

## **Sucht und Gendermainstreaming**

Prof. Dr. med. Christel Zenker MPH, FH Münster, Deutschland

### **Abstract**

Im Vortrag wird dargestellt, welche Rolle Gender bei Suchterkrankungen und in der Suchtkrankenhilfe spielt, wie Gender als Mainstream in der Suchtarbeit umgesetzt werden kann und was bei der Implementation berücksichtigt werden muss. Geschlechtergerechte Gesundheitspolitik gehört zu den politisch akzeptierten Zielen in der Schweiz und in Deutschland. Neben der biologischen Dimension (Sex) hat besonders die soziale Dimension (Gender) des Geschlechts Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, was sich an den Prävalenzen unterschiedlicher Suchtformen, den Unterschieden bei den Ursachen der Sucht und ihren Verläufen, sowie an therapielevanten Erkenntnissen nachweisen lässt. In Medizin und Suchtkrankenhilfe herrscht eine vermeintlich objektive und genderneutrale Sichtweise vor. Beide werden von Männern dominiert, eine kritisch - aufarbeitende Haltung gegenüber Männlichkeitskonzepten hat sich erst seit wenigen Jahren entwickelt. Frauenspezifische Angebote gibt es seit den 1970er Jahren, sie gelten nach wie vor als alternativ und unterstützen Abgrenzungsideologien. Neben geschlechtstypischen Erfahrungen und sozialen Rollen, die es in der Arbeit mit Süchtigen wahrzunehmen gilt, gibt es eine Reihe von psychosozialen Problemen, die zwar genderübergreifend auftreten, jedoch geschlechtssensibel bearbeitet werden müssen. In der Suchtarbeit sind sowohl geschlechtshomogene wie geschlechterübergreifende Angebote notwendig. Während erstere Schutz bieten und die Bearbeitung der jeweiligen Rollenbesonderheiten zulassen, können letztere zum gegenseitiges Verständnis beitragen. Die Realisierung von Gender - Suchtarbeit erfordert politische Vorgaben, strukturelle Veränderungen in den Institutionen der Suchtarbeit und Genderkompetenz der beteiligten Professionen in Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

## **Referat**

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 Geschlechtergerechtigkeit, was natürlich auch für die Gesundheitspolitik und alle Gesundheitsbereiche gilt: Die Genderperspektive muss bei Gesundheit und Krankheit, in Prävention, Behandlung und Rehabilitation berücksichtigt werden.

## **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. Für diese Phänomene kann vor allem das soziale Geschlecht verantwortlich gemacht werden. Gender beeinflusst Körperbewusstsein, Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, sowie Krankheits- und Todehäufigkeiten, 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 Männer. 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 genderbedingt.

### **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 unterzogen.

### **Daten zum Konsumverhalten**

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

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

### **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 Kindheitsereignisse, wie z. B. Fremdunterbringung. 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.

Auch mangelndes Selbstwertgefühl und eine gestörte oder mangelhafte Geschlechtsidentität werden beschrieben.

### **Frauenspezifische Suchtursachen**

Während in den 1980er Jahren vor allem die weibliche Sozialisation als suchtbahnender Faktor beschrieben wurde, wird heute die zunehmende Veränderung der tradierten weiblichen Rolle verantwortlich gemacht, ablesbar an steigenden Konsumraten, vor allem bei jungen Frauen. 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 Opferhaltung.

### **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 typisch männlichen Sozialisationsprinzipien, wie Externalisierung (Aussenorientierung), Gewalt, Stummheit, das funktionell geprägte Selbst- und Körperkonzept sowie Rationalität zu verwirklichen. Typisch für später süchtige Männer scheint auch der Mangel oder das Fehlen männlicher Bezugspersonen in der Kindheit zu sein.

### **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 Männern. 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%. 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 konsumierender Frauen durch Mangel- und Fehlentwicklungen der ungeborenen Kinder belastet.

### **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 zurückzuführen. 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 existiert.

