

# Sucht und Gender

Im Juni 2003 hat das Bundeskabinett den Aktionsplan Drogen und Sucht beschlossen. Ein Ziel dieser Agenda, die für die nächsten 5–10 Jahre gelten soll, ist die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik: Kulturelle Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit würden sowohl zu unterschiedlichen Präferenzen bei psychoaktiven Substanzen als auch zu unterschiedlichen Konsummustern führen [1]. Gender ist das kulturell und sozial determinierte Geschlecht, im Gegensatz zum biologischen, dem Sex. Mainstreaming bezeichnet die Strategie, durch die das Ziel, die Gleichstellung von Frauen und Männern, erreicht werden soll. Dafür muss auch im Handlungsfeld Sucht Genderkompetenz entwickelt werden, das sind neben der notwendigen Motivation entsprechendes Fachwissen, angemessene Handlungsstrategien und Strukturen [2]. Geschlechtsspezifische Suchtarbeit wird bisher vor allem mit frauenspezifischen Ansätzen gleichgesetzt. Diese müssen, genau wie die bisher kaum vorhandene männerspezifische Suchtarbeit, zu einer geschlechtergerechten Suchtarbeit weiterentwickelt und Standard werden.

In dieser Übersichtsarbeit werden sowohl geschlechtsspezifische als auch geschlechterübergreifende Erkenntnisse vorgestellt und daraus Vorschläge für die Integration des Genderaspektes in die präventive, psychosoziale und therapeutische Suchtarbeit entwickelt.

## Entwicklung von Gender Mainstreaming

Die Idee Gender Mainstreaming wurde 1985 durch die 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen auf internationa-

ler Ebene verbreitet. 1995 verpflichteten sich die Vereinten Nationen, 1996 die Europäische Union und 1999 die Bundesregierung Gender Mainstreaming als Leitprinzip und prozessorientierte Querschnittsaufgabe zu fördern. Die Federführung liegt hier beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Diese Top-down-Strategie verlangt die Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen für und der Auswirkungen auf die Geschlechter in politischen Entscheidungen aller Ressorts sowie Organisationen von der Planung bis zur Überprüfung von Maßnahmen. In der Frauenförderpolitik bedeutet Gleichstellung eine eigenständige Aufgabe neben anderen, orientiert an einer konkreten Problemstellung. Gender Mainstreaming betrifft hingegen alle politischen Entscheidungen, d. h. auch solche, die vordergründig zunächst keine Geschlechterproblematik zu enthalten scheinen [3, 4]. Wie schwer diese Umsetzung in der Politik ist, zeigt die Gesundheitsreformgesetzgebung. Weil Frauen häufiger als Männer geringere Einkünfte aus ihrer Erwerbsarbeit und deshalb auch geringere Rentenansprüche haben, können sie sowohl die Zuzahlungsregelungen als auch die reduzierten Leistungsansprüche härter treffen, z. B. bei der Schwangerenvorsorge und der Streichung des Entbindungsgeldes [5].

## Frauen, Männer und Gesundheit

Geschlechtstypische Unterschiede sind in allen sozialen Bereichen, auch bei Gesundheit und Krankheit, wirksam. Sie erstrecken sich vom Körperbewusstsein über das Gesundheitsverhalten, die Krankheitsausprägungen und -häufigkeiten bis

zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgungssysteme und Behandlungen. Sie zeigen sich ebenso in der geschlechtsspezifischen Segregation medizinischer Berufe [6]. Wie komplex die Zusammenhänge zwischen Geschlecht und gesundheitsbeeinflussenden Faktoren sind, zeigt sich z. B. beim Herzinfarkt. Frauen erleiden seltener als Männer Herzinfarkte, ihre Überlebenschancen sind jedoch geringer. Durch Interventionsmaßnahmen, die u. a. den Zusammenhang mit dem Familienstand (allein lebend) berücksichtigten, konnte die Letalität, die bei Frauen höher ist als bei Männern, gesenkt werden [6, 7]. Männer sind in ihrer Gesundheit gefährdeter als Frauen. Die größere Vulnerabilität zeigt sich bei der Anzahl der Totgeburten, der Säuglingssterblichkeit sowie bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, wie z. B. Autismus und hyperkinetische Störungen. Für fast alle Todesursachen ist die Sterberate der Männer höher, u. a. bedingt durch gesundheitsriskantes Verhalten (z. B. Rauchen und alkoholbedingte Verkehrsunfälle) [8, 9]. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer ist geringer als die der Frauen. Sie betrug für 2001 in Deutschland geborene Jungen 75,7 Jahre, für Mädchen 81,6 Jahre. Für 65-jährige Männer wurde eine durchschnittliche weitere Lebenserwartung von 16,3, für gleichaltrige Frauen von 19,9 Lebensjahren errechnet [10]. Erklärungsansätze für die Genderdifferenzen bei Gesundheit und Krankheit werden von unterschiedlichen Fachdisziplinen beige-steuert. Neben genetischen und anderen biologischen Faktoren werden geschlechtsspezifische Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie gesellschaftliche Vorstellungen und Selbstkonzepte von Weib-

lichkeit und Männlichkeit diskutiert. Die interdisziplinär orientierte Forschung betont daher die Notwendigkeit multifaktorieller Theoriemodelle [11].

### ➤ Geschlechtstypische Unterschiede sind auch bei Gesundheit und Krankheit wirksam

Die Frauengesundheitsbewegung der 1970er-Jahre hat durch ihre Kritik am organ- und funktionsbezogenen Verständnis der von Männern dominierten Medizin wesentlich zu Fortschritten in den Gesundheitswissenschaften beigetragen. Hierzu zählen Begriffe, Konzepte und Modelle wie Empowerment, subjektive Gesundheit, psychosoziale Determinanten von Gesundheit oder die Kritik an der Medikalisierung weiblicher Lebensphasen [12]. In der Suchtkrankenhilfe wurden in den letzten 20 Jahren differenzierte Angebote für süchtige Frauen geschaffen. Obwohl weitestgehend akzeptiert, werden sie jedoch noch immer im Bereich der alternativen Angebote angesiedelt, was eher zu einer Abgrenzungsideologie als zur Integration und selbstverständlichen Implementation dieser Angebote in die Suchtkrankenhilfe geführt hat. Dieser alternative Aspekt entfällt bei solchen Angeboten, die sich auf die akzeptierten Rollen von Frauen beziehen: Zunehmend und selbstverständlich werden süchtige Mütter (und Väter) zusammen mit ihren Kindern in Suchtfachkliniken aufgenommen.

