

DHS-Grundsatzpapier

Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten

Dieses Grundsatzpapier verfolgt die Absicht, jede Einrichtung und Organisation in der Suchthilfe sowie Wissenschaft und Lehre in diesem Bereich für die Notwendigkeiten einer geschlechtersensiblen Sichtweise zu sensibilisieren, welche die männerspezifische und frauenspezifische Lebensweisen und Arbeitsbedingungen thematisiert. Das Papier soll auch zur Diskussion und Entwicklung eigener Strategien und Maßnahmen anregen und motivieren, den Auftrag des Gender Mainstreaming anzunehmen. Ziel ist es, die Qualität der Hilfen durch Einbeziehung von Gender Mainstreaming weiter zu verbessern. Damit wird gleichzeitig ein Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation der von Sucht betroffenen Menschen geleistet sowie zur Chancengleichheit der Geschlechter.

In der historischen, traditionellen Entwicklung des letzten Jahrhunderts war es verbreitet, Männer und Frauen in getrennten stationären Einrichtungen zu behandeln. Weder in diesen noch in den sich etablierenden gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen wurde die Bedeutung des eigenen Geschlechts - im Sinne von Gender - im Zusammenhang mit den Entstehungsbedingungen von Abhängigkeit, der Lebenssituation und der sozialen Rolle thematisiert. In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde die Auseinandersetzung in Praxis und Forschung der Suchthilfe, vor allem im Bereich frauenspezifischer Inhalte und Konzepte weiterentwickelt. Die Anregungen und Konzeptentwicklungen wurden von einigen aktiven Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen der Suchthilfe getragen und von Wissenschaftlerinnen begleitet (vgl.: „Frauenspezifische Suchtarbeit“, 1995; „Zur Situation der Frauen im Suchtbereich“, 1988). Das führte zum Aufbau einiger ambulanter und stationärer Einrichtungen für Frauen, die deren Bedürfnisse konzeptionell berücksichtigen. In bestehenden gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wurden, teilweise parallel zu den bestehenden Behandlungsangeboten, geschlechtsspezifische Indikationsgruppen eingerichtet.

1 Begriffsklärung

Der Begriff „gender“ stammt aus dem Englischen und bezeichnet – in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht - die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern, sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Weil sich diese historisch und gesellschaftlich wandeln können, sind sie einer Gestaltung und Veränderung zugänglich. „Mainstreaming“ (von engl. mainstream = Hauptstrom) bedeutet, die Frage nach den Auswirkungen jeglicher Maßnahmen in allen Bereichen gesellschaftlichen Zusammenlebens jeweils für Männer und Frauen zu einem selbstverständlichen Bestandteil aller Entscheidungen, Prozesse und Reflektionen zu machen.

Gender Mainstreaming ist eine verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten. Diese wurde auf den Ebenen des Bundes und der Länder gesetzlich verankert und die Umsetzung wird mit Hilfe struktureller Maßnahmen gefördert. Durch die Weltgesundheitsorganisation WHO wurde darüber hinaus die Notwendigkeit von Gender Mainstreaming für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik und -praxis formuliert (Sonntag, 2002), woraus sich die Anwendung auf den Suchtbereich zwingend ableitet.

Gender Mainstreaming ist eine Aufgabe der Entscheidungstragenden und Leitungsverantwortlichen wie auch von Mitarbeitenden, in allen Bereichen des Suchthilfesystems (Politik,

Forschung, Prävention, Beratung, Behandlung, Nachsorge, Selbsthilfe etc.) das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern zu verwirklichen¹. Dabei wird zum einen die Ebene der Organisationen und Einrichtungen mit ihren Beschäftigten berücksichtigt. Zum anderen setzt Gender Mainstreaming die weitere Behebung der vielfach aufgezeigten Defizite und Ungleichbehandlung von Frauen als „Kundinnen“ der Suchthilfe voraus und baut auf den Erkenntnissen frauenspezifischer Suchtforschung und -praxis auf. Darüber hinaus wird Gender Mainstreaming als konsequente Ergänzung und Weiterentwicklung der frauenbezogenen Sichtweise verstanden, welche zusätzlich erlaubt, eine gendersensible Perspektive auch auf Männer anzuwenden.