### **Beratungs- und therapierelevante Erkenntnisse**

Es ist deutlich geworden, dass Gender Einfluss auf Suchtursachen und Suchtverläufe hat und damit beratungs- und therapierelevant ist. Die bei beiden Geschlechtern sehr häufig vorhandenen Gewalterfahrungen haben negative Einflüsse auf Suchtbeginn, Konsumformen, Komorbidität und Therapieergebnisse und müssen geschlechtsspezifisch berücksichtigt werden. Süchtige mit Gewalterfahrungen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen und häufigen Therapiekontakten. Wegen des eigenen, negativen Selbstwertgefühls 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 zeigten.

### **Prävention und Gender**

Gendertypische, risikoreiche Verhaltensweisen, etwa das Autofahren unter 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, so dass möglicherweise die suchtbezogenen 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 PatientInnendaten 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 Sucht-Prävention 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 männlichkeitssensibel 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 abgelehnt.

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.





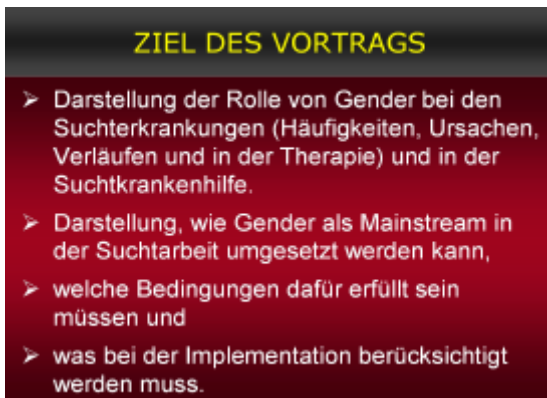
1

Vorbemerkungen:

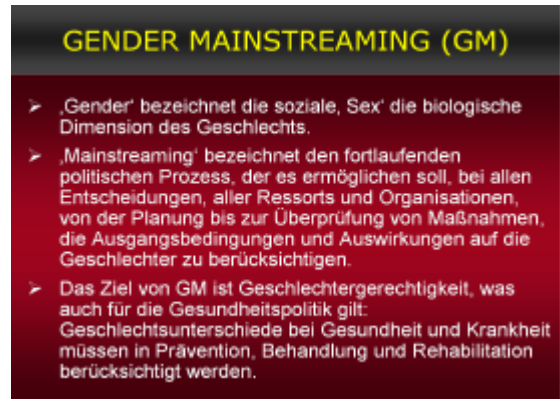
Die epidemiologischen Daten stammen aus Deutschland. Weitere Aussagen stützen sich auf internationale, vorwiegend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse.

Beide Quellen sind in ihrer Aussagekraft mit großer Sicherheit auch für die Schweiz gültig.

Die beim Vortrag gezeigten Folien wurden, wo nötig, um kommentierende Texte ergänzt („Ergänzung“).



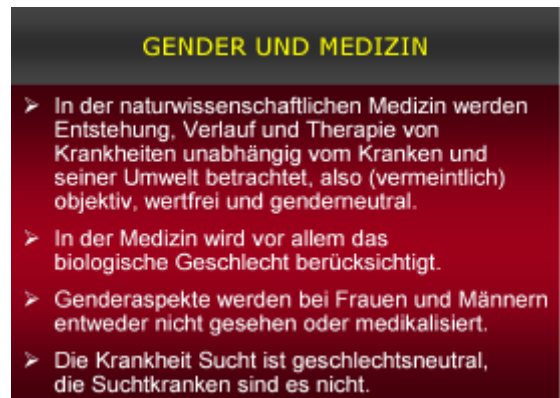
2



3

Ergänzung:

„Sex“ meint die angeborene, Gender die erlernte, soziokulturell und individuell erworbene Variante des Geschlechts. Nach der Definition des in Deutschland verantwortlichen Familienministeriums stellt Gender Mainstreaming eine Querschnittsaufgabe dar.