Die überwiegende Orientierung an den Männern in Medizin und Suchtkrankenhilfe bedeutet jedoch nicht, dass mänderspezifische Merkmale systematisch berücksichtigt werden, etwa die Frage, welche Rolle Männlichkeit für die Suchtentwicklung spielt. Der Grund hierfür liegt im historisch bedingten Grundverständnis der biologischen Medizin (im Gegensatz zur Sozialmedizin), d. h. darin, dass Krankheiten, ihre Entstehung, ihr Verlauf und ihre Therapie als quasi unabhängig vom Symptomträger und seiner Umwelt betrachtet werden. Sucht ist geschlechtsneutral, Suchtkranke sind es aber nicht.

Im Gegensatz zur Frauen- und Frauengesundheitsforschung ist Männer- und Männergesundheitsforschung als kritisch-

emanzipatorische Haltung gegenüber tradierten Konzepten von Männlichkeit kaum institutionalisiert und etabliert sich nur langsam [13].

### Gender und Suchtepidemiologie

Nach ICD-10 und DSM IV kann der Konsum psychotroper Substanzen zu körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen führen. Das diesbezügliche Spektrum reicht von unkomplizierten Intoxikationen über den schädlichen Gebrauch (körperliche und/oder seelische Schädigung ohne Abhängigkeit) bzw. Missbrauch (Konsum trotz psychosomatozialer Probleme) und Entzugssyndrome bis zum Abhängigkeitssyndrom (körperliche, Verhaltens- und kognitive Phänomene, die Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen), zu psychotischen Störungen und Demenz. Bei den Konsumdaten zeigen sich im Erwachsenenalter und in der Jugend deutliche Geschlechtsunterschiede, überwiegend zu Ungunsten der Männer.

**Alkohol.** Im Jahr 2000 wiesen bundesweit 89% der Frauen und 79% der Männer (18- bis 59-Jährige) einen risikoarmen Alkoholkonsum auf (Frauen: >0–20 g, Männer: >0–30 g Reinalkohol/tgl., wobei 20 g etwa einem Drink eines alkoholischen Getränks entsprechen) oder waren abstinent. In allen anderen Konsumkategorien, vom riskanten über den gefährlichen bis zum Hochkonsum (Hochkonsum Frauen: >80 g, Männer: >120 g Reinalkohol/tgl.), sind Männer stärker vertreten als Frauen. Die Einjahresprävalenz wurde mit 1,3% alkoholabhängigen Frauen und 4,8% alkoholabhängigen Männer ermittelt [14, 15]. Jährlich versterben ca. 40.000 Personen (ca. 5% aller Todesfälle) direkt oder indirekt an den Folgen des Alkoholkonsums, davon sind 76% Männer. In der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen beträgt der Anteil alkoholassoziierter Todesfälle an allen Todesfällen bei den Männern 25% und bei den Frauen 13% [16].

**Tabak.** 2000 gab es in Deutschland ca. 16,6 Mio. Raucher. In der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung hat sich die kulturelle Bedeutung des Rauchens bei beiden Ge-

schlechtern unterschiedlich entwickelt. Zwischen 1997 und 2000 verringerte sich der Anteil der Raucher um 4% auf 39%, der Anteil der Raucherinnen jedoch nur um 1% auf 30%. In den neuen Bundesländern rauchen anteilig weniger Frauen als in den alten. Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt beim Konsum von mehr als 20 Zigaretten täglich 65% vs. 35%. Verschiedene Untersuchungen gehen von jährlich 117.000–143.000 tabakattributablen Todesfällen aus. Bei Männern und Frauen beträgt ihr Anteil an allen Todesfällen ca. 22% bzw. 5% [14, 17]. Da viele Alkoholtrinker auch Raucher sind, wird neuerdings die Mortalität, die diesen beiden Ursachen zugeordnet werden kann, zusammengefasst. Mit 30% sind Männer von einer alkohol-, tabak- sowie alkohol- und tabakattributablen Mortalität stärker betroffen als Frauen (10%) [18].

**Medikamente.** In Deutschland sind etwa 1,4 Mio. Menschen von Arzneimitteln abhängig. Die diesbezügliche 12-Monats-Prävalenz betrug 2000 bei den 18- bis 59-jährigen Frauen 3,2%, bei den Männern 2,5%. Von einer untersuchten Bevölkerungsstichprobe wurden Schmerzmittel, die auch rezeptfrei gekauft werden können, als Arzneimittel genannt, die am häufigsten konsumiert werden. Verordnungsstatistiken der gesetzlichen Krankenkassen nennen an erster Stelle Benzodiazepinderivate, die besonders von Frauen in höherem Lebensalter und oft ohne Dosissteigerung (low-dose-dependency) konsumiert werden [14, 19].

**Illegale Drogen.** Die Einjahresprävalenz für eine Abhängigkeit von illegalen Drogen in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung lag 2000 bei den Männern bei 0,9% und bei den Frauen bei 0,4% [14]. Bei einer Totalerfassung der Drogenabhängigen in Bremen wurden ähnliche Prävalenzen für die 10- bis 64-Jährigen ermittelt, am höchsten war sie in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen mit 3,1% vs. 1,2% bei Männern und Frauen [20]. Die Zahl der Todesfälle aufgrund illegalen Drogenkonsums schwankt jährlich. Die Männer sind, verglichen mit ihrem Anteil in der Drogenzene, konstant überrepräsentiert. Von den Drogentoten des Jahres 2003 waren 83% Männer [21]. Von Drogennotfällen

(Intoxikationen) sind Frauen jedoch ähnlich häufig betroffen wie Männer [22].

➤ **Von den Drogentoten des Jahres 2003 waren 83% Männer**

Während bei den Erwachsenen Geschlechtsunterschiede bezüglich des Konsums und Risikokonsums psychotroper Substanzen bestehen, gelten diese Unterschiede bei den Jugendlichen nur noch für den risikoreichen Konsum bzw. Missbrauch.

