



Gender und Sucht

Doris Heinzen-Voß

Karola Ludwig

Empfehlungen:

Genderaspekte

in Institutionen der Suchthilfe

Sabine Klemm-Vetterlein

Studie:

**Geschlechterdifferenzierte Ansätze
in der Behandlung Suchtkranker**

Ergebnisse einer Befragung der Fachkliniken in Nordrhein-Westfalen

Die vorliegende Veröffentlichung ist aus der Idee entstanden, Empfehlungen für eine gendersensible Suchthilfe in Verbindung mit einer aktuellen Studie zu geschlechterdifferenzierten Ansätzen in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in Nordrhein-Westfalen vorzustellen.

Die Themenstellungen nehmen die aktuellen Diskussionen auf, vertiefen sie und werfen den Blick auf zukünftige Bedarfe und Entwicklungen. Sie wollen den Prozess der Auseinandersetzung mit dem Thema Gender und Sucht reflektieren und weiterbringen. Dabei sind die Empfehlungen prozessorientiert angelegt – das heißt, sie unterliegen dem ständigen Prozess der fachlichen Auseinandersetzung und müssen fortgeschrieben werden. Die bereits in 2009 erstellten Empfehlungen wurden für diese Veröffentlichung um ein Glossar ergänzt; das Kapitel »Ausblick« wurde aktualisiert.

Diese Veröffentlichung soll mit dazu beitragen, am Thema Interessierte zu motivieren, genderorientierte Ansätze zu erproben und zu verankern. Die Landeskoordination Integration NRW unterstützt die Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen bei der Umsetzung von Genderaspekten in der fachlichen Arbeit und auf Organisationsebene.

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei den beteiligten Fachkliniken für die Mitwirkung an der Studie sowie bei den Expertinnen und Experten für die aussagekräftigen Interviews.



Inhalt

Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe	4
Einleitung	5
Grundlagen einer gendersensiblen Suchtarbeit	6
Der Einfluss der Kategorie Geschlecht auf die Entwicklung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung	
Genderaspekte und Sucht in der aktuellen Debatte	6
Genderaspekte im Kontext von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit	8
Wahl der Suchtmittel	10
Lebenssituation, Einstiegs- und Konsumverhalten	11
Motive für den Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum	12
Anforderungen an eine gendersensible Suchtarbeit	13
Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung	
Datenerhebung	14
Schwerpunktthemen in Begleitung und Therapie	16
Werte, Ziele und Haltungen	19
Kommunikation und Interaktion	20
Maßnahmen und Angebote	21
Rahmenbedingungen und Dienstleistungsmodulare	23
Fachpersonal	24
Investition und Ressource: Gender-Kompetenz	25
Wege zu einer gendersensiblen Suchtarbeit	27
Widerstände erkennen und Prozesse initiieren	
Ausblick	32
Studie: Geschlechterdifferenzierte Ansätze in der Behandlung Suchtkranker	34
Ergebnisse einer Befragung der Fachkliniken in Nordrhein-Westfalen	
Aufbau der Untersuchung	35
Untersuchungsergebnisse	36
Ergebnisse der schriftlichen Befragung	36
Geschlechterdifferenzierte Arbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker	36
Analyse von Angaben zu Patienten und Patientinnen nach spezifischen Aspekten	39
Analyse von Angaben zum klinischen Fachpersonal nach spezifischen Aspekten der Personalentwicklung	40
Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten	41
Fazit	47
Anhang: Erhebungsinstrumente	48
Glossar	51
Literatur und Links	55
Autorinnen	58
Impressum	59

Doris Heinzen-Voß
Karola Ludwig
Empfehlungen:
Genderaspekte
in Institutionen der Suchthilfe



Die Notwendigkeit und die Chancen einer geschlechtergerechten Suchtarbeit und die damit verbundenen Qualitäts- und Effizienzaspekte sind in der Fachwelt mittlerweile unumstritten. Geschlechterdifferenzierende Arbeit mit Mädchen und Frauen, Jungen und Männern wird zumindest in der Theorie nicht mehr weiter auf punktuelle Zusatzthemen und -angebote, wie zum Beispiel geschlechtshomogene Indikationsgruppen, beschränkt. Die Berücksichtigung der Genderaspekte in der Suchtarbeit als Querschnittsaufgabe zu verstehen, die mit Hilfe der Strategie des Gender Mainstreaming umgesetzt werden kann, ist eine wesentliche Voraussetzung, um für eine nachhaltige Umsetzung in der Praxis zu sorgen.

Die im Folgenden entwickelten Empfehlungen sollen bei der Einbeziehung der Genderperspektive in die Strukturen und Inhalte der Suchthilfe als »Richtschnur« dienen. Organisatorische und fachliche Anforderungen, Inhalte, Voraussetzungen und erste Schritte zur Umsetzung werden aufgezeigt. Die Empfehlungen sollen allen Suchthilfeeinrichtungen, die Genderaspekte systematisch in ihre Konzepte, Angebote und Organisation einbeziehen und/oder ein bestehendes Qualitätsmanagement-System weiterentwickeln wollen, als Orientierung dienen, Diskussionen zur geschlechtersensiblen Arbeit anregen, die Entwicklung differenzierter Strategien vorantreiben und

Mut zur Umsetzung machen.

Für die Gender-Suchtarbeit liegen im deutschsprachigen Raum bereits verschiedene Veröffentlichungen vor¹. Sie fokussieren zum Teil auf spezifische Segmente beziehungsweise Settings der Suchthilfe wie beispielsweise frauen- bzw. männerspezifische Arbeit. Diese Quellen bilden den Ausgang für die im Folgenden von uns weiterentwickelten Empfehlungen.

Die vorliegenden Empfehlungen richten den Blick auf die Grundlagen und Anforderungen, die zur Umsetzung von Genderaspekten in den Institutionen der Suchthilfe zu berücksichtigen sind. Sie können von allen Einrichtungen, die beratend, begleitend und therapeutisch, sowohl ambulant als auch stationär, tätig sind und mit Männern und/oder Frauen arbeiten genutzt werden. Sie geben einen Überblick und gehen punktuell vertiefend auf die für einzelne Einrichtungen wichtigen Schwerpunkte ein, die bei der systematischen Einbeziehung der Genderperspektive in ihr Arbeitsfeld auf den verschiedenen Ebenen notwendig sind. Im Mittelpunkt stehen dabei die Voraussetzungen für die Umsetzung und Akzeptanz einer geschlechtersensiblen und -gerechten Suchtarbeit auf Einrichtungsebene, die Entwicklung der Genderkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Inhalte und die Rahmenbedingungen.

1 vgl.:

- DHS (2004): DHS Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. Chancen und Notwendigkeiten. Hamm. Im Folgenden zitiert als DHS (2004)
- Zenker, Christel / Winkler, Klaudia / Walcker-Mayer, Carmen u.a. (2005): Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise. Hrsg. vom Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR). Im Folgenden zitiert als Zenker (2005)
- Ernst, Marie-Louise (2006)[1]: Leitlinien zum Einbezug von Genderaspekten in der Suchtarbeit. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). In: »Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem«, Bern. Im Folgenden zitiert als Ernst (2006)[1]
- Hilsenbeck, Polina / Krüger, Antje (2008): Gender Mainstreaming. Leitlinien zur Einführung in Einrichtungen/Diensten der Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. Erstellt im Auftrag des Bezirks Oberbayern und der Landeshauptstadt München. (unveröffentlichtes Manuskript), München. Im Folgenden zitiert als Hilsenbeck (2008)
- Dressler, Michael / Drott, Felice / Goger, Karin u.a. (2006): Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit im Sinne des Wiener Drogenkonzeptes von 1999. Wien
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.) (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Maßnahmen Nr. 22 und Nr. 26 des Landesprogramms gegen Sucht NRW. Essen
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis, Münster. Im Folgenden zitiert als Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006)
- Graf, Michel u.a. (2006): Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen. Herausgegeben von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne. Im Folgenden zitiert als Graf (2006)
- Jahn, Ingeborg (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Bremen. Im Folgenden zitiert als Jahn (2004).

Grundlagen einer gendersensiblen Suchtarbeit

Der Einfluss der Kategorie Geschlecht auf die Entwicklung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung

Genderaspekte und Sucht in der aktuellen Debatte

Es gilt heute als fachlich unumstritten, dass Suchterkrankungen bei Frauen und Männern neben Gemeinsamkeiten auch viele Unterschiede in den Ursachen, der Ausprägung und den Verläufen aufweisen. Dabei ist es wichtig, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu beleuchten, verdeckte geschlechtsbezogene Aspekte von Suchtentstehung, Sucht-Alltag und Ausstieg aus der Sucht sichtbar zu machen, ohne die Geschlechter beziehungsweise die Gruppe der Männer und der Frauen jeweils zu homogenisieren. Geschlechtsbezogene Aspekte werden als historisch-gesellschaftliche, kontext- und lebensbedingungsbezogene und damit veränderbare Aspekte sichtbar gemacht, wobei auch biologische Unterschiede Berücksichtigung finden.

Die bislang in der Suchthilfe größtenteils vorherrschende traditionelle Orientierung an Männern greift dabei nicht nur zu kurz, sie verhindert auch die Möglichkeit für Männer, ihre verinnerlichten und möglicherweise suchtauslösenden beziehungsweise suchterhaltenden Bilder von Männlichkeit zu hinterfragen. Stereotype Geschlechtsrollenbilder werden festgeschrieben und verhindern das Aufbrechen bestehender Abhängigkeits- und Dominanzverhältnisse zwischen den Geschlechtern. Damit werden grundlegende Veränderungen, die für den Ausstieg aus einer Suchtmittelabhängigkeit erforderlich sind, blockiert.

Die wichtigsten Ziele für die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der Suchthilfe sind Qualitätssicherung und Chancengleichheit²:

Beim Ziel Qualitätssicherung geht es um die Verbesserung und Sicherung der Qualität von Maßnahmen und Projekten der Suchthilfe, da Angebote nach dem »Gießkannenprinzip« wenig wirkungsvoll sind. Zunehmend hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass sich die Suchthilfe an spezifischen Zielgruppen ausrichten muss. Eine Differenzierung nach Geschlecht ist einer der ersten Schritte, um die Reichweite und die Qualität der Maßnahmen zu erhöhen. Nur so können die Angebote passgenau für verschiedene Zielgruppen entwickelt werden.

Beim Ziel Chancengleichheit ist die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht als Qualitätsmerkmal untrennbar verbunden mit dem politischen Kontext und dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe von Frauen und Männern in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Eine wichtige Grundlage für die Suchthilfe als einen Bereich der Gesundheitsförderung ist die Ottawa-Charta, in der Chancengleichheit und Abbau sozialer Ungleichheit – auch zwischen den Geschlechtern – als Voraussetzung für Gesundheit hervorgehoben werden. So sollte die Suchthilfe als Teilbereich der Gesundheitsförderung immer auch das Ziel haben, einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Die Differenzierung der Angebote nach Geschlecht ist dabei ein erster Schritt, dem weitere folgen müssen, denn auch innerhalb einer Geschlechtsgruppe lassen sich weitere Unterscheidungen treffen, die für die Planung und Umsetzung von Suchthilfemaßnahmen sinnvoll sind (zum Beispiel in Bezug auf Migrantinnen und Migranten).

Während das Thema »Frau und Sucht« seit fast 30 Jahren in Praxis und Wissenschaft Berücksichtigung findet³, ist das Thema »Mann und Sucht« eher unterrepräsentiert. Das hat, wie bereits erwähnt, damit zu tun, dass sich die traditionelle Suchthilfe am »Mann als die Norm« orientiert (hat), ohne jedoch eine kritisch-reflexive Sichtweise auf die männliche Geschlechtsrolle einzubeziehen. Immer noch wird geschlechtergerechte Suchtarbeit häufig mit frauenspezifischen Angeboten gleichgesetzt. Unter Betrachtung des Gedankens des Gender Mainstreaming darf die Geschlechtsspezifität nicht mehr allein Frauensache sein. Auch für den Suchtbereich gilt, dass Genderaspekte Frauen und Männer gleichermaßen betreffen.

Die Auseinandersetzung mit der Kategorie Geschlecht für die männerspezifische Suchtarbeit findet zwar in neuerer Zeit bereits statt⁴, allerdings existieren selten männergerechte Behandlungskonzepte, die in die Praxis umgesetzt werden. In der Beratung und Therapie von abhängigen Männern sollten Genderaspekte ernst genommen werden. Themen wie Aggression, Gewaltimpulse,

2 vgl. Jahn, Ingeborg / Kolip, Petra (2002): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz, S. 4. Zugriff unter: [www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gesundheitsfoerderung_2002.pdf] am 30.01.2009. Im Folgenden zitiert als Jahn (2002)

3 vgl. u.a.: Merfert-Diete, Christa / Soltau, Roswitha (Hrsg.) (1986): Frauen und Sucht. Reinbek bei Hamburg | Vogt, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel | Zenker (2005)

4 vgl. u.a.: Graf (2006) | Klingemann, Harald (2006): Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: abhängigkeiten, 2/2006, 12. Jg., S. 19–40. Im Folgenden zitiert als Klingemann (2006) | Stöver, Heino (2007): Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Suchttherapie, 3/2007, 8. Jg., S. 89–94. Im Folgenden zitiert als Stöver (2007) | Vosshagen, Arnulf (2000): Alkoholkonsum und Männlichkeit. In: Dr. med. Mabuse, Nr. 125, 25. Jg., S. 36 ff

Grundlagen

Der Einfluss der Kategorie Geschlecht auf die Entwicklung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung

Einsamkeit, Sexualität, Angst, Trauer und Scham werden häufig tabuisiert. Durch eine geschlechtergerechte Suchtarbeit kann für Männer der Weg zu einem besseren Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit geebnet werden, indem Bedingungen hergestellt werden, die es den Männern erlauben, »unmännliche« Verhaltensweisen und Gefühle zulassen zu können. Auch Männer brauchen einen geschützten Raum, um die schädigenden männlichen Verhaltensweisen zu erkennen, zu verarbeiten, zu verändern und neue Lebensentwürfe für ein Leben ohne Suchtmittelmissbrauch zu entwickeln.

Zukünftig geht es darum, dass alle in der Suchthilfe Beteiligten einen schärferen und differenzierteren Blick auf Männliches und Weibliches entwickeln müssen, um die Reproduktion einengender geschlechtsstereotyper Zuschreibungen zu durchbrechen. Das übergeordnete Ziel der Beratung und Behandlung von Männern und Frauen mit substanzbezogenem Missbrauchsverhalten und Abhängigkeitsstörungen ist die Verbesserung von Lebenschancen und die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten, jenseits »kränkender« und einengender Wert- und Erwartungshaltungen beziehungsweise Lebensbedingungen.

Das Geschlecht ist ein zentrales soziales Ordnungssystem, das quer durch alle sozialen Ordnungssysteme wie Ethnie, Alter, Schicht, religiöse Zugehörigkeit etc. geht. Beiden Geschlechtern werden stereotype Eigenschaften und sich ergänzende dichotome Bedeutungen zugeschrie-

ben. Konstruierte Grundprinzipien ordnen Aktivität, Rationalität, Öffentlichkeit, Versorgung oder Kultur häufig dem männlichen Geschlecht, Passivität, Emotionalität, Privatheit, Fürsorge, Natur dem weiblichen Geschlecht zu. Diese stereotypen Zuordnungen haben Folgen für die Entwicklung des jeweiligen Geschlechts und können die Vielfalt von Lebensmöglichkeiten beeinträchtigen und verhindern, da sie an Verhaltenserwartungen geknüpft sind und Einschränkungen für beide Geschlechter mit sich bringen. Geschlechterstereotype beeinflussen Einstellungen und Denken, Körper-Habitus und -Erleben von Frauen und Männern. Sie »fordern« von Männern Härte, Leistung und Gefühlosigkeit und verbinden Weiblichkeit mit Schönheitszwang, Warencharakter und Reproduktion.⁵

Die Konsequenz ist, dass stereotype Zuschreibungen bei Männern und Frauen zu einem unterschiedlichen Zugang zu Ressourcen und Einflussmöglichkeiten führen sowie zu geschlechtsbezogenen Macht- und Gewaltverhältnissen.