2 Männer und Frauen in der Suchthilfe

Männer und Frauen sind unterschiedlich in der Versorgung von Suchtkranken repräsentiert. In ambulanten Einrichtungen sind 78% der Klienten mit eigener Problematik männlich, in stationären Einrichtungen liegt ihr Anteil bei 75% (Welsch & Sonntag, 2003). Im Jahr 2002 haben insgesamt 2.754 Frauen (27,9%) und 7.126 Männer (72,1%) eine ambulante Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen. Weitere 7.972 Frauen (19%) und 33.933 Männer (81%) schlossen eine stationäre Entwöhnung ab (Leune, 2003). Frauen entscheiden sich häufiger für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung. Dies wird unter anderem mit Schwierigkeiten, die Versorgung der Kinder während eines stationären Aufenthalts zu regeln, erklärt. Spezielle Angebote für Frauen bieten mittlerweile viele der ambulanten und stationären Einrichtungen, in denen Frauen und Männer gemeinsam behandelt werden, an. Angebote, welche männerspezifische Problemlagen, Lebensbedingungen und Identitätskonzepte explizit berücksichtigen, wurden bisher kaum beschrieben und konzeptionell verankert. Genaue Daten liegen allerdings zu beiden Bereichen nicht vor. Auffällig ist der hohe Anteil Angehöriger suchtkranker Familienmitglieder unter den der Rat suchenden Frauen in ambulanten Beratungsstellen: etwa 20%. Der Anteil Angehöriger unter den männlichen Beratungsstellenbesuchern beträgt dagegen 2,2%.

Die Organisationen und Einrichtungen der Suchthilfe handeln im gesellschaftlichen Auftrag zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Suchtproblemen. Zum einen wird die Öffentlichkeit durch suchtpreventive Aktionen sensibilisiert und über gesundheitliche und soziale Risiken des Suchtmittelkonsums aufgeklärt. Des Weiteren werden für Suchtmittelkonsumierende und -abhängige und ihre Bezugspersonen differenzierte Angebote entwickelt: von der Information und Motivation über Beratung und Behandlung bis hin zur Nachsorge und zur organisierten Selbsthilfe. Innerhalb der verschiedenen Arbeitsfelder halten die Suchthilfeeinrichtungen spezialisierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen vor. Der Zugang erfolgt je nach Lebensalter, nach Verlauf der Suchtentwicklung, nach vorhandenen familiären Bezügen oder nach Art und Ausmaß der sozialen Folgewirkungen und Desintegration. Biologische, psychische und soziale Ursachen und Folgen der Suchterkrankung sind bei Männern und Frauen oft unterschiedlich. Daher divergieren auch deren Zugangschancen zu den Angeboten der Suchthilfe und ihre jeweiligen Behandlungsbedürfnisse. Dies muss entsprechenden Niederschlag in der Angebotsstruktur finden. Eine notwendige, qualitative Weiterentwicklung zielt daher auf die Umsetzung von geschlechtersensiblen Perspektiven in den Strukturen und Angeboten der Suchthilfe.

Arbeitsplatzverluste der Suchtkranken, Überschuldung, psychische Belastungen sowie ein erhöhtes Krankheitsrisiko führen nicht nur bei den suchtkranken Menschen selbst zu gesellschaftlicher Ausgrenzung und zunehmender Isolation, auch für deren Angehörige sind geeignete Präventions- und Behandlungsansätze erforderlich, um Gesundheit und eine adäquate gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Zahl Hilfe suchender weiblicher Angehöriger in ambulanten Einrichtungen rund zehnmal höher ist, als die der Hilfe suchenden männlichen Angehörigen (Welsch & Sonntag, 2003).

Aber auch Kinder müssen als Angehörige Beachtung finden. Das Risiko von Söhnen und Töchtern suchtkranker Eltern, selbst suchtkrank zu werden oder sich an suchtkranke Partner zu binden, ist evident (Klein & Zobel, 1999).