4

Ergänzung:

Als Beispiel für die Medikalisierung von Genderaspekten kann die häufigere Verordnung von Psychopharmaka an Frauen dienen: Deren Schilderung persönlicher Sorgen und Schwierigkeiten ist ein Genderverhalten, das der männliche Arzt nicht versteht, weshalb er es ‚psychiatrisiert‘ und medikalisiert.



### GENDER, MEDIZIN UND SUCHTKRANKENHILFE

- In Forschung und Praxis dominiert der männliche Blick: Medizin wird durch Männer bestimmt und ist an Männern orientiert (Androzentrismus).
- Historisch betrachtet sind männliche Drogenkonsumenten die Norm. Selbsthilfe- und Therapiekonzepte wurden an ihren Bedürfnissen ausgerichtet.
- Frauen werden als abweichend von dieser Norm betrachtet, ähnlich wie Jugendliche oder Pat. mit Doppeldiagnosen.

5

### GENDER UND GESUNDHEIT

#### Gender beeinflusst

- Körperbewusstsein
- Gesundheitsverhalten
- Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste
- Krankheit und Tod
- Gesundheitsberufe

6

Ergänzung:

Bei den ersten 4 Punkten sind die Männer, beim letzten Punkt die Frauen benachteiligt.

### BEISPIELE: SEX, GENDER UND GESUNDHEIT

#### Männer

- Mehr Totgeburten, Säuglingssterblichkeit, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen beim männlichen Geschlecht.
- Lebenserwartung bei 2001 geborenen Jungen 76 Jahre.

#### Frauen

- Lebenserwartung bei 2001 geborenen Mädchen: 82 Jahre.
- Frauen erleiden seltener als Männer Herzinfarkte, die diesbezügliche Sterberate ist bei ihnen aber höher.

7

Ergänzung:

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit gehen auf Kosten des biologischen Geschlechtes. Sehr oft ist der Einfluss von ‚Sex‘ und ‚Gender‘ nicht voneinander zu trennen, z.B. bei den Entwicklungsstörungen der Jungen und den unterschiedlichen Lebens-erwartungen bei Frauen und Männern. Die Östrogene der Frau stellen einen biologischen Schutzfaktor dar, der ergänzt wird durch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (Gender). Für die höhere Sterblichkeitsrate an Herzinfarkt können folgende Genderfaktoren verantwortlich gemacht werden: Ältere Frauen leben häufig allein, Hilfe erfolgt zu spät; Frauen spielen ihre Beschwerden Partnern und Kindern gegenüber herunter; Ärzte denken eher beim Mann als der Frau an einen Herzinfarkt, die Beschwerdeschilderung entspricht nicht dem Lehrbuchwissen der Ärzte, das an männlichen Schilderungen orientiert ist.

### DATEN ZUM KONSUMVERHALTEN

- 65% der Raucher von >20 Zig. / Tag sind Männer.
- 65% der auffälligen Alkoholkonsumenten sind Männer.
- 30% der Männer, 10% der Frauen sind von tabak- und / oder alkoholbezogener Mortalität betroffen.
- 65% der auffälligen Konsumenten illegaler Drogen sind Männer. 2003 waren 83% der Drogentoten in D Männer.
- 65% der Medikamentenabhängigen sind Frauen.
- 90% der Essgestörten (Anorexie und Bulimie) sind Frauen (BED 65% Frauen).
- 90% der pathologischen Glücksspieler sind Männer.

8

Ergänzung:

BED = Binge Eating Disorder, früher Esssucht.

### IST - ZUSTAND IN DER SUCHTKRANKENHILFE (1)

- Die Suchtkrankenhilfe verhält sich wie die Medizin:
- Männer sind die Norm. Eine kritisch-emanzipatorische Haltung gegenüber tradierten Konzepten von Männlichkeit findet sich jedoch nur selten. Männergerechte Konzepte sind die Ausnahme.
  - Mangelnde Selbstbehauptungsfähigkeit der Frauen und das Durchsetzungsbestreben der Männer reinitiiert oder schreibt bestehende Abhängigkeits-/ Dominanzverhältnisse fort.
  - Männliche und weibliche Helfer und Klienten bleiben in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken.

