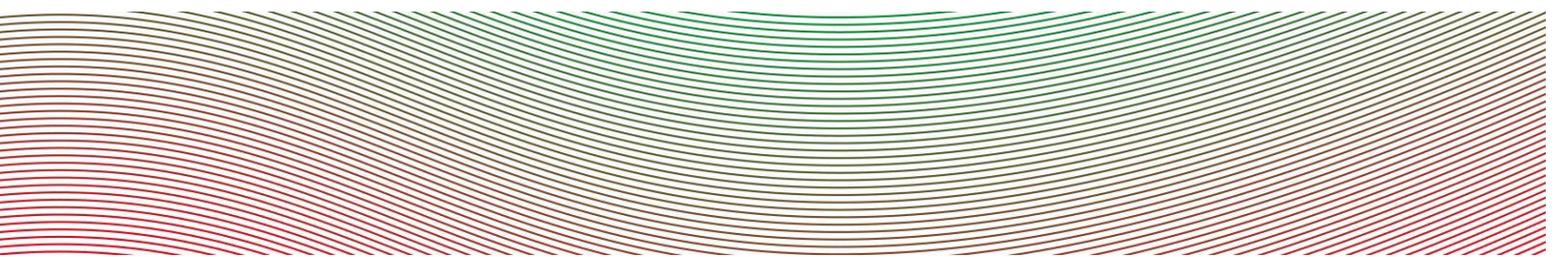




**Studie zu Bedarfen traumatisierter älterer bis hochaltriger
Männer und Erfassung von bestehenden Angeboten im
Land Nordrhein-Westfalen zu traumasensibler Beratung
und Unterstützung**



Studie zu Bedarfen traumatisierter älterer bis hochaltriger Männer und Erfassung von bestehenden Angeboten im Land Nordrhein-Westfalen zu traumasensibler Beratung und Unterstützung

von Martina Böhmer, Christiane Weiling und Gabriele Klärs, Paula e.V. –
Beratungsstelle für Frauen ab 60 – in Köln

im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und
Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

I. Gegenstand des Auftrages / Zielsetzung	5
II. Studienkonzept, Inhalt und Verfahren der Studiendurchführung	6
1. Recherche aktueller Sachstände	6
2. Entwicklung von Interviewleitfäden	7
a) Leitfaden für halbstrukturierte Expert*innen-Interviews	7
b) Leitfaden für halbstrukturierte Interviews mit Betroffenen	8
c) Leitfaden für problemzentrierte Interviews mit Betroffenen (nach Andreas Witzel)	9
3. Konzeption der Interviews	9
a) Leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen	9
b) Leitfadengestützte Interviews mit betroffenen alten und hochaltrigen Männern	10
c) Problemzentrierte Interviews mit Betroffenen (nach Andreas Witzel)	12
III. Durchführung der Studie	12
1. Recherche aktueller Sachstände	12
a) Literaturrecherche	12
b) Kontaktaufnahme zu Expert*innen	20
2. Entwicklung von Interviewleitfäden	20
a) Interviewleitfaden für Expert*inneninterviews	20
b) Interviewleitfaden für Interviews mit älteren und hochaltrigen Männern	20
c) Gesprächsleitfaden problemzentrierte Interviews nach Witzel	21
3. Durchführung und Zusammenfassung der Interviews	21
a) Durchführung und Zusammenfassung der Expert*inneninterviews	21
b) Durchführung und Zusammenfassung der Betroffeneninterviews	34
4. Auswertung und Aufbereitung der Interviews	40
a) Auswertung und Aufbereitung der Expert*inneninterviews	40
b) Auswertung und Aufbereitung der Betroffeneninterviews	45
5. Abgleich der Interview-Ergebnisse mit Aussagen in der Literatur	48
a) Bewältigung traumatischer Erfahrungen und Auswirkungen auf die Gesundheit	48
b) Geschlechtstypische Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsmechanismen	49
c) Trauma-Reaktivierung im höheren Lebensalter	50
d) Genderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten	51

IV. Zusammenfassung der Ergebnisse	52
1. Traumatischen Gewalterlebnisse im Leben älterer bzw. hochaltriger Männer	52
2. Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf die Betroffenen	54
3. Umgang mit traumatischen Erlebnissen / Verarbeitungsmechanismen	55
4. Vorhandene Angebote und Bedarfe von Pflege, Beratung und anderen Unterstützungseinrichtungen in NRW	56
5. Bewertung des Nutzens bestehender Angebote	58
6. Angebotsdefizite hinsichtlich besonderer Zielgruppen	59
7. Spezifische Anforderungen an Angebote für ältere und hochaltrige Männer	59
V. Handlungsempfehlungen	61
1. Enttabuisierung des Themas „Ältere Männer und Trauma“ in der breiten Öffentlichkeit	61
2. Entwicklung von Sensibilisierungs- und Schulungsangeboten für die Gesundheits- und Beratungslandschaft	62
3. Entwicklung von Ansprachekonzepten speziell für ältere und hochaltrige Männer	62
4. Schaffung von Unterstützungs- und Hilfeangeboten speziell für ältere und hochaltrige Männer	63
5. Vernetzung von Akteur*innen aus der Alten- und Männerarbeit sowie dem Gesundheitswesen	63

I. Gegenstand des Auftrages / Zielsetzung

Ziel des Auftrags war es, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur Erforschung der Bedarfe traumatisierter älterer bis hochaltriger Männer und der bestehenden Angebote im Land NRW Erkenntnisgrundlagen für eine zukunftsorientierte, geschlechtergerechte Alten- und Pflegepolitik zu gewinnen, die die traumatischen bzw. belastenden Lebensgeschichten der heute alten Männer mit einbezieht.

Ausgehend von einer umfassenden Recherche zur theoretischen Kenntnislage und zu konkreten Angeboten, sollten die Bedarfe an beratender und pflegerischer Unterstützung für traumatisierte ältere bis hochaltrige Männern eruiert werden. Unter Auswertung des so erhobenen Kenntnisstandes sollten der Landesregierung NRW Empfehlungen für die Entwicklung neuer Angebote bzw. zur Schärfung bestehender Angebote an die Hand gegeben werden.

Da dies in NRW eine erste Erhebung zu diesem Thema ist, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Dies ermöglicht es einen ersten Überblick über vorhandene Angebote und Bedarfe sowie über unterschiedliche Einschätzungen, Sichtweisen und Angebote in Wissenschaft und Praxis zu erhalten. Die Daten sind daher nicht repräsentativ, können aber einen ersten Einblick in das Feld geben und als Ausgangspunkt für weitere Erhebungen bzw. für die Entwicklung von Praxisansätzen genutzt werden.

Folgende Fragen wurden im Rahmen der Studie untersucht:

- Welche traumatischen Gewalterlebnisse spielen im Leben älterer bzw. hochaltriger Männer eine Rolle?
- Wo liegen die Unterschiede zwischen diesen und den Erfahrungen alter Frauen und was ist ähnlich bzw. gleich?
- Welche Verhaltensweisen zeigen Männer, um mit traumatischen Erlebnissen umzugehen?
- Welche Verarbeitungsmechanismen zeigen Männer im Umgang mit ihren traumatischen Erlebnissen?
- Welche Angebote und Methoden brauchen Pflege, Beratung und andere Unterstützungseinrichtungen, um betroffene Männer zu erreichen und sie entsprechend ihrer Bedürfnisse zu unterstützen?
- Welche Einrichtungen in NRW halten dazu Angebote und Methoden vor und wie sind die bisherigen Erfahrungen?
- Welche Zielgruppen werden derzeit durch etwaige Angebote angesprochen und für welche Zielgruppen gibt es bisher noch keine oder kaum Angebote?
- In welcher Anzahl werden die bereits bestehenden Angebote genutzt?
- Müssen andere Therapien gerade für ältere Patienten angeboten werden?
- Wie muss das Angebot für traumatisierte ältere bzw. hochaltrige Männer ausgestaltet sein, um gelingen zu können?

- Wie hoch ist der Nutzen/Mehrwert für betroffene Männer, die bereits bestehende Angebote nutzen?

II. Studienkonzept, Inhalt und Verfahren der Studiendurchführung

Im Rahmen der Studie wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

1. Recherche aktueller Sachstände

Zur Erhebung des Status quo wurden eine umfangreiche **Literaturrecherche** sowie erste **Vorgespräche mit Expert*innen** durchgeführt.

Ziel der Recherche aktueller Sachstände im Rahmen einer Literaturrecherche war es, einen Überblick über den Stand der Forschung zu geschlechter- bzw. männer-spezifischen traumatischen Erlebnissen und deren geschlechtstypischer Verarbeitung zu erhalten. Außerdem sollte die Landschaft männersensibler Angebote für ältere und hochaltrige Männer und deren Evidenzbasierung überprüft werden. Die Auswertung vorliegender Studien und Literatur erfolgte entsprechend der oben aufgeführten Fragestellungen.

Darüber hinaus erfolgte im Rahmen der Recherche aktueller Sachstände eine **Kontaktaufnahme mit Expert*innen** aus Wissenschaft und Praxis, um im Rahmen dieser Kontaktaufnahme eine erste Einschätzung zum Thema traumatisierte ältere und hochaltrige Männer (Angebote und Bedarfe) zu erhalten.

Bei der Auswahl der Expert*innen wurde Wert darauf gelegt, einen möglichst breiten Blick auf die Thematik „traumatisierte ältere und hochaltrige Männer“ zu ermöglichen. In der Fachwelt werden aktuell unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Trauma“ diskutiert. Die gängigste Definition stammt von Fischer und Riedesser: „Ein Trauma ist ein Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“¹

Im aktuellen ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) wird Trauma so definiert: „[...] ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (z. B. Naturkatastrophe oder menschlich verursachtes schweres Unheil – man-made disaster – Kampfeinsatz, schwerer Unfall, Beobachtung des gewaltsamen Todes Anderer oder Opfersein von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen).“

In fast jeder bekannten klassischen Trauma-Definition wird betont, dass eine Gefahr für Leib und Leben bestanden haben muss. Doch viele Traumatherapeut*innen berichten aus ihrer praktischen Erfahrung, dass Symptome auch dann entstehen kön-

¹ Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB, Stuttgart, S. 79.

nen, wenn ein Ereignis von den Betroffenen nicht als lebensbedrohlich empfunden wurde. So können Operationen und Narkosen für die Betroffenen ebenso traumatisch sein wie Stürze, Trennungen, auch selbst gewollte Schwangerschaftsabbrüche, ärztliche Untersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Mobbing, Demütigungen, sogar leichte Auffahrunfälle, die Bezeugung von Gewalt oder Unfällen und viele andere Dinge, mit denen Menschen im Leben konfrontiert werden.²

Diese unterschiedlichen Definitionen in der Fachwelt führen im Rahmen der Expert*innen-, aber auch der Betroffeneninterviews dazu, dass teilweise Beispiele und Aspekte genannt werden, die von einigen Expert*innen nicht als Trauma definiert würden, von anderen allerdings schon. Das Erleben von Bedrohung und Schutzlosigkeit wurde von den Betroffenen – je nach individueller Resilienz – als Trauma empfunden oder auch nicht. Im Rahmen der Studie wurde den individuellen Definitionen der Expert*innen sowie der Betroffenen bewusst Raum gegeben.

2. Entwicklung von Interviewleitfäden

Folgende Instrumente wurden im Rahmen der Studie entwickelt:

- Leitfaden für halbstrukturierte Expert*innen-Interviews
- Leitfaden für halbstrukturierte Interviews mit Betroffenen
- Leitfaden für problemzentrierte Interviews mit Betroffenen (nach Andreas Witzel)

a) Leitfaden für halbstrukturierte Expert*innen-Interviews

Im Rahmen von leitfadengestützten Interviews sollten Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis hinsichtlich ihrer Einschätzung zum Thema traumatisierte ältere und hochaltrige Männer befragt werden. Als Expert*innen sollten dabei Berater*innen, Therapeut*innen, Mediziner*innen, entsprechend fortgebildete Fachkräfte aus der Pflegepraxis sowie Wissenschaftler*innen befragt werden.

Leitfadengestützte Expert*innen-Interviews nach Meuser & Nagel (1991) werden als Untersuchungsinstrument eingesetzt, um Wissensbestände zu erheben, welche die Interviewpersonen den Interviewenden qua ihres Expert*innenstatus mitteilen können und zu denen ansonsten kaum ein Zugang geschaffen werden kann. Dabei steht insbesondere das Kontextwissen der Expert*innen im Fokus. Bei Fragen nach Kontextwissen geht es nicht vorrangig um das Handeln der Expert*innen selbst, sondern um die Lebensbedingungen, Handlungsweisen, Entwicklungen und Herausforderungen bestimmter Personengruppen, zu denen die Expert*innen in ihrer Berufsrolle einen Zugang haben und auf die ihr Handeln ausgerichtet ist, so dass sie sich in diesem Feld ein Sonderwissen angeeignet haben.

² Charf, Dami; Duvenbeck, Luisa (ohne Jahr): Trauma verstehen – Eine Einführung in Therapie und Theorie. eBook

Das Expert*innen-Interview wurde als offenes Leitfadenterview strukturiert, da es um die Rekonstruktion des handlungsorientierten Wissens der Expert*innen geht. Es sollte so über eine standardisierte Befragungsform hinausreichende vertiefende Ergebnisse liefern.

Im Rahmen der Interviews sollten insbesondere der Umgang betroffener Männer mit traumatischen Erlebnissen sowie die Einschätzung bestehender und fehlender Unterstützungsangebote im Fokus stehen. Die Expert*innen sollten hinsichtlich unterschiedlicher Verhaltensweisen betroffener Männer und Frauen befragt werden, um eine Grundlage für entsprechende männerspezifische Ansprache- und Angebotskonzepte zu erhalten.

Folgende Fragestellungen wurden berücksichtigt:

- Welche traumatischen Gewalterlebnisse begegnen Ihnen in Ihrem Berufskontext mit älteren bzw. hochaltrigen Männern?
- Wie gehen Männer Ihrer Erfahrung nach mit diesen Erlebnissen um?
- Welche Angebote brauchen die Betroffenen Ihrer Meinung nach? Was könnte ihnen helfen?
- Für welche Zielgruppen (Männer mit Demenz, Behinderte, Sterbende, Männer mit unterschiedlichen Hintergründen, beispielsweise sozialen, religiösen, sexuellen und kulturellen) gibt es bisher aus Ihrer Sicht noch keine oder kaum Angebote?
- Wie erleben Sie ein unterschiedliches Umgehen mit Traumaerfahrungen von alten Männern im Gegensatz zu alten Frauen?

b) Leitfaden für halbstrukturierte Interviews mit Betroffenen

Auch die leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen sollten der Erhebung von Wissen, welches aufgrund von Literaturrecherchen nicht oder nur ansatzweise zugänglich ist, dienen.

Im Rahmen der leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen kamen folgende Fragestellungen zum Tragen:

- Wie gehen Sie im Alltag mit Belastungen bzw. traumatischen Erfahrungen um?
- Wünschen Sie sich Angebote zur Unterstützung etwaiger Belastungen, die auf traumatische (Gewalt-)Erlebnisse in Ihrem Leben zurückzuführen sind?
- Was würde Ihnen den Zugang zu bestehenden Hilfsangeboten erleichtern?

c) Leitfaden für problemzentrierte Interviews mit Betroffenen (nach Andreas Witzel)

Ergänzend zu den relativ breit angelegten Betroffeneninterviews sollten vertiefende problemzentrierte Interviews mit älteren und hochaltrigen Männern geführt werden.

Das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982) ist ein offenes, halbstrukturiertes Befragungsinstrument, das den Befragten möglichst viel Raum für eigene Erzählpas-sagen lässt, ohne den angesprochenen Problembereich aus dem Blick zu verlieren. Das Erzählprinzip steht im Vordergrund, aber anders als in gänzlich offenen narrati-ven Interviewformen führt die Interviewerin/der Interviewer immer wieder auf die Problemstellung zurück, so dass eine stärkere Strukturierung gegeben ist. Die Inter-viewform basiert auf drei Grundprinzipien: Problemzentrierung, Gegenstandsorientie-rung und Prozessorientierung.

Dieses Erhebungsinstrument eignet sich besonders, um Hypothesen zu generieren oder zu überprüfen. Letzteres sollte im Rahmen dieser Studie mit den problem-zentrierten Interviews erreicht werden. Die problemzentrierten Interviews sollten die Hypothesen, die im Studienverlauf aufgestellt wurden, weiter untersuchen und vor allem vertiefen.

Folgende Themen wurden im Rahmen der problemzentrierten Interviews weiterge-hend vertieft:

- Traumatische Erfahrungen
- Umgang mit Traumaerfahrungen
- Motivation für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsstrukturen
- Wunsch nach Unterstützung

3. Konzeption der Interviews

a) Leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen

Den Kern der Bedarfserhebung bildeten leitfadengestützte Interviews mit Ex-pert*innen. Im Rahmen der Studie wurden 16 **leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen** aus Wissenschaft und Praxis geführt, um aus unterschiedlichen Blick-winkeln einen fachlich fundierten Überblick über in die Einschätzung zum Thema traumatisierte ältere und hochaltrige Männer (Angebote und Bedarfe) zu erhalten. Hierbei ging es insbesondere darum, über die vorhandene Literatur hinausgehende Informationen und Einschätzungen zum Thema zu erhalten.

Methodisches Vorgehen:

- **Auswahl von Expert*innen**

Die Expert*innen wurden entsprechend der Erfahrung und des Wissens von Paula e. V. und der langjährigen Vernetzungen/Kooperationen ausgewählt. Die ange-

fragten Expert*innen sind in der Regel seit vielen Jahren jeweils zu den Themen Alter und/oder Trauma und/oder Psychosomatik und Psychotherapie mit älteren Menschen tätig. Zu dieser Gruppe zählen bspw. Prof. Dr. Luise Reddemann, Prof. Hartmut Radebold, Tomris Grisard und Dr. Mechthilde Küttemeyer (†). Weitere Expert*innen wurden auf Basis der im Rahmen der Recherche aktueller Sachstände durchgeführten Kontaktaufnahme mit bekannten Expert*innen sowie auf Basis einer umfangreichen Internetrecherche ausgewählt.

- **Durchführung der leitfadengestützten Interviews**

Die Interviews wurden persönlich oder telefonisch geführt. Hierbei standen die Wünsche der Expert*innen im Vordergrund. Sofern möglich, wurde allerdings persönlichen Interviews der Vorzug gegeben.

Für die Interviews wurden 30 bis 60 Minuten angesetzt. Die Interviews mit den Expert*innen wurden – sofern die Interviewpartner*innen einverstanden waren – auf Band aufgenommen. Geplant waren 15 leitfadengestützte Interviews, durchgeführt wurden 16.

- **Aufbereitung der Interviewergebnisse**

Alle Interviews wurden schriftlich zusammengefasst. Die Zusammenfassungen wurden von den Expert*innen gegengelesen und zur Veröffentlichung freigegeben. Lediglich zwei Expert*innen baten um eine anonymisierte Veröffentlichung ihrer Interviews. Neben den Zusammenfassungen wurde eine tabellarische Übersicht vorbereitet, um die wichtigsten Kernaussagen aller Expert*innen auf einen Blick erfassen zu können.

b) Leitfadengestützte Interviews mit betroffenen alten und hochaltrigen Männern

Ziel der leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen war die Erhebung der Umgangsweisen von alten Männern mit ihren traumatischen Lebenserfahrungen. Darüber hinaus sollten die Bedürfnisse alter Männer im Kontext der eigenen Situation im Alter erhoben werden. Es sollte erfragt werden, welche Angebote älteren und hochaltrigen Männern bekannt sind und welche Angebote sie in Anspruch nehmen bzw. gerne in Anspruch nehmen würden.

Methodisches Vorgehen:

- **Kontaktaufnahme zu Betroffenen über Strukturen aus Beratung und Pflege**

Für die Interviews wurden ältere und hochaltrige Männer angefragt, die von Expert*innen empfohlen wurden, welche Paula e. V. über die langjährige Arbeit zum Thema Alter und Trauma bekannt sind. Weitere Betroffene wurden über Pflegeeinrichtungen, die zum Thema traumasensible Pflege geschult sind, erreicht. Der Erstkontakt zu den Betroffenen erfolgte über die Expert*innen bzw. Pflegeeinrich-

tungen. Betroffene, die ihre Bereitschaft zu einem Interview erklärten, wurden dann von Paula e. V. persönlich kontaktiert.

Bei der Auswahl der Männer wurde darauf geachtet, dass unterschiedliche Altersgruppen berücksichtigt wurden. Die Altersspanne lag zwischen 60 und 88 Jahren. Außerdem wurden Betroffene unterschiedlicher sozialer Herkunft und unterschiedlichen Bildungsgrades ausgewählt. So sollte eine möglichst große Bandbreite an Betroffenen gewährleistet werden.

Ethische Aspekte wurden bei der Auswahl der betroffenen Männer berücksichtigt, indem gewährleistet wurde, dass keine schwer pflegebedürftigen Männer befragt wurden und keine Männer, die nicht von selbst über ihre Geschichte sprechen wollten. Die Interviews wurden in einem geschützten Raum mit entsprechend ausreichend Zeit für ein Vor- und Nachgespräch bzw. eine Nachbegleitung geführt.

Freiwilligkeit und Anonymität wurden gewährleistet. Die Interviewpartner konnten das Gespräch jederzeit abbrechen. Auf Wunsch hätten Psychotherapie oder weitere Beratung vermittelt werden können.

- **Durchführung der leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen**

Die Interviews wurden persönlich geführt. Für die Interviews (ohne Vor- und Nachgespräch) war eine Dauer von ca. 30 Minuten angesetzt. Die Interviews mit den Betroffenen sollten – bei entsprechendem Einverständnis der Interviewpartner – auf Band aufgenommen werden. In der Praxis zeigte sich allerdings, dass die Betroffenen dies in fast allen Fällen ablehnten. Um die Intimsphäre der Betroffenen zu wahren, wurden die Interviews anonymisiert.

Die Befragungen fanden traumasensibel statt, das heißt u.a., dass die Männer nicht zwingend die Traumageschichte erzählen sollten und wenn es dazu kam, wurden sie stets wieder in positive Gefühle gebracht. Dazu nutzten die Verantwortlichen der Studie Methoden der Traumaberatung und -therapie, ggf. Dissoziationsstopps sowie Imaginationen nach Reddemann und Körperübungen nach Croos-Müller.

