wie bei den biologischen Männern unterscheiden“ (Vogt 2021: 21).

Ausgehend von den unterschiedlichen Konsummustern und sozialen Auswirkungen bei den unterschiedlichen Geschlechtern und dem damit

einhergehenden gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit Suchterkrankung, lässt sich ableiten, dass diese bei der Suche nach Hilfe unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse haben, welche in der Suchtberatung und -behandlung bedacht werden sollten (vgl. Stöver 2018: 42). Diesem Thema wird sich ausführlicher im Kapitel ‚6. Diversitysensible Beratung in der Suchthilfe‘ gewidmet.

In diversen Studien zeigt sich darüber hinaus, dass nicht nur die biologischen Faktoren, sondern auch Geschlechterrollen, Geschlechterstereotype, Erfahrungen und Lebenssituationen, welche durch die geschlechtliche Identität geprägt sind, Auswirkungen auf den Konsum von Substanzen und die Risiken einer Abhängigkeitserkrankung haben (vgl. Laging 2018: 74).

Aus diesem Wissen heraus ergibt sich die Hypothese, dass die angeführten Faktoren einen Einfluss auf trans*Personen haben und deren intensivierte Präsenz (z.B. das Erleben von Rollenbildern, welche an das zugewiesene Geschlecht gestellt werden und andere, welche sich durch die Geschlechtsidentität ergeben) eine Suchtentwicklung begünstigen können.

Die Ausmaße werden beispielsweise in dem Fall einer Klientin in der Suchtberatungsstelle deutlich.²⁹ Sie berichtete davon, dass sich das Glas Wein, welches sie sich am Abend genehmigte, letztendlich zu einer Flasche Wein ausweitete, wenn ihre Kinder im Bett waren und dass sie mittlerweile das Gefühl hat, dass sie dieses benötigt, um abzuschalten. Ihr näheres Umfeld weiß nichts von ihrem Alkoholkonsum, da sie sonst befürchtet, dass ihr vorgeworfen wird, dass sie ihren Pflichten als alleinerziehende Mutter nicht in angemessenem Maße nachkommt. Deutlich werden an diesem Beispiel das vorherrschende Rollenverständnis und die damit einhergehenden expliziten und impliziten Erwartungshaltungen an Individuen. Sie können, wie das Beispiel aufzeigt, dazu führen, dass Menschen dysfunktionale Bewältigungsstrategien entwickeln, um mit den spezifischen Belastungen beziehungsweise (Lebens-)Situationen umzugehen.

²⁹ Gespräch im Rahmen eines Erstgesprächs in Tätigkeit in der Suchtberatungsstelle SPI in Pankow, geführt am 14.01.2021 mit einer Klientin, Aufzeichnung und Transkript liegen nicht vor.

5. Sucht als dysfunktionale Bewältigungsstrategie

„Für die meisten Menschen ist es erstrebenswert, ein leichtes, lustvolles und schmerzfreies Leben sowie wohltuende Beziehungen und das Gefühl der Zugehörigkeit zu haben [...] und in dem Bewusstsein zu leben, die eigene Zukunft und das persönliche Befinden selbst (mit)bestimmen zu können. Eine Mischung aus diesen Motiven findet sich fast immer als Grund für den anfänglichen Gebrauch und Missbrauch von Drogen“ (Schneider 2017: 119).

Wenn der (übermäßige) Konsum von Substanzen zur Bewältigung einer individuellen Lebenssituation genutzt wird, kann von einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie gesprochen werden. Es gibt unterschiedliche Modelle bezüglich der Entstehung von Sucht, durch welche die Funktionalität des Substanzkonsums als ein Hauptkriterium für das Verständnis von Suchtentstehung deutlich wird.³⁰

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive werden das Heranwachsen und die Entwicklung im Jugendalter als ein aktiver Prozess gesehen, in welchem Menschen sich Entwicklungsziele setzen und diese verfolgen, ebenso Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben, welche sich aus einem Wechselspiel von biologischen Entwicklungsprozessen, sozialen Anforderungen und individuellen Zielen ergeben (vgl. Laging 2018: 27f.). Dazu zählen mitunter die Auseinandersetzung mit der körperlichen Entwicklung, der Aufbau intimer Beziehungen und die Identitätsentwicklung. Die Entwicklungsphase der Jugend stellt eine besondere Herausforderung dar, in welcher Entwicklungsaufgaben gesellschaftlich erschwert oder gar verbaut sein und sich auch im Widerspruch zueinander befinden können (vgl. Rauchfleisch 2019: 39; Laging 2018: 28f.).

Die Empfindung des ‚anders‘-seins, welche trans*-Personen erleben können, kann dabei zu großer Irritation und „[...] daraus resultierenden quälenden Gefühle[n] der Einsamkeit [...]“ (Rauchfleisch 2019: 40) führen. Rauchfleisch (2019) schreibt hierzu folgendes:

„Je weiter die Sozialisation voranschreitet und der Druck auf geschlechtskonformes Verhalten zunimmt, desto stärker wird dem Kind indes die Diskrepanz zwischen der eigenen Lebens- und Verhaltensweise und dem

³⁰ Auf das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren und weitere multifaktorielle Ansätze wird nicht im spezifischen eingegangen, einzusehen sind diese bei Laging 2018: 24-27 und Tretter 2017: 51-57.

Verhalten der anderen Kinder bewusst. Die Folge sind oft Gefühle der Einsamkeit und Selbstwertzweifel“ (Rauchfleisch 2019: 30).

Der Substanzmittelkonsum kann dabei unterschiedliche Funktionen in den Entwicklungsaufgaben übernehmen (vgl. Laging 2018: 28). Treten Entwicklungsprobleme bei der Bewältigung der spezifischen Aufgaben ein, werden von den Individuen Bewältigungsstrategien angewendet, um den Anforderungen des Entwicklungsabschnittes zu begegnen. Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann zur Stress- und Gefühlsbewältigung, zur Entspannung und zum Entkommen vor Problemen beitragen. Dabei kann es dazu kommen, dass das riskante Konsumverhalten zu negativen gesundheitsbezogenen und sozialen Verhaltenskonsequenzen führt. Ebenso kann es zu einem vermehrten Substanzkonsum kommen, wenn Individuen diesen als hilfreich für die Bewältigung der multiplen Entwicklungsaufgaben empfinden (vgl. Laging 2018: 27ff.). Trans*Personen erfahren in ihren Entwicklungsaufgaben ein Spannungsfeld zwischen den gesellschaftlichen Anforderungen an die Identitätsentwicklung und den individuellen Empfindungen (vgl. Rauchfleisch 2019: 39ff.). Weiterhin können sie damit konfrontiert sein, diese Empfindungen zu versprachlichen und verfügen gegebenenfalls nicht immer über eine:n angemessene:n Ansprechpartner:in. Die Auseinandersetzung mit der körperlichen Entwicklung kann weiterhin negativ behaftet sein und zu großer Diskrepanz zwischen dem gefühlten und dem biologischen Geschlecht führen. Auch der Aufbau intimer Beziehungen kann für trans*Personen ein Hindernis darstellen, wenn die gesellschaftliche Anforderung einer heteronormativen Lebensweise vermittelt wird, welche von trans*Personen nicht erfüllt werden kann (vgl. Laging 2018: 28ff.).

Stöver (2018) hat sich in seiner Ausarbeitung ‚Gender und psychoaktive Substanzen‘³¹ tiefergehend mit der Frage auseinandergesetzt, warum viele Jungen/Männer substanzbezogene Störungen aufweisen und erläutert folgendes: „Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, scheint für viele Jungen und (junge) Männer ein probates Mittel grundsätzliche Probleme wie Sprachlosigkeit, Ohnmacht,

³¹ In dieser Ausarbeitung wird von einem binären Geschlechtersystem ausgegangen und geschlechtliche Vielfältigkeit nicht vordergründig mitgedacht. Dennoch lässt es sich, aus genanntem Grund, als Referenz heranziehen.

Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Identitätskrise für einige Zeit zu lösen“ (Stöver 2018: 44). Weiterhin nimmt er in den Fokus, dass dem Konsum von Substanzen eine bedeutende Rolle bei der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten zukommt und somit nicht nur als Demonstration von Stärke und Macht(-positionen), sondern ebenfalls als Mittel gegen Stress oder zur Herstellung eines Zugehörigkeitsgefühls innerhalb einer Gruppe (ggf. durch Grenzerfahrungen von exzessivem Konsum und damit verbundenen Gewalterfahrungen) verwendet wird (vgl. Stöver 2018: 45). Mit Hinblick auf Geschlechterdiversität ist fraglich, ob trans*Männer Substanzen ebenfalls aus den aufgeführten Gründen konsumieren.³² Zu beachten sei hierbei, dass der Herstellung von Geschlechtsidentität eine größere Bedeutung zugemessen werden kann, ebenso dass das Erleben von Identitätskrisen und Stress in höherem Maße ausgeprägt sind. Weiterhin kann andauerndes Stresserleben einen wesentlichen Teil zu einer Suchtentwicklung beitragen (vgl. Tretter 2017: 88ff.; Kemper 2020: 51). Dies bekräftigt, dass der Konsum von Substanzen somit wesentlich ‚verlockender‘ sein kann, um Gefühle und Situationen zu bewältigen. Bei der Entwicklung einer Suchterkrankung sind weiterhin traumatische Erfahrungen von hoher Relevanz (vgl. Laging 2018: 78f.). Es kann davon ausgegangen werden, dass „[...] mindestens die Hälfte aller suchtkranken Menschen im Laufe ihres Lebens Traumatisierungen unterschiedlicher Art erlebt haben“ (Reimann 2018: 8). Es gibt viele Auslöser und Ursachen, welche zu Traumata führen können, dazu zählen mitunter Gewalt, emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch (vgl. Wendt 2017: 143). Werden in diesem Kontext Suchtmittel konsumiert, kann dies den Versuch darstellen, mit den erlebten Traumata im Sinne einer Selbstmedikation umgehen zu können (vgl. Wendt 2017: 145). Die Möglichkeit, durch den Substanzkonsum von zum Beispiel Alkohol, die Erinnerungen an das Trauma und die damit verbundenen Gefühle zu betäuben, kann eine Abhängigkeit bedingen (vgl. Wendt 2017: 145). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass ebenfalls eine Wechselwirkung zwischen traumatischen Erfahrungen und Substanzkonsum besteht. Es kann sowohl sein, dass eine Suchterkrankung den Auslöser für traumatische

³² Da es nur wenige valide Zahlen zu der Suchtmittelabhängigkeit von genderdiversen Menschen, ganz zu schweigen von trans* Personen gibt, lassen sich die Angaben aus der Allgemeinbevölkerung, auch in Hinblick auf den Minderheitenstress, welchen trans* Personen erleben, nicht auf diese Personengruppe übertragen (vgl. Kost 2021).