Die sozialkonstruktivistische Auffassung verdeutlicht, dass Geschlecht keine naturgegebene Konstante ist, sondern eine soziale Konstruktion, die veränderbar ist, an deren Herstellung jede und jeder aber auch selbst aktiv beteiligt ist.

Die Anerkennung eines weiten Spektrums geschlechtlicher Identitäten und Lebensentwürfe sowie ihrer Gleichwertigkeit ist die Grundlage für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit.



5 vgl. Hilsenbeck (2008), S. 12–14

Genderaspekte im Kontext von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit

Im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit bestehen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich:

- der Bedingungen für den Suchtmittelkonsum,
- der Wahl des Suchtmittels,
- des Einstiegs- und Konsumverhaltens,
- der Komorbidität,
- des Alltags und der Lebensbedingungen während der Suchtmittelabhängigkeit sowie
- der Motive für den Ausstieg aus der Abhängigkeit.

Suchtmittel an sich sind geschlechtsneutral, nicht aber die alltäglichen Anforderungen an Mädchen und Jungen, Frauen und Männer.

Das bedeutet auch, dass dieselben Suchtmittel sehr unterschiedliche Bedeutungen im Leben von Frauen und Männern haben können, denn die Funktionen, die Suchtmitteln zugewiesen werden, unterscheiden sich nach den geschlechtsspezifisch geprägten Lebensbedingungen.

Selbstverständlich gibt es Faktoren, die **für beide Geschlechter** ungünstig sind und als mögliche Ursachen für eine Suchtentwicklung gelten können. Hierzu zählen insbesondere:⁶

- Sucht in der Herkunftsfamilie,
- eigenes und familiäres niedriges Bildungsniveau,
- geringes Einkommen/Armut der Eltern
- negative Kindheitsereignisse (wie Fremdunterbringung, Verlust einer wichtigen Bezugsperson)
- seelische, körperliche, sexualisierte Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter
- länger anhaltendes Leistungsversagen
- Peer Group als Familienersatz
- mangelndes Selbstwertgefühl sowie
- eine gestörte oder mangelhaft entwickelte Geschlechtsidentität.

Für Mädchen und Frauen wirken zudem noch andere Faktoren als mögliche Ausgangsbedingungen für einen schädigenden Suchtmittelkonsum.

Einerseits war (und ist teilweise auch heute noch) die traditionelle weibliche Sozialisation mit ihren abhängigkeitsfördernden Bedingungen die Basis für die Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen.

Andererseits birgt jedoch auch die Veränderung der tradierten weiblichen Rolle (wie sie sich seit Beginn der 1980er Jahre in Deutschland ent-

wickelt hat) Faktoren, die Suchtmittelkonsum begünstigen. Die Anforderungen an Mädchen und Frauen sind gewachsen: Neben ihrer meist ohnehin alleinigen Verantwortlichkeit für Familie und Haushalt müssen sie sich den Erwartungen stellen, beruflich erfolgreich, selbstständig, selbstbewusst und emanzipiert zu sein. Dies führt häufig zur Überforderung, die nicht selten mit Suchtmittelkonsum beantwortet wird. Besonders psychotrope Medikamente, die unauffällig eingenommen werden, finden hier ihren Einsatz, mit dem Wunsch Stressreaktionen zu mildern und die Funktionsfähigkeit zu stabilisieren. Während also Lebensentwürfe und Lebensgestaltung von Mädchen und jungen Frauen Gleichheit fordern, stabilisieren institutionelle Strukturen eher traditionelle Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifische Ungleichheiten (wie fehlende Plätze für unter 3-jährige in Einrichtungen der Kinderbetreuung, fehlende flexible Arbeitszeitmodelle auch für Männer etc.).

Gleichzeitig wird von Mädchen und Frauen erwartet, den gängigen Schönheitsidealen zu entsprechen. Die Gefahr der Abwertung bei Nichtentsprechung ist groß. Die Folge ist die Instrumentalisierung ihres Körpers für Schönheit als vordergründig selbstwertsteigerndes Merkmal. Häufig fehlt den Mädchen und Frauen eine positive Beziehung zum eigenen Körper, er wird meist mit einem Blick von außen wahrgenommen. Insbesondere der Wunsch schlank zu sein, kann nicht nur die Entwicklung einer Ess-Störung begünstigen, sondern auch zum verstärkten Konsum von Tabak und Medikamenten (Abführmittel, Appetitzügler, Amphetamine etc.) bis hin zu illegalen Drogen führen.

In Bezug auf die Sexualität lässt sich ähnliches beschreiben: Vielen Mädchen und Frauen fällt es schwer, eigene Wünsche, Bedürfnisse und positive sexuelle Erfahrungen zu entwickeln und diese als Kriterium in der Sexualität mit anderen Menschen ernst zu nehmen. Stattdessen erleben sie Sexualität als widersprüchliche Anforderung von außen: Einerseits sollen moderne Mädchen sexuelle Beziehungen haben und kennen, andererseits sind die Grenzen eines »angemessenen sexuellen Verhaltens« weitestgehend unklar. Der Konsum von Suchtmitteln, besonders Alkohol, stellt dann oft eine Grenzüberschreitung mit sexueller Konnotation dar. Oder: Suchtmittel »helfen«, unerwünschte Sexualität zu ertragen⁷.

6 Zenker, Christel (2006)[1]: Sucht und Gender Mainstreaming. Abstract. In: Dokumentation der Tagung FRAU SUCHT MANN - MANN SUCHT FRAU. Erste nationale Fachtagung zum Thema Gender und Sucht – 2. Februar 2006 in Fribourg. Hrsg.: infodrog. Zugriff unter: [http://www.infodrog.ch/txt/conf/2006/20060202_03_Zenker_d.pdf] am 30.01.2009. Im Folgenden zitiert als Zenker (2006)[1]

7 vgl. Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.) (1997): Mädchen und Suchtmittelkonsum. Ein kleiner Fahrtenschreiber für die deutschsprachige Literatur von 1986–1996. Essen, S. 40

Grundlagen

Der Einfluss der Kategorie Geschlecht auf die Entwicklung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung

Weitere frauenspezifische Faktoren, die zur Suchtentwicklung beitragen können sind: geschlechtsbezogene Ohnmachtserfahrungen sowie eine ausgeprägtere Passivität und Opferhaltung. Traumatisierungen, insbesondere durch sexualisierte Gewalt in der Kindheit mit Fortsetzung bis ins Erwachsenenalter, gelten (wie bereits oben genannt) als Risikofaktor für eine Suchtentwicklung. Im Vergleich zu Kontrollgruppen erleb(t)en suchtmittelabhängige Frauen und Männer signifikant häufiger sexuelle Gewalt. Dabei liegt der Anteil der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebt haben höher als bei den suchtmittelabhängigen Männern. Unter den Suchtmittelabhängigen geben 45% der Frauen an, vor ihrem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalt erlitten zu haben (im Vergleich dazu: 16% der Männer).⁸

Des Weiteren sind biologische Unterschiede zu berücksichtigen. Der Konsum von Alkohol wirkt beispielsweise auf den weiblichen Organismus schädlicher als auf den männlichen. Die Folgen eines schädlichen Konsums treten bei Frauen häufig früher ein. Ebenso wie die daraus resultierenden Folgeerscheinungen, wie schnellere Invaliderität, negative soziale Reaktionen, Schuld- und Schamgefühle, soziale Isolierung⁹.

Für Jungen und Männer werden neben den Faktoren, die für beide Geschlechter einen Einfluss auf eine Suchtentwicklung haben können, ebenfalls geschlechtsspezifische Faktoren als suchtfördernd angenommen.

Insbesondere die in unserer Gesellschaft herrschenden Prinzipien männlicher Sozialisation wie Externalisierung, Gewalt, Stummheit, Alleinsein, Einzelkämpfertum, Körperferne, Rationalität und Kontrolle¹⁰ sollen hinführen zu Aktivität und Außenorientierung, emotionaler Kontrolle, Selbstbewusstsein und Dominanzverhalten, Leistungs- und Erfolgsorientierung. Botschaften, die diese Prinzipien begleiten, sind beispielsweise: »Ein Indianer kennt keinen Schmerz«, »Ein Junge weint doch nicht«, »Damit muss man(n) alleine klar kommen«, »Ein richtiger Mann redet nicht viel«.

Demzufolge werden Ängste, psychische und körperliche Missempfindungen als Schwäche und

damit als unmännlich abgewertet. Sie müssen verleugnet und bagatellisiert werden. Männern wird dadurch der Zugang zu nicht gelebten Anteilen, der Bezug zu eigenen Gefühlen und Bedürfnissen sowie Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit erschwert.

Ebenso resultieren aus den oben genannten männlichen Rollenzwängen häufig ein grundsätzlich defizitäres Gesundheitsverhalten und eindimensionale männliche Lebensentwürfe. Diese Konstruktion ist sehr krisenanfällig. Gleichzeitig sind die so sozialisierten Männer davon überzeugt, dass es ihnen die männliche Rolle verbietet, überhaupt in eine Krisensituation zu geraten. Sie sind deshalb schlecht auf Krisen vorbereitet, die flexible Antworten erfordern.¹¹

Häufig fehlen in der Kindheit und Jugend männliche Bezugs- und Identifikationspersonen, erst recht solche, die eine Alternative zum traditionellen Mann darstellen. Diese »Abwesenheit« männlicher Vorbilder führt nicht selten zu Verunsicherungen hinsichtlich der Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität.

»Wer im Tiefsten nicht weiß, wo es langgeht, muss sich hingegen orientierungslos und schmerzhaft Rang- und Revierkämpfen und verzerrten Männlichkeitsritualen stellen. Der Druck der Gleichaltrigen ist dabei brutal. (...) Die traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit, wie Härte, Konkurrenz, Poker-face und Kampf, werden in der beängstigenden Unsicherheit der Adoleszenz vielfach überbetont und dramatisch verstärkt. Wer die Erwartungen nicht erfüllt, die die anderen von einem haben, muss mit Prügeln, Schikanen, Mobbing, Entwertung und Gruppenausschluss rechnen.«¹²

Suchtmittel dienen hier den Jungen und Männern zum einen der Herstellung und Aufrechterhaltung von Männlichkeit (es wird auch vom »Doing gender with drugs« gesprochen) und zum anderen als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen und zur Regulierung von (inneren) Konflikten. Insofern ist der Suchtmittelkonsum bei

⁸ vgl. Schäfer, Ingo (2006): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: Schäfer, Ingo/Krausz, Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. München, S. 21 ff

Vorliegende Forschungsergebnisse werden zunehmend hinsichtlich geschlechtsbezogener Verzerrungseffekte (Gender Bias) kritisch hinterfragt.

⁹ vgl. Vogelgesang, Monika (2007): Suchtkranke Frauen: Teufelskreis der Hilflosigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 104(41): A2782-6. Zugriff unter: [<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=57225>] am 30.01.2009

¹⁰ vgl. Böhnisch, Lothar / Winter, Reinhard (1993): Männliche Sozialisation – Bewältigungsprobleme männlicher Identität im Lebenslauf, Weinheim und München

¹¹ vgl. Böhnisch, Lothar / Stecklina, Gerd (2007): Männliche Sozialisation und Gesundheit. In: Stiehler, Matthias / Klotz, Theodor (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre multiprofessionelle Einführung, Weinheim und München, S. 36–48 | Klingemann (2006)

¹² Hollstein, Walter (2008): Was vom Manne übrig blieb. Krise und Zukunft des starken Geschlechts. Berlin, S. 132

Männern nicht nur als Reaktion auf Problemlagen, sondern auch als bewusstes, gezielt eingesetztes Instrument zur Herstellung der männlichen Geschlechtsidentität zu verstehen. Die Konstruktion von Männlichkeit mittels riskantem Verhalten ist für die Suchtentstehung und -entwicklung bei Jungen und Männern ein ganz zentraler Aspekt. So belegen Studien, dass beispielsweise vermehrter Alkoholkonsum mit hohen Werten auf einer Maskulinitätsskala einhergeht.¹³

Darüber hinaus bietet der intensive Suchtmittelkonsum Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber Frauen und Differenzierungsmöglichkeiten (Ausschluss, Abwertung, Abgrenzung) unter den Männern selbst.¹⁴

Wahl der Suchtmittel

Ein Suchtmittel wird in erster Linie nach seiner Funktionalität gewählt; hier gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass **Frauen und Mädchen** eher solche Substanzen wählen, die als ungefährlicher gelten (leichte Zigaretten, Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel, »leichte« Alkoholika, wie Sekt, Wein, Bier, Alkopops, Cannabis) und unauffällig, in angepasster Weise zu konsumieren sind. Diese sollen in erster Linie dazu beitragen, die Funktions- und Anpassungsfähigkeit aufrecht zu erhalten, Vereinbarkeitsleistungen zu erfüllen, geringe Selbstachtung zu kompensieren sowie Traumata zu bewältigen. Sie haben außerdem die Funktion, den Körper und sein Gewicht zu manipulieren (Appetitzügler, Abführmittel, »Rauchen macht schlank«) und zum Teil dienen sie auch der »Entgrenzung« und des Sich-die-Erlaubnis-Gebens, um einmal tun zu können, was eigentlich als unweiblich gilt (beispielsweise Aggressivität). Indem Mädchen und Frauen ihre Befindlichkeiten durch Suchtmittel steuern, lernen sie nicht, diese in Verbindung mit den oftmals widersprüchlichen und beschneidenden Anforderungen und Lebensumständen zu sehen und in eigener Kontrolle und Gestaltung zu verändern.

Beispiel:

Ecstasy ist bei Mädchen eine »beliebte« Droge, da sie neben ihrer entaktogenen und empathogenen Wirkung gleichzeitig zu einem Rausch führt, leistungssteigernd und appetithemmend wirkt. Darüber hinaus erscheint die Konsumform, in der Regel das orale Einnehmen in Tablettenform, wenig risikobehaftet. Ecstasy hatte lange Zeit fälschlicherweise den Ruf einer »sicheren, harmlosen und sauberen« Droge, was Mädchen generell entgegenkommt. Bei Ecstasy-Konsumierenden handelte es sich, vor allem zur Zeit des »Aufkommens« der Designer-Droge, häufig um sozial integrierte, unauffällige und leistungsorientierte Freizeitgebrauchende. So war die »Szene« als »Tanz- und Party-Szene« eher auf die gängigen Bedürfnisse von Mädchen, beispielsweise nach Sicherheit, »zugeschnitten«.

Männer und Jungen wählen weitaus häufiger gefährliche Substanzen (starker Tabak, »harte« Alkoholika wie Schnaps, letal wirkende Drogen wie Heroin, Kokain), die schnell zum Rausch führen. Der Rausch hat bei Jungen und Männern eine besondere Bedeutung: Die im Rausch erlebten Gefühle von Antriebssteigerung, Grandiosität und des Über-Sich-Hinauswachsens entsprechen den stereotypen Dynamiken von Männlichkeit. Die Suchstoffe dienen als Mittel, Leistung zu steigern, Risiko zu erleben und Grenzen auszuloten und haben eine besondere Bedeutung für männliche Initiationsriten (»Kampf- und Komatrinken«), werden aber auch eingesetzt, um Probleme zu verleugnen, Gefühle von Schwäche und Hilflosigkeit zu ertragen und Ängste zu überwinden. Die Konsumerwartungen von Jungen und Männern beziehen sich auch auf den Erhalt von Status und Macht, insbesondere durch ungehemmtes Ausleben von Gewalt.

Medikamentenkonsum spielt in den letzten Jahren bei Jungen und Männern zunehmend eine Rolle, unter anderem im Hinblick auf Leistungssteigerung und den Aufbau eines muskulösen Körpers (Anabolika).