Die Interviews wurden mehrheitlich von der erfahrenen Traumaberaterin Martina Böhmer durchgeführt. Der Pflegedienstleiter Andre Papé unterstützte die Befragungen, da Männer immer wieder äußern, dass ältere und hochaltrige Männer ihre belastenden Lebensereignisse und ihre Gefühle/Gedanken dazu häufig ungern – wenn sie ihre Geschichte überhaupt thematisieren – (jüngeren) Frauen erzählen.

Geplant waren 15 leitfadengestützte Interviews, die auch entsprechend durchgeführt wurden.

- **Aufbereitung der Interviewergebnisse**

Alle Interviews wurden schriftlich zusammengefasst. Um die Privatsphäre der Betroffenen zu gewährleisten, wurden alle Interviews anonymisiert. Darüber hinaus

wurde eine tabellarische Übersicht vorbereitet, um die wichtigsten Kernaussagen aller Expert*innen auf einen Blick erfassen zu können.

c) Problemzentrierte Interviews mit Betroffenen (nach Andreas Witzel)

Ziel der vertiefenden problemzentrierten Interviews war eine intensivere Analyse der Umgangsweisen von alten Männern mit ihren traumatischen Lebenserfahrungen. Darüber hinaus sollten auch hier noch einmal die Bedürfnisse alter Männer im Kontext der eigenen Situation im Alter erhoben werden. Es sollte erfragt werden, welche Angebote älteren und hochaltrigen Männern bekannt sind und welche Angebote sie in Anspruch nehmen bzw. gerne in Anspruch nehmen würden. Die Interviews dienten auch zur Kontrolle der aus den leitfadengestützten Interviews abgeleiteten Hypothesen.

Methodisches Vorgehen:

- **Kontaktaufnahme zu Betroffenen über Strukturen aus Beratung und Pflege**

Die Kontaktaufnahme erfolgte auf dem gleichen Wege wie bei den halbstrukturierten Interviews mit betroffenen alten und hochaltrigen Männern.

- **Durchführung der problemzentrierten Interviews nach Andreas Witzel**

Die Interviews wurden persönlich geführt. Für die Interviews war eine Dauer von ca. 60 Minuten angesetzt. Um die Intimsphäre der Betroffenen zu wahren, wurden die Ergebnisse der Interviews nur in anonymisierter Form veröffentlicht. Geplant waren 5 problemzentrierte Interviews, durchgeführt wurden 6.

Auch diese Interviews fanden selbstverständlich traumasensibel unter den oben bereits beschriebenen Rahmenbedingungen statt.

- **Aufbereitung der Interviewergebnisse**

Alle Interviews wurden schriftlich zusammengefasst. Um die Privatsphäre der Betroffenen zu gewährleisten, wurden dabei alle Interviews explizit anonymisiert.

III. Durchführung der Studie

1. Recherche aktueller Sachstände

a) Literaturrecherche

Vorgehensweise im Rahmen der Literatur- und Datenbankanalyse

Über den Zugang der Universitätsbibliothek Bielefeld wurde die Metasuchfunktion DigiBib des Hochschulbibliothekszentrums des Landes Nordrhein-Westfalen genutzt, mit der eine synchrone Recherche im nationalen Buchbestand sowie in internationa-

len Datenbanken wissenschaftlicher Fachzeitschriften möglich ist. Die durchsuchten Datenbanken waren: Medline, PsycINFO, Pubmed sowie die Cochrane Library. Zusätzlich wurde eine Internetrecherche mittels Google Scholar mit den unten aufgeführten Suchbegriffen durchgeführt.

Als Suchbegriffe dienten die Stichworte „alte Männer“, „Alter“, „Trauma“, „Verarbeitung“, „Behandlung“, „PTBS“, „Gender“ bzw. „older men“, „elderly“, „traumatic experiences“, „coping strategies“, „treatment“, „PTSD“, „gender“.

Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen wurde die Auswahl auf Publikationen ab dem Jahr 2000 sowie deutsch- und englischsprachige Werke eingegrenzt. Die Suche lieferte eine sehr große Anzahl von Ergebnissen. So erzielte bspw. die Suche nach den Schlagworten: „PTSD“, „symptoms“, „elderly“, „gender“ bei Medline 12.777 Treffer. Angesichts der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit konnte nur eine grobe Durchsicht erfolgen. Diese zeigte, dass Studien zum Thema Trauma und PTSD

1. sich vielfach unterschiedlichen Arten von Traumata, die hier nicht relevant sind wie z. B. medizinische Traumata widmen
2. PTSD in Verbindung mit anderen Fragestellungen wie z. B. Multimorbidität, Substanzkonsum oder Suizidalität thematisieren
3. sich auf andere Zielgruppen wie z. B. Jugendliche, Geflüchtete beziehen
4. meist nicht nach Geschlecht differenzieren.

Während insgesamt also eine sehr große Anzahl von Studien zu Traumata, deren Ursachen, Diagnostik und Therapie vorliegt, widmen sich nur wenige Untersuchungen Geschlechteraspekten. Die vorliegende, umfangreiche Literatur wurde daher auf ihre Geschlechtersensibilität hin durchgesehen und wenn diese im Titel oder Abstract nicht vorhanden war, nicht weiter berücksichtigt. Außerdem wurde bevorzugt nach Reviews und Meta-Analysen gesucht.

Es konnten 4 relevante Reviews bzw. Meta-Analysen gefunden werden:

Art	Titel	Autor*innen	Jahr	Methodik
Review	Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults	Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D.	2000	RCTs aus Cochrane Library (alle Jahre), MEDLINE (1950 bis 2013), EMBASE (1974-2013), PsycINFO (1967-2013), Handsuche, versteckte Bibliographien, 77 Studien eingeschlossen
Meta-Analyse	A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD	Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D.	2005	Studien aus dem Publikationszeitraum: 1980-2003; Manuelle Suche in Fachzeitschriften, PsychInfo und Medline "PTSD" and "Posttraumatic", 26 Studien eingeschlossen in Meta-Analyse
Review	Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults	Bisson, J., Robert, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis,	2013	Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group's Specialised Register bis 2013 (enthält RCT aus Cochrane, alle Jahre),

		C.		MEDLINE (1950 bis 2013), EMBASE (1974 bis 2013) und PsycINFO (1967 bis 2013); manuelle Suche in Fachzeitschriften, versteckte Bibliographien
Review, Meta-Analyse	Gender Difference in Outcomes Following Trauma-Focused Interventions for Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis	Wade, D., Varker, T., Kartal, D., Hertrick, S., O'Donnell, M. & Forbes, D.	2016	RCTs, Meta-Analyse mit 48 Studien, Studienpopulation: 25 Studien = beide Geschlechter, 18 = ausschließlich Frauen, 5 = ausschließlich Männer

Geschlechtsspezifische bzw. mÄnnerspezifische Studien wurden im US-amerikanischen Raum v.a. zu PTSD bei Vietnamveteranen seit den 1980er Jahren durchgeföhrt. Dies markiert nicht nur die Ausweitung der Traumaforschung insgesamt, sondern verdeutlicht, dass hier erstmalig und im grÖßeren Umfang psychische Belastungen von und Traumafolgestörungen bei MÄnnern hier im Kontext von Kriegshandlungen thematisiert und zum Forschungsgegenstand wurden.

Ausgangslage

Trauma wird v. a. im Zusammenhang mit dem Posttraumatischen Belastungssyndrom [PTBS] (engl.: Post Traumatic Stress Disorder [PTSD]) erforscht. Hierbei handelt es sich um die einzige psychische Störung, deren Ursache bekannt zu sein scheint. Im US-amerikanischen Raum fand PTSD v.a. durch die Belastungen der Vietnamveteranen Eingang in die Nomenklatur der Psychiatrie und wurde im Jahr 1980 als formale Diagnoseeinheit aufgenommen (Pitman, Rasmusson, Koenen, Shin, Orr, Gilbertson, Milad & Liberzon, 2012). Eine Schwierigkeit bei der Verwendung des Traumabegriffs ist allerdings nur, dass dieser in den verschiedenen Fachrichtungen unterschiedlich definiert wird, und teilweise auch im medizinischen Kontext inkorrekt als Synonym für Belastungsreaktionen aller Art verwendet wird. In der „International Classification of Diseases“ [ICD], Version 10 wird PTBS unter F 43.1 als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, beschrieben (www.icd-code.de). Hierzu können z. B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können, gezählt werden. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-5) der „Americian Psychiatric Association“ [APA] enthält in seiner 5. Version aus dem Jahr 2013 ein neues Kapitel „Trauma- and Stress-or-Related Disorders“, dem ebenfalls PTSD zugeordnet ist (www.dsm5.org). Als Auslöser werden außergewöhnliche, (potenziell) lebensbedrohliche beziehungsweise mit schwerwiegenden

Verletzungen einhergehende äußere Ereignisse, die direkt oder indirekt (z. B. bei einer nahestehenden Person) erlebt werden, bezeichnet und die mehr oder weniger bei jedem Menschen zu einer seelischen Erschütterung führen können. Als typische Merkmale werden das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma auslösen könnten, ein Zustand vegetativer Übererregtheit, Schlafstörungen (ICD-10; DSM-5) sowie außerdem aggressives, rücksichtsloses und autoaggressives Verhalten (DSM-5) genannt.

Seit Mitte / Ende der 1990er Jahre wurde eine große Anzahl von Studien vorgelegt, die sich neben den psychischen Effekten von traumatischen Erlebnissen außerdem den biologischen Auswirkungen auf der organischen, zellulären und molekularen Ebene widmet (Pitman et al., 2012).

Prävalenz von traumatischen Erfahrungen und Traumfolgestörungen

In der weltweit größten epidemiologischen Studie gaben 60% der Befragten einer repräsentativen Stichprobe der US-Bevölkerung an, mindestens ein traumatisches Ereignis im Sinne der definierten Traumakriterien erlebt zu haben. Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 - 2%) (Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud, Lampe, Liebermann, Maercker, Reddemann & Wöller, 2011). Während also ein Großteil der Menschen mindestens einmal im Leben eine traumatische Erfahrung macht, entwickelt nur ein geringer Teil eine Traumafolgestörung. Es findet sich jedoch eine geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägte Betroffenheit. So erleben Männer zwar insgesamt häufiger Traumata, Frauen sind jedoch bei sexuellen Traumata überrepräsentiert. Außerdem betrifft die Entwicklung einer PTBS 2,5-mal mehr Frauen als Männer (Männer zu 8%, Frauen zu 20%) (ebd.). Die Intensität der Auswirkungen wird von verschiedenen Faktoren wie dem Alter der Betroffenen sowie der Frage, ob es sich um ein schicksalhaftes (Naturkatastrophen, Unfälle etc.) oder herbeigeführtes (Krieg, interpersonelle Gewalt, Vergewaltigung etc.) Ereignis handelt, beeinflusst (Frommberger, Angenendt & Berger, 2014). Die Entwicklung posttraumatischer Störungen hängt außerdem erheblich davon ab, wie die/der Betroffene das Ereignis wahrnimmt und bewertet, mit welchen personalen Ressourcen sie/er ausgestattet ist und ob die/der Betroffene nach der traumatischen Erfahrung Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind. Brewin, Andrews und Valentine (2000) stellten in ihrer Meta-Analyse von 77 ausgewerteten Studien die Trauma-Schwere, den nachfolgenden Stress und vor allem das Fehlen sozialer Unterstützung als die einflussreichsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTSD heraus. Geschlechterunterschiede zeigen sich v.a. hinsichtlich der Risikofaktoren, die zur Entwicklung einer PTSD im Erwachsenenalter führen können. Während traumatische Erfahrungen im Kindesalter einen zentralen Risikofaktor für Frauen bilden, erhöhen jüngeres Lebensalter, niedriger sozio-ökonomischer Status

und eine besondere ethnische Zugehörigkeit bei Männern das Risiko für die Entwicklung einer PTSD.

Im Fokus dieses Projekts stehen die heutigen älteren und hochaltrigen Erwachsenen ab 65 Jahre. Hierunter fallen auch die als „Kriegskinder“ bezeichneten Geburtsjahrgänge von 1930 bis 1945, die den Krieg als Säugling, als Kleinkind oder vor oder nach der Pubertät erleben mussten (Bode, 2004). Entsprechend groß ist die Spannweite der Verläufe der Kindheit und Jugend, die von auf der Flucht geboren werden bis zum Einsatz als Flakhelfer reicht (BMFSFJ, 2004). Die Folgen des Zweiten Weltkriegs für die „Kriegskinder“ werden seit Mitte/Ende der 1990er Jahre überhaupt erst thematisiert und beforscht. Epidemiologische Studien in Deutschland verdeutlichen die hohe Belastung dieser Geburtskohorten durch kollektive Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs, die gleichsam prägend für eine ganze Generation wurden (Glaesmer & Brähler, 2011). So wird davon ausgegangen, dass der Großteil verschiedene Aspekte der Extremtraumatisierung (Kriegserlebnisse, Haft, Vertreibung, Flucht) erlebt hat und etwa 5% der älteren Bevölkerung aufgrund dieser Erlebnisse unter einer chronischen PTSD leiden (Tagay, Gunzelmann & Brähler, 2009) In einzelnen Untersuchungen finden sich aber auch Häufigkeiten zwischen 10% und 20% (ebd.).

Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der betroffenen Generation keine PTSD aufweist. Dies kann als Hinweis auf auch noch im Alter gelingende Bewältigung gewertet werden. Weitere Forschungen könnten wertvolle Erkenntnisse über Ressourcen im Alter zur Bewältigung von Belastungen generieren (ebd.)

Ein zentraler Kontext, in dem Gewalt durch Männer ausgeübt und erlitten wird, sind Kriegereignisse, die in der Gliederung der WHO unter »Kollektiver Gewalt« verortet werden. Als Formen der Gewalt gegen Männer sind zum Beispiel Zwangsrekrutierungen, die vor allem Männer, aber auch Jungen und männliche Jugendliche (Kindersoldaten) betreffen, zu nennen, aber auch an Formen von sexueller Gewalt, Verstümmelungen an Sexualorganen oder den Zwang, an Vergewaltigungen teilnehmen oder der Vergewaltigung weiblicher Familienangehöriger beiwohnen zu müssen. In Deutschland kann dies z. B. Flüchtlinge aus Kriegsgebieten betreffen, aber auch Senioren, die als Kinder oder Jugendliche den Zweiten Weltkrieg miterlebten. 40-50% derjenigen, die bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges geboren wurden, berichten von traumatischen Erfahrungen, die überwiegend aus der Kriegszeit stammen (Glaesmer & Brähler, 2011). In der BMFSFJ-Studie berichteten viele ältere Männer mit großer Intensität über traumatische Kriegserinnerungen; zum Teil hatten sie seit Jahrzehnten mit niemandem darüber gesprochen (Robert Koch-Institut [RKI], 2014). Dies zeugt von der zum Teil langjährigen Tabuisierung, Verdrängung und dem kollektiven Schweigen über den Krieg und die Erlebnisse.

Die Literatur enthält keine Hinweise darauf, dass es über die unterschiedliche Prävalenz hinaus systematische Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Ursachen von Traumafolgestörungen und der Effekte traumatischer Erlebnisse gibt.

Psychisch oder physisch belastende Lebensereignisse können sich kurz- und langfristig negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken. Die möglichen Folgen werden auch als Traumafolgestörungen bezeichnet, von denen eine das Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS) sein kann (Frommberger et al., 2014). Nachdem PTSD zunächst ausschließlich als psychische Störung konzeptualisiert wurde, trugen spätere biologische Studien, die die zugrundeliegenden neurobiologischen Mechanismen erforschten, zum besseren Verständnis der Störung bei (Pitman et al., 2012). Diese beziehen sich auf veränderte Hirnaktivitäten und Biomarker im Vergleich von von PTSD-Betroffenen und Nicht-Betroffenen. Geschlechteraspekte wurden entweder nicht gefunden oder beziehen sich nur auf einzelne Studien bzw. einzelne Detailergebnisse. PTBS geht insg. mit erhöhten Raten an depressiven und somatoformen Beschwerden einher (Glaesmer & Brähler, 2011).

Insgesamt verweist die Erkenntnislage hinsichtlich der Auswirkungen des Krieges auf die psychische und physische Gesundheit von Männern auf Forschungsbedarf (BMFSFJ, 2004).

Behandlung von Traumafolgestörungen

Für die Behandlung von Traumafolgestörungen und insbesondere PTBS liegen Leitlinien vor, die die traumafokussierte Psychotherapie als angezeigte Behandlung empfehlen (AWMF, 2011; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2005). Die beste Evidenz haben Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie nach dem Expositionsparadigma von Foa und die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapie“ (Bisson, Robert, Andrew, Cooper & Lewis, 2013; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Die NICE Leitlinie [CG26] von 2005 wurde 2015 zur Überarbeitung insbesondere hinsichtlich Prädiktoren, Diagnostik, der frühen Interventionen sowie der Wirksamkeit psychologischer und pharmakologischer Interventionen empfohlen, da aus einzelnen Studien neue Befunde vorliegen.

Spezifische Instrumente für ältere Menschen mit lebensgeschichtlich frühen Traumatisierungen sind kaum verfügbar oder empirisch überprüft (Glaesmer & Brähler, 2011). Ebenso finden Geschlechteraspekte keine systematische Berücksichtigung. Zur geschlechterspezifischen Wirksamkeit von Interventionen liegen einzelne Studienergebnisse vor. So deuten Einzelbefunde darauf hin, dass unter Berücksichtigung von Symptomen, Kontext und Typus des Traumas, Drop-Out-Rate Männer von Psychotherapie bei Vorliegen einer PTBS weniger profitieren als Frauen (Békés, Beaulieu-Prévost, Guay, Belleville & Marchand, 2016). Auch das aktuelle Review bzw. die Meta-Analyse von Wade, Varker, Kartal, Hetrick, O'Donnell & Forbes (2016) konnte zeigen, dass sich PTSD-Symptome bei Frauen nach einer traumafokussierten psychologischen Intervention reduzierten, diese Effekte bei Männern jedoch nicht gleichermaßen erzielt wurden. Die Forschungsgruppe weist darauf hin, dass derzeit noch unklar ist, welche geschlechterbezogenen Faktoren die Wirksamkeit der Intervention fördern oder beeinträchtigen und dies Gegenstand weiterer For-

schung sein sollte, um Interventionskonzepte geschlechtersensibel weiterentwickeln zu können.

Gleichwohl wurden therapeutische Vorgehensweisen entwickelt, die in der Arbeit mit älteren Erwachsenen zum Einsatz kommen. Hier gehören die Lebensrückblicktherapie (LRT), die dazu dient die Lebensgeschichte chronologisch zu erinnern und zu bilanzieren, die „Zeugnistherapie“ (Testimony Therapy) und die Narrative Expositionstherapie (NET), die durch die Rekonstruktion der Biographie mit einem Schwerpunkt auf der Bearbeitung des Traumas dessen Integration in die Lebensgeschichte ermöglichen soll (Glaesmer & Brähler, 2011). Speziell für kriegstraumatisierte Ältere wurde die „Integrative Testimonial Therapie“ (ITT) entwickelt. Erste Evaluationen deuten darauf hin, dass mit der ITT ein effektiver Behandlungsansatz entwickelt wurde, der bei der Zielgruppe gute Akzeptanz findet (ebd.). Undeutlich bleibt, ob dies gleichermaßen für Frauen und Männer zutrifft.

Geschlechtstypische Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsmechanismen

Es liegen so gut wie keine männerspezifischen Studien zu Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsmechanismen von traumatischen Erlebnissen vor. Aus anderen Zusammenhängen ist jedoch bekannt, dass Männer auf Krisen eher mit externalisierenden Bewältigungsstrategien reagieren. So wird diskutiert, dass möglicherweise von einem Underreporting bei Männern im Hinblick auf Depressionen ausgegangen werden muss. Frauen erhalten ca. doppelt so häufig wie Männer die Diagnose einer Depression. Ausgehend davon, dass die Suizidrate bei Männer 2,8-mal so hoch ist wie bei Frauen und bei 40-70% der Suizide im Vorfeld eine Depression vorhanden ist, wird zunehmend diskutiert, dass Männer möglicherweise nicht weniger häufig als Frauen unter Depressionen leiden (Robert Koch-Institut, 2015). Es gibt vielmehr Hinweise darauf, dass verschiedene Gründe zu einer verzerrten Diagnostik führen:

1. Im Rahmen eines diagnostischen Prozesses können unterschiedliche Beurteilungen von Frauen und Männern aufgrund stereotyper Rollenzuschreibungen zu einer verzerrten Depressionsdiagnostik führen (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Möller-Leimkühler, 2005).
2. Geschlechterbilder können zu Unterschieden in der Wahrnehmung und Äußerung von Symptomen zwischen Frauen und Männern führen, was ebenfalls andere Diagnosen zur Folge haben kann (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997; Hünefeld, 2012).
3. Schließlich wird diskutiert, ob sich eine Depression bei Männern und Frauen grundsätzlich mit anderer Symptomatik äußert. In einer Studie an stationär behandelten depressiven Patienten ließen sich bei Männern häufiger die Symptommuster: Irritabilität, Aggressivität, antisoziales Verhalten sowie Risiko- und Suchtverhalten aufdecken (Möller-Leimkühler, Paulus, & Heller, 2007). Wird der aus diesen Beobachtungen entwickelte Kriterienkatalog, der sowohl traditionelle als auch typisch männliche Symptome der Depression auflistet, eingesetzt, so gleichen sich Prävalenzen einer Depression zwischen Frauen und Männer weitgehend an (Martin, Neighbors & Griffith, 2013).

Männertypische Bewältigungsstrategien unterscheiden sich also unter Umständen von frauentypischen, was auch in Bezug auf die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen bedeutsam sein könnte. Die Forschungslage ist hierzu allerdings derzeit noch sehr dünn.

Trauma-Reaktivierung im höheren Lebensalter

Die kollektive, generationenspezifische Traumatisierung während des Zweiten Weltkriegs bildet eine wesentliche generationentypische Entwicklungsbedingung der heutigen älteren Bevölkerung in Deutschland (Glaesmer & Brähler, 2011). Während im Erwachsenenalter Strategien entwickeln werden können, mit denen die traumatischen Erfahrungen bewältigt werden, so funktionieren diese angesichts sich verändernder Rahmenbedingungen im Alter u.U. nicht mehr, so dass es zu psychischen Krisen und zur Trauma-Reaktivierung (Heuft, Schneider, Nehen & Kruse, 2000) kommt. Diese Art von Erschöpfung psychischer Bewältigungsressourcen im Alter wird v.a. beeinflusst von Verlusterfahrungen, Einschränkungen physischer und kognitiver Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen, Pflegebedürftigkeit, Wechsel in ein Pflegeheim etc. Oftmals gehen diese mit Einschränkungen der psychischen und körperlichen Gesundheit einher und führen zu einer erhöhten medizinischen Inanspruchnahme. Als mögliche Ursache für aktuelle psychische und physische Beschwerden werden diese lange zurückliegenden Traumatisierungen jedoch häufig nicht gesehen (Glaesmer & Brähler, 2011).