**Jugend und Drogenkonsum**

**Alkohol.** Der Alkoholkonsum ist bei den männlichen Jugendlichen zwischen 1993 und 2001 deutlicher rückläufig als bei den weiblichen. Mehr als 120 g Reinalkohol/Woche tranken 2001 6% der 12- bis 25-jährigen Mädchen/jungen Frauen und 22% der Jungen/jungen Männer [23]. 18% der Schüler und 9% der Schülerinnen der 9. und 10. Jahrgangsstufe haben 10-mal oder öfter innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken. Ebenfalls mehr Jungen als Mädchen haben bei der letzten Trinkgelegenheit mindestens 5 Gläser/Flaschen Alkohol (ca. 100 g Reinalkohol) zu sich genommen, beim Weinkonsum zeigte sich kein Geschlechtsunterschied [24].

**Tabak.** Der Raucheranteil ist bei den 12- bis 17-Jährigen zwischen 1993 und 2001 deutlich angestiegen, bei den Mädchen mehr als bei den Jungen, am deutlichsten bei den ostdeutschen Mädchen. In der Altersgruppe 18–25 Jahre ist in dieser Zeit der Anteil der männlichen Raucher stärker rückläufig als bei den Frauen. Mehr als 20 Zig./Tag rauchte 2001 keine(r) der 12- bis 13-Jährigen, aber 29% der 24- bis 25-jährigen Jugendlichen [23]. 2003 haben 4% der Schüler und 3% der Schülerinnen der 9. und 10. Jahrgangsstufe mehr als 20 Zigaretten geraucht [24].

**Illegale Drogen.** Die 12-Monats-Prävalenz aller illegalen Drogen, von der ca. 96% auf den Cannabiskonsum entfallen, wurde 2001 mit 15% bzw. 11% für die 12- bis 25-jährigen männlichen und weiblichen Jugendlichen ermittelt. Regelmäßigen Konsum illegaler Drogen gaben 3% der männlichen und 2% der weiblichen Befragten an. Heroin haben 0,3% der befragten Ju-

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsf - Gesundheitsschutz 2005 · 48:469–476  
 DOI 10.1007/s00103-005-1021-x  
 © Springer Medizin Verlag 2005

C. Zenker

**Sucht und Gender**

**Zusammenfassung**

In der Übersichtsarbeit werden die politischen Hintergründe des Gender Mainstreamings sowie wissenschaftliche geschlechtsspezifische Erkenntnisse zur Gesundheit und Sucht vorgestellt. Neben epidemiologischen Daten zum Drogenkonsum und zu den Konsummitteln, zur Abhängigkeit und Mortalität, sind dieses auch frauen- und männerspezifische Besonderheiten bei den Ursachen von Sucht, bei der Suchtmittelwahl sowie bei den Suchtverläufen und -folgen. Der Genderaspekt beim Konsumverhalten Jugendlicher, bei komorbiden Störungen, bei der Prävention und den the-

rapeutischen Interventionen wird hervorgehoben. Es werden die Schritte zur Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit über notwendige Qualifizierungen, den Ausbau von Kooperationen und den Ausgleich bestehender Defizite sowie unter den Aspekten der Differenzierung und Gemeinsamkeiten der Geschlechter diskutiert.

**Schlüsselwörter**

Sucht · Geschlechtsunterschiede · Gender Mainstreaming · Frauenspezifisch · Männerspezifisch

**Addiction and gender**

**Abstract**

The development of gender mainstreaming as a political concept and gender specific knowledge about health and addiction is outlined. This includes gender specific epidemiological data on drug use, addiction and mortality, as well as female and male specific data on the causes and courses of addiction with respect to health and social consequences. The gender aspect of drug use in adolescents, of comorbidity, prevention and therapeutic intervention is highlighted. Steps for modeling gender main-

streaming in professional work with addicts are presented, including necessary qualifications, the building of cooperation structures, and compensation for existing deficits, taking into account gender differences and similarities.

**Keywords**

Addictive behavior · Gender differences · Gender mainstreaming · Female specific · Male specific

gendlichen jemals in ihrem Leben konsumiert [23]. Die Schülerbefragung zeigte Ergebnisse auf einem etwas höheren Niveau und ebenfalls für Jungen höhere Prävalenzraten als für Mädchen. Die 30-Tage-Prävalenz für Cannabiskonsum betrug 17% (Jungen) bzw. 11% (Mädchen) [24]. Von einem häufigen und hohen Konsum legaler sowie illegaler Drogen sind nicht nur männliche Jugendliche stärker als weibliche betroffen, sondern auch häufiger Hauptschüler als Gymnasiasten.

### Stoffungebundene Süchte

Essstörungen und Glücksspiel gehören nach ICD-10 und DSM IV nicht zu den Suchterkrankungen, sondern zu den Störungen der Impulskontrolle bzw. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen.

**Essstörungen.** Sie werden in der Suchtkrankenhilfe überwiegend als psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter wahrgenommen. Die Anorexia nervosa kommt bei ca. 0,5–1% der Allgemeinbevölkerung vor, die Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung bei jeweils 3–5%. Im Gegensatz zur Anorexie und Bulimie, an denen vornehmlich Frauen erkranken (Verhältnis 20:1), sind nach einer australischen Studie mehr als ein Drittel aller Patienten mit Binge-Eating-Disorder Männer [25]. In einer deutschen Studie haben 10% von 861 stationär in Suchtfachkliniken behandelte Frauen angegeben, zusätzlich zum Drogenkonsum unter mindestens einem pathologischen Essverhalten zu leiden. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang die Bulimie genannt [26].

**Glücksspiel.** Die Zahl der Beratungs- und behandlungsbedürftigen pathologischen Glücksspieler in Deutschland wird auf 80.000–130.000 geschätzt (0,1% der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung), davon sind ca. 66% Männer [27].

### Genderlücke und Konvergenz

Von risikoreichen Konsumformen und einer Abhängigkeit sind Männer häufiger als Frauen betroffen. In einer USA-weiten Studie haben 8% der 12- bis 17-jährigen Ju-

gendlichen beiderlei Geschlechts Alkohol bzw. illegale Drogen missbraucht, in der erwachsenen Bevölkerung waren es 10% der Männer bzw. 5% der Frauen [28]. Diese sog. Genderlücke wird jedoch sowohl in europäischen Ländern als auch in den USA zunehmend kleiner, was auf die veränderten sozialen Rollen der Frauen zurückgeführt wird, deren Lebensentwürfe und damit Verhaltensweisen sich denen der Männer stetig annähern [29]. Die Angleichung von Mädchen oder Frauen an männliche Suchtverhaltensweisen und Suchtentwicklungen wird als Konvergenz bezeichnet. Sie ist z. B. am steigenden Tabak- und Alkoholkonsum junger Mädchen ablesbar (in Ostdeutschland deutlich stärker als in Westdeutschland) oder auch an den steigenden Lungenkrebsraten der Frauen. Da diese Trends für Jungen und Männer gegenläufig sind [23, 30], kann allgemein von einer Geschlechterkonvergenz und, da es sich auch um ein internationales Phänomen handelt, von einer kulturellen Konvergenz gesprochen werden. Für soziale Einflussvariablen gilt dies allerdings nicht. Dies zeigt u. a. die Tatsache, dass Hauptschüler von einem riskanten Konsum stärker betroffen sind als Gymnasiasten.