Erfahrungen darstellt, als auch, dass traumatische Erfahrungen die Ursache einer Suchterkrankung sind. Das Vorhandensein jeweils einer dieser Thematiken stellt somit eine Risikobelastung für die Entstehung der jeweils anderen Thematik dar (vgl. Reimann 2018: 8). Es kann davon ausgegangen werden, dass die vielfältigen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, welchen sich trans*Personen ausgesetzt sehen, Traumata auslösen können (vgl. Vogt 2021: 26, 32).

Die im Kapitel ‚1.1 Substanzgebundene und substanzungebundene Sucht‘ angesprochenen psychischen Wirkungen einer Substanz sagen viel über die möglichen Motivationslagen und Funktionalitäten des Substanzkonsums aus. Diese vermitteln einen Zugang zu den psychischen und sozialen Verfasstheiten der Konsumierenden und bieten damit ebenfalls Hinweise für die Beratung (vgl. Laging 2018: 37). Beispielsweise stehen bei Alkohol die zentral dämpfenden und zugleich euphorisierenden Wirkmuster im Vordergrund (vgl. Laging 2018: 36; Tretter 2017: 40ff.). Die aktuelle Forschungslage gibt jedoch keine Auskunft darüber, welche Substanzen trans*Personen vornehmlich konsumieren.

In einem Telefonat mit der 4be TransSuchtHilfe Beratungsstelle³³ wurde berichtet, dass trans*Personen neben Suchterkrankungen häufig Verhaltenssüchte aufweisen³⁴. Dazu zählen im Besonderen online-Spielsucht und selbstverletzendes Verhalten. Die online-Spielsucht wird im ICD-11 aufgenommen, selbstverletzendes Verhalten ist hingegen keine eigenständige Diagnose, wird jedoch als Symptom bei diversen Diagnosen herangezogen. In online-Spielen ist es trans*Personen ggf. möglich, eine Spielfigur zu (er)leben, welche nicht hinterfragt wird und damit auch ein einfacheres Ausleben der Geschlechtsidentität. Möglicherweise besteht in diesem Fall der Versuch, die Probleme, mit welchen Menschen in der Realität konfrontiert sind, zu umgehen. Schlussendlich wird deutlich, dass die angeführten Sichtweisen zur Entstehung einer Suchterkrankung als eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie letztendlich auf die (Wieder-)Herstellung der psychologischen Grundbedürfnisse im Kapitel ‚1.3 Entstehung von Sucht‘ zurückgeführt werden können.

³³ Siehe auch ‚6.2 4be TransSuchtHilfe‘.

³⁴ Telefongespräch geführt am 30.08.2021 mit C. Kost, Aufzeichnung und Transkript liegen nicht vor.

5.1 Lebensweltorientierung nach Thiersch

Hinsichtlich der sozialpädagogischen Ansätze als Modell für die Entstehung von Sucht, seien die Lebensweltorientierung nach Thiersch und das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch zu nennen (vgl. Laging 2018: 31 ff.). Im Folgenden soll die lebensweltorientierte Sichtweise auf Sucht näher betrachtet werden. Diese orientiert sich an der Lebenswelt der Betroffenen und zielt auf individuelle Erfahrungen und alltägliche, subjektive Deutungen (vgl. Thiersch et al. 2012: 176). Das Konzept der Lebensweltorientierung „[...] versteht Drogenkonsum zunächst einmal als ein individuelles und spezifisches Deutungs- und Handlungsmuster, in und mit dem Menschen ihr Leben gestalten“ (Laging 2018: 31). Die Deutlichkeit in der Sozialen Arbeit wurde von Thiersch et al. (2012) herausgestellt:

„Lebensweltorientierung verbindet die Analyse von gegenwärtig spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen. Sie betont – in der Abkehr von traditionell defizitärem und individualisierendem Blick auf soziale Probleme – das Zusammenspiel von Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen im sozialen Feld und gewinnt daraus das Handlungsrepertoire zwischen Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen, das Handlungsrepertoire liegt auf der Skala zwischen einem Akzeptieren der vorgefundenen Lebensentwürfe auf der einen Seite und auf der anderen Seite einem Sich-Einmischen in Verhältnisse, einem Entwerfen und Unterstützen von Optionen aus der Distanz des professionellen Wissens“ (Thiersch et al. 2012: 175).

Die Auseinandersetzung erfolgt mit den Bewältigungsstrategien und Handlungsmustern von Betroffenen, ebenso wie mit den gesellschaftlichen Lebensbedingungen, in welchen sich Betroffene befinden. Das Verhalten des Substanzkonsums kann somit als Handlungsmuster der Individuen verstanden werden, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden und stand zu halten. Diese alltäglichen Herausforderungen, mit welchen ein Individuum sich konfrontiert sieht, stellen eine Abbildung der spezifischen gesellschaftlichen Verhältnisse und Zumutungen dar (vgl. Laging 2018: 32). Es gibt eine Variationsbreite an Motiven und Funktionen, welche hinter dem Substanzkonsum stehen können. Diese sind in dem individuell vorherrschenden Kontext von sozialen und gesellschaftlichen Anforderungen zu betrachten, mit denen sich ein Mensch konfrontiert fühlt (vgl. Laging 2018: 31). Dabei können Substanzen die

Funktionalität des Aushaltens und Kompensierens von spezifischen Erfahrungen oder Gefühlen einnehmen (vgl. Laging 2018: 32).

Hinsichtlich der Tatsache, dass trans*Personen sich vor diverse Herausforderungen gestellt sehen und häufig Erfahrungen von Diskriminierung und Stigmatisierung durchleben, wie ebenso das Erleben von erhöhtem Stress und intensiven (vorrangig negativen) Gefühlen und den Umgang mit möglichen Traumata, tut sich die Hypothese auf, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen als Entlastung in diesen Situationen empfunden werden kann.

In dem Zitat von Thiersch et al. (2021) wird ebenfalls auf das Doppelmandat verwiesen, welches Sozialarbeiter:innen in der Suchthilfe erfahren können, zwischen Hilfe, welche von der Sozialen Arbeit angeboten werden kann, und Kontrolle, welche von dem Wohlfahrtsstaat und der Gesellschaft ausgeübt wird und Anforderungen an Individuen zur Folge hat (vgl. Thiersch et al. 2012: 175). Ebenfalls bereitet sich ein Spannungsfeld zwischen dem Unterbreiten eines Hilfe- und Unterstützungsangebotes und des Respektes gegenüber der Autonomie der Betroffenen, ebenso wie der Wahrung der Autonomie auf.

5.2 Besondere Risikofaktoren von trans*Personen

Trans*Personen erleben exponentiell häufig psychische Gewalt (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 23; FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 2; FRA European Union Agency for fundamental rights 2014: 9ff.). Folgen von Gewalterfahren können Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen aber auch der exzessive Konsum von psychoaktiven Substanzen sein (vgl. Vogt 2021: 26). Vogt (2021) schreibt hierzu: „Opfer [von interpersoneller Gewalt setzen] oft psychoaktive Substanzen ein, um die Erinnerung an die Gewalttätigkeiten und die damit verbundenen physischen und psychischen Schmerzen aus dem Gedächtnis auszublenden“ (Vogt 2021: 32). Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Annahme auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen von trans*Personen übertragen lässt.

Wie bereits in dem Kapitel ‚1.4 Sucht als Krankheit‘ erläutert, führt eine Suchterkrankung zu Stigmatisierungsprozessen, welche weitreichend in die soziale Struktur der Betroffenen eingreifen (vgl. Laging 2018: 17, 22, 56f.). Diese sind bei trans*Personen besonders schwerwiegend (in Sinne der

Mehrfachbelastungen/-stigmatisierungen), da „[...] zum Etikett ‚Sucht‘ auch noch die spezifischen sexuellen Identitäten und Präferenzen kommen“ (Vogt 2021: 56). Aufgrund der doppelten beziehungsweise mehrfachen Abweichung von der sozialen Norm sind trans*Personen weiterhin einer höheren Gefahr der Ausgrenzung ausgesetzt (vgl. Vogt 2021: 56).

5.2.1 Studien zu trans*Personen

Folglich wird exemplarisch auf zwei Studien eingegangen, welche zur Verdeutlichung der Situation von trans*Personen herangezogen werden.

Die *Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland* trägt einen bedeutsamen Teil zur Sichtbarmachung der Komplexität von den Diskriminierungs- und Gewaltverhältnissen bei (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 5), welchen sich lesbische und bisexuelle Frauen und trans*Personen im öffentlichen Raum, im Bildungs- und Arbeitsbereich, im Gesundheitswesen und auch im privaten Raum (soziales Umfeld) konfrontiert sehen. Deutlich werden dabei die Relation von Diskriminierungsformen, ebenso wie die Mehrfachdiskriminierungen und deren Auswirkungen auf die Individuen. Im Rahmen dieser Studie gab es 2.143 Teilnehmende, welche zwischen August und November 2011 einen Fragebogen (untergliedert in online- und Papierfragebögen) beantwortet haben. Diese Fragebogenerhebung (quantitative Untersuchung) wurde mit einer qualitativen Untersuchung von sechs Intensivinterviews kombiniert (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 20f.). An den Fragebögen (in der online- und Papierversion) haben 228 Befragte teilgenommen, welche sich als trans*Menschen verstehen³⁵ (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 93). Die unterschiedlichen Frageblöcke wurden von einer wechselnden Anzahl von Menschen beantwortet.

