

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 32 (2006)

Heft: 2

Artikel: Gender Mainstreaming : Sucht und Suchtkrankenhilfe

Autor: Zenker, Christel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800950>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gender Mainstreaming, Sucht und Suchtkrankenhilfe

Sozio-kulturelle Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit führen zu unterschiedlichen Suchtverhaltensweisen und Suchtverläufen. Zur Qualitätssteigerung der Suchtarbeit muss Gender in Prävention, Beratung und Therapie berücksichtigt werden.

CHRISTEL ZENKER*

Was bedeutet Gender Mainstreaming? Im Gegensatz zu «Sex», dem biologischen Geschlecht, bezeichnet «Gender» die erlernte, soziokulturell und individuell erworbene Variante des Geschlechts. «Mainstream» ist der «Hauptstrom», «Mainstreaming» heisst Gender als Querschnittsaufgabe bei allen Entscheidungen aller Ressorts und Organisationen, von der Planung bis zur Überprüfung von Massnahmen, zu berücksichtigen. Die Idee des Gender Mainstreaming wurde 1985 durch die 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen auf internationaler Ebene verbreitet. 1995 verpflichteten sich die Vereinten Nationen, 1996 die Europäische Union zum Gender Mainstreaming. Ziel ist die Geschlechtergerechtigkeit¹, was natürlich auch für die Gesundheitspolitik und alle Gesundheitsbereiche gilt: Die Genderperspektive muss bei Gesundheit und Krankheit, in Prävention, Behandlung und Rehabilitation berücksichtigt werden.

* Christel Zenker, Prof. Dr. med., Psychiaterin, Master of Public Health, Fachhochschule Münster, email: chzenker@fh-muenster.de

Gender und Medizin

In der naturwissenschaftlichen Medizin werden Entstehung, Verlauf und Therapie von Krankheiten unabhängig vom Kranken und seiner Umwelt, also objektiv, wertfrei und genderneutral betrachtet. Durch Fokussierung auf die Erkrankung sollen Vorurteile gegenüber den Erkrankten vermieden werden, wie z. B. bei HIV-Infizierten. In der Medizin wird Geschlecht als biologische Dimension berücksichtigt, wenn Erkrankungen entweder nur Frauen oder nur Männer betreffen können. Genderaspekte werden nicht gesehen oder medikalisiert, wie die häufigere Verordnung von Psychopharmaka an Frauen zeigt. Deren Schilderung persönlicher Sorgen und Schwierigkeiten versteht der männliche Arzt nicht, weshalb er sie psychiatrisiert und in der Folge medikalisiert. Darüber hinaus ist die Medizin generell an Männern orientiert, Forschung und Praxis werden von Männern bestimmt und richten sich an Männern aus, ein Phänomen, das «Androzentrismus» genannt wird. Für Frauen kann dies zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen, wenn etwa die übliche oder «normale» Dosierung von Medikamenten zu einer Überdosierung führt.

Sex, Gender und Gesundheit

Die Lebenserwartung bei 2001 geborenen Mädchen in Deutschland beträgt 82 Jahre, bei Jungen 76 Jahre. Bei den Frauen sind die Suizidversuchsraten höher und bei den Männern die vollendeten Selbsttötungen^{2,3}. Für diese Phänomene kann vor allem das soziale Geschlecht verantwortlich gemacht werden. Gender beeinflusst Körperbewusstsein, Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, sowie Krankheits- und Todeshäufigkeiten, bei den genannten

Punkten zu Lasten der Männer. Besonders wichtig scheint bei den Frauen auch ihre Fähigkeit zu sein, sich soziale Netzwerke zu schaffen, sich auszutauschen und Hilfe zu holen. Bei den Gesundheitsberufen sind wiederum die Männer im Vorteil.