¹³ vgl. Kolip, Petra / Lademann, Julia / Deitermann, Bernhilde (2004): Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderung für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim, S. 219–232 | Klingemann, Harald / Gomez, Veronica / Eggli, Peter / Schlüsselberger, Monika (2008): Geschlechterrollenorientierung und maskuline Identität. Dimensionalität und Therapie-relevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA). Im Folgenden zitiert als Klingemann (2008)

¹⁴ vgl. Stöver (2007), S. 29

Lebenssituation, Einstiegs- und Konsumverhalten

Bezüglich des Einstiegs in den Suchtmittelkonsum sowie in Bezug auf den weiteren Verlauf des Konsumgeschehens lassen sich folgende geschlechtsspezifische Unterschiede beschreiben:

Mädchen gehen eher auf Distanz zu Risikoverhalten, was einem traditionellen weiblichen Rollenverständnis entspricht. Dazu zählt auch der bei Mädchen vergleichsweise geringere Konsum illegaler Drogen. In den letzten Jahren ist jedoch bei weiblichen Jugendlichen ein Anstieg des Risikoverhaltens zu verzeichnen, sieht man zum Beispiel auf die zunehmenden Zahlen bei den sogenannten »Kampfrinkerinnen«¹⁵. Dies verdeutlicht, dass Risikoverhalten bei Mädchen/Frauen auch als Anspruch auf Teilhabe an männlichen Privilegien gewertet werden kann.¹⁶

Mit dem Konsum illegaler Drogen beginnen Mädchen im Durchschnitt ein Jahr früher als Jungen. Voraus geht meist der Konsum legaler Suchstoffe, besonders Medikamente. Dabei machen Mädchen erste Erfahrungen mit illegalen Drogen meist über ältere männliche Partner mit Drogen Erfahrungen. Oft findet der Konsum von Suchtmitteln heimlich oder im Privaten statt – still und unauffällig, weniger öffentlich. Wenn Frauen in der Öffentlichkeit beispielsweise auffällig trinken, werden sie deutlich mehr stigmatisiert als Männer, die sich so verhalten.

Süchtige Frauen leben häufig in stabilen »Suchtpartnerschaften« (etwa 77%), das heißt, der Partner ist ebenfalls süchtig. Männer leben dagegen sehr häufig in Partnerschaften, in denen die Partnerin kein Suchtproblem hat (nur etwa 33% der suchtmittelabhängigen Männer leben in sogenannten Suchtpartnerschaften)¹⁷.

Suchtmittelabhängige Frauen tragen neben der eigenen Suchtbelastung häufig auch die ihres Partners mit und sind in der Regel alleine für die Versorgung gemeinsamer Kinder zuständig.

Insgesamt werden suchtmittelabhängige Frauen stärker vom sozialen Umfeld ausgegrenzt als Männer und häufiger von ihren Partnern verlassen.

Von Prostitutions- und Gewalterfahrungen sind überproportional häufig Frauen betroffen. Gewalterfahrungen verstärken das Gefühl eigener Hilf- und Wertlosigkeit und können zu einem verstärkten Konsum von Suchtmitteln führen.¹⁸ Es ist davon auszugehen, dass schätzungsweise ein Drittel der drogenabhängigen Frauen regelmäßig der Drogenbeschaffungsprostitution nachgeht. Dadurch sind sie neben der seelischen Belastung zusätzlich einem erhöhten Risiko von sexuell übertragbaren Krankheiten, HIV-Infektionen und Gewalt ausgesetzt. Des Weiteren ist in diesem Bereich von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, wobei Schamgefühle, Tabuisierungen oder Definitionsfragen eine Rolle spielen. Unregelmäßige Prostitution oder bestimmte Freier werden von den Frauen selbst häufig nicht als solche bewertet.

Darüber hinaus weisen Frauen nicht selten bereits vor einem substanzbezogenen Missbrauchsverhalten beziehungsweise einer Abhängigkeitsstörung psychosomatische Reaktionsmuster (beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen) auf. In diesem Zusammenhang spielt auch die Verordnungspraxis für psychoaktive Medikamente (insbesondere Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel) durch Ärzte und Ärztinnen eine wichtige Rolle.¹⁹ Durch diese oft unreflektierten Verordnungsmuster wird nicht selten eine Medikamentenabhängigkeit eingeleitet und aufrechterhalten, ohne dass diese als solche erkannt und benannt wird.

Jungen beginnen meist früher mit dem Konsum legaler Suchstoffe (Tabak, Alkohol) als Mädchen. Erste Erfahrungen mit illegalen Drogen machen Jungen in der Regel im Rahmen von Gruppen

15 vgl. Haag, Maren (2007): Binge drinking als soziale Inszenierung. Zur vergeschlechtlichten Bedeutung exzessiven Alkoholkonsums. Freiburger Geschlechter Studien, Fördergemeinschaft wissenschaftlicher Publikationen von Frauen e.V., Freiburg

16 Walter, Sibylle (2008): Genderkonstruktionen im Kontext jugendlichen Rauschtrinkens. In: Thema »Mädchen und junge Frauen – ihre Lebenswelten – ihre Gesundheit«. Sonderheft zur 22. Netzwerktagung des Netzwerkes Frauen /Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Sonderheft ist Teil des Rundbriefes Nr. 25 vom November 2008, S. 11–15

17 vgl. Zenker, Christel (2006)[2]: Brauchen wir Gender in der Suchtkrankenhilfe? Vortrag, gehalten im Rahmen des Fachtags der Westfälischen Akademie für Suchtfragen (WAKS) am 14.03.2006 in Münster. Zugriff unter: [http://waks.de/files/GenderVortrag.pdf] am 30.01.2009, S. 3

18 vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin, S. 23

19 vgl. Glaeske, Gerd / Janhsen, Katrin (2005): GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003–2004. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Bremen, Schwäbisch Gmünd, S. 84

Motive für den Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum

gleichaltriger Jungen mit ähnlichen Vorerfahrungen. Im Durchschnitt konsumieren Männer häufiger und in größeren Mengen als Frauen, das bezieht sich nicht nur auf illegale Drogen. Die Konsumformen sind meist härter und riskanter. Konsum findet meist im öffentlichen Raum statt, ist laut und unübersehbar. Nicht selten ist der Konsum gekoppelt mit einer hohen Gewaltbereitschaft und Delinquenz (besonders im Zusammenhang mit der Beschaffung illegaler Drogen). Es geht häufig um die Demonstration von Macht und Stärke, was sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rollenzuweisungen erklären lässt.

Auch wenn sich mittlerweile die Zahl der jungen Frauen und Männer, die Alkohol, Tabak und Cannabis konsumieren, angeglichen hat, so ist doch auffällig, dass die jungen Männer einen deutlich höheren und häufigeren Konsum aufweisen als die jungen Frauen. Eine Erklärung für die Angleichungstendenzen ist, dass sich Mädchen und Frauen in einer von Männern dominierte Welt integrieren und dabei häufig auch deren Verhaltensmuster übernehmen.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass sich die suchtmittelfreien Zukunftsperspektiven, die Frauen und Männer formulieren, an den traditionellen Frauen- und Männerbildern orientieren.

Bei **Frauen** ist zu keinem Zeitpunkt die Motivation zum Ausstieg so groß, wie in dem Moment, in dem sie von einer bestehenden Schwangerschaft erfahren. Familien- oder Kinderwunsch oder auch die Aussicht auf eine konstruktive Partnerschaft stellen für Frauen ausgeprägte Ausstiegsmotivationen dar und werden bei der Formulierung von Perspektiven für das eigene Leben in der Regel an erster Stelle genannt. Die Vorstellungen von Frauen über ein Leben mit einem festen Partner und mit Kindern sind häufig sehr romantisch und können den realen Bedingungen oftmals nicht standhalten.

Bei **Männern** finden wir diese Priorität seltener. Nur wenige der suchtmittelabhängigen Väter leben mit ihren Kindern gemeinsam.

Bei Männern stehen eher materiell geprägte Wünsche im Vordergrund: Auto, Geld, gut bezahlte Arbeit. Entsprechend ist eine hohe Motivation für den Ausstieg gegeben, wenn der Verlust des Arbeitsplatzes oder Führerscheins bei Fortsetzung des Suchtmittelkonsums droht oder bereits eingetreten ist.



Anforderungen an eine gendersensible Suchtarbeit

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

Eine geschlechterdifferenzierte Suchtarbeit weiß um die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedürfnisse, Ressourcen, Interessen, Lebensbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern und bezieht dieses Wissen in ihre Planung, Entwicklung und die Gestaltung von Hilfsangeboten ein. Dabei bildet das Verständnis der Gleichwertigkeit von Frauen und Männern die Grundlage für die Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse und Unterschiede.

Durch die systematische Berücksichtigung des sozialen Geschlechts (Gender) in der Suchthilfe wird deren Wirksamkeit für betroffene Mädchen und Frauen, Jungen und Männer erhöht.

Eine zukunftsorientierte Suchthilfe beinhaltet, dass Frauen und Männer gleichermaßen in ihren Unterschiedlichkeiten wahrgenommen werden, ohne erneut polarisierende und einengende Stereotypisierungen und Rollenfestschreibungen vorzunehmen, und sich Träger und Organisationen der Suchthilfe damit auseinandersetzen, um passgenaue Angebote zu entwickeln.

In der Praxis der Suchthilfe stellt die bewusste Wahrnehmung und Darstellung der Beteiligten als Frauen und Männer einen wichtigen Schritt für die Entwicklung und Umsetzung geschlechtergerechter Ansätze dar.

In Konzepten, Broschüren, Behandlungsplänen, Statistiken oder Berichten von Einrichtungen der Suchthilfe finden sich selten differenzierte Angaben zum Geschlecht. »Der Patient«, »der Klient«, »der Therapeut«, »der Arzt« etc. – so können wir es meist lesen und sehen jeweils die »männliche Variante«, gemeint sind in der Regel beide Geschlechter, Frauen werden jedoch nicht genannt. Da Sprache aber auch das Bewusstsein prägt, ist hier eine besondere Sensibilität erforderlich.

Darüber hinaus ist eine intensive Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Prozessen weiblicher und männlicher Sozialisation erforderlich, da die Entstehung einer Suchterkrankung als Prozess zu verstehen ist, dem auch die jeweiligen geschlechtsspezifisch geprägten Ursachen, Erfah-

rungen und Bedeutungen bezüglich des Suchtmittelkonsums, wie oben ausgeführt, zu Grunde liegen.

Die Berücksichtigung der Geschlechteraspekte auf allen Ebenen der Organisation ist unverzichtbar, da sich die verschiedenen Bereiche gegenseitig beeinflussen und bedingen. Geschlechteraspekte haben Einfluss auf die Personalentwicklung, die Organisationskultur, die Produkte und Leistungen bis hin zu Diagnostik, Indikationsstellung, Therapiezielen, Behandlungsplanungen und -verläufen sowie auf die Wahl der Methoden.

Es ist anzustreben, die Standards einer geschlechtergerechten Suchtarbeit umfassend und in allen Bereichen zu verankern, um die oben genannten Ziele konsequent umsetzen zu können. Diese Verankerung ist erforderlich:

- im Leitbild, Profil und Konzept einer Organisation/Einrichtung
- bei der Qualifikation und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- in der Kommunikation und Interaktion
- in der Angebotsstruktur (sowie deren Themen und Methoden)
- in der Darstellung der Angebote (Öffentlichkeitsarbeit, Broschüren, Akquise etc.)²⁰
- bei den Rahmenbedingungen
- bei der Datenerhebung und Arbeitsdokumentation²¹
- bei der Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen
- bei der Steuerung
- bei Vernetzung und Kooperation.

Die im Folgenden formulierten Vorschläge für die Berücksichtigung der Genderaspekte in den Einrichtungen der Suchthilfe sollen Orientierung und Hilfestellungen bei der Einführung und Umsetzung auf den verschiedenen Ebenen geben. Neben den Standards werden exemplarische Fragen zu den unterschiedlichen Bereichen sowie Beispiele zur Verdeutlichung angeführt.

Die entsprechenden Fragestellungen können sowohl als Prüfstein als auch bei der Entwicklung von geschlechtergerechten Maßnahmen hinzugezogen werden.

²⁰ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Checkliste Gender Mainstreaming bei Maßnahmen der Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Berlin, Zugriff unter: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/handlungsfelder/oeffentlichkeitsarbeit> (Stichwort: Arbeitshilfe Öffentlichkeitsarbeit)

²¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) (Hrsg.): Arbeitshilfe zu § 2GGG: »Gender Mainstreaming im Berichtswesen«. (geschlechterdifferenzierte und gleichstellungsorientierte Erstellung von Berichten. Berlin. Zugriff unter: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/handlungsfelder/sprache> (Stichwort: Arbeitshilfe im Berichtswesen)

Der Fragenkatalog ist ebenso wie die aufgeführten Empfehlungen nicht vollständig beziehungsweise abschließend, sondern dient der Impulsgebung. Der Fragenkatalog will ebenso wie die Empfehlungen dazu anregen, eigene Fragen zu stellen und zu bearbeiten. Damit soll verdeutlicht werden, dass es sich bei der Implementierung von Genderaspekten in die Einrichtungen der Suchthilfe um einen Prozess handelt, der durch eigenes Handeln und durch kontinuierliche Auseinandersetzung voranzutreiben ist. Es gibt nicht »den Königsweg« für alle Einrichtungen. Jede Organisation wird ihren eigenen Weg des Gender Mainstreaming gehen und das in ihrer jeweils eigenen Geschwindigkeit.

Datenerhebung

Geschlechterdifferenzierte Daten und Frage-raster (Statistiken, Dokumentationen, Checklisten, Leitlinien, Geschlechterverträglichkeitsprüfungen etc.), die sich zur institutionellen Analyse und Einschätzung der Sachlage heranziehen lassen, bilden die Grundlage für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit und sind notwendig, um eine Weiterentwicklung der Angebote und Zugangswege sowie der Inhalte zu gewährleisten.²²

Hierbei stellen sich unter anderem folgende Fragen:

- Werden Erhebungsinstrumente herangezogen, die geschlechtsspezifische Unterschiede angemessen erfassen?
- Sind die statistischen Methoden geeignet, geschlechtsspezifische Aspekte angemessen herauszuarbeiten?
- Werden die Ergebnisse geschlechtsspezifisch herausgearbeitet?
- Werden in den Schlussfolgerungen die Unterschiede in den Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigt?

Geschlechtsbezogene, individuell belastende Lebensphasen und Lebensumstände der Klientinnen und Klienten sind zu erheben und zu berücksichtigen:

- Bei Frauen schwerpunktmäßig: Schwangerschaften, Fehlgeburten, Mutterschaft, alleinige Erziehungsverantwortung, Kinderlosigkeit, Mehrfachbelastung, (sexualisierte) Gewalterfahrungen, geschlechtsbezogene Karrierehindernisse, Wiedereinstieg in den Beruf nach Elternzeit, Pflege von Angehörigen, frauenbezogene Krankheiten
- Bei Männern: Arbeitslosigkeit, Karriereplanung, Sinnfindung, berufliche Belastungen, Vaterschaft, Leistungsrückgang, Berentung, männerbezogene Krankheiten, (sexualisierte) Gewalterfahrungen²³

Zu einer sensiblen Erfassung gehört ebenso die differenzierte Betrachtungsweise jenseits von Stereotypisierungen, beispielsweise:

- Werden Klienten gefragt, ob sie Väter sind beziehungsweise mit ihren Kindern leben, im Kontakt mit diesen stehen und/oder in der Erziehungsverantwortung stehen?
- Werden bei männlichen und weiblichen Ratsuchenden Fragen nach der aktuellen Betreuungssituation vorhandener Kinder gestellt?

²² vgl. DHS (2004), S. 6

²³ vgl. Hilsenbeck (2008), S. 18–19 | Wacher, Kerstin / Böhme, Elke (2005): »blv. goes gender« – Plädoyer für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit. In: SuchtMagazin Nr. 4, (2005), Jg. 31, S. 20–25

Anforderungen

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

- Werden Klientinnen nach ihrer Schul- und Berufsausbildung befragt?
- Werden substanzabhängige Männer gefragt, ob sie sich Geld mit Sexarbeit beschafft haben oder beschaffen?^{24 25}
- Werden Frauen nach beruflichen Belastungen gefragt?

Viele Lebensereignisse wie Trennung, Scheidung, Arbeitgeberwechsel, die Übernahme neuer Rollen und/oder Funktionen wie Großelternschaft, berufliche Aufstiege etc. treffen beide Geschlechter, ihre Bedeutung und die Bewältigungsformen können je nach Geschlecht jedoch sehr unterschiedlich sein.