¹ entsprechend der Definition des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002.

Die konzeptionelle und strukturelle Verankerung geschlechtsspezifischer Arbeit sowie die Beseitigung von Zugangshemmnissen, wie z.B. fehlenden Kinderbetreuungsmöglichkeiten, dienen dem therapeutischen Erfolg und damit dem Behandlungsauftrag der Suchthilfe. Im Hinblick auf das Prinzip der Förderung der Chancengleichheit beider Geschlechter, ob in gleich- oder gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen, werden durch die Ausrichtung auf männerspezifische und auf frauenspezifische Behandlungsbedürfnisse für suchtkranke Männer und Frauen neue Behandlungsqualitäten erreicht.

3 Konsum und Verhalten

Frauen und Männer unterscheiden sich bezüglich Ursachen und Verläufen von Suchterkrankungen sowie hinsichtlich ihrer bevorzugten Suchtmittel, Konsummuster und komorbiden Störungen. Auch Ess-Störungen und Pathologisches Glücksspielen treten geschlechtsspezifisch unterschiedlich auf. Die Zuordnung dieser Erkrankungen zu den Süchten ist nicht unumstritten, da sich die diagnostischen Kriterien für Abhängigkeit im Wesentlichen auf Substanzgebrauch und -wirkungen beziehen. Allerdings sprechen nicht nur das subjektive Erleben vieler Betroffener sowie die hieraus erwachsenen Behandlungsstrukturen dafür, diese Erkrankungen auch im Suchtkontext zu behandeln. Zudem muss das Auftreten von Pathologischem Glücksspiel und von Ess-Störungen auch als komorbide Störung berücksichtigt werden. Weitere komorbide Störungen (z.B. Depression, Angst-, Posttraumatische Belastungsstörung) treten bei suchtkranken Frauen häufiger auf und gehen der Substanzstörung auch häufiger voraus als bei Männern (Lieb & Isensee, 2002). Die verfügbaren epidemiologischen Daten zu den verschiedenen Abhängigkeiten können je nach den unterschiedlichen Erhebungsformen und Veröffentlichungen schwanken.

Alkohol (Kraus & Augustin, 2001): Für das Jahr 2000 wurden 1,5 Millionen Alkoholabhängige geschätzt. Die Ergebnisse zeigen eine 12-Monats-Prävalenz von 1,3% bei den Frauen und 4,8% bei den Männern. Nach wie vor trinken Männer deutlich mehr Alkohol als Frauen und weisen riskantere Konsummuster auf. Dennoch ist bei Frauen in den letzten Jahren ein steigender Alkoholkonsum zu beobachten, eine Angleichung an männliche Trinkmuster. Ein Vergleich europäischer Studien zum Alkoholkonsum von Frauen deutet zudem darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Leben in gesellschaftlich weniger anerkannten Rollen (z.B. in Deutschland alleinstehende, berufstätige Frauen) und einem hohen Alkoholkonsum besteht (Gmel, Bloomfield, Ahlström, Choquet & Lecomte, 2000).

Medikamente (Kraus & Augustin, 2001): Frauen nehmen bis zu zweimal häufiger als Männer psychoaktive Medikamente ein. Die 12-Monats-Prävalenz für Medikamentenabhängigkeit (hier: Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz-, Anregungsmittel und Appetitzügler) beträgt 3,2% der weiblichen Wohnbevölkerung sowie rund 2,5% der männlichen. Sie steigt mit zunehmendem Alter. Von den mind. 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen sind ca. 1,1 Millionen von Beruhigungs- und Schlafmitteln aus der Benzodiazepingruppe abhängig (Glaeske, 2003).

Tabak (Kraus & Augustin, 2001): In Deutschland leben 3,9 Millionen Tabakabhängige. Die 12-Monats-Prävalenz der Raucherinnen und Raucher wurde im Jahr 2000 bei Frauen mit rund 31% und bei den Männern mit rund 39% der Wohnbevölkerung beziffert. Die Prävalenzen der Geschlechter nähern sich an, da der Anteil der Raucherinnen leicht zugenommen und jener der Männer dagegen leicht abgenommen hat. Insbesondere greifen Mädchen mittlerweile häufiger zur Zigarette als ihre Altersgenossen (Richter & Settertobulte, 2003).