Eine weitere Studie *Being Trans in the European Union, zu Deutsch Leben als Trans in der EU*, stützt sich auf die Ergebnisse der *EU lesbian, gay, bisexual and*

³⁵ Aufgrund der eher bescheidenen Quantität von trans*Personen in dieser Studie sind die Angaben nicht als repräsentativ für die Allgemeinheit von trans*Personen anzusehen. Weiterhin wird die Wichtigkeit von umfassenderen Studien deutlich.

transgender (LGBT) survey welche von der European Agency for Fundamental Rights (FRA) im Jahr 2012 online durchgeführt wurde. Mit mehr als 90.000 Teilnehmer:innen stellt dies eine der größten bislang durchgeführte Studien zu LGBT-Personen in der EU dar.³⁶ In der Studie *Leben als Trans in der EU* wurde sich auf die Aussagen von 6.597 selbsterklärten trans*Menschen aus der *EU LGBT survey* gestützt (vgl. FRA European Union Agency for fundamental rights 2014: 13; FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 1).

Auffallend ist, dass eine vermehrte Anzahl von Menschen angibt, dass ihr trans*-Sein in den unterschiedlichen Lebensbereichen (Bildungs- und Arbeitsbereich, Gesundheitsbereich, Freizeitbereich, Öffentlichkeit) nicht bekannt ist (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 94). Ein Grund dafür kann in der Studie *Leben als Trans in der EU* gefunden werden, in welcher deutlich wird, dass eine Korrelation zwischen dem offenen Umgang mit der Tatsache, dass Menschen trans* sind/waren und den Diskriminierungserfahrungen besteht (vgl. FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 4). 54% der befragten trans*Personen fühlten sich diskriminiert oder belästigt, aufgrund der Tatsache, dass sie als trans* wahrgenommen wurden und der damit verbundenen Verhaltensweisen ihnen gegenüber ausgehend von anderen Menschen (vgl. FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 4).

Ebenfalls auffällig sind die hohen Diskriminierungserfahrungen in der Öffentlichkeit (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 34). Bei den Erfahrungen des trans*-Seins wird die Diskriminierungsbelastung ebenfalls deutlich sichtbar. Beispielsweise erlebten fast 80% der Befragten mindestens einmal verachtendes, demütigendes Verhalten gegen ihre Person und 70% wurden mindestens einmal beleidigt und beschimpft (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 95). Auch mit unverschämten Fragen zum trans*-Sein wurden fast 70% der Befragten mindestens einmal belästigt. Diese

³⁶ Die 2020 von der FRA durchgeführte Studie *A long way to go for LGBTI equality* ist mit 140.000 teilnehmende Personen die größte in der EU durchgeführte Studie und kann eingesehen werden - FRA European Union Agency for fundamental rights 2020. Sie zeigt, dass LGBTI-Personen trotz der zunehmenden Gleichstellung von LGBTI-Gruppen einem hohen Maß an Benachteiligung und Diskriminierung ausgesetzt sind (vgl. FRA European Union Agency for fundamental rights 2020).

Erhebungen belegen deutlich, dass trans*Personen mit einer erheblich hohen Diskriminierungsbelastung umgehen müssen.

Weiterhin geben 37,8% von den Befragten, welche gewaltvolle Erfahrungen gemacht haben, die individuelle Art (Kleidung, Verhalten usw.), welche nicht den gesellschaftlichen Vorstellungen von Geschlechterrollen entspricht, als Grund für diese Erfahrungen an (vgl. LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 115). In der Studie *Leben als Trans in der EU* gaben 32% der Befragten an, dass sie das Ausleben des (gewünschten) Geschlechts vermeiden, da sie Angst haben, angegriffen, bedroht oder belästigt zu werden (vgl. FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 11).

Trans*Personen erfahren weiterhin vielseitige Stigmatisierung und Diskriminierung, auch in Form von „[...] unangemessenem oder beleidigendem Verhalten der Fachleute des medizinischen Fachpersonals“ (LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V. 2012: 34). Ebenfalls erwähnt wird dies in der Studie *Leben als Trans in der EU*. Dort gaben etwa ein Fünftel der befragten Personen an, dass sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten oder sozialen Leistungen, das Gefühl hatten, dass sie von Mitarbeiter:innen aufgrund der Tatsache, dass sie trans* sind, diskriminiert wurden (vgl. FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014: 5). Dies legt nahe, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für trans*Personen aufgrund der möglichen Diskriminierungserfahrungen erschwert ist. Diese Zugangsbarrieren müssen erkannt und behoben werden, damit die Versorgung zielgruppengerecht gestaltet werden kann. Ebenfalls wird die Wichtigkeit herausgestellt, dass Fachpersonal hinsichtlich Geschlechterdiversität geschult wird, um Menschen unterschiedlicher Zugehörigkeitsgruppen angemessen begegnen zu können.

Schlussendlich sei auf eine Studie zu Suizidalität bei Transsexuellen aus den USA verwiesen, welche ergab, dass trans*Personen „[...] eine fast zwölfmal höhere Prävalenz von Suizidgedanken und eine etwa 18-mal höhere Prävalenz von Suizidversuchen [...]“ (Herman et al. 2019 nach Kost 2021) innerhalb der letzten zwölf Monate aufwiesen. Diese Tatsache macht unweigerlich die Auswirkungen der negativen Erfahrungen, welche trans*Menschen durchlaufen, deutlich.

Unter Betrachtung der vielfältigen Risikofaktoren lässt sich die Hypothese aufstellen, dass es bei trans*Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit vielfältige negativ behaftete Vorerfahrungen gibt, welche in der Beratung berücksichtigt werden sollten. Das Wissen um diese ist weiterhin von hoher Bedeutung, damit negative Erfahrungen von trans*Personen mit Fachpersonal nicht reproduziert werden.

6. Diversitysensible Beratung in der Suchthilfe

„Der Erfolg und die Wirksamkeit der Suchtarbeit hängt maßgeblich davon ab, wie zielgruppengenau, bedarfsorientiert und lebensweltnah sie ihre Angebote ausrichtet, um den unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden besser gerecht zu werden“ (Stöver 2018: 46).

Obwohl geschlechtsspezifische Ausprägungen sich vielfältig im Gebrauch von Substanzen und bei den Risiken, ebenso wie bei der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen zeigen, sind die Belange von geschlechtsdiversen Personen in der Forschungslage und der Angebotsstruktur im Gesundheitssystem deutlich unterrepräsentiert (vgl. Lesben und Schwulenverband o.D.b; Kost 2021). Starre Vorstellungen von Geschlecht, ebenso wie sozialstrukturelle Hindernisse, Diskriminierung und Gewalt erschweren geschlechtsdiversen Menschen weiterhin den Zugang zum Hilfesystem (vgl. Regenbogenportal o.D.c; Lesben- und Schwulenverband e.V. o.D.b).

Ein gendergerechter Ansatz ist als ein bedeutsames Qualitätsmerkmal von gelingender Suchthilfe zu nennen (vgl. Stöver 2018: 46f.). Da für trans*Personen die Auseinandersetzung mit Geschlechterstereotypen eine besondere Rolle spielt, kann mit der Auseinandersetzung dieser in der Beratung die Reproduktion von einengenden geschlechtsstereotypen Zuschreibungen verhindert werden (vgl. Laging 2018: 86).

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass neben den biologischen Faktoren auch Geschlechterrollen, -stereotype ebenso wie Erfahrungen und Lebenssituationen, welche durch die geschlechtliche Identität geprägt sind, Auswirkungen auf den Konsum und die Risiken einer Abhängigkeitserkrankung haben, entwickelten sich in den 1980er Jahren erstmalig Angebote und

Einrichtungen in der Suchthilfe, welche sich der Aufgabe annahmen, geschlechtsspezifischen Besonderheiten (in diesem Sinne weiblichen) gerecht zu werden (vgl. Laging 2018: 74f.).

Wie von Prof. Dr. Tuidar (2015) benannt, werden in der Sozialen Arbeit schon bei der Benennung und Definition von pädagogischen Zielgruppen und Konzepten (z.B. Mädchengruppe und Mädchenarbeit) Homogenität und Identität entlang eines zweigeschlechtlichen Systems vorausgesetzt und somit auch hergestellt (vgl. Tuidar 2015: 57). Damit unterstreicht Tuidar die Wichtigkeit der Thematisierung von sämtlichen geschlechtlich-sexuellen Zwischenräumen und Mehrfachzugehörigkeiten, ebenso wie der Schaffung von spezifischen Angeboten. Wie auch Laging (2018) betont, ist „[...] das Wissen um Geschlechterrollen, Stereotype und Geschlechtsunterschiede [...] demnach eine wesentliche Voraussetzung, um Präventions- und Hilfeangebote zielgruppengerecht und -sensibel gestalten zu können“ (Laging 2018: 76).

Die Entwicklung einer reflektiven Grundhaltung in einer geschlechterbewussten Sozialen Arbeit ist somit für Fachkräfte der Sozialen Arbeit von hoher Bedeutung. Dabei sollten möglichst nicht nur das binäre Geschlechtersystem, sondern auch der Einfluss von Fachkräften und von strukturellen Rahmenbedingungen bezüglich der Konstruktion und Reproduktion von Geschlechtsunterschieden und -stereotypen betrachtet werden (vgl. Ehlert 2012: 107f.).

„Wenn eine solche reflexive Grundhaltung in der Sozialen Arbeit zum Standard professionellen Handelns zählt, ist eine geschlechterbewusste Arbeit selbstverständlich und geht in einer diversitätsbewussten Sozialen Arbeit auf, die Konstruktionen und Vorurteile, Abwertungen und Ausgrenzungen aufgrund von kulturellen Zuschreibungen, Ethnizität, sexueller Orientierung, Alter, Behinderung und Krankheit reflektiert“ (Ehlert 2012: 108).

Weiterhin spricht Stöver (2018) an, dass die Bedeutung von diversitysensibler Suchtarbeit nicht nur bei den Einrichtungen und Trägern, sondern auch bei den Kostenträgern verankert und ausgebaut werden muss (vgl. Stöver 2018: 47). Hinsichtlich der prekären finanziellen Situation von Suchtberatungsstellen ist dies eine bedeutende Anmerkung.

Die Arbeit im multidisziplinären Team bringt mit sich, dass Fachkräfte mit verschiedenen Fachrichtungen im psychosozialen Beratungskontext unterschiedliche Haltungen, Sichtweisen, Lösungsorientierungen etc. aufweisen. Sind im Team unterschiedliche Ausbildungen und damit auch Sichtweisen und

Erfahrungshintergründe auffindbar, kann es zu widersprüchlichen Haltungen kommen. Folgende mögliche Konflikte und Auseinandersetzungen können jedoch hierbei als Zeichen von Engagement und als Entwicklungspotential gesehen werden (vgl. Günther 2016: 14).