In der Anamnese, Diagnose und Zielentwicklung sind die Problemstellungen, die der Abhängigkeitserkrankung zugrunde liegen, im gesellschaftlichen Zusammenhang und im Zusammenhang mit der Rollendefinition und der Geschlechtsidentität zu sehen und zu erklären, beispielsweise

- als Ambivalenzspannungen bei beiden Geschlechtern bezüglich der eigenen Wünsche und der vorgegebenen gesellschaftlichen Rollenerwartungen und -zwänge
- Missbrauchs- und Suchtverhalten bei Mädchen und Frauen als Ausdruck von Aufbegehren, Verweigerung und Widerstand gegen die vorgegebene weibliche Rollenerwartungen
- Rausch als gesellschaftlich akzeptierter Zustand bei Jungen und Männern, Anlehnungs- und Schutzbedürfnisse auszuleben
- Rausch als gesellschaftlich akzeptierter Zustand bei Mädchen und Frauen, aktiv Erfahrungen zu machen (beispielsweise im Bereich Sexualität) oder ohne negative Sanktionen Verhaltensweisen zeigen zu dürfen (wie Durchsetzungsvermögen/Aggression), die jenseits tradierter Weiblichkeitsbilder liegen
- Rauschmittelkonsum zur Gefühlsregulierung

bei Jungen und Männern als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen, als Hilfsmittel zum Überspielen von Geschlechtsrollenunsicherheiten oder um Ohnmachtgefühle abspalten und sich Selbstwirksamkeitsgefühle aneignen zu können

- als Selbstmedikation, um »zu funktionieren«: bei Frauen besonders im Zusammenhang mit Doppel- und Mehrfachbelastungen; bei Männern unter anderem im Zusammenhang mit Leistungsansprüchen im Berufsleben und/oder dem Druck der Verantwortung als »Alleinernährer« der Familie
- bei geschlechtsspezifischen Traumatisierungserfahrungen als Überlebensstrategie, beispielsweise bei Gewalterfahrungen.²⁶

Insbesondere sei darauf hingewiesen, dass gerade das Thema Gewalt und die häufig damit einhergehenden Traumatisierungserfahrungen bei der Diagnosestellung und Behandlung einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, da sie geschlechtsspezifische Zuschreibungen und in Folge dessen entsprechende Tabuisierungen und blinde Flecken – auch bei den Behandelnden – mit sich bringen können. Dabei ist zu bedenken, dass auch Mädchen und Frauen Täterinnen sein können, ebenso können Jungen und Männer Opfer von Gewalt sein.²⁷

Der Opferstatus passt nicht zu einem traditionellen Männerbild, so dass Patienten über erlittene Gewalterfahrungen, insbesondere in Gruppen, eher schweigen. Hilfe und Unterstützung werden entweder gar nicht oder erst sehr spät angefordert und angeboten.^{28 29}

Die problembezogene Diagnostik ist durch eine aktive und sensible Erfassung geschlechterrelevanter Ereignisse und Einflüsse in der gesamten Lebenssituation zu ergänzen.

24 vgl. Vogt, Irmgard (2002): Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen? In: Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Dokumentation der 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Hrsg. vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., S. 31–48

25 Das Qualitätsentwicklungsmodell quint-essenz ist ein Online-Projektmanagement-Tool und bietet u.a. Unterstützung bei geschlechterrelevanten Fragen zu Projektmanagement und Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Nutzung von quint-essenz. Zugriff auf: [<http://www.quint-essenz.ch>] am 30.01.2009

26 vgl. Hilsenbeck (2008), S. 18–19

27 vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Abschlussbericht der Pilotstudie des Forschungsverband »Gewalt gegen Männer«, Berlin

28 vgl. Gahleitner, Silke Birgitta / Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) (2008): Frauen – Trauma – Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning, S. 54–58. Im Folgenden zitiert als Gahleitner (2008) | Stöffler, Ulla (2006): »Gewalttätige Mädchen, das gibt's doch nicht.« In: Decurtins, Lu (Hrsg.): Vom Puppenhaus in die Welt hinaus. Was Eltern über Mädchen wissen müssen, Pro Juventute, S. 197–210

29 Schäfer, Ingo (2006): Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern. In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Wiesbaden, S. 69–78

Schwerpunktt Themen in Begleitung und Therapie

Die Möglichkeit vorliegender Doppeldiagnosen (Sucht, psychiatrische Krankheitsbilder) bedürfen einer genderbezogenen Betrachtung. So können die hohen Zahlen an männlichen Patienten mit Alkoholabhängigkeit darauf hindeuten, dass Depressionen bei Männern wesentlich häufiger vorkommen als gemeinhin angenommen. Männliche Depressive können sich selbst und anderen aufgrund tradierter Männlichkeitsvorstellungen »unmännliche« depressive Gefühle und somit ihre Erkrankung häufig nicht eingestehen. Alkoholkonsum kann so unbewusst zur Selbstbehandlung mit Alkohol führen und infolge dessen zu Missbrauch beziehungsweise zu einer Suchterkrankung führen.

In der konkreten Arbeit der Suchthilfe ist es wichtig, individuellen Erfahrungen zu berücksichtigen und die Perspektive der betroffenen Mädchen und Frauen beziehungsweise Jungen und Männer einzunehmen. Dies sollte entlang weiterer Kriterien wie ethnische Zugehörigkeit, Alter, soziale Schicht, Substanzen oder süchtige Verhaltensweisen erfolgen.

In Beratung und Therapie sind Themen wie Kommunikation, Ohnmachtsgefühle, Selbstwert, Sexualität, Rollenflexibilität, Partnerschaft, die Beziehung zum eigenen sowie zum anderen Geschlecht, Elternrolle, Gewalt etc. relevant – für beide Geschlechter.

Nicht die Themen sind geschlechtsspezifisch, sondern die individuelle Erfahrung und der Umgang mit ihnen in der jeweiligen Geschlechtsrolle sind geschlechtsspezifisch. Ebenso geschlechtsspezifisch ist, ob und wie sie in Beratung und Therapie aufgegriffen werden.

Beispiele:

Bedeutsam für einen Behandlungserfolg ist bei beiden Geschlechtern die Zufriedenheit mit der Arbeit und die Rückkehr an den (gewünschten) Arbeitsplatz nach einer Behandlung. Der Stabilisierungsfaktor Arbeit aber kann bei Frauen mit Doppel- und Mehrfachbelastung zu einem Risikofaktor werden. Frauen, die mit Kindern zusammenleben, haben die schlechteste Erfolgsrate bei abgeschlossenen stationären Therapien (hier bezogen auf Therapie bei Alkoholabhängigkeit). Andererseits stellen Kinder gerade bei Frauen eine große Motivation für die Entscheidung, eine stationäre Behandlung zu beginnen und durchzuhalten, dar. Dies bedeutet, dass der Fokus während der Behandlung vermehrt auf Kinder als eine mögliche zusätzliche Belastung gerichtet werden muss. Mit diesem Thema sind jedoch häufig Scham- und Schuldgefühle, idealisierte Vorstellungen und unrealistische Erwartungen verbunden und werden tabuisiert. Während sich bei Männern eine Partnerschaft auf den Behandlungserfolg in der Regel positiv auswirkt, ist ein gewichtiger und stabilisierender Faktor bei Frauen hingegen eine nahe und enge Bezugsperson, die nicht der Partner ist.³⁰

³⁰ vgl. Sanfilippo, Sabrina: Das Risiko Kinder und Partnerschaft (ohne Seitenangabe). In: Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/06_frau_sein.pdf] am 30.01.2009

Anforderungen

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

Schwerpunkte in der Arbeit mit **Mädchen und Frauen** sind unter Genderaspekten die Förderung von Risikokompetenz, Selbsteinschätzung, Selbstmanagement, Entwicklung von Lebensperspektiven, Selbstachtung, Selbstbestimmung, Selbstschutz, Konfliktfähigkeit, Abgrenzung und Durchsetzungsfähigkeit.³¹

Im Einzelnen bedeutet dies:³²

- Unterstützung bei der Wertschätzung des eigenen Geschlechts (der eigenen Person als Frau und anderer Frauen/Mädchen)
- Annahme und Wertschätzung des eigenen Körpers
- Würdigung der Ressource Weiblichkeit und der sozialen »weiblichen« Ressourcen wie beispielsweise Kooperationsbereitschaft und Empathie; Akzeptanz sowie die Förderung und Erweiterung von sogenannten untypischen weiblichen Verhaltensweisen
- Erkennen und Aufarbeitung schädigender Abhängigkeitsmustern und deren Ursachen und Folgen in Beziehungen
- Aufdeckung und Relativierung von Schuld- und Schamgefühlen in Bezug auf gesellschaftliche Stigmatisierungen im Zusammenhang mit der Problemstellung/Krankheit (beispielsweise Prostitutionserfahrung)
- Thematisierung einer möglichen individuellen Spannung zwischen Anpassung und Verweigerung gegenüber tradierten und neuen Normen von Weiblichkeit sowie widersprüchlichen »Frauenbildern«
- Förderung der Wahrnehmung eigener (sexueller) Bedürfnisse und Lebensentwürfe und Ermunterung zur Realisierung eines selbstbestimmten Lebens
- Sensibilisierung für die Selbstwahrnehmung als selbständig handelndes Subjekt (Selbstwirksamkeit)
- Schaffung oder Wiederherstellung sozialer Netze und Beziehungen mit dem Ziel einer Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdfürsorge mit dem Fokus auf Förderung der Selbstfürsorge
- Auseinandersetzung mit der Kinderfrage oder der Mutterrolle (Selbst- und Fremderwartungen), Stärkung der Entscheidungsfähigkeit, Ermunterung zur Einholung von Unterstützung (beispielsweise bei Konfliktsituationen wie Schwangerschaftsabbruch, der Notwendigkeit,

ein Kind in Pflege zu geben)

- Erkennen von psychischen und psychosomatischen Phänomenen (psychische Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angstzustände, Selbstmedikation, Ess-Störungen, diffuse körperliche – alters- und ereignisbedingte – Beschwerden)
- Stärkung der Fähigkeiten zur Abgrenzung und zur Konfliktfähigkeit
- Umgang mit fremden Aggressionen und (körperlicher, sexueller und seelischer) Gewalt in der Opferrolle
- Umgang mit eigenen Aggressionen und (körperlicher, sexueller und seelischer) Gewalt in der Rolle der Täterin
- Thematisierung von Ausbildung, Erwerb und Beschäftigung als Lebensbasis sowie als Autonomie- und Selbstwirksamkeit fördernde Faktoren
- Umgang mit Überforderung und Selbstüberforderung
- Herstellung einer Balance zwischen Anforderungen in der Arbeitswelt (Erwerbstätigkeit) und im privaten Bereich (Familie, Freunde/Freundinnen, persönliche Interessen, Freizeitgestaltung etc.)
- Vermittlung von Informationen zu Wirkungen und Nebenwirkungen psychotroper Substanzen/Suchtmittel auf den weiblichen Organismus.

Zentral für einen männerreflektierten Ansatz in der Beratung und Behandlung von **Jungen und Männern** sind vor allem

- die Sensibilisierung für die Funktionalisierung von Drogen zur Konstruktion der eigenen Männlichkeit
- Überwindung der Konstruktion von Männlichkeit durch Suchtmittel/süchtige Verhaltensweisen
- die Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität und deren Prägung durch gesellschaftliche Vorgaben.³³

»Die Überwindung der engen und stereotypen Geschlechtsrolle mit der Orientierung an sogenannten maskulinen und daher oft sehr riskanten Verhaltensweisen scheint ein wichtiger Schritt zu sein für die Überwindung von Suchtmittelabhängigkeit.«³⁴

³¹ vgl. Landesfachstelle Frauen & Sucht, Bella Donna (Hrsg.) (1999): Zur geschlechterdifferenzierten Suchtarbeit. Entwicklung von Kernmerkmalen zur Qualitätssicherung frauenspezifischer Angebote in der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe. Essen, S. 21–24. Im Folgenden zitiert als Landesfachstelle Frauen & Sucht (1999)

³² vgl. Hilsenbeck (2008), S. 14 | AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg (2006): Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit (unveröffentlichtes Manuskript). Hamburg, S. 8. Im Folgenden zitiert als AG Frau und Sucht (2006)

³³ vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006), S. 33

³⁴ Zenker (2005), S. 48

Schwerpunkte in der Arbeit mit **Jungen und Männern** unter Genderaspekten sind:

- Thematisierung der individuellen Spannung durch unterschiedliche bis widersprüchliche »Männerbilder«
- Entkopplung von Männlichkeitsidealen und Risikoverhalten
- Wertschätzender Umgang mit abweichendem »unmännlichem« Verhalten und untypischen Neigungen und Wünschen sowie die Förderung ihrer Integration in die eigene Lebensgestaltung
- Erkennen von Privilegien und Belastungen stereotyper männlicher Geschlechtsrollen
- Erarbeitung der Wertigkeit nichtdominanter Männlichkeit
- Anerkennung und Unterstützung von Stärken aus der tradierten Männerrolle, wie beispielsweise körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit; Neudefinition männlicher Stärke
- Einfordern respektvollen Verhaltens gegenüber Mädchen und Frauen
- Entwicklung von Achtsamkeit für die eigene (physische und psychische) Verletzlichkeit (Empathie) sowie für die Verletzlichkeit anderer
- Sensibilisierung für die Wahrnehmung eigener Emotionalität und Bedürftigkeit
- Unterstützung bei der Entwicklung von Beziehungs- und Liebesfähigkeit
- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen in Bezug auf gesellschaftliche Stigmatisierungen im Zusammenhang mit der Problemstellung/ Krankheit (Verlust von Kontrolle und Souveränität, mangelnde »Willenskraft«, geringes Verantwortungsgefühl)
- Förderung sozialer Kompetenzen – wie die Fähigkeit zu Empathie, Anteilnahme, Zusammenarbeit und respektvoller Kommunikation
- Anerkennung, Herstellung und Pflege sozialer Netze und Beziehungen (beispielsweise Thema Männerfreundschaft) und einer Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdfürsorge mit dem Fokus auf Förderung von Fürsorge und Übernahme von Verantwortung
- Auseinandersetzung mit Themen wie Macht und Ohnmacht, Konkurrenz; Unterdrückung von Gefühlen wie Angst und Trauer; Tabuisierung von als typisch weiblich geltende Verhaltensweisen, Versagensängsten, Homosexualität
- Auseinandersetzung mit der Vaterrolle (Selbst-

und Fremderwartungen) und Förderung einer aktiven Vaterschaft sowie Auseinandersetzung mit der Beziehung zum eigenen Vater.

- Problematisierung der Identifikation mit gewaltbegünstigenden Männerbildern und Stärkung der Kontrolle von Gewaltimpulsen
- Umgang mit eigener Aggression und (körperlicher, sexueller und seelischer) Gewalt in der Täterrolle
- Umgang mit fremder Aggression und (körperlicher, sexueller und seelischer) Gewalt in der Rolle als Opfer (eigene frühere und aktuelle Opfererfahrungen)
- Thematisierung der Bedeutung von Arbeit und Beruf als stabilisierende Faktoren oder Arbeitslosigkeit als suchtbegünstigenden Faktor

Erwerbstätigkeit beziehungsweise Erwerbslosigkeit ist besonders für Männer grundsätzlich ein suchtfördernder beziehungsweise -verhindernder Faktor, da sie sich in hohem Maße über den Beruf identifizieren. Moderne Identitätskonstruktionen von Männlichkeit sind zentral mit der Erwerbsarbeit verbunden. Selbstbild und Selbstbewusstsein wird bei Männern in der Regel über den Beruf und den beruflichen Status definiert.