Illegale Drogen (Kraus & Augustin, 2001): Von illegalen Drogen sind in Deutschland schätzungsweise 290.000 Menschen abhängig. Die Prävalenzwerte der Männer liegen bei 0,9%, die der Frauen bei 0,4%. Bei beiden Geschlechtern überwiegt im Bereich illegaler Drogen der Cannabiskonsum.

Pathologisches Glücksspiel: Verlässliche Angaben zur Prävalenz des Pathologischen Glücksspiels liegen für die Bundesrepublik Deutschland bislang nicht vor. Allein auf Geldspielautomaten bezogen werden bis zu 30.000 Personen mit pathologischem Spielverhalten geschätzt (Bühringer & Türk, 1999). Andere Quellen ergeben unter Einbeziehung aller Glücksspielformen in einer groben Schätzung auf der Basis der

Glücksspielformen in einer groben Schätzung auf der Basis der Therapienachfrage in ambulanten Suchtberatungsstellen bis zu 150.000 beratungs- und behandlungsbedürftige Spieler/-innen in Deutschland (Meyer, 2003). Bei etwa 90% der Glücksspieler/-innen handelt es sich um Männer.

Ess-Störungen: Unter dem Begriff Ess-Störung werden mehrere Erkrankungen zusammengefasst, für die bisher ebenfalls zuverlässige Zahlen fehlen. Von Bulimie und Anorexie sind zu ca. 95% Frauen betroffen. Die Prävalenz dieser beiden Krankheitsbilder liegt in der Altersgruppe von 14 - 35 Jahren bei ca. 5%. Neben diesen Erkrankungen wird seit 1994 das Binge Eating (Ess-Störung mit „Fressattacken“) als eigenständiges Krankheitsbild untersucht. Hierunter leiden 20 - 30% aller übergewichtigen Patientinnen und Patienten, die Behandlung suchen. Von dieser Störung sind zu zwei Dritteln Frauen betroffen (Krüger, Reich, Buchheim & Cierpka, 2001).

4 Strukturelle Aspekte der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Suchthilfe

In allen relevanten Bereichen des Suchthilfesystems (Politik, Forschung, Prävention, Beratung, Behandlung, Nachsorge, Selbsthilfe etc.) arbeiten sowohl Männer als auch Frauen. Im Unterschied zur Klientel der Suchthilfe liegt über die Geschlechterverteilung der dort Beschäftigten keine Statistik (Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Voll- bzw. Teilzeitstellen) vor. Es ist zu vermuten, dass die Beschäftigtenstruktur der in anderen Bereichen ähnelt, d.h. Männer besetzen häufiger obere Hierarchieebenen und Vollzeitstellen während Frauen häufiger in Teilzeitstellen auf niedrigeren Hierarchieebenen in direktem Kontakt mit den überwiegend männlichen Suchtkranken arbeiten. Nach wie vor ist davon auszugehen, dass die Umsetzung frauen- bzw. gender-orientierter Behandlungsbedingungen in erster Linie auf dem Interesse und dem Engagement der Mitarbeiter/-innen beruht sowie auf der Bereitschaft und dem guten Willen von Klinik- und Einrichtungsleitungen, dieses Engagement - auch finanziell - zu unterstützen (Winkler, 2001). Für die Umsetzung stehen gute Praxismodelle zur Verfügung. Die umfassende Berücksichtigung und breite Einführung geschlechtsspezifischer Beratungs-, Behandlungs- und Integrationskonzepte in der Suchthilfe ist noch nicht abgeschlossen. Für die effektive Gestaltung eines differenzierten Hilfesystems für suchtkranke Frauen und Männer ist es notwendig, Gender Mainstreamings dem Top-down-Prinzip folgend in den Organisationen zu implementieren. Entsprechend muss Gender Mainstreaming im Leitbild des Verbandes bzw. der jeweiligen Organisation auf jeder Handlungsebene verankert sein. Insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung (Struktur-, Prozess- und Evaluationsqualität) sind als Leitungsaufgabe geschlechterspezifisch zu bemessen.