### Körperliche, seelische und soziale Folgen der Sucht

Bei Männern treten die typischen Sucht begleitenden Erkrankungen wie Intoxikationen, pathologische Rausche und Delirien etwas häufiger auf als bei Frauen [31]. Etwas mehr als die Hälfte der Abhängigen wurden in einer Totalerhebung des regionalen illegalen Drogenkonsums als schwer oder sehr schwer krank eingestuft [20]. Beide Geschlechter haben, verglichen mit der nichtsüchtigen Allgemeinbevölkerung, ein erhöhtes Suizidrisiko. Komorbiditäten sind bei Suchtkranken und psychisch Kranken eher die Regel als die Ausnahme. In der Literatur finden sich sehr unterschiedliche Angaben zu Lebenszeitprävalenzen für psychiatrische Störungen bei Suchtkranken. Für Frauen und Opioidabhängige sind diese jedoch generell höher als für Männer und Alkoholranke. Bei 27–57% stationär behandelter süchtiger Männern wurde je nach Suchtmittel mindestens eine psychiatrische Zusatzkrankung diagnostiziert (bei Alkoholab-

hängigkeit lag der Anteil bei 49%). Bei Frauen fanden sich Werte zwischen 38% und 75% (bei Alkoholabhängigkeit: 67%) [32]. Gewalterfahrungen sind wichtige Auslöser psychiatrischer Komorbiditäten, besonders bei Frauen [26, 28, 33]. Am häufigsten werden in diesem Zusammenhang Depressionen, Angststörungen (u. a. posttraumatic stress disorder, PTSD), Borderline- und Essstörungen genannt. Bei den Männern treten Depressionen eher nach dem Suchtbeginn auf.

### Bei Mädchen und Frauen gehen der Substanzabhängigkeit häufig Depressionen und Angststörungen voraus

Bei Mädchen und Frauen gehen PTSD und Depressionen der Substanzabhängigkeit üblicherweise voraus, bei Jungen sind dies (antisoziale) Verhaltensprobleme [28]. Suchtkranke weisen häufiger ein niedrigeres Schulbildungsniveau sowie höhere Nicht-Erwerbstätigenanteile als die altersentsprechende Allgemeinbevölkerung auf. Die Anzahl der Nicht-Erwerbstätigen steigt innerhalb der Gruppe der Suchtkranken von den ambulant über die stationär Behandelten an. Bei Letzteren nimmt diese Zahl zudem von den Alkohol- über die Opioid-, Stimulanzien- und Kokain- bis zu den Cannabiskonsumenten zu. Frauen sind jeweils stärker betroffen als Männer; einzige Ausnahme stellen Frauen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus dar [31, 32]. Eine Fortsetzung dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede im suchtherapeutischen Bereich zeigte sich in einer Methadonstudie: Substituierende Ärzte nannten als wichtigstes Substitutionsziel für ihre männlichen Patienten die soziale und berufliche Rehabilitation, für die weiblichen Substituierten hingegen die seelische und körperliche Stabilität [34].

### Differenzierung der Süchtigen

Die Heterogenität in der Gruppe der Süchtigen resultiert aus dem Zusammenspiel individuell unterschiedlicher genetischer, biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren. Seit den 1990er-Jahren werden in der angloamerikanischen Literatur bei Abhängigen legaler und illegaler Drogen 2 Typen, A und B, unterschieden. Im

Gegensatz zur weniger belasteten Gruppe A, ist Gruppe B durch eine hohe familiäre Suchtbelastung, schwere kindliche Störungen, einen frühen Suchtbeginn, schwere Sucht, eine hohe psychiatrische Komorbidität und häufige Rückfälle gekennzeichnet. Frauen wurden vor allem dem Typ A zugeordnet [35, 36]. Schon 1986 wurden in Deutschland bei den Alkoholikerinnen 2 unterschiedlich stark belastete Gruppen beschrieben [37]. Das Alter der Frauen und Männer bei Suchtbeginn wurde als wichtiger Faktor für die differenzierte Typologisierung erkannt [26, 35]. In einer amerikanischen Studie wurde bei 13- bis 21-jährigen Jugendlichen festgestellt, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit mit zunehmendem Alter beim Erstkonsum reduziert (pro Lebensjahr um 5%) [38].

## Ursachen der Sucht

In der Literatur werden Risikofaktoren für Suchtentwicklungen beschrieben, die für beide Geschlechter, z. T. aber in unterschiedlicher Wirkungsstärke, gelten. Zu ihnen zählen individuelle, vor allem genetisch vermittelte Vulnerabilitätsfaktoren sowie die Risikokonstellationen in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenleben [39]. Den psychosozialen Belastungen im frühen Leben wird mehr Bedeutung beigemessen als denen im Erwachsenenleben, da im höheren Alter die Unterscheidung zwischen Ursachen oder Folgen der Sucht schwer fällt. Zu den eher unspezifischen Belastungen beider Geschlechter gehören vor allem Verlusterlebnisse (Familienvollständigkeit, häufige Umzüge) und soziale Benachteiligungen (schlechte Schulbildung, Arbeitslosigkeit der Eltern) [20, 40]. Übereinstimmend werden Suchtprobleme der Eltern als typisch für die Suchtentwicklungen beider Geschlechter beschrieben. In einer deutschen Studie waren etwa 50% der Untersuchten davon betroffen, einige von ihnen schon in der dritten Generation [26]. Weiterhin werden alle Formen der Gewalterfahrungen als ursächlich für die Sucht beschrieben. Körperliche Gewalterfahrungen werden bei weiblichen und männlichen Suchtkranken etwa gleich häufig (ca. 30%) genannt, während mehr Frauen als Männer von sexuellen Traumatisierungen betroffen sind. Sexuelle Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr werden von ca. 45% der süch-

tigen Frauen und 16% der süchtigen Männer berichtet. Diese Zahlen liegen über dem ermittelten Anteil in der Allgemeinbevölkerung [26, 33, 41]. Zunehmend wird besonders die Rolle seelischer Gewalt (emotionale Kälte, einengende Überbehütung, Demütigungen) als wichtiger Risikofaktor hervorgehoben. Sie wird von beiden Geschlechtern als häufigste Gewaltform genannt [26, 41]. Innerhalb der Gruppe der Abhängigen weisen diejenigen, die Gewalterfahrungen haben, unabhängig vom Geschlecht die jeweils negativeren Merkmale bei Suchtbeginn, bei den Konsumformen, den Verhaltensweisen, der Komorbidität und bei den Therapieergebnissen auf [26, 33, 41, 42].