Arbeit wird häufig mit Werten und Attributen wie Prestige, Erfolg, Einfluss, Leistung, »Familienernährer« verknüpft. Anhaltende Arbeitslosigkeit erschüttert traditionelle Konzepte von Männlichkeit und mindert die Fähigkeit Probleme zu bewältigen sowie das Hilfesuchverhalten. Ein reduziertes Aktivitätsniveau, soziale Isolation sowie die Verstärkung bereits vorhandener Konflikte in Familie und Partnerschaft sind die Folgen von Arbeitslosigkeit.³⁵

- Herstellung einer Balance zwischen Anforderungen aus der Arbeitswelt (Erwerbstätigkeit) und aus dem privaten Bereich (Familie, Freundinnen und Freunde, persönliche Interessen, Freizeitgestaltung etc.)
- Thematisierung risikoreichen Gesundheitsverhaltens; Alternativen zu Rauscherlebnissen aufzeigen; Förderung von Genussfähigkeit, von gesundheits- und körpersensibler Wahrnehmung und entsprechendem Verhalten.³⁶

³⁵ vgl. Klingemann (2008), S. 45–47 | Reuß, Stefan / Kassner, Karsten (2007): Männer zwischen Arbeitsplatz und Krankenbett, in: Stiehler, Matthias / Klotz, Theodor (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung, Weinheim/München, S. 186–197

³⁶ vgl. Altgeld, Thomas (2006): Warum Gesundheit noch kein Thema für »richtige« Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (2006) (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Wiesbaden, S. 79–97 | Zenker (2005), S. 44–49 | Hilsenbeck (2008), S. 14–18 | AG Frau und Sucht (2006), S. 9

Anforderungen

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

Darüber hinaus sind bei besonderer Indikationsstellung, wie bei Männern mit schweren und lang andauernden Substanzproblemen, soziale Isolation und massive Beziehungsprobleme wichtige Themen. Beratung und Therapie müssen hier die Bewältigung des Alleinseins in den Fokus stellen und alternative Lebensformen aufzeigen.³⁷

Isolation und Alleinsein finden sich auch bei suchterkrankten Frauen und sind häufig sogar eine Ursache des Missbrauchs. Die Wege in eine solche Situation und die möglichen »Auswege« können jedoch geschlechtsbezogen sehr unterschiedliche sein.

Werte, Ziele und Haltungen

In der beratenden und therapeutischen Arbeit bedarf es einer bestimmten Haltung: Hierzu zählen neben der selbstverständlichen Beachtung ethischer Standards Respekt, Empathie, Empowerment, Parteilichkeit und Solidarität, die andere von der Sucht betroffene Personen, wie beispielsweise Kinder, mit einbezieht.

Parteilichkeit spielt – neben den oben angeführten Standards – in der geschlechtergerechten Begleitung und Therapie eine besondere Rolle. Parteilichkeit bedeutet, die spezifischen Erwartungen, die in unserer Gesellschaft an Frauen beziehungsweise Männer gestellt werden, zu berücksichtigen und typische Muster der Schuldübernahme oder Abwertung zu benennen; unterschiedliche Sozialisation und Lebensrealitäten von Frauen und Männern sowie die daraus resultierenden spezifischen Störungen, Vermeidungsverhalten oder Überlebensstrategien zu entschlüsseln und die Betroffenen bei der Suche nach neuen Lebenszielen zu unterstützen. Eine akzeptierende und wertschätzende Haltung Klientinnen und Klienten gegenüber eröffnet den Raum für Neuorientierungen.³⁸

Die unten genannten Beispiele für eine parteiliche Haltung folgen in Auszügen den Ausführungen von Hilsenbeck et al.³⁹:

- Ungerechtigkeit, Diskriminierung und Gewalt, unabhängig von wem sie ausgehen, nicht zu verschleiern, zu relativieren oder zu individualisieren, sondern als solche zu benennen und zu kritisieren,
- die subjektiven Perspektiven von Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männern ernst zu nehmen und sie in ihrer Widersprüchlichkeit zu begleiten,
- die tradierten gesellschaftlichen und kulturell determinierten Rollenzuschreibungen und Interaktionsabläufe bewusst zu machen, kritisch zu hinterfragen, Distanz zu ermöglichen und Selbstkonzepte zu erarbeiten, die das Erlebens- und Verhaltensrepertoire erweitern,
- Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männern in ihrem eigenen »Expertentum« für ihre Entwicklungs- und Genesungsprozesse ernst zu nehmen und sie aktiv einzubeziehen,
- die Gewährleistung von Respekt und Wahrung der Intimsphäre.⁴⁰

³⁷ vgl. Zenker (2005), S. 46 | Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006), S. 50 | Graf (2006), S. 102-104 | Weisinger, Volker (2008): Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Suchtrehabilitation: Überblick über Entwicklungen, Status quo und Perspektiven aus Sicht des Fachverbands Sucht. In: Henke, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hrsg): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Frankfurt am Main, S. 284 – 298, hier: S. 286

³⁸ vgl. Zenker (2005), S. 36-39

³⁹ vgl. Hilsenbeck (2008), S. 16

⁴⁰ vgl. Ernst (2006)[1], S. 6

Kommunikation und Interaktion

Die Kommunikation mit den Klientinnen und Klienten, aber auch die Interaktion innerhalb eines Teams sind Bestandteil der Organisationskultur und in einem Veränderungsprozess, der sich mit dem Genderthema auseinandersetzt, in besonderem Maße zu berücksichtigen. Beratende und therapeutische Arbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit. Beziehungen – und mit ihnen eine gelungene Kommunikation – sind bedeutende Wirkfaktoren. Aus diesem Grunde wird hier sowohl auf die Kommunikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander als auch auf die Kommunikation mit den Adressatinnen und Adressaten eingegangen.

Leitfragen zur Reflexion der Kommunikation unter geschlechtersensiblen Vorzeichen können sein:

a) für die Kommunikation und Interaktion in Teams:

- Gibt es im Team Reflexionen bezüglich geschlechtsspezifischer Wahrnehmungen?
- Wie geht das Team mit sexualisierten Kommentaren und Grenzverletzungen um?
- Wird die Arbeitsteilung unter Geschlechteraspekten reflektiert und bewusst gestaltet?

b) für die Kommunikation und Interaktion mit der Zielgruppe:

- Wer hat welchen Kontakt zu den Adressatinnen/Adressaten?
- Gibt es stereotype Zuständigkeiten und Wertungen? (Sind Männer eher für die Grenzen und Frauen eher für die Zuneigung zuständig? Wird die Arbeitsteilung unter Geschlechteraspekten reflektiert und bewusst gestaltet? Werden bestimmte Funktionen und Aufgaben auf stereotype Wertungen hin kritisch überprüft?)
- Wird die Übernahme von geschlechteruntypischen Aufgaben und Funktionen gefördert?
- Gibt es eine Parteilichkeit für das eigene Geschlecht?
- Wie gehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit verbalen und körperlichen Grenzüberschreitungen der Klientinnen und Klienten um?⁴¹

Genderkommunikation und Doing-Gender spielen in diesem Kontext eine besondere Rolle und bedeuten, dass sowohl auf individueller, als auch auf struktureller und gesellschaftlicher Ebene die Geschlechterverhältnisse (re)konstruiert werden

durch Verhalten, Gesetze und Kommunikation. Aufrechterhalten werden diese in der Regel unterschiedlich bewerteten Zuschreibungen und Eigenschaften durch negative Sanktionen bei abweichendem Verhalten wie Aggressivität und offenes Machtstreben bei Frauen oder Homosexualität und Sanftmütigkeit bei Männern.⁴²

Für eine Suchtarbeit, deren Ziel es ist, das Handlungsspektrum und die Lebensmöglichkeiten von Frauen und Männern zu erweitern, ist es notwendig, ein weites Spektrum geschlechtlicher Identitäten jenseits polarer Zuschreibungen und eine Vielzahl damit verbundener Lebensentwürfe und Leitbilder als gleichwertig anzuerkennen.

Konkret kann dies bedeuten:

- bei Klientinnen und Klienten das Bewusstsein über die Zusammenhänge eines traditionellen Geschlechterkonzeptes und seine Auswirkungen auf die eigene psychosoziale Entwicklung, auf Fühlen, Denken und Handeln zu fördern
- bei der Angebots- und Maßnahmenentwicklung geschlechtstypische, einengende Rollenzuschreibungen zu vermeiden
- bei Aussagen oder Verhalten geschlechtstypische Rollenzuschreibungen zu vermeiden beziehungsweise nur als bewusste Intervention einzusetzen
- zu intervenieren, wenn sich Patientinnen und Patienten untereinander mit geschlechtsstereotypen Zuschreibungen einschränken.⁴³

Für die Gestaltung der Kommunikation und der Beziehung zwischen den Geschlechtern ist es erforderlich, die Formen der Interaktion der Geschlechter bewusst zu thematisieren.

Insbesondere in stationären Einrichtungen ist es von Bedeutung, verschiedene Beziehungsformen, wie gleich- und gegengeschlechtliche Freundschaften, zu fördern (beispielsweise durch entsprechende gemeinsame Aktivitäten in Arbeit und Freizeit), verschiedene sexuelle Orientierungen zu akzeptieren sowie sexuelle Beziehungen und den damit verbundenen Umgang in den Einrichtungen zu thematisieren.

In engem Zusammenhang mit den Beziehungen stehen auch geschlechtstypische Manipulations- und Machtstrategien, wie Imponier-, Dominanz-

41 vgl. Hilsenbeck (2008), S. 19–20

42 vgl. Mühlen Achs, Gitta (1998): *Geschlecht bewußt gemacht. Körpersprachliche Inszenierungen – Ein Bilder- und Arbeitsbuch*. München

43 vgl. Hilsenbeck (2008), S. 12–14

Anforderungen

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

und Gewaltverhalten oder dependente Servilität. Diese sich häufig gegenseitig verstärkenden Verhaltensweisen können zur Aufrechterhaltung beziehungsweise erneuter Viktimisierung, Retraumatisierung oder Täterschaft beitragen oder pathologische Abhängigkeitsbedürfnisse stabilisieren. Sie bedürfen besonderer Aufmerksamkeit und Intervention. Dies sollte nicht nur in den so definierten therapeutischen Settings, sondern auch in den anderen »Räumen« und den Alltagssituationen der Einrichtung stattfinden. Gezielt gefördert werden können Autonomie, Schutzstrategien und Grenzsetzung einerseits oder der Umgang mit respektvoller Kommunikation und Gewaltimpulsen andererseits auch in speziellen Trainings.⁴⁴

Auf struktureller Ebene der Einrichtung sind Maßnahmen und Regeln für einen gleichberechtigten und respektvollen Umgang miteinander zielführend.

Maßnahmen und Angebote

Bei der Entwicklung gendergerechter Suchtarbeit muss das Wissen um geschlechtsspezifische Hintergründe der Suchtentstehung und süchtiger Verhaltensweisen auch in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen einfließen.

Auf den unterschiedlichen Ebenen ist es hilfreich, Konzepte anhand zielführender Fragen zu entwickeln:

Zielgruppen:

- Wer wird mit einer Maßnahme, einem Angebot angesprochen?
- Wer fragt nach? – Wer nimmt (freiwillig) teil?
- Wie ist die Zufriedenheit mit dem Angebot?

Frauenförderung und Feminismus haben heute manchmal ein Imageproblem und werden bedacht mit Vokabeln wie rückständig und überholt, links, radikal, männerfeindlich. Dies kann sich auf frauenspezifische Angebote auswirken. Gefördert werden müssen im landläufigen Sinne »benachteiligte Menschen«. Als solche definieren sich Mädchen und Frauen, Jungen und Männer nicht gerne – auch Klientinnen und Klienten nicht. Sie wollen keine »Spezialbehandlung«, beziehungsweise nicht als jemand angesprochen werden, der oder die einer »Spezialbehandlung« bedarf. Frauen und Männer wollen bei ihren Bedürfnissen und Stärken und nicht bei ihrem Geschlecht oder ihren Schwächen abgeholt werden.^{45 46}

Darüber hinaus können männerspezifische Angebote bei der Zielgruppe negative Assoziationen oder beispielsweise homophobe Ängste auslösen, auch im Sinne einer Angst von Männern vor anderen Männern und davor, dass diese ihnen ihre Maskulinität absprechen könnten.

⁴⁴ vgl. Vogelgesang, Monika (2007): Suchtkranke Frauen: Teufelskreis der Hilflosigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(41): A2782-6. Zugriff auf [<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=57225>] am 30.01.2009 | Schäfer, Ingo: Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern (2006): In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, Wiesbaden, S. 69–78

⁴⁵ vgl. Fehr, Jaqueline (2007): Zielen frauenspezifische Angebote an den Frauen vorbei? Eine gesamtgesellschaftliche Einordnung. In: »Frauenspezifische Behandlung im Suchtbereich – Hype oder Auslaufmodell?«. Dokumentation der Tagung der Forel-Klinik vom 29.11.2007, S. 1–6. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/4_frauenspezifisch.pdf] am 30.01.2009

⁴⁶ In dem Fragebogen des Qualitätsprojekts QuaTheDA (Qualität, Therapie, Drogen, Alkohol) des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit gibt es erste Ansätze, um beispielsweise die Zufriedenheit von Klientinnen und Klienten differenzierter und geschlechterbezogen zu erfragen und die Qualitätsentwicklung voranzutreiben. Zugriff auf: [http://www.quathe.ch/d/texte/QuaTheSI/2006_QuaTheSI-39_D.doc] | [http://www.quathe.ch/d/texte/QuaTheSI/2003_QuaTheSI_Manual-Kurzversion_d.pdf] am 30.01.2009

Konzepte:

Konzepte bieten Orientierung und stellen Verbindlichkeit her. Sie informieren und signalisieren nach Innen und Außen über Arbeitsweisen, Standpunkte und Haltungen.

- Inwieweit sind Konzepte geschlechtsbezogen qualifiziert?
- Wie wird die Partizipation beider Geschlechter gezielt gefördert?
- Wie werden die unterschiedlichen Lebensrealitäten berücksichtigt, wie Alternativen aufgezeigt?
- Gibt es einen reflektierten Umgang mit sexuellem Missbrauch und (sexualisierter) Gewalt und Übergriffen? Sind Vorgehensweisen bei Grenzüberschreitungen vereinbart und institutionalisiert?

Ressourcenverteilung:

Zur Entwicklung genderorientierter Maßnahmen sind zeitliche und personelle Kapazitäten erforderlich. Unter anderem müssen Konzepte überarbeitet, Aufgaben neu definiert oder Arbeitsbereiche umorganisiert werden. Dies erfordert die Bereitstellung entsprechender Ressourcen, wie finanzielle Mittel, Zeit sowie bezahlte oder unbezahlte Arbeit. Diese Investitionen sind auf der Grundlage einer gleichstellungsorientierten Analyse, Bewertung und Verteilung vorzunehmen (Gender-Budgeting).

- Wie viel Zeit und Aufmerksamkeit von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen Frauen/Männer?
- Wie sind die technischen/materiellen Mittel verteilt?
- Welche »Räume« werden Frauen/Männern zur Verfügung gestellt oder von diesen genutzt?
- Gibt es Projekte/Maßnahmen, die den Zugang zu Ressourcen verändern sollen?
- Welche Maßnahmen erhalten wie viele Sachmittel?
- Wie werden Personalkapazitäten verteilt?
- Für welche Aktionen wird in die Öffentlichkeitsarbeit investiert?

Geschlechtsbezogene Beratung/Therapie:

- Gibt es spezifische Angebote für Männer/Frauen?
- Ist die Arbeit in geschlechtsheterogenen Gruppen reflektiert?
- Sind einzelne Methoden/Therapieansätze geschlechtsdifferenziert reflektiert?
- Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die geschlechtsbezogene Arbeit qualifiziert (beispielsweise für traumatherapeutische Angebote für alkoholranke Männer)?

Geschlechtshomogene und geschlechtsheterogene Angebote:

Im Folgenden wird der oben vorgestellte Fragenkatalog für einzelne Schwerpunkte ausgeführt.

- Es ist anzustreben, geschlechterspezifische Angebote für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer sowie geschlechterübergreifende Angebote zu implementieren.

Gleichgeschlechtliche Gruppen erleichtern durch einen teilweise ähnlichen Erfahrungshintergrund den Austausch und die Kommunikation über angst- und schambesetzte Themen, sie bieten Sicherheit und Schutz und ermöglichen den Betroffenen, sich auch schmerzhaften Themen öffnen zu können, zu reflektieren, zu integrieren und neue Gefühle, Haltungen und Verhaltensweisen zu erproben. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind dies Themen wie Geschlechtsidentität, Geschlechtsrollen, Sexualität, Gewalterfahrungen wie sexueller Missbrauch, Abhängigkeitsbedürfnisse, Versagensängste, Prostitutionserfahrungen. Die Überschriften der Themen sind häufig gleich. Für eine geschlechtersensible Suchtarbeit ist es jedoch von Bedeutung, wie diese Themen in den unterschiedlichen Geschlechterrollen erfahren wurden und wie sie bearbeitet werden. In geschlechtsspezifischen Gruppen können Stärken und Problematiken typischer Rollen bewusst gemacht werden.