Sehr oft sind die Einflüsse von Sex und Gender auf Gesundheit und Krankheit nur schwer voneinander zu trennen. Frauen erleiden z. B. seltener als Männer Herzinfarkte, da die Östrogene der Frau einen biologischen Schutzfaktor darstellen, der durch gesundheitsfördernde, frauentypische Verhaltensweisen ergänzt wird. Ihre Überlebenschancen nach einem Infarkt sind jedoch geringer als die der Männer⁴. Für die höhere Sterblichkeitsrate können folgende Genderfaktoren verantwortlich gemacht werden: Ältere Frauen leben häufig allein, und Hilfe erfolgt deshalb zu spät; Frauen spielen ihre Beschwerden Partnern und Kindern gegenüber herunter; Ärzte/innen denken eher bei einem Mann als bei einer Frau an einen Herzinfarkt; die Beschwerdeschilderung der Frauen entsprechen nicht dem Lehrbuchwissen der Ärzte/innen, das an männlichen Schilderungen orientiert ist.

Bei Männern finden sich aus biologischen Gründen höhere Raten bei den Totgeburten und bei der Säuglingssterblichkeit. Die bei Jungen häufiger vorkommenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, wie z. B. Autismus und hyperkinetische Störungen, sind sowohl biologisch wie genderbedingt⁵.

Gender und Suchtkrankenhilfe

Die Krankheit «Sucht» ist geschlechtsneutral, die Suchtkranken sind es nicht. Trotz dieser simplen Wahrheit verhält die Suchtkrankenhilfe sich ähnlich wie die Medizin: Männer sind die Norm, und Frauen werden als von dieser

Norm abweichend betrachtet. Trotzdem erhalten die Männer kaum Gelegenheit ihre verinnerlichten und möglicherweise suchtauslösenden und suchterhaltenden Bilder von Männlichkeit zu hinterfragen. Männergerechte Behandlungskonzepte wurden bisher äusserst selten umgesetzt. Weibliche und männliche Helfende und KlientInnen bleiben in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken. Die mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Durchsetzungsbestreben der Männer schreiben bestehende Abhängigkeits- und Dominanzverhältnisse fort: In stationären, gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen, die weder Frauengruppen noch Frauen-Rückzugsräume bereitstellen, sind Patientinnen sowohl durch ihre geringe Anzahl an der Gesamtpatientengruppe benachteiligt, als auch durch die Nicht-Thematisierung frauentypischer Suchtursachen und -verläufe. Eine Akzeptanz gegenüber Frauenbelangen findet sich bei der traditionellen Rolle der Frau als Mutter. Zunehmend werden süchtige Mütter mit ihren Kindern im stationären Bereich aufgenommen. Damit ist jedoch nicht generell die Bearbeitung der Rolle als Mutter oder die psychologische oder pädagogische Unterstützung der Kinder verbunden.

In Deutschland gibt es seit 30 Jahren Frauenangebote in der Suchtkrankenhilfe: Frauengruppen, Frauenstationen und Frauenfachkliniken. Geschlechtsspezifische ist somit Frauen-Suchtarbeit. Diese eher geduldeten «alternativen» Angebote haben zu einer Abgrenzungsideologie und nicht zur selbstverständlichen Implementierung in die Suchtkrankenversorgung geführt. Darüber hinaus wurden diese Angebote bisher nicht systematisch einer aussagekräftigen und vergleichenden Dokumentation und Evaluation unterzogen⁶.

Sucht-Ursachen bei beiden Geschlechtern

Zu den bekannten, negativen sozialen Faktoren in der Kindheit gehören Sucht in der Herkunftsfamilie, familiäres und eigenes, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse der Eltern sowie negative Kindheitsergebnisse, wie z. B. Fremdunterbringung^{14,15}. Gewalterfahrungen werden bei Süchtigen als wesentliches Ursachenmerkmal angesehen, ca. 80% von ihnen haben seelische, 30% körperliche und 45% der Frauen bzw. 16% der Männer haben sexuelle Gewalt vor dem 16. Lebensjahr erlitten^{16,17}. Auch mangelndes Selbstwertgefühl und eine gestörte oder mangelhafte Geschlechtsidentität werden beschrieben^{15,18}.

Frauenspezifische Suchtursachen

Während in den 1980er Jahren vor allem die weibliche Sozialisation als suchtbahnender Faktor beschrieben wurde¹⁹, wird heute die zunehmende Veränderung der tradierten weiblichen Rolle verantwortlich gemacht, ablesbar an steigenden Konsumraten, vor allem bei jungen Frauen²⁰. Der Bedeutungswandel, dem Familie und Beruf unterliegen, scheint hier eine wichtige Rolle zu spielen. Frauentypisch ist auch die Instrumentalisierung des Körpers für Schönheit, als vordergründig selbstwertsteigerndes Merkmal, was sich bei den Essstörungen zeigt. Ohnmachtserfahrungen sind ebenso typisch wie, vor allem bei Alkoholikerinnen, Passivität und Opferhaltung¹⁵.