9

Ergänzung:

In stationären, gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen, die weder Frauengruppen noch Frauen-Rückzugsräume bereitstellen, waren und sind Patientinnen sowohl durch ihre geringe Anzahl an der Gesamtpatientengruppe benachteiligt, als auch durch die Nichtbeachtung frauen-typischer Sucht-ursachen und -verläufe.

### IST - ZUSTAND IN DER SUCHTKRANKENHILFE (2)

- Seit 30 Jahren gibt es Frauenangebote: Frauen- und Indikationsgruppen, Frauen-Stationen und Frauenfachkliniken.
- Geschlechtsspezifische ist Frauen-Suchtarbeit. Diese eher geduldeten, 'alternativen' Angebote haben folgerichtig zu einer Abgrenzungsideologie und nicht zur selbstverständlichen Implementierung in die Suchtkrankenversorgung geführt.
- Allgemeine Akzeptanz gegenüber Frauenbelangen bei deren traditioneller Rolle als Mutter.

10

Ergänzung:

Allerdings bedeutet z.B. im stationären Bereich die Aufnahme von Müttern und ihren Kindern typischerweise nicht, dass die Rolle als Mutter bearbeitet wird oder Kinder pädagogisch unterstützt werden, sondern sie dient eher als Anreiz, den süchtigen Müttern eine stationäre Behandlung zu ermöglichen, was ist sicherlich ein Fortschritt ist.

### SUCHT - URSACHEN BEI BEIDEN GESCHLECHTERN

- Negative soziale Faktoren in der Kindheit: Sucht in der Herkunftsfamilie, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse, negative Kindheitsereignisse (Fremdunterbringung).
- Hoher Entwicklungsstress, anhaltendes Leistungsversagen, Peer Group als Familienersatz.
- Gewalt vor dem 16. Lbj.: Seelische (80%), körperliche (30%), sexuelle (45% der Frauen, 16% der Männer).
- Mangelndes Selbstwertgefühl, gestörte / mangelhafte Geschlechtsidentität.

11

### SUCHT - URSACHEN BEI FRAUEN

- 1980er Jahre: Weibliche Sozialisation = Abhängigkeit
- Heute: Veränderung tradierter sozialer Rollen, was zum Konvergenz-Effekt führt
- Instrumentalisierung des Körpers für Schönheit
- Ohnmachtserfahrungen
- Passivität und Opferhaltung

12

Ergänzung:

Das Konsumverhalten von Frauen und Männern gleicht sich an, da Frauen zunehmend, vor allem im Berufsleben, männliche Verhaltensweisen annehmen (müssen), was zum erhöhten Konsumverhalten bei Frauen führt. Traditionelle Rollen stellen demnach auch einen Schutzfaktor dar.

Die Instrumentalisierung des Körpers wird insbesondere bei den Essstörungen deutlich.

### SUCHT - URSACHEN BEI MÄNNERN

- Mangel an männlichen Bezugspersonen
- Instrumentell / funktionell geprägtes Selbst- und Körperkonzept
- Stummheit, Alleinsein, Rationalität, Kontrolle
- Defizitäres Gesundheitsverhalten
- Externalisierendes, risikoreiches Verhalten auch als ‚Doing gender with drugs‘
- Positive Erwartungshaltung an Drogen, besonders in Bezug auf Machtzuwachs

13

Ergänzung:

Der Mann stellt Körper und Seele in den Dienst von männertypischen Zielen, wie Erfolg und Macht. Dies ist auch ablesbar an der Tendenz ärztliche Untersuchungen nicht in Anspruch zu nehmen und emotionale Bereiche zu vernachlässigen.