Inanspruchnahme des Hilfesystems

Insgesamt nehmen Männer psychotherapeutische Angebote deutlich seltener in Anspruch als Frauen. Als Grund hierfür werden nicht nur die unterschiedliche Betroffenheit von Männern von psychischen Erkrankungen, sondern genderbezogene Gründe gesehen. So ist das Zugeben von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wenig kompatibel mit einem traditionellen männlichen Selbstverständnis von Stärke und Autonomie. Dieses Selbstkonzept mündet in Vorbehalte gegen die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wie z. B. Psychotherapie. Verstärkt werden diese Vorbehalte, wenn psychische Belastungen v.a. in sexualisierten Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte begründet sind. Haben Traumatisierungen im Kontext rigider Systeme und Zuschreibungen von Männlichkeit stattgefunden, so kann dies ein zusätzliches Hindernis für die Inanspruchnahme von Hilfe bilden, wie eine qualitative Studie an Veteranen, die sexuelle Traumatisierung im Kontext des Militärs (Military Sexual Trauma [MST]) erlebt hatten, zeigen konnte (Turchik, McLean, Rafie, Hoyt, Roseen & Kimerling, 2013). Die gegenüber den von MST-betroffenen Frauen geringere Inanspruchnahme der Angebote begründeten die betroffenen Männer mit stigmapbezogenen Hinderungsgründen. Während Scham, Schuld, Angst, dass den Schilderungen nicht geglaubt wird sowie Sorge um den Vertrauensschutz grundsätzlich beide Geschlechter betreffen, fallen diese aber laut der Studie bei den Männern stärker ins Gewicht. Hinzu kommen männerspezifische Hinderungsgründe, die sich auf Geschlechterzuschreibungen und die sexuelle Orientierung beziehen. So wird von Männern erwartet, dass sie sich gemäß dem heterosexuellen Männlichkeitsideal als aggressiv, dominant und unverletzlich inszenieren. Diese Zuschreibungen sind jedoch wenig kon-

gruent mit denen von Opfern insbesondere sexualisierter Gewalt als weiblich, schwach und hilflos. Einen weiteren Hinderungsgrund bildet die Befürchtung, dass die eigene heterosexuelle Orientierung in Frage gestellt bzw. Homosexualität unterstellt werden könnte. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese männlichen Stereotype im Kontext des Militärs stark ausgeprägt sind. Insgesamt jedoch leiden Männer, die als Opfer von Gewalt traumatisiert sind, nicht nur unter den Folgen der Gewalterlebnisse, sondern müssen zudem befürchten, als „unmännlich“ stigmatisiert zu werden (Robert Koch-Institut, 2014).

Obwohl Männer in der Gesamtsuizidmortalität im höheren Lebensalter überrepräsentiert sind, sind alte Menschen und insbesondere alte Männer als Klienten im (psycho-)therapeutischen Hilfesystem deutlich unterrepräsentiert. So haben Männer stärkere Vorbehalte gegen professionelle Hilfe und Hilfesysteme als Frauen, suchen nach Hilfe eher im sozialen Umfeld, haben insgesamt schwächere soziale Netze als Frauen und oftmals ist die Partnerin die zentrale Bezugsperson (Altenhöfer, 2007).

Literatur

Die im Rahmen der Literaturrecherche herangezogene deutsch- und englischsprachige Literatur findet sich im Anhang 1.

b) Kontaktaufnahme zu Expert*innen

Bei der Auswahl der Expert*innen wurde Wert auf eine möglichst große Bandbreite unterschiedlicher Berufsgruppen gelegt, um einen möglichst breiten Blick auf das Thema zu erhalten. Die Expert*innenliste umfasst Vertreter*innen unterschiedlicher Lehrstühle verschiedener Hochschulen, Mediziner*innen aus dem Klinik- sowie dem niedergelassenen Bereich, Vertreter*innen aus dem Beratungs- und Pflegebereich, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen, Fachkräfte aus der Beratungsarbeit usw.

Eine Liste der kontaktierten Expert*innen findet sich im Anhang 2.

2. Entwicklung von Interviewleitfäden

a) Interviewleitfaden für Expert*inneninterviews

Entsprechend der mit dem MGEPA NRW abgestimmten Fragestellungen wurde ein Interviewleitfaden für die Expert*inneninterviews entwickelt. Der Leitfaden ist im Anhang 3 angefügt.

b) Interviewleitfaden für Interviews mit älteren und hochaltrigen Männern

Entsprechend der mit dem MGEPA NRW abgestimmten Fragestellungen wurde ein Interviewleitfaden für die Betroffeneninterviews entwickelt. Der Leitfaden ist im Anhang 4 angefügt.

c) Gesprächsleitfaden problemzentrierte Interviews nach Witzel

Der Gesprächsleitfaden für die problemzentrierten Interviews nach Witzel (Anhang 5) wurde nach Abschluss der Expert*inneninterviews und der Durchführung der 15 Betroffeneninterviews final fertig gestellt.

3. Durchführung und Zusammenfassung der Interviews

a) Durchführung und Zusammenfassung der Expert*inneninterviews

Im Rahmen der Bedarfserhebung wurden Interviews mit 16 Expert*innen unterschiedlichster Fachrichtungen geführt, um eine möglichst breite Sicht auf das Thema zu erhalten.

Insgesamt wurden über 60 Expert*innen (Anhang 2) hinsichtlich eines Interviews angefragt. Viele der Angefragten gaben allerdings an, in ihrem beruflichen Kontext bislang nicht explizit mit älteren traumatisierten Männern gearbeitet zu haben und sahen sich deshalb nicht als Expert*innen für das Thema.

Folgende Expert*innen wurden interviewt:

- Dr. Mirko Bibl, Fliedner Krankenhaus Ratingen
- Sozialgerontologin (möchte nicht namentlich genannt werden) tätig als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen
- Dr. Claudia Gärtner, Abteilung für Wissenschaft & Forschung der Theodor Fliedner Stiftung, Mülheim/Ruhr
- Tomris Grisard, niedergelassene Psychotherapeutin, Köln / Institut für Traumatherapie, Berlin
- Dr. Mechthilde Küttemeyer (†), Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Köln
- Silvia Mader, Opferhilfe Sachsen e. V., Dresden
- Prof. Dr. Meinolf Peters, Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie, Marburg / Universität Marburg
- Prof. Dr. Hartmut Radebold, Universität Kassel (emeritiert)
- Prof. Dr. Luise Reddemann, Universität Klagenfurt
- Olaf Reddemann, niedergelassener Arzt und Traumatherapeut, Köln
- Norbert Reicherts, rubicon Köln
- Pflegefachkraft (möchte nicht namentlich genannt werden), examinierte Altenpflegerin, Palliativfachkraft, Mediatorin, Pflegeberaterin
- Sonja Schlegel, selbständige Marte Meo Supervisorin und MBSR Lehrerin, Köln

- Jörg Schuh, Beratungsstelle Tauwetter, Berlin
- Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften / Fakultät für Erziehungswissenschaften, Universität Bielefeld
- Peter Vahsen, Pfarrer in Rente, Mühlheim an der Ruhr

Die geführten Interviews mit den Expert*innen werden im Folgenden kurz zusammengefasst. Eine ausführliche Zusammenfassung/Darstellung der einzelnen Expert*inneninterviews findet sich im Anhang 6, die Antworten der Expert*innen zu den sechs Hauptfragen finden sich im Anhang 7.

*Zusammenfassung der Expert*inneninterviews*

- **Dr. Mirko Bibl**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor des Fliedner Krankenhauses Ratingen, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin

Dr. Bibl hat in seiner beruflichen Tätigkeit noch keine Berührungspunkte zum Thema Trauma gehabt. Er gibt an, dass Betroffene ohne aktives Nachfragen nicht von traumatischen Erlebnissen erzählen. „Die Fragestellungen, die an mich in der Arbeit mit Demenzpatientinnen und -patienten herangetragen wurde, betrafen nie das Thema Trauma im engeren Sinne. Ich habe mich vornehmlich mit der Diagnostik und Therapie der Hirnleistungsstörungen beschäftigt sowie den im Verlauf der Demenz auftretenden Verhaltensstörungen. Bei älteren Patienten mit Verlusterelebnissen, z. B. Tod des Partners ging es eher um die Trauerbewältigung für das aktuelle Ereignis, nicht so sehr um die Bewältigung weiter zurückliegender Traumata.“ Dr. Bibl fordert jedoch eine stärkere Berücksichtigung des Themas im gesellschaftlichen Kontext sowie in der Fachöffentlichkeit: „Das Thema Trauma und Gewalterlebnisse muss raus aus der Tabuzone. Es braucht niedrigschwellige Ansprachekonzepte. Bei den Männern muss aktiv nach ihren Erlebnissen nachgefragt werden – mit einfachen Worten und großer Offenheit.“ Entsprechende Angebote und Unterstützung sollten insbesondere durch Hausärzt*innen, Osteopath*innen, Seelsorger*innen, Fachärzt*innen, Suchtkliniken und Therapeut*innen erfolgen. „Aus meiner Erfahrung fällt es Frauen leichter, als Männern über ihre Emotionen und etwaige Probleme zu berichten. Dies gilt sicher insbesondere für traumatisierende Erlebnisse, wie Gewalterfahrungen, in denen Hilf- und Hoffnungslosigkeit eine wesentliche Rolle spielen. Das Männerbild, vor allem in der älteren Generation war und ist ja eher von einer sozialen Erwünschtheit Stärke und Souveränität geprägt, sodass Situationen, in denen sie diesem Bild nicht gerecht werden konnten, von Männern eher ausgeblendet werden.“ Er regt an, Erfahrungen der Bundeswehr zur Ansprache traumatisierter Soldaten zu nutzen.

- **Sozialgerontologin (Die Expertin möchte nicht namentlich genannt werden.)**

Sozialgerontologin, Sozialarbeiterin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, aktuell als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an verschiedenen Hochschulen tätig.

Die Expertin hat im beruflichen Kontext vornehmlich mit Männern zu tun, die aufgrund von Kriegserfahrungen traumatisiert wurden. Diese Männer versuchen im Regelfall allerdings, die traumatischen Erlebnisse zu verschweigen, zu verdrängen und nicht wahrzunehmen.

Gespräche entstehen häufig im Zusammenhang mit Kriegsverletzungen. Hierzu ist aber ein entsprechendes Vertrauensverhältnis zwischen dem betroffenen Mann und der Bezugsperson erforderlich. Wünsche nach Unterstützung bei der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse werden von den Betroffenen nicht geäußert. Die Expertin hat beobachtet, dass der Bildungsgrad Einfluss darauf habe, ob ein Zusammenhang zwischen den traumatischen Erlebnissen und der aktuellen Befindlichkeit hergestellt wird. Diese Reflexion sei umso geringer, je niedriger der Bildungsgrad ist.

Die Expertin fordert, dass das Thema „Trauma und Alter“ in den Medien präsenter wird, damit die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, insbesondere für ältere Männer, gesenkt wird. Darüber hinaus sollte sich aus ihrer Sicht das Männerbild in der Gesellschaft ändern, damit Männer das Gefühl bekommen, Schwäche zeigen zu dürfen.

- **Dr. Claudia Gärtner**

Studium der Psychologie, Leiterin der Abteilung für Wissenschaft & Forschung der Theodor Fliedner Stiftung in Mülheim an der Ruhr, Forschungsschwerpunkte: demenzielle Erkrankungen, Traumabelastung, psychische Erkrankungen bei geistiger Behinderung

Dr. Gärtner hat in ihrer Arbeit vielfältige Erfahrungen mit traumatisierten alten Männern gesammelt. Die Traumatisierungen reichen von Kriegserfahrungen über Gewalterfahrungen und Misshandlungen in der Kindheit bis hin zu Traumatisierungen im Alter durch das Nachlassen der körperlichen Fähigkeiten. Sie betont, dass traumatische Erlebnisse nicht aktiv benannt werden. Insbesondere Männer gehen sehr zögerlich und mit viel Widerstand mit ihren Erlebnissen um und können sich ihr eigenes Opfersein nicht eingestehen. „Meine Vermutung ist, dass sie keine Opferidentität, sondern eher Täteridentitäten haben, dass sie sich ihr eigenes Opfersein auch nicht eingestehen können.“ Darüber hinaus lehnen sie psychiatrische Hilfe im Regelfall ab, weil sie nicht als „verrückt“ gelten wollen. Hilfreiche Unterstützung bieten aus ihrer Erfahrung Gesprächs- und Ressourcen-

gruppen für Männer, die von einem älteren Mann geleitet werden. Um einen Zugang zu den Betroffenen zu bekommen, müssen aus ihrer Sicht die helfenden Berufsgruppen und Ärzt*innen entsprechend sensibilisiert und geschult werden. „Dazu braucht es Konzepte für diese Berufsgruppen und dementsprechende Sensibilisierung und Schulung dieser Berufsgruppen zum traumasensiblen Umgang.“

- **Tomris Grisard**

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, EMDR Therapeutin, niedergelassen in eigener Praxis für Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Psychotherapie, Akut- und Kompletraumata. Spezialisierung: Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter (Kooperationsprojekt mit einem Seniorenheim in Köln). Besondere Erfahrung in der Behandlung von Migrant*innen durch Kultur- und Sprachkompetenz. Referentin und Supervisorin am Institut für Traumatherapie (IT), Berlin

Tomris Grisard hat – trotz ihrer Spezialisierung auf die Behandlung älterer Menschen – bislang in ihren Therapiesprechstunden keine älteren Männer gehabt. „Ich habe in meiner Therapiesprechstunde keine älteren Männer und daher auch keine beruflichen Erfahrungen zu ihnen. Jüngere Männer, die kommen, haben eher somatische (chronifizierte) Probleme oder kommen mit den Themen Mobbing, Entlassung, fehlende Wertschätzung [...].“ Sie vermutet, dieses liege daran, dass sich ältere Männer eher zurückziehen, statt das Gespräch zu suchen.

Werden Angebote unterbreitet, sind ältere Männer aus ihrer Sicht daher eher über Einzelberatungen zu erreichen als über Gruppenangebote. Im Rahmen dieser Angebote sollten allgemeine Themen benannt werden, in denen die Männer sich wiedererkennen. Es muss für die Männer deutlich werden, inwieweit die Unterstützungsangebote ihnen persönlich nutzen. „Es sollte für die alten Männer deutlich werden, dass es etwas gibt, was ihnen im Leben weiterhelfen kann.“ Entsprechende Unterstützung sollte aus Sicht der Expertin insbesondere durch Ärzt*innen, Therapeut*innen und Suchtkliniken erfolgen.

- **Dr. Mechthilde Kütemeyer (†)**

Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ehemalige Leitende Ärztin der Abteilung für Psychosomatik am Agatha Krankenhaus in Köln; Autorin zahlreicher Veröffentlichungen zum Thema „Trauma und Schmerz / Erinnerungsschmerz“.

Die Ärztin wurde in ihrer Arbeit mit vielfältigen traumatischen Erfahrungen konfrontiert: „Im Grunde alle Formen von Gewalt, insbesondere Kriegserlebnisse, eigene Gewalttaten, Vernachlässigungen, körperliche Gewalt, Gewalt in der Kindheit.“ Männer verdrängen ihrer Erfahrung nach das Erlebte: „Sie verdrängen und dann kommt es zu somatischen Symptomen. Der Körper vergisst nichts!“ Die Betroffenen sprechen das Erlebte zunächst nicht aktiv an: „Sie sagen zum Beispiel: Ich

habe so schlimme Rückenschmerzen, das fühlt sich an, als würde mir jemand einen Dolch in den Rücken rammen. Hier geht es darum, dies als Bildsprache zu verstehen und gezielt nachzufragen: Haben Sie so etwas schon einmal erlebt? Dann kann der alte Mann sich erinnern, dass er im Zweiten Weltkrieg in Russland ein entsprechendes Erlebnis hatte.“

Ältere Männer stellen erst dann einen Zusammenhang zu ihrer jetzigen Befindlichkeit her, wenn sie aktiv dorthin begleitet werden: „Nachdem ich das Gespräch mit ihnen so geführt habe, dass sie sich selbst an ihre Erlebnisse erinnern und einen Zusammenhang zu ihren jetzigen Symptomen erkennen, erzählen sie und entlasten sich damit. Sehr häufig gehen dann die Symptome zurück oder verschwinden ganz.“

Aus ihrer Sicht stehen vor der Konzentration auf bestimmte Zielgruppen generelle Angebote für Männer (und auch Frauen): „Das Thema Trauma und die Auswirkungen auf Menschen ist allgemein zu wenig verbreitet. Das liegt auch daran, weil die „Therapie“ Zeit zu Sprechen in Anspruch nimmt und es in der medizinischen Versorgungslandschaft sehr häufig um wirtschaftliche Interessen geht. Mit Sprechen ist kein Geld zu verdienen im Gegensatz zu Medikamentengaben, teuren Untersuchungen, Operationen usw.“.

Aus ihrer Sicht können insbesondere Ärztinnen und Ärzte einen ersten Zugang zu betroffenen Männern schaffen: „Wie schon erwähnt somatisieren Männer mit ihren belastenden und traumatischen Erlebnissen vielfach und daher müssen gerade Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten im Thema Trauma, was haben die Alten erlebt, wie war ihre Erziehung etc. geschult werden. Damit sie die Männer gezielt ansprechen können und ihnen vermitteln, dass sie nun nicht mehr hart sein müssen, dass es keine Schande ist zu weinen usw.“.

- **Sylvia Mader**

Diplom-Sozialpädagogin mit Zusatzausbildung zur Traumaberaterin (zptn), Traumabegleiterin (R. Smeding) und systematische Beraterin (ISIS Bamberg), ist in Dresden als Beraterin in der Opferhilfe Sachsen e. V. tätig

Sylvia Mader betont ebenfalls, dass Männer nicht von sich aus über traumatische Erlebnisse reden. „Sie verdrängen und sagen sich, dass sie es schon irgendwie alles wieder hinkriegen.“ Traumatische Erlebnisse werden nicht aktiv benannt: „Auch nicht bei gezielter Nachfrage. Wenn überhaupt, dann nur zögerlich. Die belastenden Ereignisse werden heruntergespielt und durch Aktivitäten, wie z. B. im Garten arbeiten, wird der Alltag wiederhergestellt.“

Einen Zugang zu den Männern findet man aus ihrer Erfahrung am besten im Rahmen alltäglicher Aktivitäten: „Im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten (Gartenarbeit, Kochen) wird beiläufig über die belastende Situation geredet.“ Allerdings wird

auch nach solchen Gesprächen kein Unterstützungsbedarf bekundet. Bei Gewaltopfern ist es aus ihrer Sicht Erfolg versprechender, wenn der Anstoß durch die Polizei oder juristische Institutionen erfolgt: „Ja, über Stellen (Personen) die als erstes an den Männern dran sind, z. B. Polizei. Wenn eine geschulte Person (Ersthelfer) bei einem Hausbesuch und der Aufnahme von Ermittlungen dabei ist, entsteht Vertrauen zu ihr und Beratungsangebote werden angenommen.“

- **Prof. Dr. phil. Meinolf Peters**

Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte Gerontologie, Diplom-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker (DGPT), Gesprächspsychotherapeut (GwG); Arbeitsschwerpunkt klinische Gerontologie / Seniorenberatung / Alterspsychotherapie, Honorarprofessor an der Universität Marburg

Die Erfahrungen des Experten mit traumatisierten älteren und hochaltrigen Männern halten sich trotz langjähriger psychotherapeutischer Arbeit im stationären und ambulanten Bereich in Grenzen. Spontan fallen ihm nur zwei ältere Männer ein, die über traumatische Erfahrungen offen gesprochen haben. Beide Männer verdrängten die traumatischen Erfahrungen zunächst, kamen dann im höheren Alter aber zu ihm in psychiatrische Behandlung. „Männer holen sich wohl aus Scham eher keine Unterstützung, vielleicht denken sie daher auch gar nicht darüber nach und können so gar keine Wünsche für sich formulieren.“ Aus seiner Sicht wenden sich ältere Männer – wenn überhaupt – eher an Ärzte. „Alte Männer gehen wohl nicht zu Ärztinnen und schon gar nicht zu welchen, die jünger als sie selbst sind.“ Einen Bezug zu ihren Gewalterlebnissen und ihrer jetzigen Befindlichkeit stellen die Männer seiner Einschätzung nach im Regelfall nicht her. Wenn es um die Entwicklung von konkreten Unterstützungsangeboten geht, empfiehlt er die Klärung folgender Fragen: „Wie finde ich die gleiche Sprache der Männer?“; „Welche Orte suchen Männer auf, wo sie angesprochen werden können?“ Allerdings gibt er zu bedenken: „es gibt kaum noch klassische Männerorte, an denen Ansprachematerialien ausliegen könnten. Es fehlt beispielsweise an Kneipenstammtischen. Und ob beim z. B. Schützenverein oder ähnlichem die Männer auf solche Angebote eingehen ist doch sehr fraglich. So denke ich, dass der beste Ort für Ansprachematerialien oder Konzepte die Hausarztpraxis, bzw. der Hausarzt selber ist. Gruppenangebote halte ich für schwierig, wegen der Scham, vor anderen zu sprechen. Einzelgespräche böten dazu einen sichereren Rahmen für die Betroffenen.“

- **Prof. Dr. med. Hartmut Radebold**

Arzt für Nervenheilkunde, Psychoanalyse und Psychotherapeutische Medizin, Lehr- und Kontrollanalytiker (DPV), 1976-1998 Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Kassel, Begründer des Lehrinstituts für Alternspsychotherapie in

Kassel, Autor zahlreicher Fachbücher zum Thema Psychotherapie mit älterer Menschen und Kriegskinder

Auch Prof. Radebold betont, wie schwer es ist, ältere traumatisierte Männer mit entsprechenden Angeboten zu erreichen: „Während meiner Praxistätigkeit (bis 2000) suchten nur wenige über 60jährige Männer wegen ihrer traumatischen Erfahrungen meine Hilfe. [...] Wir wissen aber, dass viele Männer der Jahrgänge bis 1947 sowohl als Erwachsene, als auch als Kinder/Jugendliche mehrfache und langanhaltende traumatische Erfahrungen gemacht haben.“ Das liegt aus seiner Sicht daran, dass die Männer dahingehend erzogen wurden, dass sie keine Gefühle zeigen durften.

Ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnisse und dem jetzigen Befinden wird häufig erst durch entsprechende Informationen in den Medien hergestellt. „Keines der Kriegskinder, die ich kannte, hat den Zusammenhang erkannt. Erst jetzt, durch die Veröffentlichungen zum Thema Kriegskinder, können sie den Zusammenhang zwischen ihren Symptomen und ihren Erlebnissen sehen.“ Im Alter kommt es dann dazu, dass Bewältigungs- und Verdrängungsstrategie nicht mehr greifen: „Im Alter entfallen Sicherheit und Halt. Die Lebenszeit verringert sich merklicher. Angehörige und Freunde sowie soziale Kontakte gehen verloren. Dadurch brechen die alten Dinge wieder durch.“

Aus seiner Sicht benötigen die älteren Männer männerspezifische Angebote von Männern. Das können Gesprächskreise für Männer (z. B. Kriegskindergruppen), Angebote von Kirchen oder Altenheimen (z. B. anlassbezogen am Volkstrauertag) oder Gesprächsangebote von Männern sein. Darüber hinaus fordert er eine entsprechende Sensibilisierung und Schulung von Hausärzt*innen und anderen Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich, damit diese ältere Männer gezielt auf traumatische Erlebnisse ansprechen. „Professionelle Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen und der Pflege, Mediziner*innen, Therapeut*innen etc. müssen sensibilisiert, fortgebildet und trainiert werden!“

- **Prof. Dr. med. Luise Reddemann**

Honorarprofessorin für Psychotraumatologie und psychologische Medizin an der Universität Klagenfurt; von 1985 bis Ende 2003 Leitung der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses in Bielefeld. Schwerpunkt: Behandlung von Menschen mit schweren Traumatisierungen und deren Folgen; daraus entwickelte sich die „Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie“, PITT. Autorin zahlreicher Fachbücher, u.a. Kriegskinder und Kriegsenkel in der Psychotherapie; Imagination als heilsame Kraft im Alter; Trauma heilen.

Im Klinikalltag hatte Prof. Luise Reddemann eher wenige Berührungspunkte mit älteren traumatisierten Männern: „Im beruflichen Kontext kaum, es kamen sehr selten ältere/alte Männer in die Klinik. Dies kam für diese Generation Männer nicht in Frage. Allerdings habe ich in den letzten Jahren durch Seminarteilnehmer*innen und in meinem Umfeld immer wieder von häuslicher Gewalt in der Kindheit gehört. Ansonsten spielt in der alten Männergeneration sicherlich das Thema Gewalt eine große Rolle: gewalttätige Erziehung („schwarze“ Pädagogik, Naziideologie), Miss-handlungen, Vernachlässigungen [...]“.

Sie hat die Erfahrung gemacht, dass Männer traumatische Erlebnisse nicht be-nennen und dementsprechend auch keinen Unterstützungsbedarf artikulieren. Ei-nen Bezug zwischen traumatischen Erlebnissen und dem jetzigen Befinden stellen gerade ältere Männer ihrer Einschätzung nach nicht her: „Die ältere Generation spricht nicht, hat das nie gelernt, Männer schon gar nicht.“

Die Ansprache von Betroffenen ist aus ihrer Sicht am ehesten indirekt möglich: „Zugänge sind am ehesten über Hausärzt*innen, Internist*innen, Urolog*innen und Suchttherapeut*innen oder im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen möglich. Männer somatisieren eher und leiden verstärkt an Herzproblemen und/oder sind alkohol- oder nikotinabhängig. Wenn in einer Ehe/Beziehung der Druck/die Bezie-hungsprobleme zu groß werden, gehen manche in eine Paartherapie. Paarthera-peut*innen lassen meiner Ansicht nach häufig die möglichen oder offenen Trau-mata der Männer außer Acht.“ Sie schlägt daher eine Sensibilisierung und Schu-lung von Ärzt*innen und Berater*innen vor: „Diese Ärzt*innen u. o. g. Gruppen müssten geschult werden, damit sie Zusammenhänge von seelischen und körper-lichen Symptomen speziell bei Männern sehen und diese mit den Betroffenen an-sprechen können. Wichtig ist es, die Geschichte und die Sozialisation der Genera-tion der alten Männer zu kennen; das ist bei jüngeren Kolleg*innen oft nicht der Fall.“ Sie schätzt dabei die Bedeutung weiblicher Ansprechpartnerinnen beson-ders hoch ein: „Meiner Erfahrung nach gehen Männer eher zu Frauen zum Erzäh-len. Häufig waren die Väter die Gewalttäter, so gibt es zu Männern Vertrauens-probleme.“

Sie fordert: „Es müsste ein spezielles Beratungsangebot für traumatisierte alte Männer geben. Das Thema Trauma und Gewalt bei alten Männern sollte auch konkret angesprochen werden. Es muss um Aufklärung und Enttabuisierung für die Männer gehen.“

- **Olaf Reddemann**

Hausarzt in Köln; Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Psychothera-pie, Traumatherapeut, betreut mehrere Altenheime im Rahmen von Hausbesu-chen

Olaf Reddemann weist darauf hin, dass ältere Menschen generell, aber insbesondere auch ältere Männer, angeben, nicht traumatisiert zu sein. Ein Trauma wird als Stigmatisierung empfunden und ist nicht „gesellschaftsfähig“. Er hat gute Erfahrungen damit gemacht, im Rahmen seiner hausärztlichen Tätigkeit ältere Männer bewusst auf Lebensereignisse anzusprechen. Im vertraulichen Gespräch gelingt es dann häufig, Zusammenhänge zwischen einschneidenden Lebensereignissen und gesundheitlichen Beschwerden zu verdeutlichen. „Ich frage bei der Untersuchung stets: „Können Sie sich vorstellen, ob es einen Zusammenhang geben könnte“. Ich mache in der körperlichen Untersuchung meine Haltung deutlich, dass Körper und Seele eins sind und gebe das Angebot zum Erzählen. Das führt bei einigen Männern zu einer eigenen Einsicht der Zusammenhänge zwischen ihren somatischen Symptomen und ihren Erlebnissen.“

Damit dies auch in der breiten Praxis gelingen kann, sind aus seiner Sicht geschulte Hausärzt*innen mit traumasensibler Haltung erforderlich. Solche Schulungen können nach Einschätzung des Experten nur von Mediziner*in zu Mediziner*in erfolgen.

Darüber hinaus fordert der Hausarzt eine Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit. Viele Männer begeben sich nach Anstößen von Außen in psychotherapeutische Behandlung bei ihm. Auslöser ist laut Olaf Reddemann das Gefühl bei den älteren Männern: „Ich bin nicht alleine, viele andere Männer haben die gleichen Probleme wie ich.“ Hinsichtlich der Ansprache besonderer Zielgruppen äußert sich der Experte skeptisch: „Alle Männer brauchen die gleiche Unterstützung, auch deutsche Männer, die auf den ersten Blick „normal“ und nicht benachteiligt erscheinen, tun sich mit der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten schwer.“

- **Norbert Reicherts**

Diplom-Theologe, arbeitet bei rubicon Köln (Beratungsstelle für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*idente und queere Menschen jeden Alters und ihre Angehörigen zu unterschiedlichen Anliegen), Arbeitsbereich: Koordinator der Schwulen ALTERnativen Köln, Zusatzqualifikationen: Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie, Seelsorger

Der Experte hat die besondere Situation älterer Schwuler im Blick. Er betont, dass es im Umgang mit traumatischen Erfahrungen große Unterschiede zwischen alten und hochaltrigen schwulen Männern gibt.

„Die hochaltrigen Schwulen haben gelernt, sich zu verstecken. Es ist ganz schwierig, an Informationen heranzukommen, was denn wirklich passiert ist, weil sie darüber nicht gerne sprechen. Das hängt oft damit zusammen, dass sie bis Anfang der sechziger Jahre gesetzlich verfolgt wurden und mit Haftstrafen zu rechnen hat-

ten.“ Gewalterlebnisse werden hier nicht thematisiert, Erlebnisse werden verdrängt oder nur angedeutet und die Betroffenen ziehen sich zurück.

Die jüngeren „Alten“ gehen mit der Thematik dagegen offensiver um: „Erst mit der Aufbruchsbewegung wurden die schwulen Männer langsam in der Öffentlichkeit sichtbar und die heute älteren schwulen Männer, die damals gesagt haben, wir verstecken uns jetzt nicht mehr, die werden jetzt alt und lassen sich nichts mehr gefallen, z. B. in einem Heim in irgendeiner Art und Weise schlechter behandelt zu werden.“

Ältere Schwule wünschen sich, eine öffentliche Wahrnehmung des früheren Unrechts gegenüber Homosexuellen. Sie wollen, „dass sie gesehen werden und dass öffentlich wird, dass es damals auch Homosexualität gab, dass sie das geliebt haben und dass ihnen Unrecht angetan worden ist und dass das eine Öffentlichkeit bekommt.“

- **Pflegfachkraft (Die Expertin möchte nicht namentlich genannt werden.)**

Examinierte Altenpflegerin, Mitbegründerin einer Wohngemeinschaft für an Demenz erkrankte Menschen, ehemalige Pflegedienstleiterin, arbeitet z. Zt. in der ambulanten Palliativpflege und leistet Trauerbegleitung, Zusatzausbildung als Pflegeberaterin und Mediatorin

Die Expertin hat die Erfahrung gemacht, dass traumatische Lebensereignisse zwar zur Biografie der Männer und Frauen gehören, mit denen sie arbeitet, diese Erlebnisse von den Betroffenen aber verdrängt und totgeschwiegen werden. Häufig sind es externe Auslöser (wie bspw. Kriegsdokumentationen im Fernsehen), die dazu führen, dass traumatische Erlebnisse zumindest ansatzweise angesprochen werden. Ins Detail gehen wollen aber insbesondere die älteren Männer dann doch nicht. Dementsprechend wird auch keine Unterstützung zur Bewältigung traumatischer Lebensereignisse eingefordert.

Das gilt für Männer in stärkerem Maße als für Frauen. Bezüge zwischen früheren Lebensereignissen und dem jetzigen Befinden werden aus Sicht der Expertin im Regelfall nicht hergestellt. Als großes Problem schätzt die Expertin es ein, ältere Männer generell mit Angeboten zu erreichen. Eine Lösung könnten Treffpunkte und Stammtische speziell für Männer sein, die primär der Freizeitbeschäftigung dienen, aber auch Raum für den persönlichen Austausch bieten.

- **Sonja Schlegel**

Dipl. Sozialarbeiterin, arbeitet in Köln als MBSR-Lehrerin, Marte Meo-Therapeutin und Supervisorin, Koordinatorin von „Herbstgold“, einem Angebot für Seniorinnen und Senioren der evangelischen Gemeinde in Köln, langjährige Arbeit mit Überle-

benden des Nationalsozialismus in Form von Erzählcafés und traumatisierten Müttern, Herausgeberin und Autorin von zwei Büchern zum Thema hilfebedürftige NS-Verfolgte

Die Expertin hat achtzehn Jahre mit verfolgten Männern des Nationalsozialismus gearbeitet, die im Konzentrationslager waren sowie mit Zwangsarbeitern und Männern, die als Kinder aus Polen verschleppt, misshandelt und/oder vergewaltigt wurden. Die meisten Betroffenen versuchen, das Erlebte weitgehend zu verschweigen. „Der größte Teil hat das weitgehend verschwiegen und hat versucht, das Erlebte zu kompensieren und wegzudrücken – durch viel Arbeit und/oder sportliche Aktivitäten.“

Sie hat die Erfahrung gemacht, dass sich viele Männer gerade ihr als fremder Person öffnen konnten. Dies geschah im Zusammenhang mit dem von ihr mitgegründeten „Bundesverband für NS-Verfolgte“.

„Für die Männer war es sehr wichtig, ihnen eine Gemeinschaft anzubieten, in der sie sich dann aufgehoben fühlen können, in der sie sich nicht zu schämen brauchen, wo sie teilweise auch mit kompetenten Freiwilligen über ihre Traumafolgestörung sprechen können und das Gefühl haben, hier werden sie verstanden. Die Betroffenen empfinden sich durch ihre Traumafolgestörung als anders, so als wären sie „aus der Welt gefallen“ und häufig führen sie ein sehr einsames inneres Leben, da sie sich niemandem anvertrauen. Wichtig war es, diese Zusammenkünfte auch zu moderieren, da sie durchaus nicht konfliktfrei verliefen.“ Einen Bezug zwischen den traumatischen Erfahrungen und den aktuellen Belastungen stellen nur wenige Männer her: „Eher selten, weil Männer sich in der Regel seltener mit ihrer Gesundheit und Körperlichkeit, mit Krankheiten, vor allem mit psychischen Erkrankungen und Selbstsorge auseinandersetzen.“

Helfen könnten aus Sicht der Expertin niedrigschwellige therapeutische Angebote, z. B. die „Fünf-Minuten-Therapie“. „Auch ein moderierter Stammtisch ist so eine Möglichkeit, den intensiveren Austausch von einem oder mehreren traumatisierten Männern behutsam zu begleiten und mit den erforderlichen Informationen zu den hauptsächlichen Traumafolgestörungen unaufdringlich zu unterstützen.“ Wichtig ist es nach Einschätzung der Expertin, dass entsprechende Angebote nie als Therapie bezeichnet werden, sondern eher als Erklärungsangebot für bestimmte Reaktionen des Körpers bzw. das Handeln der Betroffenen. Betroffene schämen sich häufig für ihr Verhalten, wichtig sind Erklärungen, dass bestimmte Reaktionen „normal“ sind.

Entsprechende Angebote sollten auch am Wochenende stattfinden, „weil dann oft die fürchterlichen Dinge hochkommen, weil gerade alleinstehende alte Männer am Wochenende mit niemandem sprechen. Solche Angebote wären an Wochenenden vor allem für alleinstehende Männer extrem wichtig.“ Die Betrachtung besonderer Zielgruppen hält die Expertin aktuell für verfrüht: „Für Männer gibt es gene-

rell zu wenig. Für traumatisierte Männer speziell gibt es eigentlich überhaupt kein Angebot, von denen ich weiß, außer für Verfolgte des Nationalsozialismus.“

- **Jörg Schuh**

Sozialpädagoge, mehrere Beraterfortbildungen (klientenzentrierte Beratung), eigene Erfahrungen und Auseinandersetzung mit Gewalterlebnissen in der Kindheit. Seit zehn Jahren Berater bei Tauwetter in Berlin, Beratungsstelle für Männer die in ihrer Jugend/Kindheit sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren. Beraten werden auch Frauen, wenn sie von einem Mann beraten werden möchten.

Der Experte berät Männer, aber auch Frauen, die in der Kindheit sexuelle Gewalt und Missbrauch erlebt haben. „Die Männer suchen die Beratungsstelle entweder selbstständig auf oder wir bekommen Hinweise von Therapeut*innen, Notfallambulanzen, Kliniken, je nachdem wo sie auftauchen.“ Meist sind es aktuelle Krisen oder konkrete Problemsituationen, die Anlass für eine Beratung sind. Die Männer haben seiner Einschätzung nach große Probleme mit der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse: „Die Männer haben große Schamgefühle, wenn sie wahrnehmen, dass sie Opfer sind. Einer, den ich hier hatte, der meinte, er habe es bisher erfolgreich verdrängt und dann hatte er einen Zusammenbruch und dann kam alles hoch.“

Im Gegensatz zu vielen der anderen Expert*innen hat Jörg Schuh die Erfahrung gemacht, dass entsprechende Gespräche relativ einfach sind, wenn die Rahmenbedingungen stimmen: „Die Männer können ganz gut darüber reden, wenn sie merken, dass sie hier auf einen Gesprächspartner treffen, der jetzt nicht schockiert ist; wenn sie merken, das ist kein Tabuthema, dann fällt es ihnen leicht.“ Die Männer, die die Beratungsstelle aufsuchen, sind an konkreter Unterstützung interessiert. „Die Männer wollen Unterstützung, die wollen ins Hilfesystem rein.“ Nachgefragt werden Beratungen, Selbsthilfegruppen oder die Weiterleitung in eine Klinik oder zu anderen Therapeut*innen. „Ansonsten wünschen sie sich natürlich auch jenseits von Therapie oder klinischer Leistung Unterstützung. Z. B. wollte ein Mann einen eigenen Garten, also einen Wohlfühlort.“

Ziel von Unterstützungsangeboten sollte es sein, dass bisherige Bewältigungsstrategien (z. B. Arbeit, Extremsport) kritisch reflektiert werden und dass vorhandene Ressourcen aufgedeckt und gestärkt werden.“ Es geht darum, einen guten Ort zu finden, wo die Betroffenen Kraft schöpfen können, Interessen zu finden, die ihnen guttun.“

Generell ist der Experte der Meinung, dass es für alle Zielgruppen älterer Männer zu wenige Angebote gibt. Für einige Gruppen sieht er allerdings einen erhöhten Bedarf: „Für ältere Menschen mit Demenz oder Sterbende bzw. in der Hospizbegleitung ist der Bedarf sehr hoch, weil da nochmal ganz viele verdrängte Erinnerungen hochkommen. In diesem Bereich wäre eine Sensibilisierung für das Pflegepersonal und für die Sterbebegleiter*innen von Nöten.“

- **Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin**

Soziologin, Erziehungs- und Gesundheitswissenschaftlerin, forscht zu den Themen Demenz und Migration, transnationale und familiäre Pflege sowie Selbstmanagement pflegender Angehöriger, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld.

Die Expertin beschäftigt sich mit der Situation älterer Migranten, die häufig im Zusammenhang mit einer Erkrankung eine Retraumatisierung erleben. „Die Migrationserfahrung stellt für viele Migranten der ersten Einwanderungswellen ein erhebliches Trauma da. Sie fanden sich in einer fremden Kultur wieder, deren Sprache sie nicht beherrschten. Kommt es im Zusammenhang mit einer Demenz zum Verlust der deutschen Sprache, werden diese traumatischen Erfahrungen reaktiviert.“ Allerdings hat auch sie die Erfahrung gemacht, dass sich Männer aus Schamgefühl schwer tun, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen.

Insbesondere die Sensibilisierung der Angehörigen für einen traumasensiblen Umgang mit den demenziell Erkrankten schätzt sie hoch ein: „Häufig erkennen aber auch die Angehörigen entsprechende Zusammenhänge zwischen aktuellem Verhalten und früheren Traumatisierungen nicht. Entsprechende Reaktionen der betroffenen alten Männer werden dann als „nicht erklärbar“ hingenommen. Angehörige versuchen in solchen Fällen meist lediglich, entsprechende Situationen, die negative Assoziationen hervorrufen, zu vermeiden.“

Gerade für demenziell erkrankte Migranten sind aus ihrer Sicht muttersprachliche Angebote extrem wichtig: „Bei demenziell Erkrankten mit Migrationshintergrund kommt es in einem relativ frühen Stadium zu einem Verlust der deutschen Sprache. Das stellt insbesondere für die Männer, die sich gut in die deutsche Gesellschaft integriert hatten, eine massive Belastung dar. Hier ist es wichtig, Unterstützung durch eine muttersprachliche Begleitung zu geben, um das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu mindern.“ Darüber hinaus müssen die Anbieterinnen und Anbieter Kenntnisse der kulturellen und historischen Hintergründe besitzen, um die alten Migranten adäquat unterstützen zu können.

Wichtig sind aus ihrer Sicht niedrigschwellige Angebote in Räumlichkeiten, in denen sich die Älteren sowieso treffen. „Die Angebote sollten niedrigschwellig und locker formuliert sein (keine Selbsthilfegruppe für traumatisierte Männer, sondern ein Gesprächskreis oder Frühstück, bei dem über Erfahrungen mit dem Weggehen, Herkunft und Ankommen geplaudert/gesprochen werden kann).“

- **Peter Vahsen**

Pfarrer in Rente (Mühlheim a.d. Ruhr), Gründer des Vereins "Sozialer Arbeitskreis", daraus entstanden ist der Mülheimer-Kontakte-e. V. (für psychiatrisch- und suchterkrankte Menschen aller Altersstufen). Er ist Vorsitzender des Vereins.

Peter Vahsen hatte im beruflichen Kontext Kontakt zu traumatisierten älteren

Männern. „Der Verlust von Angehörigen, der Partnerin, enger Freunde – also Bezugspersonen führt seiner Erfahrung nach zu traumatischen Erlebnissen. Eine Rolle spielen auch Ängste bezogen auf z. B. Gesundheit und Kriegserlebnisse, die immer wieder hochkommen.“ Der Umgang mit traumatischen Erlebnissen hat sich seiner Erfahrung nach in den letzten Jahrzehnten verändert: „Als ich den Verein in den siebziger Jahren gründete, lebten die Menschen noch sehr bewusst mit ihren Kriegserlebnissen. Diese wurden häufig durch Ablenkung z. B. in der Berufstätigkeit verdrängt. Mittlerweile gehen alte Männer nach meiner Erfahrung mit ihren Ängsten und Erfahrungen viel offener um. Es ist ja auch mehr Raum und Zeit zum Nachdenken und Reden da.“ Aus seiner Sicht wird das Erlebte in Kreisen, wo Betroffene unter sich sind und in kleineren Gruppen thematisiert. „Ich habe gute Erfahrungen gemacht mit offenen Gesprächen in Gruppen. Möglichkeiten wo Männer unter sich sind, z. B. Spieleabende.“ Der Umgang mit traumatischen Erlebnissen verändert sich im Lebensverlauf: „Früher haben Männer ihre Erlebnisse verdrängt und jetzt im Alter kommt Vieles wieder hoch. Aber ein Bezug zu früher wird aus meiner Erfahrung nicht hergestellt.“ Hinsichtlich der Konzentration auf bestimmte Zielgruppen äußert auch er: „Es gibt allgemein wenige Angebote die publik gemacht werden. Es sollte Kreise und Gruppen geben wo Männer unter sich sind, wo möglichst niedrigschwellige Angebote gemacht werden, damit was rauskommt, z. B. Skatabende.“

b) Durchführung und Zusammenfassung der Betroffeneninterviews

Es wurden 15 leitfadengestützte Interviews mit betroffenen Männern sowie 6 vertiefende problemzentrierte Interviews nach Witzel geführt. Die Interviews werden im Folgenden kurz zusammengefasst. Die einzelnen Interviews finden sich in den Anhängen 9 (leitfadengestützte Interviews) und 12 (problemzentrierte Interviews)

Leitfadengestützte Betroffeneninterviews

- **Herr B.**, geb. 1928

Herr B. hat während des 2. Weltkriegs in Russland und nach Kriegsende in russischer Kriegsgefangenschaft in Sibirien traumatische Erlebnisse gehabt, von denen er sagt: „Was ich dort und sonst alles im Krieg erlebt habe, möchte und kann ich Ihnen nicht erzählen. Das kann ich niemandem erzählen.“ Um die traumatischen Erlebnisse zu bewältigen, hat er versucht, sich durch Sport abzulenken und die „Erinnerungen auszuschwitzen“. Im Alter hat er jetzt häufig Alpträume. Er entlastet sich ein wenig durch Gespräche mit seiner Enkelin, will die Erlebnisse aber eigentlich lieber weiter verdrängen. Er hat das Gefühl, dass ihm niemand helfen kann. Hilfsangebote sind ihm nicht bekannt.