Männerspezifische Suchtursachen

Männliche Sozialisation ist so eng mit dem Konsum von Drogen verbunden, dass auch vom «Doing gender with drugs» gesprochen wird. Die positive

Erwartungshaltung an Drogen soll helfen, die die typisch männlichen Sozialisationsprinzipien, wie Externalisierung (Aussenorientierung), Gewalt, Stummheit, das funktionell geprägte Selbst- und Körperkonzept sowie Rationalität zu verwirklichen^{21,22}. Typisch für später süchtige Männer scheint auch der Mangel oder das Fehlen männlicher Bezugspersonen in der Kindheit zu sein¹⁸.

Besonderheiten der Sucht bei Frauen

Die Sucht und ihre möglichen Folgeerkrankungen entwickeln sich bei Frauen schneller als bei Männern, was «Teleskopeffekt» genannt wird. Der weibliche Körper kann Suchtstoffe weniger gut verarbeiten als der männliche. Da Suchtverhaltensweisen bei Frauen weniger akzeptiert werden als bei Männern können auch Genderfaktoren für einen schnelleren Abstieg in die Sucht verantwortlich gemacht werden.

Süchtige Frauen agieren unauffällig, u. a. ablesbar an den höheren Prävalenzen bei Medikamentenabhängigkeit. Die psychische Komorbidität, also das gleichzeitige Vorhandensein weiterer, seelischer Störungen neben der Sucht, z. B. Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie Psychosen, ist bei Frauen höher als bei Männern²³. Hier muss jedoch auch ein «Gender-Bias», ein systematischer Fehler berücksichtigt werden, da Frauen generell eine höhere psychische Labilität als Männern zugeschrieben wird. Viele süchtige Frauen gehen, besonders im illegalen Bereich, der Prostitution zur Finanzierung ihrer Sucht nach. Hierdurch sind sie neben der seelischen Belastung zusätzlich dem Risiko von Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen und Gewalt ausgesetzt. Gewalterfahrungen sind generell für süchtige Frauen typisch.

Ca. 77% der süchtigen Frauen leben in stabilen Suchtpartnerschaften, bei den Männern sind es nur 33%²⁴. Zusätzlich zu dieser Belastung bleiben die Frauen auch während ihrer Sucht für die Versorgung der Kinder zuständig. Wollen sie aus der Sucht aussteigen, erfahren sie selten familiäre Unterstützung, etwa bei der notwendigen Betreuung von Kindern während der ambulanten oder stationären Behandlung. Darüber hinaus sind die Schwangerschaften süchtiger bzw. riskant konsu-

DATEN ZUM KONSUMVERHALTEN

Die aus Deutschland stammenden Daten sind generell auf die Schweiz übertragbar:

- 65% der Rauchenden von >20 Zig./Tag sind Männer⁷.
- 65% der auffälligen Alkoholkonsumierenden sind Männer⁸.
- 30% der Männer und 10% der Frauen sind von tabak- und/oder alkoholbezogener Mortalität betroffen⁹.
- Während 65% der auffälligen Konsumierenden illegaler Drogen Männer sind, beträgt ihr Anteil an den Drogentoten des Jahres 2003 83%¹⁰.
- 65% der Medikamentenabhängigen sind Frauen¹¹.
- 90% der Essgestörten (Anorexie und Bulimie) sind Frauen, bei der Esssucht, Binge Eating Disorder (BED), sind 65% der Betroffenen Frauen¹².
- 90% der pathologischen Glücksspielenden sind Männer¹³.