## Besonderheiten bei Suchterkrankungen von Frauen

Als suchtfördernd wurden seit den 1980er-Jahren die mannigfaltigen Abhängigkeiten und Fremdbestimmungen, in denen sich Frauen aufgrund ihrer sozialen Rolle befinden, beschrieben [43]. Dies mag für einige Frauen zutreffen, für andere stellt wiederum gerade die Veränderung tradiert sozialer Rollen ein Problem dar (ablesbar z. B. am Konvergenzeffekt). Die Prävalenzen von Medikamentensucht und Essstörungen sind bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Beide Störungen entsprechen der tradierten weiblichen Geschlechterrolle: Sowohl die Instrumentalisierung des Körpers für ein Schönheitsideal als auch die Unauffälligkeit des Agierens bei der Medikamentenabhängigkeit und bei den Essstörungen stellen indirekte, nicht offene Versuche dar, ein psychisches Problem zu lösen. Bei Frauen mit Alkoholabhängigkeit oder Abhängigkeit von illegalen Drogen ist der Tablettenbeigebrauch höher als bei Männern. Dies gilt für Benzodiazepine, Schmerzmittel, Antidepressiva, Barbiturate und Abführmittel, unabhängig davon, in welchem Behandlungssetting diese Daten erhoben wurden [31, 44].

### Bei Frauen sind die Prävalenzen für eine Medikamentensucht bzw. für Essstörungen deutlich höher als bei Männern

Die meisten von illegalen Drogen abhängigen Männer und Frauen finanzieren ihre Sucht durch Beschaffungskrimina-

lität. Im Gegensatz zu den Männern gehen viele Frauen auch der Prostitution nach. Hierdurch sind sie neben der seelischen Belastung zusätzlich dem Risiko von Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen und Gewalt ausgesetzt [26]. Eine psychische Komorbidität, die bei Frauen die Sucht besonders häufig begleitet, kann ein Hinderungsgrund für die erfolgreiche Durchführung einer Suchttherapie sein [42]. Frauen mit einer erfolgreich therapierten Depression zeigten in der Abhängigkeitsbehandlung bessere Erfolge als unbehandelte Frauen [28].

Partnerschaften stellen sich für süchtige Frauen problematischer dar als für Männer. Mehr abhängige Frauen als Männer leben mit einem Partner mit einer aktuellen oder früheren Drogenproblematik in einer festen Beziehung zusammen. Die süchtigen Partner der Frauen weisen neben den mit dem Drogenmissbrauch verbundenen Verhaltensweisen häufig problematische soziale Merkmale, wie etwa instabile Beschäftigungsverhältnisse, auf [27]. Die mangelnde partnerschaftliche und familiäre Unterstützung beim Ausstiegswunsch aus der Sucht kommt für die süchtige Frau als belastender Faktor hinzu [42].

Schwangerschaften süchtiger Frauen gefährden in hohem Maß deren ungeborene Kinder. Alkohol hat eine teratogene Wirkung und kann dosisabhängig zum fetalen Alkoholsyndrom (FAS) mit unterschiedlichem Schädigungsgrad führen. Es wird geschätzt, dass 1–2% der Frauen im gebärfähigen Alter einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen und pro Jahr ca. 3000 Kinder mit FAS geboren werden. Durch den Opioidkonsum der Mutter wird das ungeborene Kind Überdosierungen und Entzugsphasen, verbunden mit der Gefahr der Frühgeburtlichkeit und Mangelentwicklung, ausgesetzt. Die Gefahr einer Früh- und Mangelgeburt besteht auch bei rauchenden Schwangeren [45].

## Kinder Süchtiger

2002 gaben 35% der Alkoholikerinnen und 25% der opioidabhängigen Frauen in stationärer Suchtbehandlung an, aktuell mit ihren Kindern zusammenzuleben. Bei den Männern waren dies 25% bzw. 7% [32]. Bei einer regionalen Erfassung aller Konsumenten illegaler Drogen lebten 45% der

Mütter und 19% der Väter mit ihren Kindern zusammen. Drogenkonsum, schlechter Gesundheitszustand und negative Einkommensverhältnisse der Mütter und Väter weisen auf die äußerst problematische Situation hin, in der diese Kinder aufwachsen [44]. In einer US-amerikanischen Untersuchung an 331 Müttern und Vätern wird andererseits auf das große Potenzial des Elternseins hingewiesen und empfohlen, dieses therapeutisch zu nutzen [46].

### Besonderheiten bei Suchterkrankungen von Männern

In der Literatur wird für Männer ein größeres genetisches Risiko für Suchterkrankungen als für Frauen beschrieben [39]. Die tatsächliche Entwicklung einer Sucht ist jedoch maßgeblich von (zusätzlichen) kulturellen oder sozialen Risikofaktoren abhängig. Das risikoreiche und gesundheitsgefährdende Verhalten der Männer ist eng mit der sozialen Konstruktion von Männlichkeit, einem auf Körper und Psyche bezogenen instrumentell geprägten Selbstkonzept verknüpft. Das externalisierende Verhalten von Jungen und Männern äußert sich auch beim (zu vielen) Trinken in der Öffentlichkeit: Doing gender with drugs [47]. Entsprechend der Stressreduktionsthese, schreiben (vor allem junge) Männer dem Alkoholkonsum, anders als Frauen, umfassend positive Effekte zu. Einerseits wollen sie durch psychoaktive Substanzen Genuss- und Arbeitsfähigkeit steigern, andererseits negative Empfindungen, z. B. auch die von seelischen Störungen, reduzieren [48].