- **Herr B.**, geb. 1950

Er hat als Kind während einer Kur in einem katholischen Haus traumatische Erlebnisse gehabt. Er hatte einerseits Angst, dass seine Eltern ihn weggegeben hätten und litt andererseits unter den Zwängen im Kurheim. Auch heute noch verursacht ihm der Geruch von Weihrauch Übelkeit und er kann keine unbekanntes Dinge essen. Darüber hinaus leidet er unter Verlustängsten (hinsichtlich seiner Frau). Er hat Erfahrungen mit einer Psychotherapie gemacht, die ihm allerdings damals nicht geholfen hat. Einer erneuten Therapie steht er aber nicht grundlegend ablehnend gegenüber. Allerdings hat er sich mit dieser Möglichkeit nicht konkreter beschäftigt.

- **Herr D.**, geb. 1949

Der Tod von vier seiner Geschwister stellt für Herrn D. ein traumatisches Erlebnis dar. Er versucht, seine negativen Erlebnisse zu verdrängen und zu vergessen. Er lenkt sich durch Sport ab und ist aktuell nicht bereit, externe Hilfe anzunehmen, da „das Verdrängte dann nur wieder hoch kommt“. Er ist der Meinung, dass er das Erlebte selbst bewältigen kann.

- **Herr E.**, ohne Jahrgang

Der Befragte gibt an, selbst keine traumatischen Erlebnisse gehabt zu haben. Er berichtet allerdings von einem Mitbruder, der als Missionar im Kongo schreckliche Dinge erlebt habe. Er äußert hinsichtlich seiner Vergangenheit sehr widersprüchlich: „Ich habe viel Schlimmes in Afrika erlebt, aber im Nachhinein muss ich sagen, alles war schön.“ Im gesamten Interview wird nie genau deutlich, wann er von sich und wann er von Anderen spricht.

- **Herr G.**, geb. 1947

Herr G. gibt an, unter keinen Belastungen zu leiden, weil er die Dinge nie an sich herankommen ließ bzw. versucht habe, sie auszuschalten. Er verweist aber allgemein darauf, dass man in seinem Beruf mit schrecklichen Dingen konfrontiert werde, ohne entsprechend dafür geschult zu sein. Er betont immer wieder, dass er keine Unterstützung oder externe Hilfe benötige.

- **Herr H.**, geb. 1936

Der Befragte erlebte 1945 die Flucht seiner Familie aus Hinterpommern und 1950 eine Flucht aus der DDR in den Westen. Damals hatte er allerdings keine Zeit, sich mit den traumatischen Erlebnissen näher auseinanderzusetzen. Darüber hinaus fühlt er sich aktuell durch eine Krebserkrankung seiner Frau belastet. Er nutzt in diesem Zusammenhang als Unterstützungsangebot einer Selbsthilfegruppe. Eine solche Möglichkeit, sich mit Menschen mit ähnlichem Schicksal auszutauschen, erachtet er als sehr hilfreich und hätte sich auch in früheren Zeiten entsprechende Gruppen zur Bewältigung belastender Erlebnisse gewünscht. Wichtig ist es ihm in diesem Zusammenhang, dass kein Druck aufgebaut wird und die Hil-

fesuchenden selbst entscheiden können, worüber sie sprechen möchten. Ihnen muss das Gefühl vermittelt werden, dass sie mit ihren Problemen ernst genommen werden, keine Angst vor einer emotionalen Öffnung haben müssen und Schwächen zeigen dürfen.

- **Herr K-L.**, ohne Jahrgang

Der Befragte gibt an, viele Belastungen erlebt zu haben, möchte seine traumatischen Erfahrungen aber nicht genauer erläutern. Er bewältigt seine Erfahrungen durch Yoga, Gespräche mit Seelsorgern und dadurch, bewusst schöne Dinge zu tun. Darüber hinaus erhält er Kraft durch die Unterstützung seiner Familie. Er selbst ist als Telefonseelsorger für andere tätig. Er gibt an, dass für ihn solche externen Unterstützungsangebote – und hier insbesondere Gespräche – immer sehr wichtig waren. Aus seiner Sicht helfen Gespräche, das Erlebte zu verarbeiten und es mit anderen zu teilen.

- **Herr M.**, geb. 1945

Der Befragte gibt an weder heute noch früher mit schwerwiegende Belastungen konfrontiert worden zu sein. Er gibt an, auftretende Probleme immer in Ruhe zu lösen und sie durch gezielte Entspannungsübungen zu bewältigen. Er kennt Hilfsangebote wie Trauerseminare und Dienste für Psychische Beratung, sagt aber von sich selbst, dass er keine externe Unterstützung benötigt.

- **Herr N.**, geb. 1939

Herr N. erlebte als Kind Flucht und Vertreibung aus Pommern. Während der Flucht verlor er Eltern und Geschwister und fand sie erst nach vielen Wirrungen wieder. Auch heute quälen ihn Alpträume, in denen er alleine herumirrt und nur von fremden Menschen umgeben ist. Er beruhigt sich dann aber schnell wieder, wenn er realisiert, dass seine Familie bei ihm ist. Er gibt an, sich an diese Alpträume gewöhnt zu haben. Manchmal wünscht er sich den Austausch mit Menschen, die ähnliche Erlebnisse hatten, sucht aber nicht aktiv nach entsprechenden Angeboten. Bekannt ist ihm das Angebot von Schreibwerkstätten für Kriegskinder, welches ihm allerdings für seine Person nicht geeignet erscheint.

- **Herr P.-H.**, geb. 1932

Der Befragte leidet darunter, dass es ihm als Jugendlichen verwehrt blieb, einen Beruf zu erlernen, um seinem älteren Bruder ein Studium zu ermöglichen. Er versucht, diese Erfahrung als gegeben hinzunehmen, verspürt aber immer noch eine tiefe Wut, Traurigkeit und Verbitterung gegenüber den Eltern und dem Bruder. Er versucht sich durch Gartenarbeit und die Kirche abzulenken, was allerdings nur in Teilen gelingt. Er glaubt nicht, dass ihm irgendwelche Unterstützungsangebote wirklich helfen könnten: „Mir hilft nichts, mein Leben ist verpfuscht, meine Schmerzen sind schlimm.“

- **Herr S.**, geb. 1956

Herr S. erlitt ein Trauma durch seine Mutter, welches er aber nicht näher spezifizieren wollte. Er befindet sich in psychiatrischer Behandlung in einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und nimmt Antidepressiva. Seine Partnerin und seine Therapeutin sind wichtige Unterstützungsfaktoren in seinem Leben. Auch Gruppentherapie und ein Psychiater werden aktuell von dem Befragten in Anspruch genommen. Er benötigt nach eigener Aussage vornehmlich Gespräche und emotionale Unterstützung zur Bewältigung seiner traumatischen Erfahrungen: „Ich stelle mich den Problemen, weil durch Rückzug keine Problembewältigung stattfinden kann. Die Angebote helfen mir, meinen Alltag zu bewältigen und ich bin dadurch wieder in der Lage, Krisen zu bewältigen.“

- **Herr S.-R.**, geb. 1926

Herr S.-R. wurde aufgrund seiner Homosexualität 1958 von einem Arbeitskollegen angezeigt und vom Gericht zu drei Jahren Gefängnis verurteilt. Dies stellt für ihn mit Abstand das schlimmste Erlebnis im Leben dar. Den Gefängnisaufenthalt selbst fand er dagegen schön. Schlimm waren dagegen die Reaktionen in seiner ländlichen Umgebung, die dazu führten, dass er nach der Entlassung aus dem Gefängnis nach Köln zog. Im Alter von ca. 80 Jahren wurde er in eine Psychiatrie eingewiesen. Er gibt an, dass man dort „Experimente“ mit ihm gemacht habe. Er wurde in eine Pflegeeinrichtung entlassen, die ihm wie ein Gefängnis vorkam. Mit Unterstützung einer Beratungsstelle für Schwule konnte er dann in ein anderes Pflegeheim wechseln, in dem er sich nun wesentlich wohler fühlt. Von einem Mitarbeiter der Beratungsstelle (rubicon) bekommt er regelmäßig Besuch, was für ihn eine wichtige Unterstützung darstellt.

- **Herr T.**, geb. 1954

Der Interviewte erkrankte als Jugendlicher an einer Hodentorsion, die von seinen Eltern (und anschließend auch vom Hausarzt) aus Schamgefühl eigenmächtig behandelt wurde. Aufgrund dieser Fehlbehandlung wurde er zeugungsunfähig. Dieses traumatische Erlebnis belastet ihn seit seiner Jugend. Darüber hinaus litt er unter der Scheidung von seiner Frau und geriet durch seine aktuelle Partnerin in finanzielle Probleme. Sein Beruf als Lehrer gibt ihm Halt und hilft ihm, das Erlebte zu bewältigen. Auch die Unterstützung durch eine Männergruppe stellt für ihn einen wichtigen Faktor dar. Zur Bewältigung der finanziellen Krise nimmt er Unterstützung durch eine Schuldnerberatungsstelle in Anspruch. Er kennt eine Vielzahl unterschiedlicher Unterstützungsangebote, nimmt diese in Anspruch und hat das Gefühl, durch diese Angebote „zur Ruhe zu kommen, meine Gedanken zu ordern und alles aus einer anderen Perspektive zu sehen“.

- **Herr V.**, geb. 1943

Der Befragte erlebte die Alkoholsucht seiner Frau als traumatisch. Er fühlte sich in bestimmten Situationen hilflos und ohnmächtig, weil es ihm nicht gelang, seiner

Frau aus ihrer Sucht herauszuhelfen. Eine wichtige Unterstützung boten ihm intensive Gespräche mit seinem Hausarzt, der auch der Arzt seiner Frau war. Während des Heimaufenthaltes seiner Frau suchte er regelmäßig Gespräche mit den Pflegekräften, welche für ihn ebenfalls eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Situation darstellten. Er beschreibt es als wichtig, dass sich die Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen ausreichend Zeit für ihn nahmen.

- **Pater S.**, geb. 1947

Der Befragte ist ehemaliger Afrikamissionar. Er gibt an, viele schlimme Dinge erlebt zu haben, sich aber in keiner Weise belastet zu fühlen. Er gibt an, keine Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung irgendwelcher Belastungen zu benötigen. Er sagt: „Gott ist immer bei mir und trägt mich.“

Vertiefende problemzentrierte Interviews

- **Herr H.**, geb. 1936

Im Alter von 14 Jahren starb unerwartet die Mutter. Er konnte das nicht realisieren und war mit dem Anblick der toten Mutter komplett überfordert. Das Begräbnis der Mutter steigerte das traumatische Erlebnis noch: „Als ich dann beim Begräbnis Erde auf den Sarg werfen sollte, verlor ich das Gleichgewicht und fiel ins Grab herein. Das werde ich nie vergessen.“ Sein Vater war mit dem Tod der Mutter ebenfalls überfordert und kümmerte sich nicht mehr um die Kinder. Die älteste Schwester kümmerte sich damals um den Zusammenhalt in der Familie und verhinderte, dass die Geschwister ins Waisenhaus kamen. Herr H. gibt an, dass diese Kindheitserlebnisse keine Auswirkungen auf sein weiteres Leben und seine Gesundheit gehabt hätten. Er hat aktuell nicht das Gefühl, externe Hilfe und Unterstützung zu benötigen: „Unterstützung brauche ich Gott sei Dank keine, aber es war mal schön, darüber zu sprechen. Ich habe schon lange damit abgeschlossen.“ Auf der anderen Seite betont er: „Das Gefühl, als ich in das Grab hereinfiel, werde ich mein Leben lang nicht vergessen.“

- **Herr K.**, geb. 1934

Herr K. musste im Alter von 28 Jahren mit ansehen, wie seine 6-jährige Tochter nachts im Schlaf verbrannte. Die 8-jährige Tochter überlebte den Brand schwer verletzt. Auf die Frage, wie der dieses Trauma überlebt habe, sagt er: „Ein Teil von mir hat nicht überlebt.“ Er gibt an, noch heute von dem Ereignis zu träumen, hat das Erlebte noch nicht verarbeitet: „Ich habe immer noch Alpträume und Angst vor Feuer. Es gab bei uns sogar keine Adventskerzen mehr bzw. nur elektrische...“. Unterstützung und Hilfe von außen lehnt er jedoch ab: „Ich habe gelernt, damit zu leben.“

- **Herr P.**, geb. 1953

Er hatte als 6-jähriges Kind ein traumatisches Erlebnis, als seine Mutter ihm von ihrer Flucht Ende des 2. Weltkriegs, von Hunger, Vergewaltigung und versuchtem Mord durch seinen Vater erzählte. Das zweite traumatische Erlebnis hatte er als junger Erwachsener, ebenfalls mit seiner Mutter, die ihm sagte, er sei sehr dumm. Diese Erlebnisse im familiären Kontext führten zu Drogensucht, häufigen Angstzuständen und Unsicherheit. Die Erzählungen aus der Kindheit kamen auch im Erwachsenenalter in unterschiedlichen Situationen wieder hoch. Vor drei Jahren verlor er seine Ehefrau durch Krebs. Ein Freund hat ihm einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten in der Schweiz vermittelt: „Dieser Therapeut hat mir das Leben gerettet! Ich habe diese Unterstützung erst nehmen können, als ich völlig am Ende war.“ Versuche, eine Männergruppe zu initiieren oder mit anderen Männern über deren Probleme zu sprechen, waren erfolglos: „Ich glaube, dass ein Mann erst Hilfe annehmen kann, wenn er nicht mehr Mann sein muss bzw. kann! Ich bin da sicherlich ein seltenes Exemplar. Ich habe verstanden, dass ich Hilfe brauche!“ Sein Therapeut ist nach wie vor eine wichtige Stütze für ihn, wenn es ihm nicht gut geht.

- **Herr R.**, geb. 1935

Herr R. erlebte insbesondere im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg Traumatisches. Mit 4 Jahren wurde sein Vater eingezogen und starb an der Ostfront. Mit 8 Jahren erlebte er Bombenabwürfe auf Berlin. Als 10-Jähriger kam er in die leere Wohnung der Familie nach Berlin, suchte vergeblich seinen von den Russen verschleppten Bruder in Pommern und wurde von dort wieder nach Berlin vertrieben. Er hat die traumatischen Erlebnisse in einem Buch verarbeitet. Die als Kind erlittenen Traumata haben psychische Folgen nach sich gezogen. Er wünscht sich mehr Forschung über die Biografien der Kriegs- und Nachkriegskinder.

- **Pater P.**, geb. 1950

Pater P. war als junger Mann in Sambia als Missionar tätig und fühlte sich von der Situation dort vollkommen überfordert. Er hatte dort immer das Gefühl mangelnder Unterstützung, die er auch bei seinen Mitbrüdern beobachtet hat. Er hätte gerne mit Anderen über seine Gefühle gesprochen, würde das auch heute gerne tun. Er hatte dazu aber weder damals noch heute Gelegenheit. „Niemand spricht über seine Erlebnisse. Die Älteren sind es auch nicht gewohnt zu sprechen und hatten das auch nicht in ihrer Ausbildung.“ Er hat permanent versucht, seine Gefühle wegzudrücken, was dazu führt, dass er sehr nervös, schnell überfordert und gereizt ist. Er wünscht sich eine Gesprächsgruppe oder andere Gesprächsangebote, wo er mit seinem Leben Anerkennung und Wertschätzung erfährt.

- **Pater S.**, geb. 1944

Der Interviewte hatte als Kleinkind traumatische Erlebnisse im Rahmen des 2. Weltkriegs. Als junger Mann erlebte er als Afrikamissionar in Uganda viele bedroh-

liche Situationen mit Soldaten. Nach 40 Jahren in Afrika, hatte er mit seinem Vorgesetzten ein traumatisches Erlebnis, als dieser ihm während eines Deutschlandaufenthaltes mitteilte, dass er nicht nach Uganda zurückkehren dürfe. Er bekam diese Situation in den Griff, indem er mit seinem Vorgesetzten einen Abschiedsbesuch aushandelte und dann selbst entschied, nach Deutschland zurückzukehren und hier in der Erwachsenenbildung tätig zu werden. Er gibt an, dass die traumatischen Erlebnisse Auswirkungen auf sein jetziges körperliches Befinden hatten, welches geprägt ist von Schmerzen in Rücken und Wirbelsäule. Er wünscht sich zur Entlastung eine Gesprächsgruppe, in der Interesse an seinem Leben bekundet wird. „Das Gespräch mit Ihnen tut mir gut und es ist das erste Mal, dass ich diese Dinge erzähle. Ich möchte Anerkennung für meine Arbeit, aber auch Verständnis für meine leidvollen Erfahrungen.“

4. Auswertung und Aufbereitung der Interviews

a) Auswertung und Aufbereitung der Expert*inneninterviews

Die Ergebnisse der Expert*inneninterviews wurden in tabellarischer Form aufbereitet, um Schwerpunkte zu verdeutlichen, die sich aus den Interviews insgesamt ergeben. Im Folgenden werden die Aussagen der Expert*innen entsprechend der sechs Hauptfragen ausgewertet. Die Statements der jeweiligen Expert*innen zu den sechs Hauptfragen finden sich im Anhang 7. Die tabellarische Darstellung der Expert*inneninterviews findet sich im Anhang 8.

Traumatische Gewalterlebnisse von älteren Männern

Hinsichtlich der Frage „Welche traumatischen Gewalterlebnisse begegnen Ihnen in Ihrem Berufskontext im Zusammenhang mit älteren bzw. hochaltrigen Männern?“ ergibt sich eine große Bandbreite traumatischer Erfahrungen bei älteren und hochaltrigen Männern.

Erfahrungen während des 2. Weltkrieges, aber auch in der Nachkriegszeit belasten viele der Älteren und Hochaltrigen und werden von vielen Expert*innen beobachtet. Darüber hinaus spielen sexualisierte Gewalterfahrungen (insbesondere in der Kindheit, aber auch während der Militärzeit) eine wichtige Rolle. Auch Verluste von nahen Angehörigen (Kinder, Partner*in) führen zu traumatischen Erlebnissen, die dann gegenüber Fachleuten thematisiert werden.

Im zunehmenden Alter kommen Traumatisierungen durch den Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit hinzu (Dr. Claudia Gärtner). Auch eigene Gewalttaten (Dr. Mechthilde Küttemeyer (†)), Gewalt durch das DDR-Regime (Prof. Dr. Meinolf Peters) oder Gewalt im öffentlichen Raum (Silvia Mader) werden von einzelnen Expert*innen benannt.

Bei bestimmten Gruppen kommen noch weitere Probleme hinzu: Ältere Migranten mit demenzieller Erkrankung erleiden im Alter Retraumatisierungen, wenn sie durch den Verlust der deutschen Sprache Ohnmacht und Hilflosigkeit erfahren (Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin). Hochaltrige Schwule sind traumatisiert, weil sie ihre Homosexualität jahrzehntelang verstecken mussten oder vom Staat und der Gesellschaft massiv diskriminiert wurden (Norbert Reicherts).

Einige Expert*innen geben allerdings auch an, dass sie im beruflichen Kontext noch keine Erfahrungen mit Traumatisierungen älterer oder hochaltriger Männer hatten, obwohl auch diese Expert*innen generell im psychiatrischen oder therapeutischen Bereich mit älteren Menschen arbeiten.

Umgang der Männer mit den traumatischen Erlebnissen

Hinsichtlich der Frage „Wie gehen Männer Ihrer Erfahrung nach mit diesen Erlebnissen und daraus resultierenden Folgen um?“ sowie der ergänzenden Fragen „Werden diese aktiv benannt?“, „In welchen Zusammenhängen?“, „Wünschen die Männer sich Unterstützung hinsichtlich ihrer Belastungen?“ und „Wenn ja, welche Unterstützung? Und von wem?“ berichtet der überwiegende Teil der Expert*innen davon, dass die meisten Männer versuchen, die traumatischen Gewalterfahrungen zu verdrängen, zu ignorieren und zu verschweigen. Häufige Bewältigungsstrategien sind intensive Aktivitäten wie z. B. viel Arbeiten, viel Sport oder Extremsportarten. Die Männer versuchen, nicht zur Ruhe zu kommen, nicht über das Erlebte nachzudenken.

Auch auf Nachfrage hin werden die traumatischen Erlebnisse im Regelfall nicht benannt, wie der überwiegende Teil der Expert*innen angibt.

Mit zunehmendem Alter oder in Krisensituationen (z. B. Trennung), treten bei betroffenen Männern somatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen oder Bluthochdruck auf. Mit diesen physischen Beschwerden gehen die alten Männer dann zum Arzt oder zur Ärztin.

Einige Expert*innen haben in diesem Zusammenhang spezielle Vorgehensweisen entwickelt, mit denen es ihnen gelingt, einen Zugang zu den Betroffenen zu schaffen. So berichtet die Ärztin Dr. Mechthilde Kütemeyer (†), dass die Männer häufig eine Bildsprache verwenden, z. B.: „Ich habe so schlimme Rückenschmerzen, das fühlt sich an, als würde mir jemand einen Dolch in den Rücken rammen.“ Ist man hinsichtlich dieser Bildsprache sensibilisiert, kann man durch gezieltes Nachfragen Erinnerungen bei den alten Männern herbeiführen. Wenn die Männer einen Zusammenhang zu früheren traumatischen Erlebnissen hergestellt haben, erzählen sie und entlasten sich dadurch.