Wirksam
Subutex[®]
bei Opiatabhängigkeit

Gekürzte Fachinformation: **Präparatname:** Subutex[®] **Wirkstoff:** Buprenorphin, Buprenorphin Hydrochlorid. Sublingualtableten zu 0,4 mg, 2 mg oder 8 mg Buprenorphinum. Excip. pro compr. **Indikation:** Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit, im Rahmen einer medizinischen, sozialen und psychologischen Behandlung. **Dosierung:** Initialdosis: 0,8–4 mg/Tag. Dosisanpassung und -erhaltung: Die Subutex[®]-Dosis sollte entsprechend dem Ansprechen und dem klinischen und psychologischen Status des Patienten individuell angepasst werden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin oder gegen einen anderen Bestandteil des Präparates. Asthma oder respiratorische Insuffizienz (Fälle von Atemdepression unter Buprenorphin sind aufgetreten). Schwere hepatische Insuffizienz, akuter Alkoholabusus, Stillperiode, Kinder/Jugendliche unter 16 Jahren. **Vorsichtsmassnahmen:** Subutex[®] Sublingualtableten werden nur für die Behandlung von Opioidabhängigkeit empfohlen. Subutex[®] sollte mit Vorsicht angewendet werden bei Patienten mit renaler Insuffizienz. Patienten, die Zeichen einer akuten Intoxikation mit Opiaten oder anderen psychotropen Substanzen aufweisen, sollen wegen einer möglichen Verstärkung des Intoxikationszustandes nicht mit Buprenorphin behandelt werden. **UAW:** Das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen hängt von der Toleranzschwelle des Patienten ab. Diese ist bei Drogensüchtigen im Allgemeinen höher als bei der Allgemeinbevölkerung: Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Asthenie, Obstipation, Schläfrigkeit, Übelkeit und Schwitzen, gelegentlich Erbrechen und Benommenheit. In seltenen Fällen Atemdepression, hepatische Nekrose, Hepatitis, Halluzinationen, Bronchospasmus, angioneurotisches Ödem (Quincke-Ödem) und anaphylaktischer Schock. Orthostatische Hypotension und Mattigkeit wurden in seltenen Fällen unter der Behandlung mit anderen Buprenorphinhaltigen Präparaten beobachtet. Patienten mit schwerer Drogenabhängigkeit können bei initialer Buprenorphinverabreichung Entzugserscheinungen zeigen, die ähnlich denen unter Naloxon sind. **Interaktionen:** Subutex[®] sollte nicht zusammen mit alkoholhaltigen Getränken oder alkoholhaltigen Medikamenten eingenommen werden. Die Kombination mit Benzodiazepinen kann eine zentrale Atemdepression verstärken. Die Kombination von Subutex[®] mit anderen ZNS-Hemmstoffen wie andere Opioidderivate (Analgetika und Antitussiva), bestimmte Antidepressiva, sedative H₁-Rezeptor-Antagonisten, Barbiturate, Anxiolytika, Neuroleptika, Clonidin und verwandte Substanzen, verstärkt die zentral hemmenden Effekte und kann beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen gefährlich werden. **Sonstige Hinweise:** Subutex[®] untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe. Die behördlichen (insbesondere kantonalen) Bestimmungen sind zu beachten. Bei Raumtemperatur (15–25 °C) und trocken lagern. Abgabekategorie A. Ausführliche Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz. **Vertrieb:** Essex Chemie AG, Luzern.

Für die Integration von Opiatsubstitutions- Patienten^{1, 2, 3}



Bei Fragen wenden Sie sich an die Subutex[®] Hotline:
0840 878787

¹ Kagerer S., Soyka M., Substitution mit Buprenorphin und Fahrtauglichkeit – Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung. Suchtmed (2002) 4 (1) 17 - 24

² Freye E., Opiode in der Medizin. Berlin: Springer Verlag (2004)

³ Hendree E., Jones H., Practical Considerations for the clinical use of Buprenorphine. Science & Practice Perspectives (2004) 4 August: 4 - 23

mierender Frauen durch Mangel- und Fehlentwicklungen der ungeborenen Kinder belastet²⁵.

Besonderheiten der Sucht bei Männern

Hohe Risiko- und Gewaltbereitschaft gelten nicht nur generell für Männer, sondern auch für süchtige Männer, sie zeigen sich an den höheren drogenbedingten Sterblichkeitsraten, verglichen mit süchtigen Frauen. Aber auch die, bei Männern typischen, juristischen Probleme sind darauf zurückzuführen²⁴. In Kindheit und Jugend erlittene Gewalt wird bei männlichen Süchtigen höchstwahrscheinlich deutlich unterschätzt, weil das Bild des ohnmächtigen und weinenden Jungen und Mannes bei Patienten und Patientinnen sowie Beratern / Therapeuten und Beraterinnen / Therapeutinnen nicht existiert²⁶.