6.1 Belange von trans*Personen in der Suchtberatung

Die vorangehende Ausarbeitung hat auf vielfältige Weise einen Einblick geben können, mit welchen Erfahrungen trans*Personen gegebenenfalls eine Beratungsstelle aufsuchen. Diese möglicherweise vorhandenen Diskriminierungserfahrungen und Grenzüberschreitungen sollten in der Beratung berücksichtigt und gegebenenfalls aufgegriffen werden. Weiterhin sind die folgenden Anmerkungen zu berücksichtigen.

In Beratungsprozessen können inhaltliche Fragen zum Thema Sucht im Vordergrund stehen, ebenso kann die Beratung auch dazu dienen, Menschen in schwierigen und herausfordernden Lebenssituationen und/oder in Entscheidungsfindung zu begleiten (vgl. Bundesverband Trans* e. V. 2018: 36). Trans*Personen können ausgeprägte Ängste haben, dass sie auf wenig Verständnis stoßen, wenn sie sich Fachpersonal in Suchtberatungsstellen anvertrauen (vgl. Vogt 2021: 62; Regenbogenportal o.D.c). Dies kann neben den bereits angesprochenen Zugangsbarrieren, zu dem Vorhandensein innerer Hürden bezüglich der Suche nach Hilfe führen. Dazu kommt weiterhin, dass trans*Personen vor die Herausforderung gestellt sind, ihre Geschlechtsidentität erklären zu müssen (vgl. Vogt 2021: 62).

Sowohl bei einer Suchterkrankung, als auch bei einer trans*Identität verfügt das Erleben von Kontrollverlust über eine bedeutende Rolle. Trans*Personen sind damit konfrontiert, dass sie keine Kontrolle über die Wahrnehmung ihrer Geschlechtsidentität haben und müssen sich mit dem Faktum auseinandersetzen, dass die geschlechtliche Wahrnehmung gegebenenfalls sehr intensiv ist. Weiterhin erleben Menschen, welche eine Suchterkrankung haben, meistens ebenfalls einen Kontrollverlust bezüglich ihres Konsums. Schlussfolgernd daraus ist das Ausbauen oder Wiederherstellen eines Selbstwirksamkeitsgefühls somit von hoher Bedeutung.

Eine ressourcenorientierte Arbeitsweise kann auf der Individualebene der Betroffenen zu einer Verbesserung der Problemlösekompetenz und einer

positiven Selbstwahrnehmung verhelfen. Weiterhin kann somit ebenfalls die Resilienz (Widerstandsfähigkeit gegenüber möglichen Entwicklungsrisiken) gestärkt werden (vgl. Lesben- und Schwulenverband e.V. o.D.a).

Wenn trans*Personen, ebenso wie Menschen mit Suchterkrankung, sich als ‚krank‘ definieren, kann es zu Selbststigmatisierungsprozessen kommen und hat somit die Implikation, dass diese ‚Krankheit‘ behandelt werden muss. Es kommt also zu einem äußeren Eingreifen in die Individualebene. Bei der Selbststigmatisierung können Prozesse beschleunigt werden, „[...] wenn die negativen Urteile und die Ausgrenzungen mitprovoziert und mitgetragen werden von Fachpersonen der Gesundheitsberufe“ (Boekel et al. 2013; Corrigan et al. 2009; Livingston et al. 2011; Miller et al. 2001; Vogt 2017; Wallace 2010 nach Vogt 2021: 57).

Ebenfalls ist anzumerken, dass bei trans*Personen, welche eine Suchterkrankung haben, folglich eine Komorbidität besteht, da sowohl ‚F64.- Transsexualität‘ als auch ‚F10-19.- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen‘ diagnostiziert werden. Dies kann dazu führen, dass bei einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst eine Behandlung der Geschlechtsdysphorie nicht stattgegeben wird, da komorbide Störungen im Rahmen der Diagnostik ausreichend behandelt werden sollen (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2020: 16).³⁷ Folglich kann es dazu kommen, dass trans*Personen das gewünschte Ausleben ihrer Geschlechtsidentität (in Form von dem Angleichen des Körpers an die Geschlechtsidentität durch körpermodifizierende Maßnahmen) verwehrt wird, aufgrund einer Suchterkrankung, welche sich gegebenenfalls aus dem nicht-ausleben-können entwickelt hat.

6.2 4be TransSuchtHilfe

Die 4be TransSuchtHilfe Beratungsstelle des Therapiehilfeverbundes bietet seit 2019 in Hamburg speziell für trans*, nicht binäre und genderdiverse Personen Beratung und Unterstützung bei Suchtfragen ebenso wie Beratung bei relevanten Themen, zum Beispiel Coming Out, Vornamens- und Personenstandsänderung etc., an (vgl. Therapiehilfe Verbund o.D.). Sie ist damit bundesweit die einzige

³⁷ Weiterführende Informationen finden sich bei Kost 2021.

Beratungsstelle dieser Art. Angehörige, Familien und Fachkräfte, welche mit der Thematik zu tun haben, können sich ebenfalls an die Beratungsstelle wenden. Für die Beratung ist eine spezifische Fachkompetenz notwendig und sie findet im Rahmen einer Peer-Beratung³⁸ statt, welches eine Beratung auf Augenhöhe darstellt und somit den Austausch mit Menschen aus der Community, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben, ermöglicht (vgl. Kost 2021).

Die 4be TransSuchtHilfe Beratungsstelle nimmt sich somit konkret der in der vorliegenden Arbeit angeführten Wichtigkeit der spezifischen Berücksichtigung der Lebenswelten von trans*Personen im Suchtkontext an und berücksichtigt die Annahme, dass trans*Personen mit den herkömmlichen Angeboten nicht ausreichen erreicht werden (vgl. Kost 2021).

Weiterhin kann die 4be TransSuchtHilfe Beratungsstelle von trans*Personen aufgesucht werden, wenn aufgrund einer Suchterkrankung die Behandlung der Geschlechtsdysphorie nicht stattgegeben wird. In einem Telefongespräch mit 4beTransSuchtHilfe wurde berichtet, dass die Mitarbeiter:innen der Beratungsstelle in diesem Fall für trans*Personen beratend und unterstützend zur Seite stehen und eine fachliche Einschätzung treffen, welche Rolle die Suchterkrankung in dem spezifischen Fall spielt.³⁹

Ebenfalls bei der Beratung von trans*Personen sind die Angebotsdichte und -spezialisierung im städtischen Raum wesentlich breiter. Die daraus möglicherweise resultierende Stigmatisierung, Integrationsprobleme und Probleme auf der persönlichen Ebene, welche Menschen im ländlichen Raum durch ein Angebotsdefizit erfahren können, sollten gegebenenfalls im Beratungskontext mit aufgegriffen werden.

7. Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit in der Suchtberatung

„Die [...] angesprochene weit verbreitete Stigmatisierung von Suchtkranken ist nach wie vor ein großes soziales Hindernis der Krankheitsbewältigung, und eine anwaltschaftliche Vertretung von marginalisierten Gruppen der

³⁸ Dies bedeutet in dem konkreten Fall, dass die Berater:innen vergleichbare Erfahrungen gemacht haben (vgl. Kost 2021).

³⁹ Telefongespräch geführt am 30.08.2021 mit C. Kost, Aufzeichnung und Transkript liegen nicht vor.

Gesellschaft – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – gehört zum Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit“ (Laging 2018: 22).

In der vorliegenden Ausarbeitung wurden die besondere und prekäre Situation von trans*Personen und die Wichtigkeit einer diversitysensiblen Arbeit in der Suchthilfe auf vielfältige Art und Weise herausgearbeitet. In dem spezifischen vorliegenden Fall stellt sich folgend die Frage, wie trans*Personen gut erreicht und die Hürden für eine Inanspruchnahme von Hilfe bezüglich einer Suchterkrankung minimiert werden können. Dieser Frage wird sich im Folgenden gewidmet.

Von Hansjürgens (2016) wurde ein Kompetenzprofil erarbeitet, welches eine Empfehlung für die in der Suchthilfe benötigten Kompetenzen unterbreitet. Diese werden im Folgenden näher beschrieben und um die Dimension der trans*Identität erweitert. Weiterhin wird auf die dargestellten Kompetenzen nur exemplarisch eingegangen. Die Auswahl wurde mit Hinblick auf die Wichtigkeit für die Erweiterung der Dimension von trans*Personen getroffen. Die Grundlagen der Kompetenzen werden in dem Studium der Sozialen Arbeit vermittelt und folglich in einem Masterstudium, Fort- oder Weiterbildungen oder der spezifischen Tätigkeit in einer Suchtberatungsstelle ausgebaut. Die benötigten Kompetenzen lassen sich in Wissenskompetenzen, methodische Kompetenzen und Haltungskompetenzen aufgliedern (vgl. Hansjürgens 2016: 51ff.).

- Wissenskompetenzen:

In Suchtberatungsstellen wird spezifisches Wissen zum Thema Sucht benötigt. Dabei ist ein Überblick von verschiedenen Konzepten zur Krankheitsentstehung und -bewältigung, ebenso wie zu der Suchtentstehung und -bewältigung von hoher Bedeutung (vgl. Hansjürgens 2016: 51).

Weiterhin wird Wissen zum Thema Geschlechtlichkeit, Geschlechterdiversität und trans*Identität benötigt, um trans*Personen angemessen begegnen zu können. Dieses reicht von der angeführten rechtlichen Verortung, über die Spannungslage zwischen Selbstbestimmung und der Abhängigkeit von Fachpersonal, bis hin zu den vielfältigen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen. Unter den Auswirkungen von Diskriminierung, Pathologisierung und Stigmatisierung leiden trans*Personen und non-binäre Personen vielfältig. Das Leiden unter den Zuschreibungen zeigt sich auf der

Individualebene der Personen und wird deutlich und sichtbar, wenn diesen Leuten im Arbeitskontext begegnet wird. Umso bedeutender ist es, dass Fachkräfte in der gesamten Regelversorgung sensibilisiert sind und über Wissen und Erfahrungen zum Thema Geschlecht und Diversität verfügen, um Menschen angemessen begegnen zu können. Bezogen auf die Suchtberatung von trans*Personen wird eine spezifische Expertise benötigt, um die konkreten und vielfältigen Anliegen bearbeiten zu können. Um sich dieses Fachwissen anzueignen, bedarf es der Absolvierung von Fortbildungen und Praxiserfahrung. Auch ein Verständnis für die medizinischen Klassifikationssysteme ist erforderlich, da über diese der Zugang zu dem Versorgungssystem geregelt ist, sowohl für Suchterkrankungen, als auch für trans*Personen (vgl. Hansjürgens 2016: 52). Um angemessene Hilfe zu gewährleisten ist das Wissen über die Diagnosestellung somit unabdingbar. Damit verbunden ist ebenfalls das Wissen um die möglichen Auswirkungen von Erfahrungen der Pathologisierung für Menschen mit Suchterkrankungen und trans*Menschen, ebenso wie der doppelten Pathologisierung von trans*Personen mit Suchterkrankung.