Süchtige Männer begehen häufiger als Frauen Straftaten, um die Sucht zu finanzieren. In einem Krankenhauskollektiv waren statistisch signifikant mehr abhängige Männer als Frauen mindestens einmal in Untersuchungs- oder Strafhaft. Dies gilt unabhängig davon, ob legale oder illegale Drogen konsumiert wurden [31, 20, 34]. Auf die dem Substanzmissbrauch häufig vorangehenden antisozialen Verhaltensweisen junger Männer wurde schon hingewiesen [28].

### Prävention und Therapie

Die Genderperspektive wurde bisher am deutlichsten systematisch, ausgehend von der Jugendarbeit, in der Suchtprävention berücksichtigt. 1998 zeigte ei-

ne Untersuchung über geschlechtsbezogene Suchtprävention jedoch kein ausgeprägtes Geschlechterverhältnis: 2 Jungen- und 7 geschlechtsneutralen Projekten standen 13 Mädchenprojekte gegenüber [49]. Systematische, qualitativ gesicherte soziotherapeutische Angebote für Kinder und ihre süchtigen Eltern fehlen nicht nur generell, sondern auch in der ambulanten und stationären Suchtkrankenbehandlung. Dies ist z. T. durch die bisher nicht eindeutig geregelte Finanzierung bedingt. Therapie- und Beratungsangebote sind zahlenmäßig von Männern dominiert. Eine mangelnde Selbstakzeptanz und Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen sowie Macht- und Durchsetzungsbestreben von Männern bergen das Risiko, bestehende Abhängigkeits- bzw. Dominanzverhältnisse zu reinitiiieren oder fortzuschreiben. Deshalb erschien es engagierten Therapeutinnen etwa seit den 1980er-Jahren notwendig, bedürfnis- und bedarfsgerechte Angebote für Frauen zu entwickeln. Diese Angebote werden jedoch nicht systematisch einer aussagekräftigen und vergleichenden Dokumentation und Evaluation unterzogen [50]. Frauenspezifische Angebote umfassen Indikationsgruppen (z. B. bei Gewalterfahrungen), Frauenstationen, als Rückzugsräume in gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen sowie Frauensuchtfachkliniken. Zusätzlich existieren wenige männerspezifische Angebote, die sich z. B. mit der Rolle des Mannes als Ernährer und Vater, mit Beziehungs- und Kommunikationsverhalten, Konfliktkultur und Sexualität befassen [51]. Von engagierten Therapeutinnen und Therapeuten wird eine Reihe von Themen als jeweils geschlechtsspezifisch reklamiert, die jedoch für beide Geschlechter relevant sind. Hierzu zählen etwa Aufopferung, emotionale Bedürfnisse, Ohnmachtserfahrungen, Selbstwert, Sexualität, Rolle als Mutter/Vater, Erfolgsdruck, Abhängigkeitswünsche und das eigene sowie gegengeschlechtliche Rollenverständnis. Auch das Thema Gewalt ist genderübergreifend, da Männer nicht nur Täter und Frauen nicht nur Opfer sind. Dies wird bei Eltern deutlich, die in der eigenen Kindheit Gewalt erfahren haben und diese an ihre Kinder weitergeben. Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch,

sondern die Art, in der sie in der jeweiligen Geschlechtsrolle erfahren und therapeutisch bearbeitet wurden.

In gemischtgeschlechtlichen Gruppen entwickeln Männer eine größere Variationsbreite im zwischenmenschlichen Umgang, während Frauen diese Fähigkeit eher in Frauengruppen zeigen. Darüber hinaus profitieren Frauen besonders von wenig strukturierten Gruppen [28, 52]. In US-amerikanischen Studien wurde für alkoholranke Männer nachgewiesen, dass sie in den strikten 12-Schritte-Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) gute Therapieergebnisse erzielen, unabhängig von Motivation, Komorbidität und demografischen Variablen. Katamnestiche Untersuchungen (Studienpopulation ganz überwiegend Männer) bis zu 8 Jahre nach Behandlung zeigten, dass die Abstinenzergebnisse der Alkoholiker, die ausschließlich an AA-Gruppen teilnahmen, verglichen mit den Alkoholikern, die an professioneller Therapie oder beidem teilnahmen, gleichwertig, wenn nicht besser waren. Frauen profitieren hingegen wenig von diesen AA-Gruppen. Ursache ist deren Betonung einer mangelnden Einflussmöglichkeit auf die Sucht. Für Frauen sind Gruppen wirksam, in denen Gefühle bearbeitet werden und die Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit im Vordergrund steht [53]. Die Wirkung, die die eher rigiden AA-Gruppen auf alkoholabhängige Männer haben, ist, bezogen auf das Ergebnis Suchtmittelfreiheit, positiv. Da das Funktionieren müssen in vorgegebenen Strukturen eng mit der männlichen Rolle verknüpft ist, könnte argumentiert werden, dass eine männerspezifische Therapie dieses Verhalten hinterfragen und nicht unterstützen sollte, da es möglicherweise suchtfördernd gewirkt hat und darüber hinaus tradiert wird. Die Vorstellung, aus dem süchtigen Menschen auch einen besseren zu machen, ist in der psychosozialen Arbeit nicht unbekannt. Es stellt sich aber die Frage, ob tatsächlich nur eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit eine Suchtmittelfreiheit und Lebenszufriedenheit bringen kann. Geschlechtshomogene, Sicherheit gebende Gruppen können auf unterschiedliche Weisen wirken: Erstens, indem sie typische Rollen eher bestätigen und dadurch die Stärken, die in diesen Rollen liegen, bewusst nutzen (wie etwa bei

Alkoholikerinnen und Alkoholikern mit spätem Suchtbeginn). Zweitens, indem sie den Betroffenen durch den Schutz, den sie gewähren, die Möglichkeit eröffnen, sich seelischen Kränkungen zu nähern, diese zu reflektieren, zu integrieren und neue Verhaltensweisen zu erproben (wie z. B. bei traumatisierten Patienten).

Neben geschlechtsspezifischen Stärken und Gefährdungen sind Ursachen der Sucht, Lebensalter bei Suchtbeginn sowie die Entwicklung und Schwere der Sucht wichtige Kriterien für die Wahl des Therapiesettings (Indikationsgruppe bis zur geschlechtshomogen belegten Fachklinik). Außerdem muss berücksichtigt werden, dass bis zum Erreichen des Ziels einer Suchtmittelfreiheit verschiedene Stadien durchlaufen werden. Diese umfassen die Sicherung des Überlebens, die Förderung der Änderungsmotivation und die instabile sowie letztlich die zufriedene Abstinenz. Hierbei muss die Kategorie Geschlecht in einem jeweils unterschiedlichen Maß berücksichtigt werden.