Beratungs- und therapie-relevante Erkenntnisse

Es ist deutlich geworden, dass Gender Einfluss auf Suchtursachen und Suchtverläufe hat und damit beratungs- und therapie-relevant ist. Die bei beiden Geschlechtern sehr häufig vorhandenen Gewalterfahrungen haben negative Einflüsse auf Suchtbeginn, Konsumformen, Komorbidität und Therapieergebnisse und müssen geschlechtsspezifisch berücksichtigt werden²⁷. Süchtige mit Gewalterfahrungen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen und häufigen Therapiekontakten²⁸. Wegen des eigenen, negativen Selbstwertgefühls¹⁵ lehnen Frauen zunächst häufig Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ab. Während Frauen sich in wenig strukturierten, Gefühlsbearbeitung integrierenden, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärkenden Gruppen wohlfühlen, entwickeln Männer soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Auch profitieren Männer eher von strukturierten, auf Kognition zielende und Überzeugungen vermittelnde Gruppen, wie Untersuchungen an Teilnehmern des strikten 12-Schritte Programms der Anonymen Alkoholiker zeigen²⁹.

Prävention und Gender

Gendertypische, risikoreiche Verhaltensweisen, etwa das Autofahren un-

ter Alkoholeinfluss oder der Alkoholenuss in der Schwangerschaft, müssen in Frage gestellt und neue Normen entwickelt werden, um Handlungsspielräume zu erweitern und den Betroffenen die gesündere Wahl zu ermöglichen. Neben den auf die Allgemeinbevölkerung gerichteten Präventionsangeboten sind solche für gefährdete Gruppen besonders wichtig. So müssen beispielsweise systematische, qualitativ gesicherte, soziotherapeutische Angebote für Mädchen und Jungen süchtiger Eltern Teil der präventiven Arbeit werden, auch in der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung.

Begrenzungen der Genderperspektive

Neben oder über die Genderperspektive hinaus müssen selbstverständlich das Alter, die soziale Lage, Bildung und ethnische Merkmale der Betroffenen berücksichtigt werden. Auch wird Gender bei unterschiedlichen therapeutischen Zielen eine unterschiedlich gewichtige Rolle spielen: eine geringere Rolle bei der Behandlung von Intoxikationen, eine unabdingbare zur Erreichung einer zufriedenen Abstinenz.

Nicht nur zwischen den Geschlechtern, sondern auch innerhalb einer Gendergruppe muss differenziert werden, um den jeweiligen Subgruppen die bestmögliche Beratung und Therapie zukommen lassen zu können. Abhängig von den individuellen Lebenserfahrungen, tritt eine Suchterkrankung in unterschiedlichem Lebensalter auf und ist mit typischem Suchtverhalten verbunden. Spezifische Risikokonstellationen kennzeichnen die Subgruppen der weiblichen und männlichen Süchtigen^{30,15}, so dass möglicherweise die suchtbetragenen Gemeinsamkeiten zwischen weiblichen und männlichen Alkoholabhängigen grösser sind als die zwischen einer Alkoholikerin und einer Frau, die von illegalen Drogen abhängig ist oder einem Alkoholiker und einem Mann, der von illegalen Drogen abhängig ist.

Voraussetzungen zur Umsetzung von Gender-Suchtarbeit

Wissen: Vorhandene Erkenntnisse und Wissensbestände müssen wissenschaftlich überprüft, gesicherte Erkenntnisse genutzt und Wissenslücken gefüllt werden.

Politik: Gender Mainstreaming ist, als Querschnittsaufgabe, ein Top-Down-Verfahren. Deshalb muss Gender in allen praktischen und theoretischen Gesundheitsbereichen durch Städte, Kantone bzw. Länder und den Bund berücksichtigt werden.