Es bedarf Wissen um die Auswirkungen von Bewertungs-, Diagnostik- und Begutachtungsverfahren, welchen sich trans*Personen gegebenenfalls unterzogen haben und deren Auswirkungen auf die psychische Stabilität und die Selbstsicherheit, ebenso wie davon ausgehendes Diskriminierungspotential (vgl. Günther 2016: 15). Mit Hinblick auf die gegebenenfalls stattgefundenen Missachtungen der Intimitätsgrenzen und Verletzungen der Privatsphäre bei diesen Verfahren, sollten trans* Personen in der Wahrung ihrer Grenzen gestärkt und unterstützt werden (vgl. Günther 2016: 15).

Das Wissen zu psychischen und somatischen Erkrankungen betrachtet das Bedingungsgefüge von psychischer und psychiatrischer Krankheit (vgl. Hansjürgens 2016: 52). Bei Menschen mit Suchterkrankung kann eine Komorbidität vorliegen, wenn diese beispielsweise an einer depressiven Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung leiden. Wie bereits erarbeitet, liegt bei trans*Personen mit Suchterkrankung eine Komorbidität vor. Es gilt hierbei Klient:innen gegebenenfalls zu stabilisieren, sodass sie suchtttherapeutische Hilfen in Anspruch nehmen können. Hierbei ist eine wichtige Gegebenheit, dass trans*Personen mit Suchterkrankung der Zugang zum Versorgungssystem hinsichtlich einer Transition verwehrt wird. Diese Tatsache und deren

Auswirkungen auf die Betroffenen müssen in der Beratung berücksichtigt werden. Es ist fraglich, wie der Ausschluss der Behandlung der Geschlechtsdysphorie bei einer vorliegenden Komorbidität (in diesem Fall einer Suchterkrankung) von betroffenen Personen wahrgenommen wird.

Rechtliches- und sozialpolitisches Wissen spielen hierbei ebenfalls eine unabdingbare Rolle (vgl. Hansjürgens 2016: 52). Wie in der Ausarbeitung angesprochen, reicht dieses über die Sozialgesetzbücher und deren Umsetzung im jeweiligen Versorgungssystem, über das BtmG und das ÖGDG bis hin zu dem AGG und dem TRG. Dargestelltes und tiefergehendes Wissen bezüglich der Finanzierung ist weiterhin von Bedeutung, wenn neue diversitysensible Angebote in Beratungsstellen geschaffen werden sollen. Zu nennen sind ebenfalls die Finanzierungsaspekte, welche einen Einfluss auf die Angebotsstruktur der Träger und Einrichtungen haben können.

- Methodische Kompetenzen:

Zu den methodischen Kompetenzen sei als Erstes die (Selbst-)Reflexionskompetenz zu nennen, welche durch Fallteams, Supervisionen etc. gewährleistet werden kann (vgl. Hansjürgens 2016: 53). Die Begegnung mit trans*Personen kann das Fachpersonal mit der persönlichen geschlechtlichen Identität, möglichen Rollenvorstellungen, ebenso wie mit der vorliegenden gesellschaftlichen binären Norm konfrontieren (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2019: 16). Eigene Vorstellungen, Vorurteile und Werte hinsichtlich Sucht und Geschlechtlichkeit (/geschlechtlicher Vielfalt) seien somit als bedeutendste Punkte zu nennen, welche fortlaufend reflektiert werden sollten, um das eigene Verständnis von Geschlecht zu erweitern und der Reproduktion von gesellschaftlichen Vorstellungen und Anforderungen an Suchterkrankte und trans*Personen entgegen zu wirken.

Wie bei jeder Arbeit, welche zwischenmenschlichen Kontakt einschließt, sind besondere Beziehungskompetenzen gefragt. Das Wissen um Übertragung und Gegenübertragung ebenso wie die Steuerung eines Beziehungsprozesses sollten bedacht werden (vgl. Hansjürgens 2016: 53). Bei Gesprächen mit Klient:innen kann es im Beratungsprozess zu Übertragung und Gegenübertragung kommen, auch in dieser Hinsicht kommt der Reflexion in Fallteams oder Supervisionen eine große Bedeutung zu, damit diese

Übertragungsprozesse aufgedeckt werden können und nicht hinderlich für den Beziehungsprozess sind (vgl. Wendt 2017: 208-210). Bei der Steuerung des Beziehungsprozesses steht beispielsweise der Beziehungsaufbau am Anfang. Hinsichtlich dessen wird eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen, welche beispielsweise die Vorstellung mit den jeweiligen Pronomen und Kommunikationskompetenzen hinsichtlich sexueller und geschlechtlicher Vielfalt umfassen kann. Mit Hinblick auf Interventionskompetenzen kommt in der Suchtberatung von trans*Personen der Netzwerkentwicklung eine besondere Bedeutung zu (vgl. Hansjürgens 2016: 53). Besteht ein gutes Netzwerk von Trägern und Einrichtungen untereinander, kann gewährleistet werden, dass Klient:innen bei spezifischen Fragen an dafür verantwortliche Einrichtungen/Träger verwiesen werden können. Weiterhin kann mit einem guten Netzwerk sichergestellt werden, dass trans*Personen bei der Verweisung, Empfehlung oder Vermittlung an andere Beratungsangebote, Ärzt:innen, Therapeut:innen, etc. angemessen und durch geschultes Personal behandelt werden und sich negative Erfahrungen beziehungsweise Diskriminierungserfahrungen in dem Versorgungssystem bestenfalls nicht wiederholen.

- Haltungskompetenzen:

Mit den Haltungskompetenzen wird mitunter die Fähigkeit entwickelt, Menschen in ihren Lebensprozessen und ihrer Lebenspraxis zu unterstützen (vgl. Hansjürgens 2016: 54). Dabei ist das angeführte Konzept von Thiersch zur Kenntnis zu nehmen. Wie hinsichtlich der Lebensweltorientierung herausgedeutet, müssen die individuellen Lebensverhältnisse und daraus resultierenden Deutungs- und Handlungsmuster der Betroffenen verstanden werden, damit darauf aufbauend über ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ neue Lebensmöglichkeiten eröffnet werden können, welche wiederum die Rahmenbedingungen des Lebens positiv beeinflussen und somit zu einem selbstbestimmten Leben verhelfen können. Dass Körperlichkeit nicht an Geschlechtlichkeit geknüpft ist, ist bei der Arbeit mit trans*Personen bestimmend. Eine weitere Haltungskompetenz sollte das Wissen über die gesellschaftliche Konstruktion von Sucht und Geschlecht darstellen. Daran schließt sich das Wissen um die Auswirkungen der diversen Konstruktionen auf Individuen und die Auffassung, dass diese ebenfalls dekonstruiert werden können.

Von hoher Bedeutung ist weiterhin eine grundsätzlich würdigende Haltung in Beratungssituationen. Dies kann bedeuten, dass eine Suchterkrankung als mögliche Bewältigungsstrategie für die Alltagsbewältigung gesehen werden kann. Zum Beispiel kann der übermäßige Konsum einer Substanz dazu geführt haben, dass eine Person dadurch diverse Diskriminierungserfahrungen unterdrücken konnte beziehungsweise sich von der Verarbeitung der Erfahrungen (vorerst) distanzieren konnte. In diesem Sinne kann es zu einer Gefühlsregulation durch Substanzkonsum kommen. Diese Betrachtungsweise ermöglicht, dass Menschen mit Suchterkrankung sich nicht mehr als ‚Opfer‘ der Situation empfinden müssen, die angesprochene Selbstwirksamkeit kann wieder hergestellt werden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass es für betroffene Menschen gute Gründe gibt, sowohl für als auch gegen den Konsum und damit einhergehend ebenfalls Vor- und Nachteile einer Veränderung im Konsumverhalten. Das offenlegen dieses Konfliktes kann Klient:innen helfen, die Ambivalenz abzulegen und eine Veränderungsmotivation zu schaffen. Als hilfreiche Methode bietet sich hier Motivational Interviewing an, welches „[...] ursprünglich 1991 von den Psychologen William Müller und Stephen Rollnick zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt“ (Wendt 2017: 205) wurde⁴⁰.

7.1 Handlungsoptionen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene

Es lassen sich schlussfolgernd aus den theoretischen Erkenntnissen bestimmte Interventionsebenen mit der Perspektive auf die Soziale Arbeit als Profession feststellen, auf welchen konkret gehandelt werden kann. Diese sind auf der Makro-, Meso- und Mikroebene verankert. Folglich werden für diese Ebenen exemplarisch ausgewählte praktische Handlungsoptionen gegeben.

- Makroebene:

Wie in der vorangehenden Ausarbeitung aufgezeigt, wird deutlich, dass Gewalt strukturell ausgeübt wird. In einem patriarchalen System, welches Weiblichkeit abwertet, wird diese Gewalt reproduziert. Strukturelle Gewalt ist auch im medizinischen und psychiatrischen System sichtbar und richtet sich ebenfalls gegen Geschlechtsdiversität. Gesellschaftliche Konstrukte, wie die

⁴⁰ Weiterführende Informationen finden sich bei Laging 2018: 185-189.

Anforderungen beziehungsweise Rollenerwartungen an süchtige Menschen und diese an trans*Menschen, haben einen Einfluss auf Individuen. Es ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession, die Dekonstruktion dieser gesellschaftlichen Konstrukte zu unterstützen.