Auch der Hausarzt Olaf Reddemann hat in seiner Praxis die Erfahrung gemacht, dass Männer auf gezieltes, sensibles Nachfragen hin über traumatische Erlebnisse berichten, wenn er beim Erstkontakt gezielt nach der Lebensgeschichte seiner Patienten fragt. Er hat gute Erfahrungen damit gemacht, bei der körperlichen Untersuchung darauf hinzuweisen, dass Körper und Seele eins sind und in diesem Zusammenhang das Angebot zum Erzählen zu machen. Das führt bei einigen Männern zu

einer eigenen Einsicht der Zusammenhänge ihrer somatischen Symptome mit ihren Erlebnissen.

Die Therapeutin Sonja Schlegel hat im Rahmen von Erzählcafés für NS-Verfolgte erlebt, dass gezielte Gesprächsangebote für bestimmte Zielgruppen dazu führen, dass die Betroffenen erstmals über das Erlebte sprechen können. Allerdings ist bei diesen Angeboten eine entsprechend geschulte Moderation erforderlich, um Retraumatisierungen zu vermeiden.

Andere Expert*innen haben beobachtet, dass über traumatische Erlebnisse manchmal auch beiläufig (z. B. im Rahmen unverfänglicher Gespräche oder einer kleinen Männerrunde) oder aufgrund externer Auslöser (z. B. Kriegsdokumentationen im Fernsehen) berichtet wird. Hier versuchen die Männer im Regelfall dann aber, das Erlebte herunterzuspielen. Weitergehender Unterstützungsbedarf wird in solchen Gesprächen eher selten kommuniziert.

Bezug zwischen traumatischen Erlebnissen und jetziger Befindlichkeit

Hinsichtlich der Frage „Stellen ältere / hochaltrige Männer nach Ihrer Einschätzung einen Bezug zu ihren früheren / aktuellen Gewalterlebnissen und ihrer jetzigen Befindlichkeit her?“ ergibt sich kein einheitliches Bild.

Der überwiegende Teil der Expert*innen (9 der 16 Befragten) gibt an, dass ein solcher Bezug im Regelfall nicht hergestellt wird. Das wird damit begründet, dass die ältere Generation – und hier insbesondere die Männer – nicht gelernt hat, über Gefühle zu sprechen oder Gefühle zu zeigen. Darüber hinaus setzen sich Männern tendenziell ungern mit ihrer Gesundheit und Körperlichkeit auseinander.

Unterschiede lassen sich entsprechend des Bildungsgrads der betroffenen alten Männer herstellen. Mit zunehmender Bildung steigt die Bereitschaft, sich mit entsprechenden Zusammenhängen auseinander zu setzen und das eigene Leben zu reflektieren.

Die Ärztin Mechthilde Küttemeyer (+) und der Arzt Olaf Reddemann haben in ihrer praktischen Arbeit die Erfahrung gemacht, dass Mediziner*innen durch gezielte Begleitung erreichen können, dass ein solcher Zusammenhang von den Betroffenen erkannt wird.

Der Experte Prof. Hartmut Radebold hat in den letzten Jahrzehnten insbesondere bei der Kriegskindergeneration einen Wandel beobachtet. Vermehrte Veröffentlichungen und die gesellschaftliche Diskussion zum Thema Kriegskinder haben zu einem veränderten Bewusstsein geführt. Zusammenhänge zwischen Kriegstraumata und dem aktuellen Befinden werden von diesen Betroffenen inzwischen eher hergestellt. Auch Olaf Reddemann bestätigt, dass Kriegskinder einen entsprechenden Zusammenhang häufiger von sich aus herstellen. In diesem Zusammenhang nennt er die Autorin Sabine Bode, deren Veröffentlichungen zum Thema Kriegskinder zu einem Bewusstseinswandel beigetragen haben.

Gewünschte Angebote / Unterstützung durch die Betroffenen

Hinsichtlich der Frage „Welche Angebote/Unterstützung brauchen die Betroffenen Ihrer Meinung nach? Was könnte ihnen helfen?“ sowie der ergänzenden Fragen „Wie sollten diese Angebote / die Unterstützung konkret aussehen?“ und „Wer sollte Angebote machen / Unterstützung geben?“ ergibt sich eine große Bandbreite an Vorschlägen, die insbesondere auch aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der verschiedenen Expert*innen resultieren.

Generell plädieren die Expert*innen dafür, das Thema „Trauma und Alter“ zu enttabuisieren und eine öffentliche Sensibilisierung, Information und Diskussion zu forcieren. So können die Männer realisieren, dass schreckliche Lebensereignisse und entsprechende Reaktionen ein „normaler“ Bestandteil der Lebensgeschichte sind. Bei den älteren Männern kann dadurch die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten gesenkt werden. Die Betroffenen erkennen, dass bestimmte Verhaltensweisen aufgrund traumatischer Erlebnisse „normal“ sind und dass es hilfreich sein kann, bestimmte Gefühle zu thematisieren. Prof. Meinolf Peters und Dr. Claudia Gärtner weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es wichtig ist, ressourcenorientiert zu arbeiten, die Männer zu stabilisieren und mit ihnen gemeinsam sichere Orte zu definieren.

Außerdem ist es aus Sicht der Expert*innen wichtig, dass Ärzt*innen, pflegendes Personal, Therapeut*innen, Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Beratungsstellen (Seniorenberatung, Männerberatung, zielgruppenorientierte Beratung) sowie Seelsorger*innen hinsichtlich traumasensibler Unterstützung (Traumursachen und Traumafolgen) sensibilisiert und geschult werden, damit sie aktiv nach traumatischen Erlebnissen fragen und adäquat reagieren können. Aus Sicht der Expert*innen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Hausärzt*innen gefragt. Wichtig ist es, dass die Ärzt*innen genügend Zeit für solche Gespräche einplanen (können/dürfen) und dass sie die Männer mit ihren Symptomen ernst nehmen.

Darüber hinaus stimmen die Expert*innen mehrheitlich darin überein, dass niedrigschwellige Angebote konzipiert werden müssen, um die betroffenen Männer zu erreichen. Aus Sicht der Expert*innen sollte versucht werden, Männer an den Orten zu erreichen, an denen sie sich sowieso treffen und darüber hinaus neue Begegnungsorte für Männer zu schaffen, die die Möglichkeit zum Reden geben, das Belastungsthema aber nicht in den Mittelpunkt stellen. Denkbar wären Gesprächskreise über die Lebensgeschichte der alten Männer, Literaturkreise, Lesekreise oder Schreibwerkstätten.

Einige Expert*innen erachten es als sinnvoll, dass entsprechende Angebote von älteren Personen geleitet bzw. durchgeführt werden, da das Gespräch mit diesen für die alten und hochaltrigen Männer einfacher ist.

Bezüglich des Geschlechts der beratenden oder unterstützenden Personen gibt es unterschiedliche Auffassungen. Einige Expert*innen betonen, dass ältere Männer nur

mit Männern sprechen, einige Expertinnen haben auch die Erfahrung gemacht, dass es Männern leichter fällt, mit Frauen zu reden.

Zielgruppen, für die keine bzw. kaum Angebote vorhanden sind

Hinsichtlich der Frage „Für welche Zielgruppen (Männer mit Demenz, Männer mit Behinderung, Sterbende...) gibt es bisher aus Ihrer Sicht noch keine oder kaum Angebote?“ betont der überwiegende Teil der Expert*innen, dass es generell keine bzw. nur wenige Angebote für ältere und hochaltrige Männer gibt, so dass eine Konzentration auf bestimmte Zielgruppen nicht sinnvoll bzw. verfrüht erscheint.

Prof. Luise Reddemann und Jörg Schuh verweisen auf die besonderen Bedarfe sterbender oder schwer kranker Männer, bei denen ein erhöhter Bedarf nach traumasensibler Unterstützung besteht. Auch Suchtkranke, Männer mit Demenz, Männer mit Migrationsgeschichte und Schwule werden von einzelnen Expert*innen als Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf benannt. Olaf Reddemann verweist dagegen darauf, dass man sich besonders um diejenigen kümmern sollte, die noch nicht auffällig geworden sind und auf den ersten Blick gesund erscheinen.

Unterschiedlicher Umgang mit Traumaerfahrungen durch Männer und Frauen / spezielle Ansprachekonzepte

Hinsichtlich der Frage „Gibt es aus Ihrer Sicht ein unterschiedliches Umgehen mit Traumaerfahrungen von alten Männern im Gegensatz zu alten Frauen?“ sowie der ergänzenden Frage bzw. Aufforderung „Wenn ja, muss dies aus Ihrer Sicht zu unterschiedlichen Ansprachekonzepten und Angeboten führen? Bitte geben Sie möglichst konkrete Beispiele oder Empfehlungen!“ stimmen die Expert*innen darin überein, dass Männer und Frauen mit Traumaerfahrungen unterschiedlich umgehen und dass es deshalb auch unterschiedliche Ansprachekonzepte geben müsse.

Die Expert*innen betonen zum größten Teil, dass Frauen offener mit ihren Belastungen umgehen und dass es ihnen leichter fällt, mit anderen über belastende Erlebnisse zu sprechen. Männer hingegen versuchen dem „Ideal“ des starken Mannes zu entsprechen und keine Schwächen und keinen Schmerz zuzulassen. Sie neigen dazu zu glauben, dass sie die Situation alleine bewältigen können. Lediglich hinsichtlich des Themas „Sexualisierte Gewalt“ tun sich beide Geschlechter gleich schwer.

Ein anderes Bild ergibt sich nach Einschätzung von Norbert Reicherts (rubicon) lediglich bei homosexuellen Menschen. Er betont, dass schwule Männer sich leichter tun, mit ihrer Homosexualität und den damit verbundenen Diskriminierungen nach außen zu gehen als lesbische Frauen. Daher ist aus seiner Sicht die Ansprache älterer schwuler Männer einfacher als die Ansprache älterer lesbischer Frauen.

Hinsichtlich der erforderlichen mänderspezifischen Ansprachekonzepte und Angebote werden die Enttabuisierung des Themas „Trauma“ in der Öffentlichkeit (insbesondere hinsichtlich von Traumaerfahrungen bei Männern) sowie eine Sensibilisierung und Schulung von Ärzt*innen und weiteren Gesundheitsberufen hinsichtlich der Traumathematik bei älteren Männern sowie Frauen genannt.

b) Auswertung und Aufbereitung der Betroffeneninterviews

Die Ergebnisse der leitfadengestützten Betroffeneninterviews sowie der vertiefenden problemzentrierten Interviews werden im Folgenden entsprechend der Hauptfragen ausgewertet. Die Statements der Betroffenen zu den einzelnen Fragen finden sich im Anhang 10. Darüber hinaus wurden die Aussagen der leitfadengestützten Interviews in tabellarischer Form aufbereitet, um ähnlich gelagerte Verhaltensweisen der betroffenen Männer zu verdeutlichen, die sich aus den Interviews insgesamt ergeben. Die Darstellung der tabellarischen Aufbereitung findet sich im Anhang 11.

Die vertiefenden problemzentrierten Interviews wurden insbesondere im Hinblick darauf ausgewertet, ob sie die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit Expert*innen und Betroffenen untermauern oder widerlegen.

Frühere und aktuelle Belastungen, unter denen die Befragten besonders leiden
Hinsichtlich der Frage „Unter welchen früheren und aktuellen Belastungen leiden Sie besonders?“ kommen die befragten Männer zu sehr unterschiedlichen Aussagen.

Vier der befragten Männer geben an, unter keinen früheren oder aktuellen Belastungen zu leiden. Von diesen Befragten berichten allerdings zwei der Männer von beruflich bedingten Belastungen anderer Männer in ihrem Umfeld, die einer vergleichbaren beruflichen Tätigkeit nachgegangen sind.

Traumatisierungen im familiären Kontext werden von acht Befragten genannt (Todesfälle und schwere Erkrankungen naher Angehöriger, (temporäre) Trennung von Eltern und Geschwistern, Scheidung, ...).

Zwei Befragte berichten von Fluchterfahrungen, die sie als Kinder im 2. Weltkrieg machen mussten. Ein Befragter nennt Erfahrungen als Soldat und Kriegsgefangener im 2. Weltkrieg.

Im Alter traten bei den Befragten folgende Belastungen auf, unter denen sie besonders leiden: zunehmende Unhöflichkeit im gesellschaftlichen Miteinander, Einweisung in Psychiatrie und ein als Gefängnis empfundenen Pflegeheim sowie finanzielle Probleme.

Im Rahmen der vertiefenden problemzentrierten Interviews wurden ebenfalls Traumatisierungen durch den Tod naher Angehöriger beschrieben. Darüber hinaus kamen Traumata aufgrund von Kriegserfahrungen zur Sprache. Außerdem wurden beruflich bedingte Traumatisierungen im Rahmen der problemzentrierten Interviews benannt.

Umgang mit den Belastungen im Alltag

Hinsichtlich der Frage „Wie gehen Sie im Alltag damit um?“ schildern die befragten Männer ebenfalls unterschiedliche Strategien.

Zwei der Befragten geben an, dass sie im Alltag keine Probleme aufgrund von aktuellen oder früheren Belastungen haben. Dabei handelt es sich um die Befragten, die auch bei der ersten Frage entsprechend geantwortet haben.

Weitere drei Befragte beschreiben, dass sie versuchen, die negativen Erfahrungen zu verdrängen und nicht an sich herankommen zu lassen. Eine weitere Strategie, die von mehreren der Befragten verfolgt wird, ist das bewusste Wahrnehmen der schönen Dinge des Lebens.

Andere Befragte berichten von Ängsten und Alpträumen, die im Alltag immer wieder auftreten. Auf bestimmte Gerüche oder unbekannte Speisen reagiert einer der Befragten mit Übelkeit.

Die Einbindung in verlässliche familiäre Strukturen, intensive Freundschaften und ein gutes berufliches Umfeld geben einigen der traumatisierten Männer nach eigener Aussage einen wichtigen Halt im Alltag.

Darüber hinaus bewältigen einige Befragte ihren Alltag durch den Einsatz bestimmter Übungen oder Techniken (Yoga, Bewältigungsstrategien aus dem therapeutischen und klinischen Bereich), in einem Fall aber auch durch die Einnahme von Antidepressiva.

Auch in den vertiefenden problemzentrierten Interviews berichten die Befragten von Alpträumen, Angstzuständen und psychischen Problemen, denen sie auch heute noch bzw. im Alter noch intensiver ausgesetzt sind.

Bewältigungsstrategien

Hinsichtlich der Frage „Was hilft Ihnen bei der Bewältigung dieser Belastungen? Wie gelingt es Ihnen, Entlastung zu finden?“ werden von vielen Befragten Gespräche im familiären Kontext (Partnerin, Enkelin) oder mit professionellen Akteur*innen (Seelsorger*in, Hausärztin/-arzt, Therapeut*in, Pflegekräfte) genannt. Aber auch Gespräche mit Männern, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben (insbesondere im Rahmen von Selbsthilfegruppen, aber auch in andern Männerrunden), bringen den Betroffenen oft gute Entlastung.

Darüber hinaus geben viele der Befragten an, dass ihnen eine positive Lebenseinstellung und das bewusste Wahrnehmen oder Unternehmen schöner Dinge bei der Bewältigung ihrer Belastungen helfe.

Einige Männer nennen als Kraftquellen, die sie für sich entdeckt haben, Musik, Gartenarbeit oder Spaziergänge in der Natur. Meditation und Entspannungsübungen werden ebenfalls genannt.

Für viele Männer spielt ihr Glaube eine wichtige Rolle. Sie fühlen sich durch das persönliche Gebet oder durch den Besuch von Gottesdiensten gestärkt.

Auch in den problemzentrierten Interviews beschreiben die befragten Männer, wie wichtig die Unterstützung (insbesondere vertrauensvolle Gespräche) durch das familiäre Umfeld oder professionelle Strukturen bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse für sie ist.

Gewünschte Unterstützungsangebote

Hinsichtlich der Frage „Welche Angebote zur Bewältigung von Belastungen, die auf traumatische (Gewalt-)Erlebnisse in Ihrem Leben zurückzuführen sind, hätten Sie sich gewünscht?“ sowie der ergänzenden Fragen „Von wem wünschten Sie sich Unterstützung?“ und „Wie sollte die Unterstützung aussehen?“ haben die befragten Männer sehr unterschiedliche Vorstellungen.

Einige Männer geben an, keine externe Unterstützung zu benötigen, weil sie die Situation allein im Griff hätten und ihre Probleme selbst bewältigen könnten. Andere (insbesondere hochaltrige) Männer sind resigniert und geben an, dass ihnen heute nichts mehr helfen könne.

Diejenigen, die im Laufe ihres Lebens Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, bewerten diese (bis auf einen Fall) sehr positiv. Auch hier werden – wie bei der vorangegangenen Frage – insbesondere vertrauensvolle Gespräche mit Seelsorgern, Pflegekräften, Mediziner*innen, Therapeut*innen oder im familiären Umfeld genannt. Auch Gespräche mit anderen Betroffenen werden im Zusammenhang mit der Beschreibung hilfreicher Unterstützungsangebote mehrfach genannt. Wichtig ist es aus Sicht der Befragten, dass die Gespräche in einem vertrauensvollen Umfeld stattfinden.

Ein ähnliches Bild ergeben die vertiefenden problemzentrierten Interviews. Auch hier gibt es Männer, die trotz massiver Traumaerfahrungen angeben, keine Unterstützungsangebote zu benötigen. Andere Befragte hätten sich in der Vergangenheit Austauschmöglichkeiten mit anderen Männern gewünscht, bzw. wünschen sich diese aktuell.

Kenntnisse bezüglich Hilfsangebote

Hinsichtlich der Frage „Kennen Sie bestehende Hilfsangebote? Welche?“ ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Einige der Befragten kennen keine Angebote und wollen sich mit dem Thema auch erst beschäftigen, wenn entsprechende Unterstützung benötigt wird.

Andere Männer nennen vielfältige Unterstützungsangebote, von Gruppen- über Einzeltherapie bis hin zu Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus werden auch Gesprächsangebote durch Seelsorger sowie durch medizinisches oder pflegerisches Personal genannt. Auch Trauerseminare und Schreibwerkstätten werden von einzelnen Befragten angeführt.

Bei den vertiefenden problemzentrierten Interviews wird der Wunsch nach Gesprächsangeboten (insbesondere in der Gruppe) geäußert. Entsprechende Hilfsangebote sind den Befragten nicht bekannt.

Nutzung von Hilfeangeboten

Hinsichtlich der Frage „Nutzen Sie diese?“ sowie der ergänzenden Fragen zu den Gründen für oder gegen eine Inanspruchnahme der Angebote ergibt sich eine Zweiteilung. Etwa die Hälfte der Befragten nimmt (zumindest derzeit) keine Unterstüt-

zungsangebote in Anspruch. Das liegt teilweise daran, dass die Betroffenen keine Angebote kennen, die sie für sich als hilfreich einstufen würden. Andere Befragte haben den Eindruck, sich aktuell nicht in einer akuten Krisensituation zu befinden, und daher auch keine Hilfe zu benötigen. Einige der Befragten können aber auch nicht genau begründen, warum sie keine Angebote nutzen.

Diejenigen, die aktuell Unterstützung in Anspruch nehmen, beurteilen diese im Regelfall positiv. Die Angebote werden im Regelfall monatlich, teilweise aber auch häufiger in Anspruch genommen. Genutzt werden folgende Angebote: Selbsthilfegruppe, Yoga, Gesprächsangebote, Gruppentherapie, Psychiater sowie Beratungsbesuche.

Die Angebote helfen den Befragten bei der Verarbeitung schrecklicher Erlebnisse, beim zur Ruhe kommen und beim Ordnen der eigenen Gedanken sowie dabei, die Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Außerdem geben die Angebote die Möglichkeit, sich zu öffnen und Schwäche zeigen zu dürfen.

Ein ähnliches Bild ergeben in diesem Zusammenhang auch die vertiefenden problemzentrierten Interviews. Vier der sechs befragten nehmen aktuell keine Hilfsangebote wahr, wobei zwei der Befragten durchaus Interesse an einem Gruppenangebot zeigen. Die anderen beiden Befragten geben an, dass sie gelernt hätten, mit ihrer Situation zu leben und keine Hilfe zu benötigen. Die beiden Befragten, die therapeutische Unterstützung in Anspruch nehmen, fühlen sich hierdurch entlastet.

5. Abgleich der Interview-Ergebnisse mit Aussagen in der Literatur

a) Bewältigung traumatischer Erfahrungen und Auswirkungen auf die Gesundheit

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass psychisch oder physisch belastende Lebensereignisse sich kurz- und langfristig negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken können. Die möglichen Folgen werden auch als Traumafolgestörungen bezeichnet, von denen eine das Posttraumatische Belastungssyndrom (PTBS) sein kann (Frommberger et al., 2014).

Hinsichtlich der Auswirkungen belastender Lebensereignisse auf die Gesundheit der Betroffenen finden sich auch in den durchgeführten Interviews zahlreiche Belege. Mehrere der betroffenen Männer schilderten anschaulich, dass die traumatischen Erlebnisse zu massiven Alpträumen, Angstzuständen, Depressionen, Suchtverhalten und körperlichen Beschwerden geführt haben.

Die Expert*innen verweisen dagegen zu einem großen Teil darauf, dass viele der betroffenen älteren und hochaltrigen Männer einen Bezug zwischen traumatischen Erlebnissen und dem aktuellen Gesundheitszustand im Regelfall nicht herstellen. Das wird damit begründet, dass die ältere Generation – und hier insbesondere die Männer – nicht gelernt hat, über Gefühle zu sprechen oder Gefühle zu zeigen. Darüber hinaus setzen sich Männern tendenziell ungern mit ihrer Gesundheit und Kör-

perlichkeit auseinander. Unterschiede lassen sich nach Aussage einer Expert*in hinsichtlich des Bildungsgrads der betroffenen alten Männer feststellen. Mit zunehmender Bildung steigt die Bereitschaft, sich mit entsprechenden Zusammenhängen auseinanderzusetzen und das eigene Leben zu reflektieren.

Die Ärztin Mechthilde Küttemeyer (†) und der Arzt Olaf Reddemann haben in ihrer praktischen Arbeit die Erfahrung gemacht, dass Mediziner*innen durch gezielte Begleitung erreichen können, dass ein solcher Zusammenhang von den Betroffenen erkannt wird.