In Männergruppen sollte ein vertrauensvolles Klima, das nicht von übermäßiger Rivalität und Konkurrenz geprägt ist, gefördert werden, um beispielsweise die offene Thematisierung oder als unmännlich attribuierten Verhaltensweisen zuzulassen.

Geschlechterübergreifende Gruppen heben gemeinsame und unterschiedliche Erfahrungen hervor, stellen das Geschlechterverhältnis in den Vordergrund und können gegenseitiges Verstehen und eine akzeptierende Haltung dem anderen Geschlecht gegenüber fördern.⁴⁸

Wünsche nach geschlechtsspezifischen Angeboten seitens der Klientinnen und Klienten sollten berücksichtigt werden. Andererseits müssen einengende Vorstellungen der Patientinnen und Patienten hinterfragt und bearbeitet werden.

Wann welches Vorgehen (mono- oder gemischtgeschlechtlich) in der Beratung/Therapie angezeigt ist, sollte zunächst konzeptionell erarbeitet

48 vgl. Zenker (2005), S. 55

werden und gegebenenfalls mit den Betroffenen besprochen werden.

Das Arbeiten in frauen- oder männerhomogenen Settings bedeutet nicht zwangsläufig, dass in diesen tatsächlich frauensensibel oder männergerecht gearbeitet wird. Auch die bereits geschlechtsspezifisch Arbeitenden sollten ihre Grundlagen und Vorstellungen immer wieder hinterfragen. Dies gilt insbesondere für die traditionellerweise an Männern ausgerichtete Suchtarbeit.

Suchtarbeit mit Männern kann, sofern sie sich einem Männerbild verschreibt, das überkommene und einengende, aber vermeintlich Orientierung gebende vereinfachte »Heldenmuster« reproduziert, in ihrer Wirkung negativ sein.

Auch frauenspezifische Suchtarbeit ist unter Umständen vor dem Hintergrund eigener biographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen mit bestimmten emanzipatorischen Vorstellungen und Ansprüchen der Fachfrauen verbunden. Sie kann Gefahr laufen, beispielsweise die Bedürfnisse und Lebenswelten der jüngeren Generation oder von Frauen mit Zuwanderungsgeschichte unberücksichtigt zu lassen. An dieser Stelle gibt es noch großen Diskussionsbedarf sowohl unter den Fachfrauen als auch unter den Fachmännern sowie miteinander.

Geschlechtshomogene Gruppenarbeit zu spezifischen Geschlechterthemen sollte nicht dazu führen, dass Gender zu einem »Nischen-Thema« wird. Vielmehr muss »Gender« alle Bereiche der Einrichtung, von der Öffentlichkeitsarbeit über die Einzeltherapie bis zum alltäglichen Miteinander durchdringen und präsent sein. Der ausschließliche Blick auf Zielgruppen und auf die für diese geschaffenen Maßnahmen kann die Sicht auf Gender als Querschnittsaufgabe sowie auf die strukturellen Bedeutungsaspekte von Gender verstellen.

Rahmenbedingungen und Dienstleistungsmodulare

Bei der Maßnahmeplanung müssen Geschlechterfragen berücksichtigt werden. Dies betrifft unter anderem eine Bestandsaufnahme der Interessen der Klientinnen und Klienten sowie der Zugangswege/Rahmenbedingungen für Frauen und Männer:

- zielgruppengerechte Öffnungs- und Angebotszeiten, wie spezielle/gestaffelte Öffnungszeiten
- spezielle Räumlichkeiten ausschließlich für Frauen oder Männer (Wohn- und Schlafbereiche, Aufenthaltsräume, sanitäre Anlagen, Not-schlafstellen, Konsumräume)
- eine zielgruppengerechte Gestaltung von Räumen
- Angebote für geschlechtshomogene indikative Gruppen (therapeutische Angebote, körperorientierte Arbeit, Sportangebote, Selbstbehauptung, Impulskontrolltraining)
- eine zielgruppenspezifische Ansprache durch entsprechende Flyer oder andere Formen der Öffentlichkeitsarbeit
- eine differenzierte sprachliche/formale/inhaltliche Darstellung der Informationen/Angebote
- die Schaffung personeller Voraussetzungen für die Durchführung der geschlechtersensiblen Suchtarbeit
- die Anpassung des Arbeits- und Freizeitangebotes an die Bedürfnisse beider Geschlechter, ohne diese auf geschlechtsstereotype Tätigkeiten/Aktivitäten festzulegen, insbesondere in stationären Einrichtungen
- der standardmäßige Einbezug des Umfeldes (Familien- und Paargespräche)
- die Bereitstellung von Hygieneartikeln, Kondomen, Spritzen, insbesondere in niederschweligen und ambulanten Einrichtungen
- auch im niederschweligen Bereich Sicherstellung von gynäkologischer/andrologischer Betreuung
- eigene oder kooperative Möglichkeiten von Kinderbetreuung bei Inanspruchnahme eines Angebotes. Konzepte für die Aufnahme von Kindern im Rahmen stationärer Behandlungen oder in Krisensituationen
- die Ermöglichung einer Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der Einzelberater und -beraterinnen/Therapeuten/Therapeutinnen
- in gemischtgeschlechtlichen stationären Einrichtungen und in Gruppenangeboten ist auf die Zusammensetzung zu achten. Vereinzelung von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern sollten vermieden werden.⁴⁹

Beispiel:

Frauen sind in gemischtgeschlechtlichen stationären Einrichtungen der Suchthilfe, in Selbsthilfegruppen für alkoholabhängige Menschen oder pathologisch Glücksspielende meist in der Unterzahl. Oft erleben sie ähnliche Muster wie in ihrem Alltag und reagieren wie gewohnt. Eine Veränderung ihrer Verhaltensweisen im Hinblick auf Erweiterung und Verbesserung der Lebenschancen ist damit in Frage gestellt.

Die oben angeführten Qualitätsanforderungen ebnen Zugangswege und schaffen Schutz- und Rückzugsräume. Sie tragen in bedeutendem Maße sowohl zur Respektierung und Wahrung der Intimsphäre der Klientinnen und Klienten als auch zur Erprobung und Erweiterung von Handlungsspielräumen und Mitbestimmung bei sowie zur seelischen und körperlichen Gesunderhaltung beziehungsweise Wiedergewinnung der Gesundheit.

Fachpersonal

Gendergerechtes Personalmanagement muss sowohl die Quantität als auch die Qualität des Personals in den Blick nehmen.

Genderdifferenzierte Vorgehensweisen berücksichtigen auch die Geschlechterverteilung auf der Ebene der Beschäftigten (Berufsgruppen, Hierarchieebenen, Voll- und Teilzeitstellen) und die interne Gleichstellung.

Personelle Ausstattung

a) Quantität des Personals:

- Wie gestaltet sich das Geschlechterverhältnis personell?
- Wie viele Männer/Frauen arbeiten Teilzeit, Vollzeit, auf Honorarbasis?
- Gibt es unterschiedliche Gehaltsklassen? Wie sind sie definiert?

b) Qualität des Personals:

- Wer übt welche Tätigkeit aus?
- Gibt es geschlechtstypische Zuständigkeiten?
- Welche Zusatzqualifikationen werden gefördert/wahrgenommen? Wer nutzt sie?

Gendergerechtes Personalmanagement fordert von seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Geschlechter-Sensibilität und -Kompetenz ein und überprüft ihre persönlichen und professionellen Haltungen.

Sind Fachkräfte bereit zur Auseinandersetzung und kritischen Selbstreflexion bezüglich folgender Themen:

- der eigenen Identitätsentwicklung als Frau oder Mann
- ihres eigenen weiblichen beziehungsweise männlichen Selbstverständnisses
- ihres Rollenverständnisses und ihres Interaktionsverhaltens als männliche oder weibliche Fachkraft
- eigener geschlechtsspezifischer Bewertungen^{50?}

50 vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006), S. 34–35

Anforderungen

Genderaspekte einflechten: von der Datenerhebung bis zur Vernetzung

Verfügen Fachkräfte im Suchtbereich über geschlechtersensible Kompetenzen wie beispielsweise

- Wissen bezüglich der spezifischen weiblichen und männlichen Sozialisationsbedingungen und Lebenslagen, den Geschlechterverhältnissen und den geschlechtshierarchischen Strukturen
- Wissen über Unterschiede bezüglich der Ursachen und Verläufe von Suchterkrankungen bei Männern und Frauen sowie hinsichtlich ihrer bevorzugten Suchtmittel, Konsummuster sowie unterschiedlicher Häufigkeiten komorbider Störungen?

Personalpolitik

Gendergerechte Personalpolitik und -entwicklung stellt entsprechende Qualifizierungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Sie berücksichtigt darüber hinaus die Auswirkungen von geschlechterrelevanten und kulturellen Stereotypen und Vorurteilen in der Teamarbeit (beispielsweise in Bezug auf die Übernahme/Verteilung von Aufgaben/Funktionen, den Arbeitsstil und den Hintergrund beziehungsweise die Lösung von Konflikten).⁵¹

Geschlechtsbezogene Kompetenz sollte bei der Personalentwicklung berücksichtigt werden und bei der Einstellung von Fachpersonal ein entscheidendes Einstellungskriterium sein.

- Wer entscheidet über Stellenbesetzung und Aufstieg?
- Welche Kriterien liegen dem zugrunde?
- Werden Frauen/Männer in bestimmten Bereichen speziell gefördert?

Investition und Ressource: Gender-Kompetenz

Die Genderperspektive setzt die reflektierte geschlechtersensible Haltung der Fachkraft, die Fachkompetenz über den aktuellen Erkenntnisstand der geschlechterspezifischen Suchtforschung oder -praxis und die konzeptionelle Verankerung voraus. Geschlechtergerechte Suchtarbeit erfordert entsprechende Personalkompetenz und Qualifizierung. Eine Investition in die Gender-Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe ist unabdingbar. Gender-Kompetenz bedeutet somit:

- über aktuelles Wissen in der Genderfrage zu verfügen
- dieses Wissen nachvollziehbar in die aktuelle Tätigkeit integrieren zu können
- als Person in der Genderfrage eine bewusste und positive Rolle zu spielen.

Dies beginnt zum einen bei dem Wissen um die gesellschaftliche und kulturelle Herstellung von Geschlechterrollen und -beziehungen sowie ihre Veränderbarkeit bis hin zu dem Bewusstsein über das so genannte »Doing gender«, also das Bewusstsein über die eigene aktive und passive Beteiligung an der Konstruktion von Geschlecht und der Herstellung von Geschlechterverhältnissen.

Gender-Kompetenz geht weit über den Wissensaspekt hinaus. Sie beinhaltet auch einen Erfahrungsaspekt, der neben Reflexivität auch Flexibilität und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel bezüglich der eigenen Konstruktion von Geschlecht erfordert. Der Umgang mit der eigenen Geschlechtlichkeit und den geschlechtsbezogenen Überzeugungen haben Auswirkungen auf beratende und therapeutische Begegnungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich für die professionell Handelnden beispielsweise die Frage danach, welche Rolle das Geschlecht einer Klientin oder eines Klienten für das eigene Handeln, Urteilen und Entscheiden spielt. Auf der Teamebene geht es um die Anerkennung der Tatsache, dass Begegnungen nicht allein zwischen verschiedenen Berufsrollen, sondern auch zwischen Männern und Frauen und ihren Verschiedenheiten, aber auch ihren Gemeinsamkeiten stattfinden und darum, die daraus wachsenden Erkenntnisse für das professionelle Handeln nutzbar zu machen.⁵²

⁵¹ vgl. Hilsenbeck (2008), S. 24–25

⁵² vgl. Engels, Michael / Ernst, Ralph / Passia, Stefan / Sannemann, Wilhelm (2009): Männerspezifische Suchtarbeit. Eine Handreichung. Herausgegeben vom Evangelischen Fachverband Sucht der Diakonie Westfalen-Lippe. Münster, S. 22–23 | Eggengruber, Ruth (2008): Genderkompetenz in der Jugendberufshilfe Benachteiligtenförderung. In: Böllert, Karin / Karsunky, Silke (2008) (Hrsg.): Genderkompetenz in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden, S. 147–161

Geschlechtersensible Beratung und Therapie im Suchtbereich erfordern spezifische Fachkenntnisse und Erfahrungen von den professionell Handelnden.

Hierzu zählen, um nur einige Beispiele zu nennen, das Wissen um die unterschiedlichen Konsummuster und Abhängigkeitsentwicklungen von Frauen und Männern sowie die Bedeutung des Themas der (sexualisierten) Gewalt als Erfahrungshintergrund von suchtmittelkonsumierenden Frauen, aber auch Männern. Ein weiteres wichtiges Thema im Rahmen von Gender ist Sexualität. Hier spannt sich der Bogen von der Frage der sexuellen Orientierung, über Sexualstörungen bis hin zu sexueller Selbstbestimmung und Erfüllung.

Zur Entwicklung der Schlüsselqualifikation »Gender-Kompetenz« gehören Kenntnisse über die Möglichkeiten der Verankerung der Genderaspekte sowie zur Strategie des Gender Mainstreaming und seiner Instrumente,

- um die Ergebnisse und Erfahrungen von Gender-Analysen in Organisationen und Strukturen umsetzen und
- um die Implementierung genderbezogener Forschungs-, Bildungs-, Beratungs- und Therapiearbeit in die eigene Arbeit gewährleisten zu können.⁵³

Die »Selbst-Ebene« der Fachkräfte und ihr Fachwissen haben einen bedeutenden Einfluss auf die beratenden und therapeutischen Interventionen, die Umsetzung gendergerechter Ansätze auf der Angebotsebene, die Atmosphäre einer Einrichtung und die strukturellen Rahmenbedingungen.

Bereitstellung und Transfer von Wissen

Die Erweiterung der Gender-Kompetenz der Beschäftigten kann gefördert werden durch:

- besondere Qualifizierungsmaßnahmen wie externe Fortbildungen und/oder interne Workshops (beispielsweise zur Erprobung einzelner Instrumente)
- die Institutionalisierung des Austausches über die Genderperspektive, beispielsweise durch Supervision, Gender-Dialoge, Kollegiale Fallbesprechungen oder auch in träger- und einrichtungsübergreifenden Reflexionsräumen (Fachfrauen und Fachmänner reflektieren kontinuierlich ihre Rollen als Männer und Frauen untereinander sowie ihren Klientinnen und Klienten gegenüber)
- die Teilnahme an Fachgremien, wie regionale oder überregionale Arbeitskreise (beispielswei-

se Arbeitskreis »Mann und Sucht« oder »Frauen und Sucht«)

- die Anschaffung und Bereitstellung entsprechender Fachliteratur
- das Kennenlernen bereits existierender geschlechterdifferenzierter Ansätze in anderen Einrichtungen («Champions»), beispielsweise durch die Einladung von Kolleginnen und Kollegen aus anderen Suchthilfeeinrichtungen oder durch entsprechende Hospitationen.

Vernetzung und Kooperation

Auf verschiedenen Ebenen sind Vernetzung und Kooperationen mit anderen Trägern und Anlaufstellen unter Genderaspekten von besonderer Bedeutung. Dies betrifft unter anderem

- Berufsberatung, Arbeitsämter, Unternehmen (beispielsweise im Hinblick auf die Ausbildungs- und Berufsabschlüsse)
- Einrichtungen, Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen aus dem Gesundheitsbereich (wie Gynäkologinnen, Geburtsabteilungen, Schwangerschaftsberatungen, Aids-Hilfe, Andrologen/Urologen)
- Beratungsstellen für Männer mit Gewaltproblemen/Gewalterfahrungen
- Institutionen sozialer Unterstützung wie Jugendämter, Kinderbetreuungsmöglichkeiten.