Deutlich wurde weiterhin, dass eine Abschaffung der Begutachtung und des gerichtlichen Verfahrens, welche trans*Personen bis dato durchgehen müssen, durchgeführt werden sollte. Weiterhin sollte auf politischer Ebene eine Minimierung von struktureller Diskriminierung und gesellschaftlicher Konstruktion von stigmatisierenden Ansichten angestrebt werden. Die unfairen Integrationsbedingungen für trans*Personen sollten durch politische Aktivitäten verändert werden, dies setzt voraus, dass marginalisierte Gruppen ein Mitspracherecht bei politischen Entscheidungen besitzen.

Weiterhin sollte die Suchthilfe mit den notwendigen finanziellen Ressourcen ausgestattet werden, damit sie ihre vollen Potentiale entfalten kann und die Möglichkeit besteht, dass neue Konzepte ausgearbeitet werden können und Mitarbeiter:innen entsprechende Weiterbildungen wahrnehmen können. Sozialpolitische Entscheidungsträger sollten dabei auf die Missstände aufmerksam gemacht werden. Dies können Sozialarbeiter:innen in sozialpolitischen Gremien umsetzen.

- Mesoebene:

Strukturelle Rahmenbedingungen bei der Konstruktion und Reproduktion von Geschlechtsunterschieden und -stereotypen wie sozialstrukturelle Hindernisse, Diskriminierung und Gewalt erschweren geschlechtsdiversen Menschen den Zugang zum Hilfesystem. Dem sollte möglichst entgegengewirkt werden. Die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Angeboten für trans*Personen in der Suchthilfe kann dazu beitragen, soziale und gesundheitliche Ungleichheit zu vermeiden. In diesem Sinne kann die Peer-Arbeit eine gute Möglichkeit sein, um niedrigschwellig über Themen aufzuklären und Verbundenheit herzustellen.

Der Aufbau eines weitreichenden Netzwerks in Beratungsstellen kann betroffene Personen an gegebenenfalls für spezifische Teilbereiche zuständige Träger und Einrichtungen vermitteln.

Auch bei dem Zugang zu Beratungseinrichtungen sollten gewisse Aspekte beachtet werden, welche ermöglichen, dass trans*Personen gut erreicht werden und sich gut aufgehoben fühlen können. Dies reicht von der expliziten Erwähnung

von trans*Personen in der Beratung auf der Webseite, den Flyern etc. über die konsequente Verwendung von nicht-pathologisierender Sprache bis hin zu der Kennzeichnung sanitärer Einrichtungen mit Hinblick auf geschlechtliche Vielfalt (z.B. Toilette mit/ohne Urinal, all-gender welcome toilette) (vgl. Regenbogenportal o.D.e).

Das Ermöglichen von Weiterbildungs- und Fortbildungsangeboten in Trägern und Einrichtungen zu dem spezifischen Themenbereich von trans*Personen mit Suchterkrankung, hat zur Folge, dass Fachkräfte kompetent beraten können und trägt zur Professionalisierung bei. Fortbildungen zum Thema Arbeit mit trans*Personen werden zum Beispiel angeboten von dem Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg (vgl. Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg o.D.) und der Akademie Waldschlösschen (vgl. Akademie Waldschlösschen o.D.). Weiterhin werden von der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (vgl. Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. o.D.) vielfältige Beratungs- und Informationsveranstaltungen bereitgestellt.

- Mikroebene:

An erster Stelle im Kontakt steht die Begrüßung der Klient:innen. Dabei sollte nach dem gewünschten Pronomen erkundigt werden (er/sie/they/them/xier/kein Pronomen/etc.) (vgl. Regenbogenportal o.D.e; Regenbogenportal o.D.i). Damit kann verdeutlicht werden, dass es nicht vorausgesetzt wird, dass ein Mensch nach dem äußeren Erscheinungsbild in die Kategorien männlich oder weiblich eingeteilt wird und somit diverse Geschlechtlichkeiten respektiert werden. Dies kann geschlechtsdiversen Menschen helfen, sich gesehen und respektiert zu fühlen. Es geht darum, ein Verständnis zu schaffen, dass Menschen in vielerlei Hinsicht divers sind und dass dies ebenfalls auf die Geschlechtlichkeit zutrifft. Weiterhin kann die Verwendung von Selbstbegriffen dem Stigma von Krankheit, welches bei der Verwendung von diagnostisch geprägten Begriffen entsteht, entgegenwirken (vgl. Günther 2016: 6).

Berater:innen in Suchtberatungsstellen sollten eine offene und reflexive Grundhaltung entwickeln, welche es möglich macht, diverse Geschlechterstereotype zu bedenken und deren Reproduktion zu unterbinden. Weiterhin sollten Personen in ihrer Individualität geachtet werden, jeder Mensch kommt mit unterschiedlichen Vorerfahrungen, Einstellungen, Gefühlen und Wünschen in eine Beratungsstelle. Das offene Gegenübertreten und Erfragen

dieser, kann sowohl für die Arbeitsbeziehung von Vorteil sein, wie ebenso ein respektvolles und akzeptierendes Miteinander fördern. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Berater:in und Klient:in kann weiterhin dazu beitragen, dass strukturelles Misstrauen abgebaut wird.

Es geht bei der Beratung von Suchterkrankungen, ebenso wie bei der Beratung von trans*Personen, nicht zuletzt um eine Bearbeitung der sozialen Dimension. Die Ziele von Interventionen sollten dabei immer unter Berücksichtigung der Vorstellungen, Motivationslagen und der Lebenssituation der Klient:innen und in gemeinsamer Ausarbeitung erfolgen. Auf der Ebene der individuellen Person lassen sich diverse Interventionsmöglichkeiten feststellen. An bedeutender Stelle stehen Selbstwirksamkeitserfahrungen und die Beförderung und Stärkung der Autonomie der Klient:innen, welche ein selbstbestimmtes Handeln fördern. Eine ressourcenorientierte Arbeitsweise kann ebenfalls dazu beitragen.

Auch hinsichtlich der Verknüpfung von Substanzkonsum mit den angeführten psychologischen Grundbedürfnissen, sollte in der Beratung bestmöglich versucht werden, für deren Ausbau und Erhaltung andere Möglichkeiten als den Substanzkonsum herauszuarbeiten. Das Bedürfnis nach Bindung kann beispielsweise durch Gruppenerfahrungen unterstützt werden, in welchen Betroffene miteinander und voneinander lernen und sich austauschen können. In diesem Sinne soll möglichst die Integration der Klient:innen in deren soziale Handlungssysteme unterstützt werden. Die Implementierung von neuen Verhaltensweisen, welche Freude bereiten (z.B. die (Wieder-)Aufnahme oder Intensivierung von Hobbies) kann ebenfalls sehr bereichernd sein und sowohl zu einem Lustgewinn beitragen, als auch die Möglichkeit neuer Bekanntschaften darstellen und somit die Integration fördern. Die Lektüre von Leitfäden, welche sich mit der Thematik trans* auseinandersetzen, können einen ersten Ansatz darstellen, umfassende Informationen und wertvolle Hinweise zu der praktischen Arbeit im Umgang mit trans*Personen zu erlangen. Exemplarisch ausgewählte Leitfäden können eingesehen werden bei Bundesverband Trans* e. V. 2018, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2019 und Günther 2016. Diese Leitfäden sind nicht rechtsverbindlich, können jedoch „zu einem verbesserten Umgang mit trans*Personen verhelfen und dem Entpathologierungsprozess zuspielden“ (Rauchfleisch 2019: 16).

8. Fazit und Ausblick

Während der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit wurde zeitnah klar, dass das Thema deutlich komplexer ist, als ursprünglich erwartet. Bei der Betrachtung von Sucht, trans* und deren Zusammenführung gibt es viele Aspekte, welche nicht außen vorgelassen werden können. Die Auswahl auf bestimmte Schwerpunkte, aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit, fiel mir deutlich schwer. Es wurde versucht, durch teilweises ‚anteasern‘, die Leser:innen zum weiteren Nachdenken anzuregen, einige Aspekte wurden daher in komprimiertem Ausmaß dargestellt.

Es ergeben sich spezifische Herausforderungen in der Suchtberatung, welchen Sorge getragen werden muss, um trans*Personen angemessen zu begegnen und welche zu dem Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit, im Sinne der anwaltschaftlichen Vertretung von marginalisierten Gruppen, gehören.

Die vielfältigen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen, ebenso wie die Pathologisierung haben einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von trans*Personen. Das Wissen um diese Tatsache ist für Sozialarbeiter:innen wichtig, damit dies in der Beratung berücksichtigt werden kann und mögliche negative Erfahrungen mit Fachpersonal nicht reproduziert werden. Der Unterstützung bei der Verarbeitung dieser Erfahrungen kommt eine hohe Bedeutung zu.

Die binäre Geschlechterauffassung ist in unserer Gesellschaft weiterhin in großen Teilen vorhanden. Die damit einhergehenden Erfahrungen, welche Menschen machen, die von dieser Norm abweichen, sind erschreckend. Professionellen Fachkräften in der Sozialen Arbeit kommt somit die Aufgabe zu, sich den gesellschaftlichen und sozialen Strukturen bewusst zu sein und weiterhin alternative Handlungs- und Verhaltensstrategien zu entwickeln.

Deutlich wurde weiterhin die Wichtigkeit der Stärkung und Förderung der Autonomie von trans*Personen und damit verbunden das Hervorheben der individuellen Ressourcen und die Unterstützung bei Selbstwirksamkeitserfahrungen.

Eine weitere besondere Bedeutung kommt dem Herausstellen von Rollenmustern und -stereotypen und deren Auswirkung auf Individuen, wie

ebenso der möglichen Begünstigung einer Sucht als Strategie der Alltagsbewältigung, zu.

Die Krankheitsrolle sowohl im Sucht- als auch im trans*Kontext haben einen starken Einfluss auf Betroffene und sollten im Beratungsprozess aufgegriffen werden. Die Zuschreibung der Erkrankung impliziert, dass etwas von außen getan werden muss, also ein Eingriff von Fachpersonal erfolgen muss, damit die Betroffenen wieder gesund werden. Die Erwartung an die Rolle der Kranken, dass Hilfe aufgesucht wird, geht für trans*Personen mit erschwerten Zugängen und gegebenenfalls negativen Vorerfahrungen einher. Weiterhin beeinflusst die Krankheitsrolle Betroffene in ihrem Verhältnis zu der sozialen Gemeinschaft und dem Ordnungssystem. Auch hier wird, im Sinne der Wiederherstellung eines Zugehörigkeitsgefühls zu der sozialen Gemeinschaft, das Aufsuchen von Hilfe gefordert. Trans*Personen sind bereits mit tiefgreifenden Erwartungen der Gesellschaft an sie konfrontiert und somit bereiten sich erneut weitere Zugangsbarrieren auf.