Leistungsträger und Institutionen: Leistungsträger müssen gendergerechte Arbeit zur Qualitätssteigerung verlangen. Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen gendergerecht gestaltet werden. Die Forderungen müssen sich auf der Organisationsebene, auf konzeptioneller und Entscheidungsebene widerspiegeln. Dazu gehören geschlechtergerechte Stellenbesetzungen und Hierarchien sowie die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Genderkompetenz. Im Sinne der Überprüfbarkeit und Qualitätssicherung müssen die genannten Bereiche sowie die PatientInnen-daten gendersensibel evaluiert werden. Süchtige Frauen brauchen geschützte Räumlichkeiten, süchtige Eltern Kinderbetreuung und Männern müssen aktionsorientierte Angebote gemacht werden.

Gender-Fachlichkeit: Die Professionen in der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention müssen Genderkompetenz durch die Reflexion der eigenen, sozialen Geschlechtlichkeit und der Einstellung zu Weiblichkeit und Männlichkeit bei anderen, in Aus- und Weiterbildungen erwerben. Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen und erweitern, weil z. B. die Arbeit mit Frauen nicht automatisch frauengerechtes oder frauensensibles Arbeiten bedeutet. Diese Überlegung gilt insbesondere auch für die generell an Männern orientierte Suchtarbeit, die jedoch ganz überwiegend nicht männlichkeits-sensibel ist.

Zukunft der gendersensiblen Arbeit

Im Sinne einer qualitätsgesicherten Ausgestaltung der Suchtarbeit spielt Gender eine wesentliche Rolle. Dennoch ist es nicht einfach, Gender in Beratung und Therapie zu implementieren, ohne eigene oder gesellschaftliche Rollenzuschreibungen zu reproduzieren. Frauen und Männer wachsen in bestimmten Rollenerwartungen auf und leben in ihren Rollen. Das heisst jedoch nicht, dass jeder Frau und jedem

Mann von vornherein bestimmte Rollen und Verhaltensweisen zugeschrieben werden können. Dies wird beim Thema «Gewalt» deutlich: Männer sind nicht nur Täter und Frauen nicht nur Opfer. Demnach müssen die jeweiligen Lebenserfahrungen und Themen sowohl geschlechtsspezifisch als auch individuell bearbeitet werden.

Geschlechtsspezifische Angebote sind für Mädchen / Frauen und für Jungen / Männer zur Entwicklung einer befriedigenden Identität als Frau oder Mann, zur Nutzung der Stärken, die in den typischen Rollen liegen und zur Erweiterung eines einengenden Rollenverständnisses notwendig. Weiterhin können sie Schutz gewähren und Chancen eröffnen, sich seelischen Kränkungen zu nähern und sie zu integrieren.

Andererseits sind geschlechterübergreifende, gendersensibel arbeitende Angebote notwendig. Sie können gegenseitiges Verstehen und Lernen ermöglichen und dienen der Entwicklung achtungsvoller Dialog- und Handlungsfähigkeit der Geschlechter miteinander. Wann in Prävention und Therapie mono- oder gemischtgeschlechtliche Angebote notwendig und richtig sind, muss mit den Betroffenen erarbeitet werden bzw., wie bei der Präventionsarbeit deutlich wird, professionell entschieden werden.

Die allgemeingültige Verankerung von geschlechtergerechter Arbeit in die Suchtkrankenhilfe steht erst am Anfang. Obwohl Gender Mainstreaming ein Top-Down-Verfahren ist, hat es wohl wenig Sinn, auf Unterstützung durch die Politik oder finanzielle Zuwendungen zu warten. Das Europaparlament jedenfalls hat eine systematische geschlechtsspezifische Berücksichtigung von Gender in der Gesundheitsversorgung abgelehnt³¹.