### BESONDERHEITEN DER SUCHT BEI FRAUEN

- Teleskopeffekt
- Unauffälligkeit des Agierens
- Psychische Komorbidität
- Prostitutionsrisiken: Geschlechtskrankheiten, HIV-Infektionen, Gewalt
- Soziale Stigmatisierung besonders groß
- Mangelnde familiäre Unterstützung beim Ausstiegswunsch
- Stabile Sucht-Partnerschaften (77%); (Männer 33%)
- Kinderversorgung
- Embryopathie

14

Ergänzung:

Sucht entwickelt sich bei Frauen schneller als bei Männern und zeitigt früher Begleiterkrankungen, wofür biologische Faktoren (z.B. geringere Abbaufähigkeit von Alkohol im Magen) verantwortlich zu machen sind. Da Suchtverhalten bei Frauen weniger akzeptiert wird als bei Männern könnten auch Genderfaktoren für einen schnelleren ‚Abstieg‘ verantwortlich gemacht werden. Bei der höheren psychischen Komorbidität bei Frauen muss auch ein ‚Gender-Bias (-Fehler)‘ berücksichtigt werden, da Frauen generell eine höhere psychische Labilität als Männern zugeschrieben wird.

### BESONDERHEITEN DER SUCHT BEI MÄNNERN

- Drogen und Gewalt
- Hohes Risikoverhalten
- Juristische Probleme
- Geringe Therapiebereitschaft
- Ursächliche Gewalterfahrungen werden nicht benannt und erkannt

15

Ergänzung:

Das höhere Risikoverhalten, auch in der Sucht, ist ablesbar an der höheren Sterblichkeitsrate bei suchtverursachten Erkrankungen bei Männern, verglichen mit Frauen.

Das Thema der erlittenen Gewalt in Kindheit und Jugend wird bei männlichen Süchtigen höchstwahrscheinlich deutlich unterschätzt, weil das Bild des ohnmächtigen, weinenden, kraftlosen Jungen und Mannes bei Patienten (und Patientinnen) und Beratern / Therapeuten (und Beraterinnen / Therapeutinnen) nicht existiert.

### THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GÜLTIG FÜR BEIDE GESCHLECHTER

- Gender hat Einfluss auf Suchtursachen und Suchtverlauf.
- Süchtige mit Gewalterfahrungen weisen einen frühen Suchtbeginn, risikoreiche Konsumformen, hohe Komorbidität und negative Therapieergebnisse auf.
- Süchtige mit Gewalterfahrungen profitieren besonders gut von gleichgeschlechtlichen und häufigen Therapiekontakten.

16

Ergänzung:

Gender muss nicht nur generell, sondern insbesondere als Einflussgröße bei Gewalt-erfahrungen, die wiederum eng mit Sucht-entwicklungen verknüpft sind, berücksichtigt werden.

**THERAPIERELEVANTE ERKENNTNISSE, GENDERTYPISCH**

- Frauen lehnen Behandlungen mit anderen Frauen und durch Therapeutinnen ab.
- Männer entwickeln soziale Fähigkeiten besonders gut in gemischtgeschlechtlichen Gruppen.
- Männer profitieren besonders von strukturierten Gruppen, die auf Kognition zielen und gültige Überzeugungen vermitteln (AA).
- Frauen profitieren von wenig strukturierten Gruppen, die Gefühlsbearbeitung integrieren sowie Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit stärken.

17

Nachfolgend werden drei weitere Erkenntnisbereiche vorgestellt, die für gendersensibles und Qualitäts-handeln in der Suchtkrankenhilfe entscheidend sind.

**WEITERE ERKENNTNISSE (1): PSYCHOSOZIALE PROBLEME**

- Die meisten als geschlechtsspezifisch reklamierten Themen sind genderübergreifend: Selbstwert, Rollenverständnis, Partnerschaft, Einengung von Handlungsspielräumen, Scham-/ Schuldgefühle, unterdrückte Emotionalität, Kommunikation, Gewalt.
- Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch, sondern wie sie erfahren / gelebt wurden und wie sie therapeutisch bearbeitet werden.