Als bedeutender Punkt steht das Herausstellen und Berücksichtigen der Korrelation zwischen sozialen Faktoren, welche eine Suchterkrankung bedingen und der Suchterkrankung, welche einen gesellschaftlichen Ausschluss bedingen kann. Es ist somit von hoher Wichtigkeit, dass die Soziale Arbeit an dieser Stelle ansetzt um eine Verbesserung der Lebenssituation zu bewirken.

Letztendlich geht es darum, Menschen bei der Entwicklung der eigenen Lebensvorstellungen zu unterstützen und zu begleiten.

Das von Thiersch et al. (2012) herausgestellte Doppelmandat ist kritisch zu reflektieren und sollte im Beratungsprozess bedacht werden. Die tiefgehende Auseinandersetzung mit und Orientierung an dem Konzept der Lebensweltorientierung nach Thiersch kann dabei, so wie bei der Entwicklung einer (wertschätzenden) Haltung hinsichtlich Substanzkonsums gewinnbringend sein. Der Konsum als Entlastung in herausfordernden Situationen ist funktional im Sinne der Alltagsbewältigung und kann eine Form der Selbstmedikation darstellen. Dennoch handelt es sich um eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie, da die zugrundeliegenden Probleme auf diese Weise nicht bearbeitet und gegebenenfalls verdrängt werden.

In Rücksprache mit einer Kollegin aus der Suchtberatungsstelle, wurde angemerkt, dass es beispielsweise bei der Umsetzung von genderneutralen

Toilettenbeschreibungen wahrscheinlich zu vielfältigen Diskussionen kommen könnte, wenn bereits bestehende Klient:innen auf ‚all gender welcome-Toiletten‘ oder die Beschriftung ‚mit/ohne Urinal‘ stoßen würden. Hier stellt sich die Frage, wie bereits bestehendes Klientel und non-binäre Menschen in der Suchtberatungsstelle gleichermaßen erreicht werden können. Persönlich bin ich der Auffassung, dass diese Vermutung keinen Ausschlussgrund darstellen sollte, Beratungsstellen weiterzuentwickeln und diversitysensibel zu gestalten. Im Rahmen eines Aushandlungsprozesses sollte angestrebt werden, Kompromisse zu finden, welche sich der Wichtigkeit der Beachtung von Diversität bewusst sind.⁴¹ Dieses Beispiel unterstreicht die Wichtigkeit der Realisierung von Dialogen, welche nicht nur innerhalb einer Beratungsstelle unter den Kolleg:innen und mit den Klient:innen geführt werden sollten, sondern ebenfalls auf Makro- und Mesoebene angestoßen werden sollten.

Schlussendlich ist die Individualität von Menschen, deren unterschiedliches Empfinden zu diversen Thematiken, zu bedenken. Jeder Mensch, welcher sich an eine Beratungsstelle wendet, sollte mit seiner individuellen Geschlechtsidentität, den individuellen Ressourcen und Lebensumständen wahrgenommen werden. Somit kann es sein, dass Menschen sich beispielsweise durch das Ansprechen mit falschen Pronomen gekränkt fühlen, andere wiederum können dies als nicht weiter bedeutend empfinden. Deutlich wird durch die Betrachtung der individuellen Empfindungen die Wichtigkeit der Einbeziehung von betroffenen Personen bei der Entwicklung von spezifischen Angeboten. Somit empfiehlt es sich, die Meinung von betroffenen Personen einzuholen und sich nach deren Wünschen beispielsweise hinsichtlich dem Zugang zu Suchtberatungsstellen, dem benötigten Vorwissen von Berater:innen und dem Umfang der in der Beratung zu betrachtenden Lebensbereiche zu erkundigen. Es sollte auf allen Ebenen (Makro-, Meso-, Mikroebene) ein Dialogprozess angestoßen werden, welcher Betroffene mit einbezieht und es bestenfalls ermöglichen kann, Unterstützung erfahrbar zu machen.

Diese Arbeit, in Form einer Literaturarbeit, kann nur einen bedingten Teil zu konkreten Handlungsoptionen leisten, da fraglich ist inwiefern sich die Literatur in der Praxis und im Einzelfall widerspiegelt. Es sind spezifische Studien

⁴¹ Gespräch mit einer Kollegin in einer Suchtberatungsstelle in Berlin, geführt am 02.10.2021, Aufzeichnung und Transkript liegen nicht vor.

hinsichtlich trans*Personen mit Suchterkrankung nötig, um auf Grundlage diverser individueller Erfahrungen einen tiefergehenden Einblick in das Erleben und die Wünsche von trans*Personen zu erlangen und folglich zielgruppenspezifischere und bestenfalls wirkungsmächtigere Angebote zu entwickeln.

Als abschließenden Gedanken möchte ich folgenden hinzufügen:

Soziale Arbeit hat zur Aufgabe, Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu verhelfen. Dies erfolgt jedoch neben Regeln und in einem System, welche/s die Selbstbestimmung von trans*Personen in großen Teilen untergräbt.

Dies wird in der Betrachtung der Prinzipien der Sozialen Arbeit nach DBSH (2016) deutlich, welche mitunter soziale Gerechtigkeit und die Wahrung der Menschenrechte umfassen. Fraglich ist jedoch, wie soziale Gerechtigkeit geschaffen wird, wenn trans*Personen unter solch intersektionellen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen leiden, weiterhin diverse Erschwerungen im Zugang zu Hilfe bestehen und trotz dieser Tatsachen das spezifische Angebotsspektrum für trans*Personen mit Suchterkrankung in einem überschaubaren Rahmen gehalten ist.

Literaturverzeichnis

Buchquellen

Arnold, Thomas (2020): *Zwischen Fachlichkeit und Fremdbestimmung – Eine rekonstruktive Annäherung an Soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen*, Baden-Baden: Tectum Verlag.

Ehlert, Gudrun (2012): *Gender in der Sozialen Arbeit*, Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag.

Dilling, Horst/ Freyberger, Harald (Hrsg.) (2019): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*, 9. Aufl., Bern: World Health Organization und Hogrefe Verlag.

Dilling, Horst/ Mombour, Werner/ Schmidt, Martin (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (...)*, 10. Aufl., Bern: Hogrefe AG, S. 110-124; 271-297.

Ermann, Michael (2020): *Psychotherapie und Psychosomatik*, 7. erweiterte und überarbeitete Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 351-362, 367-371.

Gaßmann, Raphael (2020): Vorwort, in: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2020): *Sucht: bio-psycho-sozial, Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*, Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 9-11.

Güldenring, Annette (2015): Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland, in: Sauer, Arn (2015): *Gutachten – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten*, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 31-40.

Hansjürgens, Rita (2018a): *In Kontakt kommen: Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen*, Baden-Baden: Tectum Verlag.

Kemper, Ulrich (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Medizin, in: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2020): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf*

Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin, Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 46-58.

Laging, Marion (2018): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe: Grundlagen – Konzepte – Methoden*, 1. Aufl., Stuttgart: W. Kohlhammer.

Liel, Kathrin (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit, in: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.) (2020): *Sucht: bio-psycho-sozial*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 69-79.

Rauchfleisch, Udo (2019): *Transsexualismus – Genderdysphorie – Geschlechtsinkongruenz – Transidentität*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidt-Semisch, Hennig/Dollinger, Bernd (2018): Sozialwissenschaftliche Perspektive auf Drogen und Sucht, in: von Heyden, Maximilian/Jungaberle, Henrik/Majić, Tomislav (Hrsg.) (2018): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, Berlin: Springer-Verlag, S. 33-40.

Schmidt-Semisch, Henning (2019): „Sucht“ Zur Pathologisierung und Medikalisierung von Alltagsverhalten, in: Feustel, Robert/Schmidt-Semisch, Hennig/Bröchling, Ulrich (Hrsg.) (2019): *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*, Wiesbaden: Springer VS, S. 143-157.

Stöver, Heino (2018): Gender und psychoaktive Substanzen, in: von Heyden, Maximilian/Jungaberle, Henrik/Majić, Tomislav (Hrsg.) (2018): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, Berlin: Springer-Verlag, S. 41-49.

Thiersch, Hans/ Grunwald, Klaus/ Köngeter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, W (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. 4. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 175- 196.

Tretter, Felix (2017): *Sucht. Gehirn. Gesellschaft.*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tuider, Prof. Dr. Elisabeth (2015): Trans* in Bildung, Pädagogik und Sozialer Arbeit, in: Sauer, Arn (2015): *Gutachten – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten*, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 57-62.

Ullrich, Jens (2018a): Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch, in: von Heyden, Maximilian/Jungaberle, Henrik/Majić, Tomislav (Hrsg.) (2018): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, Berlin: Springer-Verlag, S. 207-215.

Ullrich, Jens (2018b): Die Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland, in: von Heyden, Maximilian/Jungaberle, Henrik/Majić, Tomislav (Hrsg.) (2018): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, Berlin: Springer-Verlag, S. 455-462.

Vogt, Irmgard (2019): Drogen und Geschlecht, in: Feustel, Robert/Schmidt-Semisch, Hennig/Bröchling, Ulrich (Hrsg.) (2019): *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*, Wiesbaden: Springer VS, S. 307-325.

Vogt, Irmgard (2021): *Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten: Die Sicht von Süchtigen auf ihr Leben und formale Hilfen*, Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Wendt, Kai (2017): *Suchthilfe und Suchttherapie*, Stuttgart: Schattauer.