Kontraproduktiv wäre es, wenn sich in Zukunft zwei feindliche Gender-Lager gegenüberstehen, die um finanzielle Ressourcen streiten. Frauen und Männer, die in der Suchtkrankenhilfe tätig sind, müssen deshalb dort mit der Gender-Arbeit beginnen, wo jede und jeder sich sicher fühlt und den größten Erfolg vermuten kann, abhängig von Vorerfahrungen und persönlichen Stärken. Darüber hinaus sollten beide Geschlechter nicht nur ihre jeweilige Genderkompetenz stärken, sondern parallel über gemeinsame Genderstrategien und -umsetzungen nachdenken. ■

Literatur

- **Ginsheim v., Gerit; Meyer, Doris, 2004:** Gender Mainstreaming in den Organisationsstrukturen und Angeboten der Stiftung SPI. In: Stiftung SPI (Hrsg.), 2004: Jahresbericht 2001/2002. Berlin: 27-31
- **WHO Health Data, 2004.** Internetadresse. <http://www.gbe-bund.de>. Downloaddatum 29.9.2004
- **Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2004.** Internetadresse: www.gbe-bund.de. Downloaddatum: 29.9.2004
- **KORA Herzinfarktregister Augsburg, 2004.** Internetadresse: <http://www.gbe-bund.de>. Downloaddatum: 29.9.2004
- **Kraemer, S, 2000:** The fragile male. In: British Medical Journal 321/2000:1609-1612
- **Winklér, Claudia, 2004:** Frauenspezifische Behandlung bei substanzgebundenen Störungen: Ergebnisse und Indikationen. In: Sucht 2/2004: 121-127
- **Thamm, Michael; Junge, Burckhard, 2003:** Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 04. Geesthacht: 37-63
- **Kraus, Ludwig; Augustin, Rita, 2001:** Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht 47/2001 [Sonderheft1]: 3-85
- **John, Uwe; Hapke, Ulfert; Rumpf, Hans-Jürgen, 2003:** Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Todesfälle, die durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum bedingt sind, und notwendige Schritte der Gesundheitsversorgung. In: Sucht aktuell 1/2003:5-10
- **Bundeslagebild Rauschgift. Bundeskriminalamt, 2004:** Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Internetadresse. www.gbe-bund.de. Downloaddatum 29.9.2004
- **Glaeske, Gerd, 2003:** Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 04. Geesthacht: 64-82
- **Herpertz, Stephan, 2003:** Psychotherapie der Adipositas. In: Deutsches Ärzteblatt 20/2003: A1367-1373
- **Meyer, Gerd, 2003:** Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 04. Geesthacht: 97-111
- **Krausz, Michael; Degkwitz, Peter; Verthein, Uwe, 1998:** Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät – Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer «normalen» Altersgenossen. In: Krankheit und Entwicklung, 7/1998: 221-230
- **Zenker, Christel; Bammann, Karin; Jahn, Inge, 2002:** Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen, Bd. 148. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Baden-Baden
- **Reddemann, Luise, 2003:** PTSD und Sucht. 15. Int. Suchtkongress «Trauma und Sucht». Hamburg. Internetadresse: www.uke.uni-hamburg.de. Downloaddatum: 28.9.2004
- **Kuhn, S, 2003:** Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Lebensgeschichte heroinabhängiger Männer. 15. Int. Suchtkongress «Trauma und Sucht». Hamburg. Internetadresse: www.uke.uni-hamburg.de. Downloaddatum: 28.9.2004
- **Koch-Möhr, Rainer, 2005:** Männerspezifische Suchttherapie – Notwendigkeiten und Auswirkungen. Vortrag fdr-Fachtagung «Gender Mainstreaming», 9.5.05, Berlin. Internetadresse: koch-moehr-flammersfeld@ludwigs-muehle.de. Downloaddatum: 14.12.2005
- **Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha, 1984:** Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001:** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln/München
- **Vossnagel, Arnulf, 2004:** Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In: Carl von Ossietzky Universität (Hrsg.), 2005: Von «Trunkenbolden» und anderen Männern im Rausch. Konferenzreader. Oldenburg: 54-64
- **Böhnisch, Lothar; Winter, Reinhard, 1993:** Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim/München
- **Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.H., 2003:** Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. IFT, München
- **Zenker, Christel; Bammann, Karin; Arendt, Silke, 1999:** Konsumverhalten, Krankheitsstatus und soziale Situation ausgewählter Gruppen von Konsumenten illegaler Drogen. Ergebnisse der vertiefenden Auswertung zur Prävalenzschätzung des illegalen Drogenkonsums und seiner Folgen in Bremen. Abschlussbericht. Bremen
- **Kraigher, D; Schindler, S; Ortner, R; Fischer, G, 2001:** Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit. In: Gesundheitswesen 63 [Sonderheft 2]/2001:101-105
- **Schäfer, Ingo, 2004:** Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklungen bei Männern. In: Carl von Ossietzky Universität (Hrsg.), 2005: Von «Trunkenbolden» und anderen Männern im Rausch. Konferenzreader. Oldenburg: 65-74