18

Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch, sondern wie sie erfahren / gelebt wurden und wie sie therapeutisch bearbeitet werden.

**WEITERE ERKENNTNISSE (2): UNTERSCHIEDE INNERHALB EINER GENDERGRUPPE**

Unabhängig von Gender:

- Je belastender die Lebenserfahrungen, desto früher treten seelische Störungen (Sucht) auf, desto schwerer sind sie und ziehen jeweils anderen Drogengebrauch nach sich.
- Spezifische Risikokonstellationen kennzeichnen die Subgruppen der weiblichen und männlichen Süchtigen.
- Sind die suchtbezogenen Gemeinsamkeiten zwischen weiblichen und männlichen Alkoholikern größer als die zwischen einer Alkoholikerin und einer Frau, die abhängig ist von illegalen Drogen?

19

Ergänzung:

Nicht nur zwischen den Geschlechtern sondern auch innerhalb einer Gendergruppe muss differenziert werden, um den jeweiligen Subgruppen die bestmögliche Beratung / Therapie zukommen lassen zu können. Allerdings verfügen wir bis heute nicht über Kenntnisse bezüglich eines differenzierten therapeutischen Zugangs, etwa abhängig von den konsumierten Drogen oder Suchtverhaltensweisen, die ihrerseits abhängig von den Suchtursachen sind.

**WEITERE ERKENNTNISSE (3): DIFFERENZIERTE BERÜCKSICHTIGUNG**

Neben Gender müssen berücksichtigt werden:

- Soziale Lage
- Bildung
- Alter
- Ethnische Merkmale

Differenzierte Berücksichtigung von Gender bei unterschiedlichen Zielen:

- Sicherung des Überlebens,
- Förderung der Änderungsmotivation,
- instabile bis zufriedene Abstinenz.

20

Ergänzung:

Gender wird, abhängig vom therapeutischen Ziel, eine jeweils andere Berücksichtigung finden müssen. Eine geringere bei der Behandlung von Intoxikationen, eine unabdingbare zur Erreichung von Abstinenz.

**VORAUSSETZUNGEN ZUR UMSETZUNG VON GENDER-SUCHTARBEIT: WISSEN**

- Vorhandenes Gender-Wissen muss wissenschaftlich überprüft werden.
- Gesicherte Erkenntnisse müssen genutzt werden.
- Wissenslücken müssen gefüllt werden.

21

**POLITISCHE VORAUSSETZUNGEN**

- Berücksichtigung von Gender in allen Gesundheitsbereichen und in der Forschung durch Städte, Kantone/Länder und Bund.
- Leistungsträger müssen gendergerechte Arbeit zur Qualitätssteigerung verlangen.
- Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen gendergerecht gestaltet sein.

22

**INSTITUTIONELLE VORAUSSETZUNGEN**

**Gendergerechte Strukturen**

- Organisationsstruktur (Geschlechterdemokratie)
- Konzeptionelle Ebene
- Entscheidungsebene

**Gendersensibles Personalmanagement**

- Stellenbesetzung
- Teilzeit-, Vollzeitbeschäftigung
- Hierarchien
- Genderkompetenz, Qualifizierung

**Gendersensible Evaluation**

- Strukturen, Konzepte, Personal, Patienten
- Instrumente zur Datenerhebung

23

Folgend werden unterschiedliche Aspekte von Gender-Fachlichkeit, als wesentliche Voraus-setzung für gendergerechtes Arbeiten, vorgestellt.

**GENDER - FACHLICHKEIT (1)**

**Professionen**

Erwerb von Genderkompetenz durch

- Reflexion der eigenen sozialen Geschlechtlichkeit und
- Reflexion der Einstellung zu Weiblichkeit und Männlichkeit bei anderen.
- Die in der Suchtarbeit Tätigen müssen Genderkompetenz in Aus-, Fort- und Weiterbildungen erwerben.
- Die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden müssen ihre Genderkompetenz hinterfragen und erweitern.