## Schlussfolgerungen

Die vorgestellten Erkenntnisse legen den Schluss nahe, dass zur Qualitätssteigerung der Suchtarbeit die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten in der Prävention, Beratung und Therapie eine Selbstverständlichkeit werden muss. Drogenkonsummuster, Ursachen der Sucht, Konsumwirkungen und -auswirkungen sind geschlechtsabhängig. Weitere differenzierende Determinanten sind Kultur, soziale Situationen und Alter. Für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit müssen kategoriales und eindimensionales Denken ebenso aufgegeben werden wie das Leugnen von Geschlechtsdifferenzen und -gemeinsamkeiten. Im Rahmen einer kritischen Reflexion des Jugendamtes München wurde festgestellt, dass eine geschlechtergerechte Jugendarbeit vor allem Mädchen- und Frauenförderung bedeutete. Diese habe sich auf sich selbst beschränkt und zu keinen strukturellen Veränderungen im System beigetragen [54], was bei der weiteren Entwicklung gendersensibler Suchtarbeit vermieden werden muss.

Gender Mainstreaming ist ein Top-down-Verfahren, das Politik, Leistungsträ-

ger und Leistungserbringer in die Verantwortung nimmt. Es gilt, die konzeptionelle und strukturelle Ausrichtung sowie die Ebenen der Arbeitsorganisation gendergerecht zu optimieren und zu qualifizieren. In diesem Zusammenhang sind folgende Fragen zu klären: Über welche politischen Vorgaben und Steuerungsverfahren kann die Implementierung geschlechtersensibler und -gerechter Arbeit erfolgen? Wie können vorliegende Erkenntnisse genutzt werden? In welchen Bereichen muss das vorhandene Wissen erweitert bzw. wissenschaftlich überprüft werden? Erst nach Klärung dieser Fragen kann gendergerechte Suchtarbeit auf der Handlungsebene glaubwürdig umgesetzt werden. Die in Suchtprävention, -beratung und -therapie Tätigen müssen für (mehr) Genderkompetenz, d. h. im Hinblick auf die Reflexion der geschlechtsspezifischen Selbstverständlichkeiten und Vorurteile bei sich, den anderen und in Arbeitszusammenhängen, durch Aus-, Fort- und Weiterbildungen qualifiziert werden. Bestehende Interventionen und Angebote müssen kritisch reflektiert und es muss überprüft werden, welche Interventionsformen die geschlechtersensible Arbeit im Hinblick auf die Zielerreichung unterstützen. Drei Interventionszugänge ergänzen sich: geschlechtsspezifische Angebote für Mädchen/Frauen, Jungen/Männer sowie geschlechterübergreifende Angebote, die gegenseitiges Lernen zulassen.

In der Prävention müssen kulturell verankerte, risikoreiche Verhaltensweisen, etwa das Autofahren unter Alkoholeinfluss oder der Alkoholgenuß in der Schwangerschaft, in Frage gestellt und neue Normen entwickelt und unterstützt werden, die den Betroffenen die gesündere Wahl ermöglichen. Die Ressourcen von Mädchen und Jungen müssen berücksichtigt werden, um ihnen Erlebens- und Verhaltenspotenziale zu eröffnen, die sie für ihre geschlechtsspezifische Lebensplanung nutzen können [55]. Daneben müssen Risikogruppen, nämlich psychosozial stark belastete Kinder und Jugendliche, besonders aus Familien mit Suchtproblemen, identifiziert werden, um sie durch entsprechende Interventionen rechtzeitig vor möglichen sozialen Devianz-, psychiatrischen oder Suchtkarrieren zu bewahren. Geschlechtshomogene präventive und therapeutische Gruppen sind unverzichtbar, da ein ähn-

licher Erfahrungshintergrund den gegenseitigen Austausch fördert, auch weil bestimmte Themen scham- und angstbesetzt sind. Genderübergreifende Angebote müssen das Geschlechterverhältnis in den Vordergrund rücken, um gegenseitiges Verstehen, eine achtungsvolle Dialog- und Handlungsfähigkeit und gegenseitiges Lernen zu fördern. Zur Genderqualifikation gehört auch der Abbau blinder Flecken, etwa bei sexuellen Gewalterfahrungen männlicher Süchtiger.

Das gendersensible Auffangen offensichtlicher Mängel in der Suchtarbeit muss ein weiterer Schritt sein, der allerdings der politischen Unterstützung bedarf. Erforderlich ist z. B. der Ausbau von Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs- und Ausbildungsbereich für süchtige Frauen und Männer sowie der Ausbau und die Qualifizierung ambulanter und stationärer Betreuungs- und Behandlungsangebote für süchtige Eltern und (deren) gefährdete Kinder bzw. für Jugendliche. Letzteres erfordert eine Verbesserung der Kooperationsstrukturen mit der Jugendhilfe. Eine solche Kooperation ist auch für die Primärprävention unerlässlich, da die sich ändernden Drogenkonsummuster Jugendlicher und der immer früher im Leben erfolgende Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen berücksichtigt werden müssen. Kooperationsangebote der Suchtkrankenhilfe sind ferner wichtig, um medizinisch Tätige in der Erkennung Suchtgefährdeter bei der ambulanten und stationären Versorgung zu schulen. Komorbide seelische Störungen verlangen die Integration psychiatrischen Fachwissens in die Suchtkrankenhilfe sowie eine entsprechende Sensibilisierung von Beratern und Therapeuten.

Weiterhin wird gendergerechte Suchtarbeit sowohl durch die Nichtbeachtung geschlechtsspezifischer Fragestellungen in der Forschung als auch durch den fehlenden Transfer vorhandener geschlechtsspezifischer Erkenntnisse in die Praxis (und umgekehrt) erschwert. Welche Modelle könnten entwickelt werden, um vorhandenes Wissen praxisnah zu verbreiten und umzusetzen? Metaanalysen von Konzepten, Berichten und Forschungsergebnissen sowie Expertengremien scheinen geeignete Instrumente, um die Implementation von Genderwissen in die Suchtarbeit zu unterstützen.