Das bedeutet für die Suchthilfe ein systematisches Vorgehen auf allen Ebenen, das durchgängig mit der Fragestellung verbunden werden muss, wie sich Maßnahmen und Hilfeangebote der Suchthilfe, aber auch Gesetzesvorhaben jeweils auf Frauen und Männer, Mädchen und Jungen auswirken und ob und in wie weit diese zum Ziel einer Gleichstellung der Geschlechter beitragen. Bezogen auf einzelne Einrichtungen der Suchthilfe folgt daraus, dass Arbeitsroutinen, Personalentscheidungen und auch Finanzmittel unter Gender-Aspekten analysiert und bewertet werden müssen.

Frauenspezifische Suchtforschung und -praxis hat dies für Frauen bereits reflektiert, entsprechende Kriterien formuliert und überprüft sowie erfolgreich in der Arbeit umgesetzt (Winkler, 2004). In den vergangenen 20 Jahren wurden frauenspezifische Einrichtungen mit vielfältigen Beratungs- und Behandlungsangeboten aufgebaut, um suchtkranken Frauen beim Ausstieg aus dem Suchtkreislauf einen besonderen Schutzraum und effektive Hilfe zu bieten. Angebote mit einem entsprechenden männerspezifischen Ansatz sind bislang nicht bekannt.

5 Chancen, Lösungsvorschläge

Als institutionelles Leitprinzip ist Gender Mainstreaming untrennbar mit Qualitäts- und Effizienzaspekten verbunden. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung und -entwicklung verlangt Gender Mainstreaming Definitionen, Zielsetzungen und Standards für die frauen- und männerspezifische Suchtarbeit. In Bezug auf die institutionelle Umsetzung existieren bereits Konzepte, die auch auf das Gebiet der Suchthilfe übertragen werden können².

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen sind Entscheidungen zu treffen, wie ein Ansatz, der die Differenz der Geschlechter ausreichend berücksichtigt, in die entsprechenden Institutionen der Suchthilfe transportiert werden kann. Es ist notwendig, Empfehlungen für ein geschlechterspezifisches Handeln zu benennen und Strategien für deren Umsetzung in Verbänden und Einrichtungen der Suchthilfe zu entwickeln. Für die Bereiche Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge müssen Konzepte konkretisiert und in den einzelnen Maßnahmen verankert werden.

Sowohl strukturelle als auch konzeptionelle Bedingungen erschweren den Zugang von Frauen zur professionellen Suchthilfe. Um den Zugang zu therapeutischen Angeboten sicherzustellen, müssen nicht nur geschlechterspezifische Problemlagen (Medikamentenabhängigkeit, nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten, Komorbidität, sexualisierte Gewalt, Betreuungsverantwortung für Kinder) inhaltlich und strukturell in die Behandlungsangebote Eingang finden. Auch muss berücksichtigt werden, dass Minderheitenpositionen in gemischtgeschlechtlichen Angeboten den therapeutischen Erfolg gefährden (Winkler, 2001). Dies betrifft Frauen allgemein in gemischtgeschlechtlichen Settings in der Suchthilfe. Entsprechende Ungleichgewichte sind auch für Männer anzunehmen, die bestimmte Angebote wahrnehmen möchten (z.B. alleinerziehende Väter in Eltern-Kind Gruppen).

Insgesamt ist die Datenlage zu vielen Fragen der Abhängigkeit bei Frauen und Männern noch nicht zufrieden stellend. Eine konsequente Weiterentwicklung und Differenzierung der Erhebung und Interpretation von Daten in den verschiedenen Bereichen der Suchthilfe ist notwendige Voraussetzung für die passgenaue Planung und Implementierung zielgruppenorientierter Angebote.