24

Ergänzung:

Frauenspezifisches Arbeiten muss nicht automatisch frauengerechtes oder frauensensibles Arbeiten bedeuten, da hier nicht hinterfragte Vorstellungen über das, was frauentypisch ist, existieren können. Deshalb sind die schon geschlechtsspezifisch Arbeitenden aufgerufen, ihr Handeln zu hinterfragen. Dies gilt explizit auch für die typischerweise an Männern orientierte Suchtarbeit, die jedoch überwiegend nicht männersensibel ist.

**GENDER – FACHLICHKEIT (2)**

**Betroffene**

- Wahlfreiheit bezüglich der Behandlung
- Indikationsgruppen
- Räumlichkeiten nur für Frauen
- Kinderbetreuung
- Einbezug der jeweils geschlechtstypischen Lebenssituation (Beruf, Familie, Erziehung, ..)
- Weiterentwicklung, Überprüfung von Maßnahmen

25

Ergänzung:

Auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten muss einerseits Rücksicht genommen werden. Andererseits müssen einengende Vorstellungen der Klientinnen und Klienten hinterfragt und bearbeitet werden.



**GENDER – FACHLICHKEIT (3)**

**Geschlechtsspezifische Angebote**  
 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,
- zur Überwindung eines einengenden Rollenverständnisses,
- um Schutz zu gewähren,
- um Chancen zu geben, sich seelischen Krankheiten zu nähern und sie zu integrieren.

26

**GENDER – FACHLICHKEIT (4)**

**Geschlechterübergreifende Angebote**

- Ermöglichung gegenseitigen Verstehens und gegenseitigen Lernens.
- Entwicklung achtungsvoller Dialog- und Handlungsfähigkeit, um einen respekt- und achtungsvollen Umgang miteinander zu ermöglichen.

27

Ergänzung:  
 Wann in der Beratung/Therapie welches Vorgehen (mono- oder gemischt-geschlechtliches) notwendig und richtig ist, muss mit den Betroffenen erarbeitet werden.

**PRÄVENTION UND GENDER**

- Aufklärung über Suchtgefahren muss die *gefährdeten* Mädchen und Jungen erreichen.
- Gendertypische Verhaltensweisen müssen in Frage gestellt und neue Normen entwickelt werden, um Handlungsspielräume zu erweitern und den Betroffenen die ‚gesündere Wahl‘ zu ermöglichen.
- Für Mädchen/Jungen süchtiger Eltern müssen systematische, qualitativ gesicherte soziotherapeutische Angebote Teil der präventiven Arbeit und in der ambulanten und stationären Suchtkrankenversorgung werden.

28

Ergänzung:  
 Neben den auf die Allgemeinbevölkerung gerichteten Präventionsangeboten müssen solche für besonders gefährdete Gruppen angeboten werden. Diese müssen geschlechtsspezifisch sein, da höchst-wahrscheinlich die Identität als Mädchen oder Junge in diesen Gruppen schon beschädigt ist.

**DIE ZUKUNFT**

- Vermeidung der Gefahr, dass sich zwei feindliche Gender-Lager gegenüber stehen, die anfangen, um finanzielle Ressourcen streiten.
- Das Europaparlament hat eine geschlechterspezifische systematische Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung abgelehnt.  
(DÄ 09.09.05)

29

**WIE KANN BEGONNEN WERDEN?**

- Es wird notwendig sein, dort zu beginnen, wo jede und jeder sich ‚sicher‘ fühlt und den größten Erfolg vermuten kann, abhängig von Vorerfahrungen und persönlichen Stärken.
- Es hat keinen Sinn, auf die Unterstützung der Politik oder finanzielle Unterstützung zu warten.

30