Die systematische bereichsübergreifende Institutionalisierung von Austausch und Vernetzung innerhalb und außerhalb der eigenen Einrichtung sollte im Sinne gendersensibler Maßnahmen und Überweisungsmöglichkeiten vorangetrieben werden.

Für die Weiterentwicklung gendergerechter Suchtarbeit auf der institutionellen Ebene zeichnet sich als Aufgabe für die Einrichtungen ab, Gender auf der strukturellen Ebene zu verankern und Gender-Kompetenz als fachliche Erweiterung und als Qualitätsmerkmal einzubeziehen.

⁵³ vgl. Hilsenbeck (2008), S. 12 | Landesfachstelle Frauen & Sucht (1999), S. 18



Wege zu einer gendersensiblen Suchtarbeit

Widerstände erkennen und Prozesse initiieren

Gender Mainstreaming ist eine Strategie, mit der sich eine geschlechtergerechte Suchtarbeit umsetzen lässt. Ziel ist zum einen die Herstellung von Chancengleichheit und die Beseitigung von Ungleichheiten und zum anderen die Verbesserung der Qualität von Maßnahmen der Suchthilfe.

Gender Mainstreaming ist auch Teil staatlicher Politik, wird durch juristische und administrative Verfahren »von oben« durchgesetzt und soll auf Organisations- und Einrichtungsebene institutionell abgesichert werden. Die Veränderungsprozesse in den Verwaltungen des Bundes, der Länder und Kommunen nehmen hier Vorreiterpositionen ein.

Mit der Strategie des Gender Mainstreaming wird sowohl die gezielte Frauenförderung positiv eingeschätzt und für notwendig erachtet als auch die Auswirkungen der Kategorie Geschlecht und ihre Relevanz für Frauen und Männer und ihrer Bedarfe in den Blick genommen. Dies bedeutet, gendersensible Maßnahmen werden für beide Geschlechter selbstverständlich. Für frauenspezifische Projekte, die bereits existieren oder entwickelt werden, bedeutet dies, dass sie eine qualitative Stärkung erfahren. Damit wird der Frauensuchtarbeit der Rechtfertigungsdruck genommen. Insbesondere öffentlich geförderte Institutionen und Organisationen stehen in der Verpflichtung, Gender Mainstreaming umzusetzen.

Soziale Innovationen brauchen von der Idee bis zur Umsetzung viel Zeit und Geduld. Sie müssen von den Akteurinnen und Akteuren reflektiert und gelebt werden. Hierfür braucht es Möglichkeiten der Information, der Sensibilisierung und Qualifizierung.

Widerstände haben Gründe

Umfassende Entwicklungsprozesse rufen durch notwendige Veränderungen auf vielen Ebenen (strukturell, kulturell, persönlich) Ängste hervor und die Sorge vor negativen Konsequenzen. Wenn Identitätskonstruktionen ins Wanken geraten, ist es wichtig, aufkommende Widerstände als Schutzmechanismen zu verstehen: bestimmte Organisationskulturen und Strukturen werden gestört, Eigeninteressen können möglicherweise nicht oder nicht mehr verwirklicht werden, es drohen hohe Beanspruchungen, zusätzliche Aufgaben, Ansprüche an die eigene Veränderungsbereitschaft, der Verlust von Prestige, Privilegien, Anerkennung, Macht wird befürchtet. Konflikte können entstehen oder verschärft werden.

Im Verlauf von Gender-Mainstreaming-Prozessen können darüber hinaus weitere **Befürchtungen** zum Tragen kommen:

- Der Gender-Mainstreaming-Prozess verlaufe zu Lasten frauenpolitischer Forderungen und führe zur Auflösung bisheriger Strukturen (Abschaffung von Frauenfördermaßnahmen).
- Der Gender-Mainstreaming-Prozess sei lediglich eine Fortführung der bisherigen Frauenpolitik unter anderem Namen.
- »Gender« als Analysekriterium der Gesellschaft könne Normierungen und eine Gesellschaftsordnung verstärken/zementieren, die es zu überwinden gelte.
- Gender Mainstreaming mutiere zum »Feigenblatt«, um Fördermittel zu erhalten oder werde nur »formal« und bürokratisch abgehandelt.
- Gender Mainstreaming könne als »Malestreaming«-Instrument zweckentfremdet werden.

Gender Mainstreaming versucht bei allen Maßnahmen im Vorhinein und nachhaltig strukturelle Veränderungen herbeizuführen. Alle Entscheidungen und Vorhaben werden auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen hin überprüft. Wenn hierbei Benachteiligungen von Frauen oder von Männern festgestellt werden, sind Frauen- oder Männerpolitik die Instrumente der Wahl, um den jeweiligen Benachteiligungen entgegenzuwirken. Männer und Frauen können gleichermaßen durch gleichzeitige, aber unterschiedliche Maßnahmen profitieren. Ein Beispiel hierfür sind unterschiedliche Präventionsmaßnahmen und Anspracheformen im Gesundheitsbereich für Frauen und Männer.

Die Genderthematik ist kein rein politisches oder sachliches Thema, sondern immer auch emotional besetzt, weil es wie kein anderes Thema die eigene Identität aller Beteiligten berührt.

Typische Muster abwehrenden Verhaltens beim Geschlechterthema sind:

- Antiquierung (»Das ist doch Schnee von gestern!«)
- Nicht-Wahrhaben-Wollen beziehungsweise Verdrängen (»Frauen und Männer sind doch schon längst gleichberechtigt.«)
- Abwertung (»Schon wieder dieses Thema!«)
- Biologisierung (»Frauen und Männer sind eben verschieden.«)
- Individualisierung (»Ich fühle mich nicht unterdrückt.«)

- Der Vorwurf der Diskriminierung und Polarisierung (»Ihr wollt, dass Mädchen werden wie Jungen und umgekehrt.« – »Ihr Frauen wertet Männer ab.« – »Erst der geschlechterdifferenzierte Blick manifestiert Unterschiede.«)
- Resignation und Überforderung (»Was soll ich bei diesem großen Thema denn schon ausrichten können?« – »Es gibt im Moment doch wahrhaft größere Probleme.«)⁵⁴

Wege der Akzeptanzsicherung

»Es wird notwendig sein, mit der Gender-Arbeit dort zu beginnen, wo jede und jeder sich ‚sicher‘ fühlt und den größten Erfolg vermuten kann, abhängig von Vorerfahrungen und persönlichen Stärken.«⁵⁵

Die genannten Widerstände zu kennen und ernst zu nehmen ist eine wichtige Voraussetzung, um Akzeptanz für den Prozess herzustellen. Die Widerstände bieten die Möglichkeit, an die Erfahrungen und das Wertesystem der Personen in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität anzuknüpfen.⁵⁶

Akzeptanzsicherung auf der persönlichen und kulturellen Ebene kann erreicht werden durch:

- Partizipation (Teilhabe und Profit)
- Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- strategisches Anpassen an vorherrschende Werte und Ziele («Framing«/»Labeling«)
- »unterstützende Räume« (Fortbildungen/Supervision/Arbeitskreise)

Akzeptanzsicherung auf der fachlich-organisatorischen Ebene kann erreicht werden durch die Bereitstellung von:

- Gender-Daten
- Wissen über Gender und Gender Mainstreaming (Informationen über Gender, Strategie und Instrumente)
- Beratung und Fortbildung
- Beispiele guter Praxis⁵⁷

Gender Mainstreaming ist ein integraler Bestandteil des Denkens, Entscheidens und Handelns aller Beteiligten. Wichtig bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming sind die Akteurinnen und Akteure. Gender Mainstreaming ist als eine sogenannte Top-Down-Strategie gedacht und entwickelt worden, was bedeutet, dass die Verantwortung von der Leitungsebene getragen und die Impulsgebung für den Prozess von ihr ausgehen sowie gesteuert werden muss, um Verbindlichkeit herzustellen. Glaubhafte Kommunikation und verbindliche Vorgaben (Wer macht was mit wem bis wann?) sind wesentliche Ansatzpunkte für die Akzeptanzsicherung in einer Organisation.

Weitere Stichworte im Rahmen von Gender Mainstreaming sind Partizipation und Demokratisierung. Für das Gelingen des Prozesses ist es notwendig, die beteiligten Akteurinnen und Akteure mit einzubeziehen und somit eine Bewusstheit und Durchgängigkeit zu erreichen, die sowohl die Repräsentation und die Strukturen, als auch die Fachebenen einschließt.

Anstöße und die Mitarbeit von »unten« (Bottom-Up) sind bei einem Gender-Mainstreaming-Prozess ebenso unerlässlich. Der »Auftrag« Gender Mainstreaming richtet sich sowohl an die Spitze als auch an die Beschäftigten einer Organisation und bedeutet: Gleichstellung bei der Gestaltung von Prozessen, in den Ergebnissen und Produkten sowie hinsichtlich der Kommunikation zu berücksichtigen und zu verwirklichen. Die Partizipation trägt zur Akzeptanzsicherung und letztendlich zur Verbesserung der Maßnahmequalität bei.⁵⁸

Voraussetzungen zur Implementierung

Gender Mainstreaming ist eine Strategie, die Leistungsträger und Leistungserbringer in die Verantwortung nimmt.

Auf institutioneller Ebene müssen in Anlehnung an Ingeborg Jahn⁵⁹ folgende Voraussetzungen gegeben sein:

⁵⁴ vgl. Doblhofer, Doris / Küng, Zita (2008): Gender Mainstreaming. Gleichstellungsmanagement als Erfolgsfaktor – das Praxisbuch. Heidelberg, S. 122–128. Im Folgenden zitiert als Doblhofer (2008)

⁵⁵ Zenker, Christel (2006)[3]: Die enge Verbindung zwischen Gender und Sucht. Vortrag, gehalten im Rahmen der II. Genderfachtagung »Wo bleibt der Mann?« am 12. Juni 2006 in Herten. Zugriff unter: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/AK/Vortrag_Zenker.pdf] am 30.01.2009

⁵⁶ vgl. Doblhofer (2008), S. 125–128 und S. 244–246

⁵⁷ vgl. Erfurt, Philine (o.J.): Widerstände gegen Gleichstellung und Möglichkeiten der Akzeptanzsicherung (ohne Seitenangaben). Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/implementierung/widerstaende/>] am 30.01.2009

⁵⁸ vgl. Pimminger, Irene (o.J.): Anforderungen an die Gender Mainstreaming Umsetzung in regionalpolitischen Programmen. G/I/S/A, Gender-Institut Sachsen-Anhalt, S. 1–6. Zugriff unter: [<http://www.g-i-s-a.de/res.php?id=168>] am 30.01.2009, S. 6

⁵⁹ vgl. Jahn (2004) | Ernst, Marie-Louise (2006): Leitlinien zum Einbezug von Genderaspekten in der Suchtarbeit. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). In: Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem. Bern, S. 3. Im Folgenden zitiert als Ernst (2006)

- **Eine Organisationsleitung, die sich aktiv und glaubhaft hinter den Prozess stellt:** Die Führung einer Institution muss Verantwortung für das Vorhaben übernehmen und der Umgang mit Genderaspekten muss in den Führungsinstrumenten (Leitbild, Konzepte, Personalentwicklung) verankert sein. Dazu gehören klare Gleichstellungsziele.
- **Investitionen auf der zeitlichen/finanziellen/personellen Ebene einer Organisation:** Es müssen Ressourcen bereitgestellt werden. Dies ist nicht notwendigerweise mit zusätzlichen finanziellen Ausgaben verbunden, bedarf jedoch zeitlicher und personeller Kapazitäten, um einen Prozess in Gang zu bringen, der von der Angebotsentwicklung über die Bearbeitung von Konzepten bis zur Neudefinition von Aufgaben und zur Reorganisation gehen kann.
- **Notwendiges Fach- und Gender-Wissen muss vorhanden sein:** Das Einnehmen einer geschlechterbezogenen Perspektive im Hinblick auf das Handlungsfeld Sucht erfordert eine Erweiterung der vorhandenen Fachlichkeit (vgl. Gender-Kompetenz) in der Institution.
- **Gewährleistung einer prozessorientierten Einführung der Genderperspektive:** Sowohl die Planung (Problemanalyse, Zielformulierung, Strategieentwicklung) als auch die Umsetzung (entwickeln, auswählen, durchführen von Maßnahmen) und Evaluation (auswerten, überprüfen) müssen die Genderperspektive einbeziehen.

Die konkrete Planung und Umsetzung kann auf verschiedenen Ebenen beginnen beziehungsweise mit einem Pilotprojekt starten. Als Beispiele seien hier genannt: die systematische Einführung einer geschlechtergerechten Sprache in den Dokumenten, die Durchführung von Gender-Analysen, die Überarbeitung von Statistiken, um konsequent nach Geschlechtern getrennte Daten zu erhalten. Eine bessere Kenntnis der Fakten kann Anlass geben, bestehende Angebote zu überdenken und neu auszurichten.

Neben der Information, dem Bereitstellen von Gender-Wissen und von Ressourcen sind wichtige Stichworte bei der Umsetzung und der Akzeptanz eines Gender-Mainstreaming-Prozesses: Zuständigkeiten, unter anderem die Verantwortung der Führungsebene, übergeordnete Ziele wie Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit, Wirksamkeit und Effizienz müssen klar benannt

sein. Verbindlichkeit und die Überprüfbarkeit müssen sichergestellt sein, ebenso die Steuerungsinstrumente und -prozesse. Auf Partizipation muss geachtet werden.

Umsetzungsschritte⁶⁰

Bei der Umsetzung der systematischen Einführung und Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht (Gender) in eine Einrichtung rücken vorrangig drei Ebenen in den Blick:

- **die Ebene der Organisationen** (strukturelle Ebene)
- **die Ebene des Personals**, also der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einzelnen Einrichtungen und der unterschiedlichen Hierarchiestufen
- **die Ebene der konkreten Projekte und Maßnahmen** und somit auch die Adressatinnen und Adressaten.

Am wirksamsten können genderbezogene Ziele erreicht werden, wenn alle drei Ebenen in einen Prozess einbezogen werden. Übergeordnete Ziele hierbei sind der Abbau von Chancenungleichheiten von Frauen und Männern und die Verbesserung der Qualität von Maßnahmen. Um die Implementierung und Umsetzung der Genderaspekte in der Suchthilfe kontinuierlich weiterzuentwickeln, wird Gender Mainstreaming als Strategie⁶¹ in die regulären Arbeitsabläufe der Einrichtungen integriert. Voraussetzung für die Einführung ist die Gestaltung eines Prozesses, der möglichst alle Beteiligten einbezieht, damit ihn in der praktischen Umsetzung alle mittragen und daran mitwirken. Dies geschieht in verschiedenen Schritten, die nicht immer linear verlaufen und sich je nach Entwicklungsstand der Einrichtung über unterschiedliche Zeitspannen erstrecken können. Neben einer Einführung oder Impulsgebung zur Entwicklung von Gender-Wissen, Gender-Kompetenz und Geschlechter-Sensibilität, die darüber hinaus einer kontinuierlichen Fortsetzung und Auseinandersetzung bedürfen, empfehlen sich in der Regel folgende Schritte:

- **Analyse:** Wahrnehmung, Analyse und Bewertung geschlechterdifferenzierter Fragestellungen und Ungleichheiten in der eigenen Praxis
- **Ziele:** Formulierung und Festlegung überprüfbarer und konkreter Ziele zur Erreichung geschlechtergerechter Strukturen und Angebote
- **Umsetzung:** Auswahl, Entwicklung und Umsetzung von Programmen/Projekten oder Maßnahmen entsprechend der Zielsetzungen

⁶⁰ Die Umsetzung der Strategie Gender-Mainstreaming ist vielfach beschrieben. Vgl. hier insbesondere: Jahn, Ingeborg (2004) und Bergmann, Nadja / Pimminger, Irene (2004): Chancengleichheit von Frauen und Männern. PraxisHandbuch Gender Mainstreaming, Wien, S. 39–51 sowie Jahn (2002)

⁶¹ Eine umfassende Strategie zur Institutionalisierung von Gleichstellung stellt auch das GEM System dar (Gender Equality Management), vgl. Doblhofer (2008)

- **Evaluation:** Analyse und Bewertung der Ergebnisse und Fortschritte hinsichtlich der gesetzten Ziele, der festgelegten Indikatoren und qualitativen Kriterien sowie die Benennung der Verbesserungspotenziale und ihre Einleitung

Je nach Stand und Ausgangslage der einzelnen Einrichtungen werden die jeweiligen Institutionen in der Praxis mit unterschiedlichen Themen/Maßnahmen in einen Prozess einsteigen bzw. einen bereits begonnenen Prozess fortführen, da sie sich in unterschiedlichen Phasen des Auseinandersetzungsprozesses mit der Thematik befinden. Beispiele für unterschiedliche Vorhaben können sein:

- Überprüfung von Dokumenten wie Konzepte oder Jahresberichte, beispielsweise hinsichtlich eines geschlechtergerechten Bildmaterials, das Geschlechterstereotypen nicht verstärkt, oder auch einer geschlechtergerechten Sprache
- Entwicklung neuer gendersensibler Angebote
- Überprüfung vorhandener Angebote unter Genderaspekten
- Beauftragung einer Supervisorin oder eines Supervisors mit Kompetenzen im Bereich Gender

Voraussetzungen für eine fundierte Gender-Analyse sind das Wissen über Geschlechterstrukturen im jeweiligen Bereich, also die Kopplung von Gender-Wissen und Fachwissen, sowie die Verfügbarkeit von geschlechterdifferenzierten Informationsgrundlagen wie Definitionen und Daten, die zu einer Erweiterung der Gender-Sensibilität und -Kompetenz der Akteurinnen und Akteure im Arbeitsfeld beitragen.