Der Experte Prof. Hartmut Radebold hat in den letzten Jahrzehnten insbesondere bei der Kriegskindergeneration einen Wandel beobachtet. Vermehrte Veröffentlichungen und die gesellschaftliche Diskussion zum Thema Kriegskinder haben zu einem veränderten Bewusstsein geführt. Zusammenhänge zwischen Kriegstraumata und dem aktuellen Befinden werden von diesen Betroffenen inzwischen eher hergestellt. Auch Olaf Reddemann bestätigt, dass Kriegskinder einen entsprechenden Zusammenhang häufiger von sich aus herstellen. In diesem Zusammenhang nennt er die Autorin Sabine Bode, deren Veröffentlichungen zum Thema Kriegskinder zu einem Bewusstseinswandel beigetragen haben.

In einer BMFSFJ-Studie berichteten viele ältere Männer mit großer Intensität über traumatische Kriegserinnerungen; zum Teil hatten sie seit Jahrzehnten mit niemandem darüber gesprochen (Robert Koch-Institut [RKI], 2014). Dies zeugt von der zum Teil langjährigen Tabuisierung, Verdrängung und dem kollektiven Schweigen über den Krieg und die Erlebnisse.

Die Interviews mit Expert*innen und betroffenen Männern im Rahmen der vorliegenden Studie untermauern diese Aussagen in der Literatur. Ein betroffener Mann (Jahrgang 1928) gab an, seine Erlebnisse im Krieg und in der anschließenden Gefangenschaft in Russland niemandem erzählen zu wollen. Die Erlebnisse und seine Schuldgefühle stellen für ihn eine enorme psychische Belastung dar. Er sieht es als Entlastung, dass seine Enkelin sich für seine Geschichte interessiert und ihn nicht verurteilt. Auf der anderen Seite belastet es ihn aber auch, wenn die verdrängten Erlebnisse zur Sprache kommen. Auch mehrere ehemalige Afrikamissionare berichteten im Zusammenhang mit ihren Aufenthalten in afrikanischen Kriegsgebieten von traumatischen Erlebnissen, über die sie bislang nicht mit anderen sprechen konnten. Auch sie betonen, dass Gespräche (insbesondere in einer Gruppe mit anderen Männern) für sie eine Entlastung darstellen könnten.

b) Geschlechtstypische Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsmechanismen

Es liegen so gut wie keine männerspezifischen Studien zu Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsmechanismen von traumatischen Erlebnissen vor. Aus anderen Zusammenhängen ist jedoch bekannt, dass Männer auf Krisen eher mit externalisierenden Bewältigungsstrategien reagieren. So wird diskutiert, dass möglicherweise

von einem Underreporting bei Männern im Hinblick auf Depressionen ausgegangen werden muss. Frauen erhalten ca. doppelt so häufig wie Männer die Diagnose einer Depression. Ausgehend davon, dass die Suizidrate bei Männern 2,8-mal so hoch ist wie bei Frauen und bei 40-70% der Suizide im Vorfeld eine Depression vorhanden ist, wird zunehmend diskutiert, dass Männer möglicherweise nicht weniger häufig als Frauen unter Depressionen leiden (Robert Koch-Institut, 2015).

Der überwiegende Teil der Expert*innen berichtet im Rahmen der vorliegenden Studie davon, dass die meisten Männer versuchen, die traumatischen Gewalterfahrungen zu verdrängen, zu ignorieren und zu verschweigen. Häufige Bewältigungsstrategien sind intensive Aktivitäten wie z. B. viel Arbeiten, viel Sport oder Extremsportarten. Die Männer versuchen, nicht zur Ruhe zu kommen, nicht über das Erlebte nachzudenken. Auch auf Nachfrage hin werden die traumatischen Erlebnisse im Regelfall nicht benannt, wie der überwiegende Teil der Expert*innen angibt.

Mit zunehmendem Alter oder in Krisensituationen (z. B. Trennung), treten bei betroffenen Männern somatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen oder Bluthochdruck auf. Mit diesen physischen Beschwerden gehen die alten Männer dann zum Arzt oder zur Ärztin. Einige Expert*innen haben in diesem Zusammenhang spezielle Vorgehensweisen entwickelt, mit denen es ihnen gelingt, einen Zugang zu den Betroffenen zu schaffen.

Frauen hingegen sprechen nach Aussage der Expert*innen, aber auch nach Einschätzungen in einigen Betroffeneninterviews, wesentlich offener über traumatische Erfahrungen und die damit verbundenen Belastungen.

c) Trauma-Reaktivierung im höheren Lebensalter

Die kollektive, generationenspezifische Traumatisierung während des Zweiten Weltkriegs bildet eine wesentliche generationentypische Entwicklungsbedingung der heutigen älteren Bevölkerung in Deutschland (Glaesmer & Brähler, 2011). Während im Erwachsenenalter Strategien entwickelt werden können, mit denen die traumatischen Erfahrungen bewältigt werden, so funktionieren diese angesichts sich verändernder Rahmenbedingungen im Alter u. U. nicht mehr, so dass es zu psychischen Krisen und zur Trauma-Reaktivierung (Heuft, Schneider, Nehen & Kruse, 2000) kommt. Diese Art von Erschöpfung psychischer Bewältigungsressourcen im Alter wird v. a. beeinflusst von Verlusterfahrungen, Einschränkungen physischer und kognitiver Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen, Pflegebedürftigkeit, Wechsel in ein Pflegeheim etc. Oftmals gehen diese mit Einschränkungen der psychischen und körperlichen Gesundheit einher und führen zu einer erhöhten medizinischen Inanspruchnahme. Als mögliche Ursache für aktuelle psychische und physische Beschwerden werden diese lange zurückliegenden Traumatisierungen jedoch häufig nicht gesehen (Glaesmer & Brähler, 2011).

Häufige Bewältigungsstrategien von Männern sind laut Aussage der befragten Expert*innen intensive Aktivitäten wie z. B. viel Arbeiten, viel Sport oder Extremsportarten.

ten. Die Männer versuchen, nicht zur Ruhe zu kommen, nicht über das Erlebte nachzudenken.

Mit zunehmendem Alter treten bei den betroffenen Männern dann aber häufig somatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen oder Bluthochdruck auf, weil bisherige Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen.

Hinzu kommen im Alter weitere Defizite, weil Körper und/oder Geist nicht mehr wie gewohnt funktionieren.

Bei bestimmten Gruppen kommen noch weitere Probleme hinzu: Ältere Migranten mit demenzieller Erkrankung erleiden im Alter Retraumatisierungen, wenn sie durch den Verlust der deutschen Sprache Ohnmacht und Hilflosigkeit erfahren (Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin). Hochaltrige Schwule sind traumatisiert, weil sie ihre Homosexualität jahrzehntelang verstecken mussten oder vom Staat und der Gesellschaft massiv diskriminiert wurden (Norbert Reicherts).

d) Genderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten

Insgesamt nehmen Männer nach Aussagen in der Literatur psychotherapeutische Angebote deutlich seltener in Anspruch als Frauen. Als Grund hierfür werden nicht nur die unterschiedliche Betroffenheit von Männern von psychischen Erkrankungen, sondern genderbezogene Gründe gesehen. So ist das Zugeben von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wenig kompatibel mit einem traditionellen männlichen Selbstverständnis von Stärke und Autonomie. Dieses Selbstkonzept mündet in Vorbehalten gegen die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wie z. B. Psychotherapie.

Obwohl Männer in der Gesamtsuizidmortalität im höheren Lebensalter überrepräsentiert sind, sind alte Menschen und insb. alte Männer als Klienten im (psycho)therapeutischen Hilfesystem deutlich unterrepräsentiert. So haben Männer stärkere Vorbehalte gegen professionelle Hilfe und Hilfesysteme als Frauen, suchen nach Hilfe eher im sozialen Umfeld, haben insgesamt schwächere soziale Netze als Frauen und oftmals ist die Partnerin die zentrale Bezugsperson (Altenhöfer, 2007).

Auch die im Rahmen der Studie befragten Expert*innen stimmen darin überein, dass Männer und Frauen mit Traumaerfahrungen unterschiedlich umgehen und dass es deshalb auch unterschiedliche Ansprachekonzepte und Unterstützungsangebote geben müsse.

Die Expert*innen betonen zum größten Teil, dass Frauen offener mit ihren Belastungen umgehen und dass es ihnen leichter fällt, mit anderen über belastende Erlebnisse zu sprechen.

Männer hingegen versuchen dem „Ideal“ des starken Mannes zu entsprechen und keine Schwächen und keinen Schmerz zuzulassen. Sie neigen dazu zu glauben, dass sie die Situation alleine bewältigen können.

Lediglich hinsichtlich des Themas „Sexualisierte Gewalt“ tun sich beide Geschlechter gleich schwer. Hinsichtlich der erforderlichen genderspezifischen Ansprachekonzepte und Angebote werden die Enttabuisierung des Themas „Trauma“ in der Öffentlichkeit (insbesondere hinsichtlich von Traumaerfahrungen bei Männern) sowie eine Sensibilisierung und Schulung von Ärzt*innen und weiteren Gesundheitsberufen hinsichtlich der Traumathematik bei älteren Männern sowie Frauen genannt.

IV. Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Rahmen der Studie wurden folgende Fragen untersucht:

- Welche traumatischen Gewalterlebnisse spielen im Leben älterer bzw. hochaltriger Männer eine Rolle?
- Wo liegen die Unterschiede zwischen diesen und den Erfahrungen alter Frauen und was ist ähnlich bzw. gleich?
- Welche Verhaltensweisen zeigen Männer, um mit traumatischen Erlebnissen umzugehen?
- Welche Verarbeitungsmechanismen zeigen Männer im Umgang mit ihren traumatischen Erlebnissen?
- Welche Angebote und Methoden brauchen Pflege, Beratung und andere Unterstützungseinrichtungen, um betroffene Männer zu erreichen und sie entsprechend ihrer Bedürfnisse zu unterstützen?
- Welche Einrichtungen in NRW halten dazu Angebote und Methoden vor und wie sind die bisherigen Erfahrungen?
- Welche Zielgruppen werden derzeit durch etwaige Angebote angesprochen und für welche Zielgruppen gibt es bisher noch keine oder kaum Angebote?
- In welcher Anzahl werden die bereits bestehenden Angebote genutzt?
- Müssen andere Therapien gerade für ältere Patienten angeboten werden?
- Wie muss das Angebot für traumatisierte ältere bzw. hochaltrige Männer ausgestaltet sein, um gelingen zu können?
- Wie hoch ist der Nutzen/Mehrwert für betroffene Männer, die bereits bestehende Angebote nutzen?

1. Traumatischen Gewalterlebnisse im Leben älterer bzw. hochaltriger Männer

Hinsichtlich des Traumabegriffs ergibt sich das Problem, dass dieser in den verschiedenen Fachrichtungen unterschiedlich definiert wird. In der „International Classification of Diseases“ [ICD], Version 10 wird PTBS unter F 43.1 als Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, beschrieben (www.icd-code.de). Hierzu können z. B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt (auch in der Kindheit), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung,

Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden, gezählt werden. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Im "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5) der "American Psychiatric Association" [APA] werden in der 5. Version aus dem Jahr 2013 außergewöhnliche, (potenziell) lebensbedrohliche beziehungsweise mit schwerwiegenden Verletzungen einhergehende äußere Ereignisse, die direkt oder indirekt (z. B. bei einer nahestehenden Person) erlebt werden, bezeichnet.

In der neueren Traumatheorie (s. Hantke, Reddemann, Gärtner, Zemp u. a.) werden der Traumabegriff und auch die möglichen Folgen bewusst weiter gefasst. Auch dort wird unter einem Trauma ein unfassbares, unkontrollierbares Ereignis verstanden, das oft – aber nicht zwingend – lebensbedrohlich und von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein begleitet ist. Diese Ereignisse können z. B. sein: andauernde Belastungen in Form von Mobbing, Vernachlässigung in der Kindheit oder psychische Gewalt. Jedes Symptom und jedes Verhalten, das ein Mensch zeigt, kann eine Folge von Traumaerlebnissen sein und hat einen guten und sinnvollen Grund. Daher werden sie nicht als eigenständige Erkrankungen betrachtet.

Nicht nur das direkte persönliche Erleben eines traumatischen Ereignisses, sondern auch das Miterleben und Hören davon, sowie das häufige Konfrontiertsein mit den – auch unausgesprochenen – Biografien und vergangenen oder/und aktuellen Erlebnissen der betroffenen Frauen und Männer, kann zu einer Traumatisierung bei unbeteiligten und nicht selbst traumatisierten Personen führen. Die Traumaforscher*innen sprechen in diesem Zusammenhang von Sekundärtraumatisierung.

Fasst man die Aussagen der Expert*innen zusammen, ergibt sich eine große Bandbreite traumatischer Erfahrungen bei älteren und hochaltrigen Männern. Erfahrungen während des 2. Weltkrieges, aber auch in der Nachkriegszeit belasten viele der Älteren und Hochaltrigen und werden von vielen Expert*innen beobachtet. Darüber hinaus spielen sexualisierte Gewalterfahrungen (insbesondere in der Kindheit, aber auch während der Militärzeit) eine wichtige Rolle. Auch Verluste von nahen Angehörigen (Kinder, Partner*in) führen zu traumatischen Erlebnissen, die dann gegenüber Fachleuten thematisiert werden.

Im zunehmenden Alter kommen Traumatisierungen durch den Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit hinzu (Dr. Claudia Gärtner). Auch eigene Gewalttaten (Dr. Mechthilde Küttemeyer (†)), Gewalt durch das DDR-Regime (Prof. Dr. Meinolf Peters) oder Gewalt im öffentlichen Raum (Silvia Mader) werden von einzelnen Expert*innen benannt.

Bei bestimmten Gruppen kommen noch weitere Probleme hinzu: Ältere Migranten mit demenzieller Erkrankung erleiden im Alter Retraumatisierungen, wenn sie durch den Verlust der deutschen Sprache Ohnmacht und Hilflosigkeit erfahren (Dr. Hürrem

Tezcan-Güntekin). Hochaltrige Schwule sind traumatisiert, weil sie ihre Homosexualität jahrzehntelang verstecken mussten oder vom Staat und der Gesellschaft (bis 1994 § 175 StGB) massiv diskriminiert wurden (Norbert Reicherts).

Auch die Betroffenen schildern eine große Bandbreite traumatischer Erfahrungen. Von mehr als 50% der Befragten werden Traumatisierungen im familiären Kontext genannt (Todesfälle und schwere Erkrankungen naher Angehöriger, (temporäre) Trennung von Eltern und Geschwistern, Scheidung, ...). Darüber hinaus spielen auch bei den Befragten Fluchterfahrungen, die sie als Kinder im 2. Weltkrieg machen mussten, eine große Rolle. Ein Befragter spricht von traumatischen Erfahrungen als Soldat und Kriegsgefangener im 2. Weltkrieg.

Afrikamissionare, die im Rahmen der Studie befragt wurden, berichten von traumatischen Kriegserlebnissen in Afrika.

Im Alter traten bei den Befragten folgende Belastungen auf, unter denen sie besonders leiden: zunehmende Unhöflichkeit im gesellschaftlichen Miteinander, Einweisung in Psychiatrie und ein als Gefängnis empfundenen Pflegeheim sowie finanzielle Probleme.

Im Rahmen der vertiefenden problemzentrierten Interviews wurden ebenfalls Traumatisierungen durch den Tod naher Angehöriger beschrieben. Darüber hinaus kamen Traumata aufgrund von Kriegserfahrungen zur Sprache. Außerdem wurden beruflich bedingte Traumatisierungen im Rahmen der problemzentrierten Interviews benannt.

2. Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf die Betroffenen

Als typische Merkmale eines Traumas werden in der Literatur das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), Träumen oder Albträumen, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma auslösen könnten, ein Zustand vegetativer Übererregtheit, Schlafstörungen (ICD-10; DSM-5) sowie außerdem aggressives, rücksichtsloses und autoaggressives Verhalten (DSM-5) genannt.

Der überwiegende Teil der Expert*innen berichtet davon, dass die meisten Männer versuchen, die traumatischen Gewalterfahrungen zu verdrängen, zu ignorieren und zu verschweigen. Dementsprechend werden auch keine Auswirkungen traumatischer Erlebnisse benannt. Mit zunehmendem Alter oder in Krisensituationen (z. B. Trennung), treten bei betroffenen Männern somatische Symptome wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen oder Bluthochdruck auf.

Bei den Betroffenen ergibt sich kein einheitliches Bild. Zwei der Befragten geben an, dass sie im Alltag keine Probleme aufgrund von aktuellen oder früheren Belastungen haben. Dabei handelt es sich allerdings um die Befragten, die angegeben haben, keine traumatischen Erlebnisse im Leben gehabt zu haben. Andere Befragte be-

schreiben, dass sie versuchen, die negativen Erfahrungen zu verdrängen und nicht an sich herankommen zu lassen. Eine weitere Strategie, die von mehreren der Befragten verfolgt wird, ist das bewusste Wahrnehmen der schönen Dinge des Lebens. Andere Befragte berichten allerdings von Ängsten und Alpträumen, die im Alltag immer wieder auftreten. Auf bestimmte Gerüche oder unbekannte Speisen reagiert einer der Befragten mit Übelkeit. Auch in den vertiefenden problemzentrierten Interviews berichten die Befragten von Alpträumen, Angstzuständen und psychischen Problemen, denen sie auch heute noch bzw. im Alter noch intensiver ausgesetzt sind.

3. Umgang mit traumatischen Erlebnissen / Verarbeitungsmechanismen

Insgesamt nehmen Männer psychotherapeutische Angebote deutlich seltener in Anspruch als Frauen. Als Grund hierfür werden genderbezogene Gründe gesehen. So ist das Zugabe von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wenig kompatibel mit einem traditionellen männlichen Selbstverständnis von Stärke und Autonomie. Dieses Selbstkonzept mündet in Vorbehalten gegen die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wie z. B. Psychotherapie.

Dies gilt insbesondere für männliche Opfer sexualisierter Gewalt. Es wird in unserer Gesellschaft von Männern erwartet, dass sie sich gemäß dem heterosexuellen Männlichkeitsideal als aggressiv, dominant und unverletzlich inszenieren. Diese Zuschreibungen sind jedoch wenig kongruent mit denen von Opfern insbesondere sexualisierter Gewalt als weiblich, schwach und hilflos. Einen weiteren Hinderungsgrund bildet die Befürchtung, dass die eigene heterosexuelle Orientierung in Frage gestellt bzw. Homosexualität unterstellt werden könnte.

Obwohl Männer in der Gesamtsuizidmortalität im höheren Lebensalter überrepräsentiert sind, sind insbesondere alte Männer als Klienten im (psycho-)therapeutischen Hilfesystem deutlich unterrepräsentiert. So haben Männer stärkere Vorbehalte gegen professionelle Hilfe und Hilfesysteme als Frauen, suchen nach Hilfe eher im sozialen Umfeld, haben insgesamt schwächere soziale Netze als Frauen und oftmals ist die Partnerin die zentrale Bezugsperson. Dies belegen auch die Interviews mit Betroffenen.

Einige der befragten Expert*innen geben an, dass sie im beruflichen Kontext noch keine Erfahrungen mit Traumatisierungen älterer oder hochaltriger Männer hatten, obwohl auch diese Expert*innen generell im psychiatrischen oder therapeutischen Bereich mit älteren Menschen arbeiten. Die Expert*innen betonen zum größten Teil, dass Frauen offener mit ihren Belastungen umgehen und dass es ihnen leichter fällt, mit anderen über belastende Erlebnisse zu sprechen und Traumata zu benennen. Männer hingegen versuchen dem „Ideal“ des starken Mannes zu entsprechen und keine Schwächen und keinen Schmerz zuzulassen. Sie neigen dazu zu glauben, dass sie die Situation alleine bewältigen können. Lediglich hinsichtlich des Themas „Sexualisierte Gewalt“ tun sich beide Geschlechter gleich schwer.

Ein anderes Bild ergibt sich nach Einschätzung von Norbert Reicherts (rubicon) lediglich bei homosexuellen Menschen. Er betont, dass schwule Männer sich leichter tun, mit ihrer Homosexualität und den damit verbundenen Diskriminierungen nach außen zu gehen als lesbische Frauen. Daher ist aus seiner Sicht die Ansprache älterer schwuler Männer einfacher als die Ansprache älterer lesbischer Frauen.

Die Einbindung in verlässliche familiäre Strukturen, intensive Freundschaften und ein gutes berufliches Umfeld geben einigen der traumatisierten Männer nach eigener Aussage einen wichtigen Halt im Alltag. Darüber hinaus bewältigen einige Befragte ihren Alltag durch den Einsatz bestimmter Übungen oder Techniken (Yoga, Bewältigungsstrategien aus dem therapeutischen und klinischen Bereich), in einem Fall aber auch durch die Einnahme von Antidepressiva.

4. Vorhandene Angebote und Bedarfe von Pflege, Beratung und anderen Unterstützungseinrichtungen in NRW

Die Literaturrecherche sowie Gespräche mit Betroffenen und Expert*innen haben ergeben, dass das Thema „Ältere und hochaltrige traumatisierte Männer“ in der Pflege- und Beratungspraxis bislang noch wenig bis gar nicht präsent ist. Es gibt zwar einige Angebote, die sich (auch) an ältere traumatisierte Menschen richten, allerdings fehlt bei allen diesen Angeboten eine spezifische Ansprache der älteren und hochaltrigen Männer. Hierzu gehören beispielsweise

- Traumatherapeut*innen/Psychotherapeut*innen und Diplompsycholog*innen, die sich auch – allerdings meist nicht explizit – an ältere traumatisierte Menschen richten. Eine Liste stellt das Deutsche Institut für Psychotraumatologie im Internet unter <http://www.dgptw.de/beratungsstelle/traumatherapeutinnen.html> zur Verfügung. Eine aufsuchende therapeutische Begleitung für ältere traumatisierte Menschen in Pflegeeinrichtungen bietet die Diplompsychologin und Psychotherapeutin Tomris Grisard. Allerdings ist dieses Angebot aufgrund von Abrechnungsproblemen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung auf wenige Fälle begrenzt.
- Kliniken für Gerontopsychiatrie und/oder –psychotherapie, häufig mit Traumaambulanz (z.B. LVR-Kliniken in Bonn, Bedburg-Hau, Langenfeld und Köln-Merheim, Alexianer Aachen und Krefeld, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie – UKM Münster).
- Mitarbeiter*innen in der Altenhilfe, die eine Fortbildung im Themenfeld Trauma absolviert haben. In NRW sind hier insbesondere die im Projekt „Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben“ entwickelte Fortbildungsangebot „Traumaexpert/in in der Altenhilfe“ sowie das von der Fliedner-Stiftung entwickelte Angebot „Psychotraumatologie für helfende Berufe“ präsent. Eine Liste der Absolvent*innen ist für Betroffene allerdings nicht öffentlich verfügbar.
- Offene Angebote für ältere Menschen, die nicht explizit mit dem Begriff „Trauma“ arbeiten. Hier finden sich in NRW unterschiedlich konzipierte niedrigschwellige Angebote. Beispielhaft genannt seien das Erzählcafé sowie „Inseln im Alltag“ im

Rahmen des Angebotes HerbstGold in Köln, Workshops für autobiografisches Schreiben (u. a. als Versöhnungsarbeit) von Kathleen Battke sowie die im Rahmen des von der Stiftung Wohlfahrtspflege und dem MGEPA NRW geförderten Projektes „Alter und Trauma“ in Bielefeld entwickelten Erzählcafés.