## Korrespondierender Autor

Prof. Dr. C. Zenker

Ilsenburger Straße 6, 28205 Bremen  
E-Mail: chzenker@fh-muenster.de

## Literatur

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003) Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin, S 19
- <http://www.genderkompetenz.info/> (download 27.9.04)
- Die Bundesregierung (2003) Gender Mainstreaming. Was ist das? Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin
- Ginsheim v G, Meyer D (2004) Gender Mainstreaming in den Organisationsstrukturen und Angeboten der Stiftung SPI. Stiftung SPI (Hrsg) Jahresbericht 2001/2002. Berlin, S 27–31
- Bühren A (2004) Gesundheitsreform. Frauen benachteiligt. Dtsch Aerztebl 21:A-14
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Kohlhammer, Stuttgart
- KORA Herzinfarktregister Augsburg (2004). In: <http://www.gbe-bund.de/> (download 29.9.04)
- Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegungen. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2004) In: <http://www.gbe-bund.de/> (download 29.9.04)
- Kraemer S (2000) The fragile male. BMJ 321:1609–1612
- WHO Health Data (2004) In: <http://www.gbe-bund.de/> (download 29.9.04)
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) (2000) Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld
- Meier C (2003) Gender Health: Policies, Praxis und Perspektiven. Aids Infothek 2:10–17
- Döge P (1999) Männerforschung als Beitrag zur Geschlechterdemokratie. Literaturstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin (download BMFSFJ 30.9.04)
- Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 [Sonderheft 1]:3–85
- Küfner H, Kraus L (2002) Serie: Alkoholismus – Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Dtsch Aerztebl 99:A936–945
- Meyer C, John U (2003) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 04. Neuland, Geesthacht, S 19–36
- Thamm M, Junge B (2003) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 04. Neuland, Geesthacht, S 37–63
- John U, Hapke U, Rumpf HJ et al. (2003) Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Todesfälle, die durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum bedingt sind, und notwendige Schritte der Gesundheitsversorgung. Sucht aktuell 1:5–10
- Glaeske G (2003) Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 04. Neuland, Geesthacht, S 64–82
- Zenker C, Greiser E (1998) Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seiner Folgen. BIPS Eigenverlag, Bremen
- Bundeslagebild Rauschgift. Bundeskriminalamt (2004) Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <http://www.gbe-bund.de/> (download 29.9.04)
- Lang P, Zenker C (1992) Drogennotfallstudie. Teilprojekt Bremen. BIPS Eigenverlag, Bremen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eigenverlag, Köln
- Kraus L, Heppekausen K, Barrera A, Orth B (2004) Die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd.141. München
- Herpertz S (2003) Psychotherapie der Adipositas. Dtsch Aerztebl 20:A1367–1373
- Zenker C, Bammann K, Jahn I (2002) Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen, Bd.148. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Nomos, Baden-Baden
- Meyer G (2003) Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 04. Neuland, Geesthacht, S 97–111
- Weiss SRB, Kung HCL, Pearson JL (2003) Emerging issues in gender and ethnic differences in substance abuse and treatment. Current Womens Health Report 3:245–253
- Zilberman M, Tavares H, el Guebaly N (2003) Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance related disorders. J Add Disease 4:61–74
- Statistisches Bundesamt (2003) Todesursachenstatistik. <http://www.gbe-bund.de/> (download 29.9.04)
- Arnold T, Schmid M, Simmedinger R (1999) Suchthilfe im Krankenhaus. Bundesministerium für Gesundheit, Bd. 120. Nomos, Baden-Baden
- Strobl M, Klapper J, Pelzel KH et al. (2003) Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. IFT, München
- Reddemann L (2003) PTSD und Sucht. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg. <http://www.uke.uni-hamburg.de/> (download 28.9.04)
- Zenker C, Lang P (1995) Methadon-Substitution in Bremen. BIPS Eigenverlag, Bremen
- Babor TF, Hofmann M, Del Boca F, Hesselbrock V (1992) Types of alcoholics: evidence for an empirically-derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49:599–608
- Feingold A, Ball SA, Kranzler HR, Rounsaville BJ (1996) Generalisability of the type A/type B distinction across different psychoactive substances. Am J Drug Alcohol Abuse 3:449–462
- Vogt I (1986) Alkoholikerinnen. Lambertus, Freiburg i. Breisgau
- Grant BF, Dawson DA (1998) Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. J Subst Abuse 2:163–173
- Remtschmidt H (2002) Serie – Alkoholismus: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Dtsch Aerztebl 99:A787–792
- Krausz M, Degkwitz P, Verthein U (1998) Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät – Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer „normalen“ Altersgenossen. Krankheit Entwicklung 7:221–230
- Kuhn S (2003) Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Lebensgeschichte heroinsüchtiger Männer. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg. <http://www.uke.uni-hamburg.de/> (download 28.9.04)
- Rosen CS, Qimette PC, Sheik JI et al. (2002) Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. Br J Psychiatry 4:330–336
- Merfert-Diete C, Soltau R (1984) Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Rowohlt, Reinbek
- Zenker C, Bammann K, Arendt S (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. BIPS Eigenverlag, Bremen
- Kraigher D, Schindler S, Ortner R, Fischer G (2001) Schwangerschaft und Substanzabhängigkeit. Gesundheitswesen 63 [Sonderheft 2]:101–105
- Collins CC, Grella CE, Hser Yi (2003) Effects of gender and level of parental involvement among parents in drug treatment. Am J Drug Alc Abuse 2:237–261
- Violi E (2003) Männer, Männlichkeit. Aids Infothek 2:18–23
- Satre DD, Knight BG (2001) Alcohol expectancies and their relationship to alcohol use: age and sex differences. Age Mental Health 5:73–83
- Franzkowiak P, Helfferich C, Weise E (1998) Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Winkler K (2004) Frauenspezifische Behandlung bei substanzgebundenen Störungen: Ergebnisse und Indikationen. Sucht 2:121–127
- Meynig et al. (2003) Gesamtkonzept Fachklinik Kamillushaus GmbH. Essen
- Hodgins DC, El-Guebaly N, Addington J (1997) Treatment of substance abuser: single or mixed gender programs. Addict 7:805
- Kelly JF (2003) Self-help for substance-use disorders: History, effectiveness, knowledge gaps, and research opportunities. Clin Psychol Rev 23:639–663
- Schröder H (2003) Von der geschlechtergerechten Jugendhilfe zu Gender Mainstreaming im Jugendamt München. In: Stiftung SPI (Hrsg) Dokumentation des Werkstattgesprächs zur kommunalen Implementierung von Gender Mainstreaming im Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C)“, 22.9.03, Berlin
- Kolip P (2002) Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt 45:885–888