- Rosen, CS; Qimette, PC; Sheik JI, 2002: Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *British Journal of Psychiatry* 4/2002: 330-336
- Hodgins, DC; El-Guebaly, N; Addington, J, 1997: Treatment of substance abuser: single or mixed gender programs. *Addiction* 7/1997: 805
- Kelly JF, 2003: Self-help for substance-use disorders: History, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. In: *Clinical Psychology Review* 2003/23: 639-663
- Feingold, A; Ball, SA; Kranzler, HR; Rounsaville, BJ, 1996: Generalisability of the type A/type B distinction across different psychoactive substances. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 3/1996: 449-462
- Deutsches Ärzteblatt Nachrichten, 2005: Europaparlament lehnt geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung ab. DA 102, Ausgabe 39.

Fussnoten

- 1 Ginsheim, Meyer, 2004
- 2 WHO Health Data, 2004
- 3 Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2004
- 4 KORA Herzinfarktregister Augsburg, 2004.
- 5 Kraemer, 2004
- 6 Winkler, 2004
- 7 Thamm, Junge, 2003
- 8 Kraus, Augustin, 2001
- 9 John, Hapke, Rumpf, 2003
- 10 Bundeskriminalamt, 2004
- 11 Glaeske 2003
- 12 Herpertz, 2003
- 13 Meyer, 2003
- 14 Krausz, Degkwitz, Verthein, 1998
- 15 Zenker, Bammann, Jahn, 2002
- 16 Reddemann, 2003
- 17 Kuhn, 2003
- 18 Koch-Möhr, 2005
- 19 Merfert-Diete, Soltau, 1984
- 20 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001
- 21 Vossnagen, 2004
- 22 Böhnisch, Winter, 1993
- 23 Strobl, Klapper, Pelzel, et al., 2003
- 24 Zenker, Bammann, Arendt, 1999
- 25 Kraigher, Schindler, Ortner, Fischer, 2001
- 26 Schäfer, 2004
- 27 Rosen, Qimette, Sheik, 2002
- 28 Hodgins, El-Guebaly, Addington, 1997
- 29 Kelly JF (2003)
- 30 Feingold, Ball, Kranzler, Rounsaville, 1996
- 31 Deutsches Ärzteblatt

FACHHOCHSCHULE
ZENTRALSCHWEIZ

HSA

HOCHSCHULE FÜR
SOZIALE ARBEIT
LUZERN

**HSA Luzern:
Am Puls der
sozialen Themen.**

www.hsa.fhz.ch

FACHHOCHSCHULE
ZENTRALSCHWEIZ

HSA

HOCHSCHULE FÜR
SOZIALE ARBEIT
LUZERN

CAS Sexualität in Pädagogik und Beratung
August 2006 – Juni 2007
Der Umgang mit Sexualität in Pädagogik und Beratung stellt spezielle Anforderungen. Unser CAS-Programm Certificate of Advanced Studies geht auf diese Zusammenhänge konkret ein. Mehr unter www.hsa.fhz.ch/cassexualitaet

Fachtagung „Lesbischwul - Schule und Coming-Out“
16. September 2006, Olten
Öffentliche Veranstaltung in Kooperation mit der HSA NW für alle an der Schule Beteiligten.
Mehr unter www.hsa.fhz.ch/veranstaltungen

Informationen: Elsbeth Ingold, Tel. 041 367 48 33,
eingold@hsa.fhz.ch

HSA LUZERN
Werftstrasse 1
CH-6002 Luzern

041-367-48-48
hsa@hsa.fhz.ch
www.hsa.fhz.ch

Inserate

KOSTE und FASD sind neu

info
coordination intervention suisse

drog

**Die schweizerische Koordinations-
und Fachstelle Sucht**

Eigerplatz 5
Postfach 460
CH-3000 Bern 14
T +41 (0)31 376 04 01
F +41 (0)31 376 04 04
www.infodrog.ch
office@infodrog.ch