Männerberatungsstellen im Land NRW richten sich im Regelfall nicht gezielt an ältere Männer. Einen Überblick über Männerberatungsstellen findet sich im Internet unter <http://www.maennerberatungsnetz.de> und unter <http://www.maennernews.info/php/nordrheinwestfalen,165.html>. Einen Fokus auf alte Männer legen BISS e.V. – Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. mit Sitz in Köln sowie die von Rubicon Köln unterstützte Selbsthilfegruppe Goldengays Köln. Hier steht aber die große Gruppe der heterosexuellen alten Männer entsprechend nicht im Fokus der Ansprache.

In der Praxis führt die fehlende gezielte Ansprache der alten traumatisierten Männer dann dazu, dass diese die vorhandenen Angebote nicht nutzen.

Einige Expert*innen geben dementsprechend an, dass sie im beruflichen Kontext noch keine Erfahrungen mit Traumatisierungen älterer oder hochaltriger Männer hatten, obwohl auch diese Expert*innen generell im psychiatrischen oder therapeutischen Bereich mit älteren Menschen arbeiten. Die kontaktierten Expert*innen verwiesen sowohl beim Erstkontakt als auch im Rahmen der Interviews immer wieder darauf, dass keine ausreichenden Angebote für traumatisierte ältere und hochaltrige Männer vorhanden sind. Auch betonen die Expert*innen, dass es extrem schwierig sei, betroffene Männer mit Unterstützungs- und Hilfeangeboten zu erreichen. Ähnliche Erfahrungen machte auch das von der Stiftung Wohlfahrtspflege und dem MGEPA NRW geförderte Projekt „Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben“. Im Endbericht zum Projekt heißt es „Männer seien generell eher zurückhaltend bezüglich der Teilnahme an derartigen Veranstaltungen. Diese Erfahrungen wurden auch in anderen Projektinterventionen gemacht.“³ An anderer Stelle des Endberichtes heisst es: „Auch die Teilnahme von Männern blieb hinter den Erwartungen zurück und stellt zukünftig eine besondere Herausforderung dar.“⁴

Hinsichtlich der bekannten Hilfsangebote ergibt sich bei den befragten Männern ein uneinheitliches Bild. Einige der Befragten kennen keine Angebote und wollen sich mit dem Thema auch erst beschäftigen, wenn entsprechende Unterstützung benötigt wird. Andere Männer nennen vielfältige Unterstützungsangebote, von Gruppen- über Einzeltherapie bis hin zu Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus werden auch Gesprächsangebote durch Seelsorger sowie durch medizinisches oder pflegerisches Personal genannt. Auch Trauerseminare und Schreibwerkstätten wer-

³ Frank Weidner, Hartmut Emme von der Ahe, Anke Lesner, Udo Baer (Hrsg. 2016): Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben. Abschlussbericht zum Projekt „Alte Menschen und Traumata – Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventions- und Fortbildungsmöglichkeiten“. S. 62.

⁴ Frank Weidner, Hartmut Emme von der Ahe, Anke Lesner, Udo Baer (Hrsg. 2016): Alter und Trauma – Unerhörtem Raum geben. Abschlussbericht zum Projekt „Alte Menschen und Traumata – Verständnis, Erprobung und Multiplikation von Interventions- und Fortbildungsmöglichkeiten“. S. 97.

den von einzelnen Befragten angeführt. Die genannten Angebote richten sich auch hier allerdings nicht gezielt nur an alte und hochaltrige traumatisierte Männer.

Spezielle Angebote für die Zielgruppe der älteren und hochaltrigen Männer ließen sich in NRW im Rahmen der vorliegenden Studie nicht finden. Das führt in der Praxis dazu, dass Männerberatungsstellen vornehmlich von der Generation unter 60 Jahren, Angebote für ältere (traumatisierte) Menschen zum überwiegenden Teil von Frauen genutzt werden.

5. Bewertung des Nutzens bestehender Angebote

In der weltweit größten epidemiologischen Studie gaben 60% der Befragten einer repräsentativen Stichprobe der US-Bevölkerung an, mindestens ein traumatisches Ereignis im Sinne der definierten medizinischen Traumakriterien erlebt zu haben. Die Intensität der Auswirkungen traumatischer Ereignisse wird von verschiedenen Faktoren wie dem Alter der Betroffenen sowie der Frage, ob es sich um ein schicksalhaftes (Naturkatastrophen, Unfälle etc.) oder herbeigeführtes (Krieg, interpersonelle Gewalt, Vergewaltigung etc.) Ereignis handelt, beeinflusst (Frommberger, Angenendt & Berger, 2014). Die Entwicklung posttraumatischer Störungen hängt erheblich davon ab, wie die/der Betroffene das Ereignis wahrnimmt und bewertet, mit welchen personalen Ressourcen sie/er ausgestattet ist und ob die/der Betroffene nach der traumatischen Erfahrung Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind.

Diese Ergebnisse aus der Forschung legen nahe, dass eine entsprechende Begleitung der Betroffenen extrem wichtig ist. Die Verankerung von Angeboten zur Unterstützung von älteren und hochaltrigen traumatisierten Männern steht demgegenüber noch ganz am Anfang. Bisher lassen sich erst vereinzelte Angebote finden. Daher gibt es zu diesem Punkt kaum Aussagen durch die befragten Expert*innen.

Die Ärztin Mechthilde Küttemeyer (†) und der Arzt Olaf Reddemann haben in ihrer praktischen Arbeit allerdings die Erfahrung gemacht, dass Mediziner*innen durch gezielte Begleitung erreichen können, dass ein gezieltes Vorgehen zu einer Benennung traumatischer Erfahrungen führen kann und dass diese Gespräche von den betroffenen Männern als Entlastung empfunden werden. Prof. Meinolf Peters und Dr. Claudia Gärtner weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig es in der praktischen Arbeit ist, ressourcenorientiert zu arbeiten, die Männer zu stabilisieren und mit ihnen gemeinsam sichere Orte zu definieren.

Die befragten Männer, die im Laufe ihres Lebens Unterstützungsangebote in Anspruch genommen haben, bewerten diese (bis auf einen Fall) sehr positiv. Auch hier werden – wie bei der vorangegangenen Frage – insbesondere vertrauensvolle Gespräche mit Seelsorgern, Pflegekräften, Mediziner*innen, Therapeut*innen oder im familiären Umfeld genannt. Auch Gespräche mit anderen Betroffenen werden im Zusammenhang mit der Beschreibung hilfreicher Unterstützungsangebote mehrfach

genannt. Wichtig ist es aus Sicht der Befragten, dass die Gespräche in einem vertrauensvollen Umfeld stattfinden.

6. Angebotsdefizite hinsichtlich besonderer Zielgruppen

Spezifische Instrumente für ältere Menschen mit lebensgeschichtlich frühen Traumatisierungen sind kaum verfügbar oder empirisch überprüft (Glaesmer & Brähler, 2011).

Auch der überwiegende Teil der befragten Expert*innen betont, dass es generell keine bzw. nur wenige Angebote für ältere und hochaltrige Männer gibt, so dass eine Konzentration auf bestimmte Zielgruppen nicht sinnvoll bzw. verfrüht erscheint. Prof. Luise Reddemann und Jörg Schuh verweisen auf die besonderen Bedarfe sterbender oder schwer kranker Männer, bei denen ein erhöhter Bedarf nach traumasensibler Unterstützung besteht. Auch Suchtkranke, Männer mit Demenz, Männer mit Migrationsgeschichte und Schwule werden von einzelnen Expert*innen als Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf benannt. Olaf Reddemann verweist dagegen darauf, dass man sich besonders um diejenigen kümmern sollte, die noch nicht auffällig geworden sind und auf den ersten Blick gesund erscheinen.

7. Spezifische Anforderungen an Angebote für ältere und hochaltrige Männer

Insgesamt nehmen Männer psychotherapeutische Angebote deutlich seltener in Anspruch als Frauen. Als Grund hierfür werden nicht nur die unterschiedliche Betroffenheit von Männern von psychischen Erkrankungen, sondern genderbezogene Gründe gesehen. So ist das Zugeben von Schwäche und Hilfsbedürftigkeit wenig kompatibel mit einem traditionellen männlichen Selbstverständnis von Stärke und Autonomie. Dieses Selbstkonzept mündet in Vorbehalte gegen die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wie z. B. Psychotherapie. Verstärkt werden diese Vorbehalte, wenn psychische Belastungen v.a. in sexualisierten Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte begründet sind.

Zur geschlechterspezifischen Wirksamkeit von Interventionen liegen einzelne Studienergebnisse vor. So deuten Einzelbefunde darauf hin, dass unter Berücksichtigung von Symptomen, Kontext und Typus des Traumas, Drop-Out-Rate Männer von Psychotherapie bei Vorliegen einer PTBS weniger profitieren als Frauen (Békés, Beaulieu-Prévost, Guay, Belleville & Marchand, 2016). Auch das aktuelle Review bzw. die Meta-Analyse von Wade, Varker, Kartal, Hetrick, O'Donnell & Forbes (2016) konnte zeigen, dass sich PTSD-Symptome bei Frauen nach einer traumafokussierten psychologischen Intervention reduzierten, diese Effekte bei Männern jedoch nicht gleichermaßen erzielt wurden. Die Forschungsgruppe weist darauf hin, dass derzeit noch unklar ist, welche geschlechterbezogenen Faktoren die Wirksamkeit der Intervention fördern oder beeinträchtigen und dies Gegenstand weiterer Forschung sein sollte, um Interventionskonzepte geschlechtersensibel weiterentwickeln zu können.

Hinsichtlich der erforderlichen mÄnnerspezifischen Ansprachekonzepte und Angebote werden von den befragten Expert*innen die Enttabuisierung des Themas „Trauma“ in der Öffentlichkeit (insbesondere hinsichtlich von Traumaerfahrungen bei MÄnnern) sowie eine Sensibilisierung und Schulung von Ärzt*innen und weiteren Gesundheitsberufen hinsichtlich der Traumathematik bei älteren MÄnnern sowie Frauen genannt. Insbesondere die Ansprache von älteren und hochaltrigen MÄnnern durch Hausärztinnen und HausÄrzte kann einen guten Ansatzpunkt bieten. Die Interviews mit Expert*innen und Betroffenen zeigen, dass es hier häufig zu GesprÄchen kommt, in denen traumatische Erlebnisse geschildert – allerdings nicht als Trauma bezeichnet – werden. Entsprechende Konzepte zur UnterstÄtzung durch die Mediziner*innen sowie eine Vernetzung mit weitergehenden Angeboten sind bislang in NRW allerdings noch nicht vorhanden.

Hinsichtlich der gewÄnschten UnterstÄtzungsangebote ergibt sich eine groÙe Bandbreite an Vorschlägen, die insbesondere auch aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der verschiedenen Expert*innen resultieren.

Generell plädieren die Expert*innen dafür, das Thema „Trauma und Alter“ zu enttabuisieren und eine öffentliche Sensibilisierung, Information und Diskussion zu forcieren. So können die MÄnner realisieren, dass schreckliche Lebensereignisse und entsprechende Reaktionen ein „normaler“ Bestandteil der Lebensgeschichte sind. Bei den älteren MÄnnern kann dadurch die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von UnterstÄtzungsangeboten gesenkt werden. Die Betroffenen erkennen, dass bestimmte Verhaltensweisen aufgrund traumatischer Erlebnisse „normal“ sind und dass es hilfreich sein kann, bestimmte Geföhle zu thematisieren. Prof. Meinolf Peters und Dr. Claudia Gärtner weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es wichtig ist, ressourcenorientiert zu arbeiten, die MÄnner zu stabilisieren und mit ihnen gemeinsam sichere Orte zu definieren.

AuÙerdem ist es aus Sicht der Expert*innen wichtig, dass Ärzt*innen, pflegendes Personal, Therapeut*innen, Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Beratungsstellen (Seniorenberatung, MÄnnerberatung, zielgruppenorientierte Beratung) sowie Seelsorger*innen hinsichtlich traumasensibler UnterstÄtzung (Traumursachen und Traumafolgen) sensibilisiert und geschult werden, damit sie aktiv nach traumatischen Erlebnissen fragen und adÄquat reagieren können. Aus Sicht der Expert*innen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die HausÄrzt*innen gefragt. Wichtig ist es, dass die Ärzt*innen genügend Zeit für solche GesprÄche einplanen (können/dürfen) und dass sie die MÄnner mit ihren Symptomen ernst nehmen.

Darüber hinaus stimmen die Expert*innen mehrheitlich darin überein, dass niedrigschwellige Angebote konzipiert werden müssen, um die betroffenen MÄnner zu erreichen. Aus Sicht der Expert*innen sollte versucht werden, MÄnner an den Orten zu erreichen, an denen sie sich sowieso treffen und darüber hinaus neue Begegnungsorte für MÄnner zu schaffen, die die Möglichkeit zum Reden geben, das Belastungsthema aber nicht in den Mittelpunkt stellen. Denkbar wÄren GesprÄchskreise über die Lebensgeschichte der alten MÄnner, Literaturkreise, Lesekreise oder

Schreibwerkstätten.

Einige Expert*innen erachten es als sinnvoll, dass entsprechende Angebote von älteren Personen geleitet bzw. durchgeführt werden, da das Gespräch mit diesen für die alten und hochaltrigen Männer einfacher ist.

Hinsichtlich des Geschlechts der beratenden oder unterstützenden Personen gibt es unterschiedliche Auffassungen. Einige Expert*innen betonen, dass ältere Männer nur mit Männern sprechen, einige Expertinnen haben auch die Erfahrung gemacht, dass es Männern leichter fällt, mit Frauen zu reden.

Die befragten alten und hochaltrigen Männer wünschen sich insbesondere vertrauensvolle Gespräche mit Seelsorgern, Pflegekräften, Mediziner*innen, Therapeut*innen oder im familiären Umfeld genannt. Auch Gespräche mit anderen Betroffenen werden im Zusammenhang mit der Beschreibung hilfreicher Unterstützungsangebote mehrfach genannt. Wichtig ist es aus Sicht der Befragten, dass die Gespräche in einem vertrauensvollen Umfeld stattfinden.

V. Handlungsempfehlungen

Aus der Literaturrecherche sowie den Ergebnissen der Interviews mit Expert*innen und betroffenen älteren und hochaltrigen Männern lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

1. Enttabuisierung des Themas „Ältere Männer und Trauma“ in der breiten Öffentlichkeit

Erfahrungen zu den Themen „Kriegskinder“ und „Missbrauch von Jungen in Heimen“ haben gezeigt, dass eine gesellschaftliche Diskussion massiv dazu beitragen kann, dass sich Betroffene trauen, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen und Hilfe anzunehmen.

Durch eine öffentliche Sensibilisierung, Information und Diskussion zum Thema „Traumatische Erlebnisse im Leben alter und hochaltriger Männer“ kann erreicht werden, dass ältere und hochaltrige Männer realisieren, dass schreckliche Lebensereignisse und entsprechende Reaktionen ein „normaler“ Bestandteil der Lebensgeschichte sind. Gerade bei den älteren Männern kann dadurch die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten gesenkt werden. Die Betroffenen erkennen, dass bestimmte Verhaltensweisen aufgrund traumatischer Erlebnisse „normal“ sind und dass es hilfreich sein kann, bestimmte Gefühle zu thematisieren.

Aus diesem Grund erscheint es dringend erforderlich, das Thema durch entsprechende Publikationen, Kampagnen und Informationsangebote in der Öffentlichkeit präsent werden zu lassen.

2. Entwicklung von Sensibilisierungs- und Schulungsangeboten für die Gesundheits- und Beratungslandschaft

In Gesprächen mit Vertreter*innen des Gesundheitswesens und der Beratungslandschaft hat sich gezeigt, dass eine große Unsicherheit hinsichtlich des Themas „Ältere und hochaltrige Männer und Trauma“ besteht.

Viele professionelle Akteur*innen (auch aus dem therapeutischen und gerontopsychiatrischen Bereich) haben bislang keinerlei Berührungspunkte zum Thema gehabt. Sie fühlen sich nicht in der Lage, betroffenen älteren und hochaltrigen Männern adäquate Hilfestellung zu geben, was in der Praxis dann häufig dazu führt, dass das Thema – bewusst oder unbewusst – nicht angesprochen wird.

Auf der anderen Seite haben die Interviews mit den Expert*innen und betroffenen Männern gezeigt, dass entsprechende Gespräche – insbesondere auch mit Hausärzt*innen – eine wichtige Rolle spielen können.

Aus Sicht der Expert*innen ist es daher wichtig, dass Ärzt*innen, pflegendes Personal, Therapeut*innen, Mitarbeiter*innen unterschiedlicher Beratungsstellen (Seniorenberatung, Männerberatung, zielgruppenorientierte Beratung) sowie Seelsorger*innen hinsichtlich traumasensibler Unterstützung (Traumaurrsachen und Traumafolgen) sensibilisiert und geschult werden, damit sie aktiv nach traumatischen Erlebnissen fragen und adäquat reagieren können.

Aus diesem Grund sollten Konzepte entwickelt werden, um das Thema „Ältere und hochaltrige traumatisierte Männer“ durch Sensibilisierungs- und Schulungsangebote in der Fachöffentlichkeit nachhaltig zu verankern. In diesem Zusammenhang sollte auch die Verankerung des Themas „Trauma und Alter“ in den Ausbildungscurricula der helfenden Berufe forciert werden.

3. Entwicklung von Ansprachekonzepten speziell für ältere und hochaltrige Männer

Männer gehen mit dem Thema Trauma im Regelfall anders um als Frauen. Insbesondere ist die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme externer Hilfe wesentlich größer als bei Frauen.

Aus Sicht der Expert*innen sollte versucht werden, Männer an Orten zu erreichen, an denen sie sich sowieso aufhalten. Darüber hinaus erscheint eine persönliche Ansprache durch Vertrauenspersonen (wie Hausärzt*innen oder Seelsorger*innen) besonders vielversprechend.

Hinsichtlich der Frage, ob die Ansprache durch Männer oder Frauen erfolgen sollte, gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Die meisten Expert*innen schätzen es aber als wichtig ein, dass die Ansprache (und auch die darauffolgenden Angebote) durch Männer und/oder Frauen mit einer gewissen Lebenserfahrung erfolgen.

Die in den Interviews geäußerten Ideen zur Ansprache der älteren und hochaltrigen Männer sollten weiterentwickelt und in der praktischen Arbeit erprobt und evaluiert werden.

4. Schaffung von Unterstützungs- und Hilfeangeboten speziell für ältere und hochaltrige Männer

Die Expert*innen stimmen mehrheitlich darin überein, dass niedrigschwellige Angebote konzipiert werden müssen, um die betroffenen Männer zu erreichen. Aus Sicht der Expert*innen sollte versucht werden, Männer an den Orten zu erreichen, an denen sie sich sowieso treffen und darüber hinaus neue Begegnungsorte für Männer zu schaffen, die die Möglichkeit zum Reden geben, das Belastungsthema aber nicht in den Mittelpunkt stellen. Denkbar wären Gesprächskreise über die Lebensgeschichte der alten Männer, Literaturkreise, Lesekreise oder Schreibwerkstätten.

Die Anbieter niedrigschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote für Ältere sowie für Männer sollten dabei unterstützt werden, spezielle Angebote für ältere und hochaltrige Männer zu konzipieren und bekannt zu machen.

5. Vernetzung von Akteur*innen aus der Alten- und Männerarbeit sowie dem Gesundheitswesen

Eine gute Begleitung traumatisierter älterer und hochaltriger Männer ist nur dann möglich, wenn unterschiedliche Professionen vertrauensvoll und im Sinne der betroffenen Männer zusammenarbeiten.

Derzeit finden sich in NRW nur vereinzelt entsprechende Hilfe- und Unterstützungsangebote für traumatisierte ältere und hochaltrige Männer.

Es wird daher darauf ankommen, dass diejenigen, die sich in dem Themenfeld engagieren wollen, bei einer gezielten Vernetzung unterstützt werden, damit eine Hausärztin/ein Hausarzt, der/dem ein traumatisierter Mann von seinen Erlebnissen berichtet, die Möglichkeit hat, dem Betroffenen kurzfristig weitere Unterstützungsangebote an die Hand zu geben bzw. zu vermitteln.

Dazu sollten die Erfahrungen der regionalen und überregionalen langjährigen Vernetzungsarbeiten der Frauenunterstützungsstrukturen als Beispiel genutzt werden. Hier sind insbesondere die Runden Tische, die mit den verschiedenen Professionen und Akteur*innen aus therapeutischen, beraterischen und öffentlichen Unterstützungsstrukturen zum Thema Häusliche Gewalt, Gewalt gegen Frauen und Kinder besetzt sind, zu nennen. So wäre es sicherlich sinnvoll, Runde Tische zum Thema „Gewalt im Leben alter Männer“ „Traumatische Ereignisse im Leben alter Männer und Umgang damit“ bzw. „Entwicklung von Unterstützungsangeboten für ältere und hochaltrige traumatisierte Männer“ zu initiieren.

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat "Reden, Publikationen"
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Referat "Soziale Pflegeversicherung"
Petra Köster
Telefon: 0211 8618-3363
E-Mail: Petra.Koester@mgepa.nrw.de

Fotos/Illustrationen

Umschlagseite (hinten): Gebäude des Ministeriums: © MGEPA NRW / Foto: Ralph
Sondermann

© 2017 / MGEPA 211

Die Druckfassung kann heruntergeladen werden:

im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen

Bitte die Veröffentlichungsnummer **211** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