5.1 Ansatzpunkte für die Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming auf Angebotsebene

- Ermittlung geschlechterspezifischer Bedürfnisse suchtkranker Patienten/-innen in der ambulanten und stationären Beratung und Therapie (Patienten/-innenzufriedenheit)
- Abbau von Schwellen und Ermöglichung des Zugangs für Frauen und Männer zu Angeboten in allen Segmenten des Suchthilfesystems: Prävention, Diagnostik, Beratung, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge
- Integration zielgruppenspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote z. B. für Eltern und deren Kinder oder für schwangere Drogenabhängige in das ambulante und stationäre Setting
- Entwicklung differenzierter und zielgruppenorientierter Präventions- und Beratungs-, und Behandlungsangebote für Mädchen und Jungen
- Entwicklung einer männerspezifischen Suchtarbeit, die entsprechend der frauenspezifischen Suchtarbeit gesellschaftliche Strukturen und ihre Auswirkungen auf Individuen analysiert und in die Praxis einbezieht
- Koordination und Vernetzung mit geschlechterspezifischen Angeboten sowie allgemeinen Hilfeangeboten auch außerhalb des Suchthilfesystems (Schwangerschaftskonfliktberatung, Jugendhilfe, Strafvollzug etc.)
- Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Menschen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede

5.2 Ansatzpunkte für die Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming auf institutioneller Ebene

² Vgl. www.text.gender-mainstreaming.net.

- Geschlechterdifferenzierte Daten und Frageraster (Statistiken, Dokumentationen, Checklisten, Leitlinien, Geschlechterverträglichkeitsprüfungen u. a.), die sich zur institutionellen Analyse und Einschätzung der Sachlage heranziehen lassen
- Sensibilisierung von Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe und Selbsthilfe bzgl. geschlechterspezifischer Unterschiede, z. B. durch prozessunterstützende Gender-Trainings, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befähigen, gleichstellungsrelevante Aspekte in ihrem Arbeitsfeld zu erkennen und in ihre berufliche Praxis zu integrieren
- Konsultationsinstrumente wie z. B. die Einrichtung von Lenkungs- und Steuerungsgruppen oder die Durchführung von Anhörungen und Befragungen, die insbesondere aus Sicht der Verbände und Netzwerke der Suchthilfe von Interesse sein mögen
- Überprüfung und Erhöhung der Wirksamkeit vorhandener Konzepte und Entwicklung von Kernmerkmalen zur Qualitätssicherung geschlechterspezifischer Angebote
- Erweiterung der Einrichtungskonzepte in Richtung eines geschlechterspezifischen Handlungsansatzes bzw. Implementierung neuer zielgruppenspezifischer Einrichtungen. Für kleinere Handlungseinheiten, denen paritätisches Handeln nur bedingt möglich ist, sollten Kooperationsmöglichkeiten empfohlen werden
- Bereitstellung von Ressourcen (Zeit, Personal, Finanzen) für die Umsetzung von Gender Mainstreaming

5.3 Ansatzpunkte für die Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming auf wissenschaftlicher Ebene

- Förderung geschlechterspezifischer klinischer, medizinsoziologischer und epidemiologischer Forschung, mit angemessener Anzahl weiblicher Probandinnen
- Förderung des Wissenstransfers zwischen Forschung und Praxis – insbesondere die umfassende Dokumentation zur geschlechterspezifischen Suchtarbeit und die Übermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis

6 Fazit

Die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming in der Suchthilfe ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Weiterentwicklung von Hilfeangeboten für Frauen und Männer mit Suchtproblemen in Forschung, Lehre und Politik.