Internetquellen

Akademie Waldschlösschen (o.D.): Weiterbildung im beruflichen Kontext - Beratung LSBT*I*Q, [online]
<https://www.waldschloesschen.org/de/jahresuebersicht.html?subcat=437>
[abgerufen am 29.09.2021]

Amnesty International (2020): Diskriminierung von Trans*-Personen und intersexuellen: „Das wirft Ungarn ins Mittelalter zurück“, [online]
<https://www.amnesty.de/allgemein/pressemitteilung/ungarn-diskriminierung-von-trans-personen-und-intersexuellen-das-wirft> [abgerufen am 08.09.2021]

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben, [online]
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_benachteiligung_von_trans_personen.html
[abgerufen am 11.09.2021]

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (o.D.): trans*, [online]
<https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/diskriminierungsmerkmale/geschlecht-und-geschlechtsidentitaet/trans/trans-node.html> [abgerufen am 05.09.2021]

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen

Fachgesellschaften (2019): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138/001, [online]

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf [abgerufen am 08.10.2021]

Bibliographisches Institut GmbH (o.D.): Sucht, Online Duden, [online]

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Sucht> [abgerufen am 20.08.2021]

Bilstein, Eva/ Voigt, Annette (1991): Ich lebe viel. Materialien zur Suchtprävention. Verlag an der Ruhr, S. 6, nach: Sebastian-Finsterwalder-Gymnasium Rosenheim (o.D.): Suchtprävention, [online] <https://www.sfg-rosenheim.de/beratung/suchtpraevention> [abgerufen am 14.09.2021]

Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (2021): Auswirkungen der Coronapandemie auf lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche, queere und asexuelle Personen in Deutschland, [online] https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2021/03/BMH_Corona-Auswirkungen_barrierefrei.pdf [abgerufen am 28.09.2021]

Bundesverband Trans* e. V. (2018): Leitfaden trans*Gesundheit in der Art einer Patient_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138/001, [online] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001p_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-11_1.pdf [abgerufen am 08.10.21]

Bundesverband Trans* e.V. (o.D.a): Trans*Gesundheitsversorgung, [online] <https://www.bundesverband-trans.de/unsere-arbeit/transgesundheitsversorgung/> [abgerufen am 08.09.2021]

Caritas (o.D.): Sucht (Definition), Caritas, [online]

<https://www.caritas.de/glossare/sucht-definition> [abgerufen am 16.08.2021]

DBSH (2016): Deutsche Übersetzung der Definition Sozialer Arbeit des FBTS und DHSB, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., [online] <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> [abgerufen am 16.09.2021]

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e.V. (o.D.): Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen der dgti e.V. [online] <https://dgti.org/fortbildung.html> [abgerufen am 29.09.2021]

Deutsche Rentenversicherung (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich, 2. Aufl., [online] https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/vereinbarungen_im_suchtbereich.html [abgerufen am 27.09.2021]

FRA Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014): Leben als Trans* in der EU. Vergleichende Datenanalyse aus der EU-LGBT-Erhebung Zusammenfassung, [online] <https://fra.europa.eu/de/publication/2015/leben-als-trans-der-eu-vergleichende-datenanalyse-aus-der-eu-lgbt-erhebung> [abgerufen am 10.09.2021]

FRA European Union Agency for fundamental rights (2014): Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data, [online] https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf [abgerufen am 10.09.2021]

FRA European Union Agency for fundamental rights (2020): A long way to go for LGBTI equality, [online] <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results> [abgerufen am 11.09.2021]

Günther, Mari (2016): Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen, Frankfurt am Main: Pro familia Bundesverband, [online] https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Inter_Trans_Beratung_Leitfaden.pdf [abgerufen am 08.10.2021]

Hansjürgens, Rita (2015): Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe: Eine Arbeitsfeldanalyse, Konturen online, [online] <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2015->

ambulante-suchthilfe/soziale-arbeit-in-der-ambulanten-suchthilfe/ [abgerufen am 12.09.2021]

Hansjürgens, Rita (2016): Perspektiven für die Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Sozialen Arbeit für Tätigkeiten in der Suchthilfe, in: Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (2016): Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention, S. 49-54, [online] https://www.dg-sas.de/media/filer_public/66/03/66033bdf-0e30-4980-b382-219972de0cb4/kompetenzprofil_online.pdf [abgerufen am 08.10.2021]

Hansjürgens, Rita (2018b): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“, Freiburg: Caritas Suchthilfe e.V.; Berlin: Gesamtverband für Suchthilfe e.V., [online] http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Mediendownloads/Expertise_und_Exzerpt.pdf [abgerufen am 04.10.2021]

Käppeler, Christoph (2021): Auf dem Weg in "den Möglichkeitsraum", tagesschau.de, Hamburg: Norddeutscher Rundfunk, 15.10.2021, [online] <https://www.tagesschau.de/inland/ampelkoalition-verhandlungen-101.html> [abgerufen am 16.10.2021]

Kost, Cornelia (2021): Trans und Sucht, in: Konturen online, 18.01.2021, [online] <https://www.konturen.de/fachbeitraege/trans-und-sucht/> [abgerufen am 03.09.2021]

Lesben- und Schwulenverband e.V. (o.D.a): Minderheitenstress und Ressourcen von LSBTIQ*, [online] <https://www.lsvd.de/de/ct/4340-Minderheitenstress-und-Ressourcen-von-LSBTIQ> [abgerufen am 10.09.2021]

Lesben- und Schwulenverband e.V. (o.D.b): LSBTI im Gesundheitssystem und der Gesundheitsversorgung, [online] <https://www.lsvd.de/de/ct/1102-LSBTI-im-Gesundheitssystem-und-der-Gesundheitsversorgung> [abgerufen am 10.09.2021]

LesMigraS Antigewalt- und Antidiskriminierungsbereich der

Lesbenberatung Berlin e.V. (2012): „...nicht so greifbar und doch real“ Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in

Deutschland, [online]

https://lesmigras.de/tl_files/lesmigras/kampagne/Dokumentation%20Studie%20web.pdf [abgerufen am 07.09.2021]

Mäder-Linke, Corinna/ Bürkle, Stefan (2018): Exzerpt zum Papier Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“, Freiburg: Caritas Suchthilfe e.V.; Berlin: Gesamtverband für Suchthilfe e.V., [online]

http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Mediendownloads/Expertise_und_Exzerpt.pdf [abgerufen am 04.10.2021]

Maya Markwald (2020a): Determinierende Körper? Zur Auslegung von „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ im Personenstandsgesetz, [online]

<http://grundundmensenrechtsblog.de/determinierende-koerper-zur-auslegung-von-varianten-der-geschlechtsentwicklung-im-personenstandsgesetz/#more-1313> [abgerufen am 04.09.2021]

Maya Markwald (2020b): Die Rechtsstellung von Trans*personen in Deutschland, [online] <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/geschlechtliche-vielfalt-trans/308625/die-rechtsstellung-von-transpersonen-in-deutschland> [abgerufen am 04.09.2021]

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(2020): Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach

§282 SGB V, [online] https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf [abgerufen am 27.09.2021]

Netzwerk LSBTTIQ Baden-Württemberg (o.D.): Fortbildungen und

Schulungen zu Transsexualität, Transgender und Intersexualität, [online]

<https://www.netzwerk-lsbttiq.net/fortbildung-tti> [abgerufen am 29.09.2021]

Neurologen und Psychiater im Netz (o.D.): Was ist Sucht / eine

Suchterkrankung? [online] <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/suchterkrankung-stoffgebunden/was-ist-sucht/>

[abgerufen am 27.08.2021]

[abgerufen am 27.08.2021]

Regenbogenportal (o.D.a): Trans*, transgeschlechtlich, Berlin: Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, [online]
https://www.regenbogenportal.de/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bcontroller%5D=Term&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=31&cHash=bb1d8ad728b3e5eb5cb014b27f29ac08#c31
[abgerufen am 05.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.b): Diskriminierung und Gewalt gegen transgeschlechtliche Menschen, [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/diskriminierung-und-gewalt-gegen-transgeschlechtliche-menschen> [abgerufen am 14.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.c): Gesundheitsversorgung von transgeschlechtlichen Menschen, [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/gesundheitsversorgung-von-transgeschlechtlichen-menschen> [abgerufen am 21.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.d): Trans*Gesundheit und Diskriminierung [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/trans-gesundheit-und-diskriminierung> [abgerufen am 08.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.f): Trans-was?, [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/trans-was> [abgerufen am 12.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.g): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz, sexuelle Identität und Geschlecht, [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz-sexuelle-identitaet-und-geschlecht> [abgerufen am 08.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.h): Vornamen und Geschlechtseintrag ändern per „Transsexuellengesetz“, [online]
<https://www.regenbogenportal.de/informationen/vornamen-und-geschlechtseintrag-aendern-mit-dem-transsexuellengesetz> [abgerufen am 08.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.i): Geschlechtsidentitäten jenseits von männlich und weiblich, [online]

<https://www.regenbogenportal.de/informationen/geschlechtsidentitaeten-jenseits-von-maennlich-und-weiblich> [abgerufen am 08.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.j): Vornamen und Geschlechtseintrag ändern: Alternativen zum TSG, [online]

<https://www.regenbogenportal.de/informationen/vornamen-und-geschlechtseintrag-aendern-alternativen-zum-tsg> [abgerufen am 08.09.2021]

Regenbogenportal (o.D.e): Trans*Menschen respektvoll und solidarisch begegnen. [online] <https://www.regenbogenportal.de/informationen/trans-menschen-respektvoll-und-solidarisch-begegnen> [abgerufen am 05.09.2021]

Reimann, Carola (2018): Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata, in: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018): Traumata und Sucht. Sicherheit finden - Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata, S. 8-10, [online]

https://www.ms.niedersachsen.de/download/136120/27._Niedersaechsische_Suchtkonferenz_Traumata_und_Sucht_Sicherheit_finden_-_Sucht_als_Bewaeltigungsstrategie_erlebter_Traumata_.pdf [abgerufen am 28.09.2021]

Therapiehilfe Verbund (o.D.): 4be TransSuchtHilfe, [online]

<https://www.therapiehilfe.de/standorte/4be-transsuchthilfe/> [abgerufen am 28.09.2021]

Zeit online (2020): Ungarn schränkt Rechte von trans- und intersexuellen Menschen ein, in: Zeit online, 19.05.2020, [online]

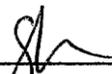
https://www.zeit.de/politik/ausland/2020-05/sexuelle-identitaet-ungarn-einschraenkung-rechte-transsexualitaet-intersexualitaet?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F [abgerufen am 08.09.2021]

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, einschließlich eigener Quellen benutzt habe.

Ferner, dass die elektronische Form der Bachelorarbeit mit der schriftlichen Form vollständig übereinstimmt.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zur Einsichtnahme in der Bibliothek der Alice Salomon Hochschule in Berlin bereitgestellt wird.

03.11.21 K. 

Datum, Unterschrift