Unterschiede mit Blick auf das soziale Geschlecht sowohl in der Genese als auch in der Aufarbeitung einer Suchtproblematik müssen in Organisationen, Verbänden und Einrichtungen der Suchthilfe verstärkt eingebunden werden. Eine Stereotypisierung ist dabei zu vermeiden, denn weder Männer noch Frauen können als homogene Gruppen betrachtet werden. Vielmehr gilt es, den vielfältigen Bedürfnissen, Notwendigkeiten und Kompetenzen von Frauen und Männern in ihren jeweiligen lebensweltlichen, sozialen und kulturellen Kontexten gerecht zu werden. Die Umsetzung von Gender Mainstreaming in Arbeitskonzepten und Angebotsgestaltung muss im jeweiligen Kontext individuell entwickelt werden. Demzufolge gibt es für die Prozesse des Gender Mainstreaming keine allgemeingültigen Handlungsrichtlinien, wohl aber Eckpunkte, die beachtet werden müssen.

Für die Implementierung und Umsetzung müssen finanzielle, personelle und räumliche Ressourcen sowie Arbeitszeit bereitgestellt werden. Dies setzt Wissen über Struktur und Mechanismen geschlechterspezifischer Ungleichheit voraus. Die Herausforderung, die damit verbunden ist, liegt auf der Hand: Gender Mainstreaming ist ein Prozess, der eine Verständigung auf Ziele und Maßnahmen ebenso erfordert wie die Entwicklung von Strukturen. Eine konsequente Steuerung ist für die praktische Gestaltung von Abläufen sowie für deren Wirksamkeits- und Ergebniskontrolle unabdingbar.

Die DHS fordert alle relevanten Akteure, alle Entscheidungstragenden und Leitungsverantwortlichen auf, Gender Mainstreaming in der Suchthilfe zu verwirklichen und die Gleichstellung von und geschlechtergerechte Arbeit mit Frauen und Männern in allen wesentlichen Bereichen der Suchthilfe nachhaltig zu verankern.

Literatur

- Bühringer, Gerhard; Türk, Dilek (1999): Geldspielautomaten – Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher? Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1995): „Frauenspezifische Suchtarbeit“. Definition vom DHS-Vorstand am 20.09.1995 verabschiedet. Hamm.
- Deutscher Caritasverband (1988): „Zur Situation der Frauen im Suchtbereich“. Christa Merfert-Diete (Hg.). Freiburg.
- Glaeske, Gerd (2003): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland. 64-82.
- Gmel, Gerhard (et al.) (2000): Women´s Roles and Women´s Drinking.. A Comparative Study in Four European Countries. In: Substance Abuse, 21, 4/2000, 249-264.
- Klein, Michael; Zobel, Martin (1999): Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: Fachverband Sucht (Hg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: Neuland. 244-257
- Kraus, Ludwig; Augustin, Rita (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. SUCHT 47, Sonderheft 1.
- Krüger, C. (u.a.) (2001): Essstörungen.. Diagnostik – Epidemiologie - Verläufe. In: Reich, Günter; Cierpka, Manfred (Hg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme. 24-42.
- Leune, Jost (2003): Die Versorgung suchtkrank Menschen – Daten, Fakten und allgemeine Behandlungszahlen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland. 137-150.
- Lieb, Roselind; Isensee, Barbara (2002): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, Franz (Hg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern: Huber.. 31-62.
- Meyer, Gerhard (2003): Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland. 97-111.
- Richter, Matthias; Settertobulte, Wolfgang (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, Klaus (u.a.) (Hg.): Jugendgesundheitssurvey. Weinheim; München: Juventa. 99-157.
- Sonntag, Ute (2002): Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption. In: Psychotherapeutenjournal 0/2002, 16-21.
- Welsch, Karin; Sonntag, Dilek (2003): Deutsche Suchthilfestatistik 2002. SUCHT 49, Sonderheft 1.
- Welsch, Karin; Sonntag, Dilek (2003): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. Trends, Ergebnisse und Zahlen aus Dokumentationen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland. 151-170.
- Winkler, Klaudia (2001): Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (Hg.). Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000. Hannover. 61-75
- Winkler, Klaudia (2004): Frauenspezifische Behandlung bei substanzbezogenen Störungen. In: Sucht 50 (2), 121-127.

(DHS-Vorstandsbeschluss vom 5. Oktober 2004. Erstellt vom DHS-Fachausschuss „Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ unter Mitarbeit von Karin Mohn, Christina Meyer, Christa Merfert-Diete)