Gender-Kompetenz ist jedoch in erster Linie eine Frage der Haltung, wie oben bereits ausgeführt. In der Regel sind deshalb persönliche und fachliche Reflexions- und Sensibilisierungsprozesse

über das Wissen hinaus notwendige Schritte.

Informationsveranstaltungen in Form eines Workshops und/oder Fachtages dienen häufig als Startpunkt eines solchen Prozesses innerhalb einer Einrichtung, um die Beteiligten auf einen gemeinsamen Wissensstand zu bringen.

Im Folgenden wird auf die oben aufgezeigten Umsetzungsschritte ausführlicher eingegangen.

Analyse

Zentrales Element eines Genderprozesses, der idealer Weise von externen Beraterinnen/Beratern und/oder Trainern/Trainerinnen begleitet wird, ist eine umfassende geschlechterrelevante Analyse der Ist-Situation im Interventionsfeld und eine Analyse der Zielgruppen. Die geschlechtsspezifische Analyse der Zielgruppen stellt sicher, dass unterschiedliche Bedürfnisse von Frauen und Männern sowie mögliche geschlechtsspezifische Barrieren beim Zugang zu den geplanten Vorhaben berücksichtigt werden.

Im Folgenden werden einige Fragen zu unterschiedlichen Bereichen aufgeführt, die in der Analyse-Phase relevant sein können. Beispielhafte Fragen zu gender-relevanten Zahlen, Daten, Fakten, Einschätzungen können sein:

- Wie viele Frauen/Männer arbeiten in der Einrichtung? In welchen Bereichen?
- Wie hoch ist der Anteil der Klientinnen/Klienten, die die Angebote der Einrichtung nutzen?
- Welche Erfahrungen sind mit den Themen Geschlechtergerechtigkeit und Chancengleichheit beim Personal vorhanden? Wird Genderkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtige Ressource für die Organisation anerkannt?
- Gibt es eine geschlechterbewusste Kultur in diesem Arbeitsfeld? Wie und wo wird sie sichtbar? Welche Bedeutung hat diese für die Konzeptentwicklung? Was kann noch verbessert werden? Welche Informationen fehlen noch?



Ziele

In einer zweiten Phase werden mit den Beteiligten die für die jeweilige Einrichtung relevanten Ziele und Teilziele erarbeitet. Ziele sind Erfolgsindikatoren und dienen dem Zielcontrolling. Ein Ziel auf der Angebotsebene kann beispielsweise sein, Klientinnen und Klienten Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der beratenden beziehungsweise betreuenden Person generell und/oder bei bestimmten Hilfsangeboten zu ermöglichen. Ziel könnte auch die Einrichtung eines Arbeits- oder Freizeitangebotes sein, das den Bedürfnissen beider Geschlechter angepasst wird, ohne diese auf geschlechterstereotype Tätigkeiten festzulegen.

Ein Teilziel kann die Erhöhung der Gender-Sensibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein. Die jeweiligen Ziele wiederum können Auswirkungen auf eine entsprechende Personalentwicklung oder die Budgetierung haben.

Durch die Festlegung der Ziele wird sowohl die inhaltliche Richtung vorgegeben (Was soll erreicht werden?) als auch die Verbindlichkeit und Überprüfbarkeit der Umsetzung gewährleistet (operationalisierte Ziele). Wichtig hierbei ist es, realistische Ziele ins Auge zu fassen. Sie sollten spezifisch, messbar, angemessen, relevant und terminiert sein (SMART-Methode). Ein Ziel ist nur dann korrekt definiert, wenn es diese fünf Bedingungen erfüllt.

Es ist in der Regel sinnvoll, mit einem Projekt, einer Maßnahme zu beginnen.

Umsetzung

Bei der Umsetzung zielt die Berücksichtigung der Genderaspekte auf eine systematische, ziel- und ergebnisorientierte Arbeitsweise. In diesem Schritt werden konkrete Aktionspläne zur Umsetzung der Ziele und (internen) Maßnahmen erarbeitet. Mögliche Fragen hierbei sind:

- Welche Schritte in welcher Reihenfolge sind in der Organisation geplant (kurz-, mittel-, langfristig)?
- Wer wird beteiligt? Wer ist zuständig? Wer setzt wo um?
- Welche Ressourcen sind vorhanden oder werden zur Verfügung gestellt?

Evaluation

Die Evaluation der Umsetzung von Gender Mainstreaming richtet ihren Blick vor allem auf die Strukturen und Prozesse der Umsetzung und umfasst dabei:

Planung: Ist Gender Mainstreaming ausreichend verankert worden (Gender-Analyse, Gleichstellungsziele, Umsetzungsstrategien und Vorkehrungen für die Umsetzung sowie die Evaluation)? Welches Verständnis von Gleichstellung und Gender Mainstreaming liegt dem zugrunde?

Prozesse und Strukturen: Wurden in den Institutionen die notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Gender Mainstreaming geschaffen?

Maßnahmengestaltung: Wurden Angebote geschlechtssensibel gestaltet und hatten dadurch Männer wie Frauen gleiche Zugangs- und Teilnahmemechanismen?

Der Gender-Mainstreaming-Prozess ist mit einer Spirale vergleichbar. Nach der Umsetzung und Auswertung bestimmter Maßnahmen und ihrer Ziele werden Verbesserungspotenziale benannt. Sodann beginnt der Prozess mit deren Einleitung auf einer anderen Ebene erneut.



Die oben genannten Qualitätsanforderungen bezüglich der Gender-Kompetenz der Fachkräfte oder der Inhalte geschlechterbezogener Suchtarbeit sind für viele Einrichtungen der Suchthilfe anwendbar. Die Rahmenbedingungen und die einzelnen Schwerpunktaufgaben unterschiedlicher Einrichtungen des Suchthilfesystems variieren jedoch. Die spezifischen Bereiche bedürfen aufgrund ihrer unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte und ihres Selbstverständnisses (beispielsweise Selbsthilfe oder Prävention) einer weiteren differenzierten Betrachtungsweise.^{62 63}

Ein erster Schritt hin zur gendersensiblen Suchtarbeit kann die Durchführung von (Pilot-)Projekten sein, wie sie zum Beispiel bereits in Oberbayern und der Stadt München von 2006–2008 initiiert und durchgeführt wurden⁶⁴. Die Dokumentation dieser Projekte wurde 2010 veröffentlicht⁶⁵.

Geschlechterreflektierte Methoden zur frauen- wie zur männerspezifischen Suchtarbeit müssen ebenso wie für gemischtgeschlechtliche Settings weiterentwickelt, aktualisiert und systematisiert werden.

Neue geschlechtsbezogene Methoden in der begleitenden und therapeutischen Arbeit finden sich zum Beispiel im Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit⁶⁶. Ein Manual zu Methoden männerspezifischer Suchtarbeit wurde inzwischen von Fachmännern im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen Lippe erarbeitet⁶⁷.

Ebenso dient das Zusammentragen und Auswerten genderorientierter Beispiele aus der Praxis (Konzepte/Angebote etc.) einer Weiterentwicklung.

Weiterer Differenzierungen und Ausweitungen bedürfen die Empfehlungen hinsichtlich besonderer Gruppen, beispielsweise ältere suchtabhängige Menschen⁶⁸ oder Kinder und Partnerinnen/ Partner beziehungsweise weitere Angehörige von substanzabhängigen Frauen und Männern oder suchtkranke Eltern. Stichworte sind hier Vermeidung von Kindeswohlgefährdung durch präventive und frühe Hilfen, Verlust des Sorgerechts, Armutsrisiko bei Alleinerziehenden und Kindern, Unterbringung der Kinder bei Therapieaufenthalten, Elternarbeit.

Gendergerechte Suchtarbeit impliziert darüber hinaus eine interkulturelle Kompetenzentwicklung auf Seiten der Fachkräfte; ebenso die Einstellung muttersprachlichen Personals und migrantenspezifische Zugangswege, Öffentlichkeitsarbeit, Strukturen und Angebote. Diese müssen hinsichtlich suchtgefährdeter oder -erkrankter Gruppen von Migrantinnen und Migranten geschlechtsbezogen überprüft und verändert werden. Dabei sollten die Heterogenität (Herkunft, sozioökonomische Bedingungen etc.) dieser Bevölkerungsgruppen berücksichtigt und kulturspezifische Ausprägungen in den Genderblick genommen werden.

Die Genderperspektive hinsichtlich des Konsums verschiedener Substanzen oder suchtrelevanter Verhaltensweisen (beispielsweise »Online-sucht«) ausdifferenzieren ist ebenso notwendig. So gilt pathologisches Glücksspielen und »Arbeitssucht« als vorwiegend männliche »Domäne«. Von Medikamentenabhängigkeit betroffen sind vorwiegend Frauen, zumindest, wenn es beispielsweise um Sedativa geht. Mehr Jungen und Männer finden sich, wenn es um den Konsum von Anabolika geht. Hier zeichnen sich neue Entwicklungen ab, beziehungsweise der Genderblick

⁶² zu Entzugsstationen vgl. Vollmar, Claudia / Schmid, Nicole: Geschlechtsspezifisches Gruppenangebot: »nice to have« oder »must«? In: SuchtMagazin 4/2008, S. 27–28 | zur Suchtprävention vgl. Mezzera, Maya: Die Genderperspektive im Projektalltag. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 23–26

⁶³ zur Suchttherapie mit Jugendlichen ist im September 2009 der Abschlussbericht »Geschlechtsspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gendermainstreaming in der Suchttherapie mit Jugendlichen« erschienen. Erstellt wurde die Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, u.a. von Martina Schu, Tom Wünsche, Peter Tossmann, Jonas Benjamis

⁶⁴ vgl. Beck, Reinhild (2008): Implementierung von Gender Mainstreaming – Ein Modellprojekt. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 32–35

⁶⁵ Beck, Reinhild / Engelfried, Constance (2009) (Hrsg.): Managing Gender – Implementierung von Gender Mainstreaming in psychosozialen Arbeitsfeldern, Augsburg

⁶⁶ Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006)

⁶⁷ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2009): Männlichkeiten und Sucht. Handbuch für die Praxis. Autoren: Stöver, Heino / Vosshagen, Arnulf / Bockholdt, Peter. (Forum Sucht – Sonderband 4), Münster

⁶⁸ Inzwischen erschienen: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (2009) (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Darin u.a.: Stöver, Heino: Ältere Männer, Drogenkonsum und Sucht: Probleme und Versorgungsstrukturen, S. 117–127

rückt »alte« Annahmen von Konsumpräferenzen und -mustern in ein anderes Licht.

In sozialen Arbeitsfeldern, so auch im Suchtbereich, sind weibliche Fachkräfte überrepräsentiert. Dies bedeutet, dass eine große Anzahl Frauen mit einer männlichen Klientel arbeitet. Klassischerweise befasst sich mit der frauen- beziehungsweise männerspezifischen Suchtarbeit das jeweilige zugehörige Geschlecht. Weibliche und männliche Fachkräfte brauchen Räume zur Auseinandersetzung über gegengeschlechtliche Begegnungen in Beratung und Therapie (Cross-Work).

Eine der Herausforderungen der Suchthilfe wird sein, auch jenseits der nach wie vor notwendigen geschlechtshomogenen Settings gendersensibel zu arbeiten. Die Entwicklung von Konzepten für gemischtgeschlechtliche Settings sollte vorangetrieben werden.

Das Thema einer geschlechtersensiblen psycho-sozialen Diagnostik im Suchtbereich wird in den obigen Empfehlungen nur gestreift. Neue Ansätze zu einer sozial- und lebensweltorientierten Diagnostik finden sich insbesondere bei Gahleitner beziehungsweise Gahleitner und Gunderson.⁶⁹

Datenerhebung, Monitoring und Evaluation müssen über das biologische Geschlecht hinausgehen und je nach Geschlecht variiert und gendergerecht gestaltet werden, um Grundlagen und Ziele für eine kontinuierliche Gestaltung geschlechtergerechter Suchtarbeit zu erhalten.

Des Weiteren müssen Leistungsträgerinnen und Leistungsträger sowie Leistungserbringerinnen und -erbringer gleichermaßen in die Verantwortung eingebunden werden.

Zur Erreichung einer innovativen Weiterentwicklung des Einbezugs von Genderaspekten – auch über die Einrichtungsebene hinaus – bedarf es der Mitwirkung und Zusammenarbeit aller Beteiligten der Suchthilfe im Sinne eines integrierten geschlechtergerechten Ansatzes wie Prävention, Behandlung, Eingliederung und Selbsthilfe sowie der empirischen Forschung und der Lehre.

⁶⁹ vgl. Gahleitner, Silke Birgitta (2008): Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 15–20 | Gahleitner (2008) | Inzwischen erschienen: Gahleitner, Silke Birgitta / Gunderson, Conni Lee (2009) (Hrsg.): Gender, Trauma, Sucht. Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Kröning | Zu Diagnostik und Methodenvielfalt vgl. Zenker (2005), S. 37–38

Sabine Klemm-Vetterlein

Studie:

**Geschlechterdifferenzierte Ansätze
in der Behandlung Suchtkranker**

Ergebnisse einer Befragung der Fachkliniken in Nordrhein-Westfalen



Aufbau der Untersuchung

Anliegen der Untersuchung

Der Fachbereich »Gender und Sucht« der Landeskoordination Integration NRW entwickelt die geschlechterdifferenzierte Arbeit im Bereich der Suchtkrankenhilfe in Nordrhein-Westfalen weiter. Um die Ausgangslage für die Weiterentwicklung einer geschlechterdifferenzierten Suchtarbeit insgesamt einschätzen zu können, wurde die vorliegende Studie durchgeführt mit der Fragestellung, wie die in 2004 erstellten »Empfehlungen«¹ bisher umgesetzt worden sind.

Untersuchungsdesign

Die Untersuchung ist in zwei Phasen erfolgt: zunächst wurde eine schriftliche Befragung der Fachkliniken für Abhängigkeitskranke in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Der Fragebogen wurde an die Leiterinnen und Leiter der Fachkliniken per E-Mail verschickt. Der Fragebogen war absichtlich kurz gehalten und sollte ohne viel Zeitaufwand auszufüllen sein, um die Bereitschaft zur Mitwirkung zu wecken und zu erhöhen. Am Ende des Fragebogens wurde die Bereitschaft zu einem vertiefenden Telefoninterview erfragt. Nach einigen Wochen wurde eine erste Erinnerung per E-Mail versendet mit dem Ziel, die Rücklaufquote zu erhöhen. Eine weitere Erinnerung war nicht notwendig. Die Fragebögen wurden anonymisiert ausgewertet und ein vorläufiges Zwischenfazit gezogen. Aus diesen Ergebnissen wurde ein Leitfaden für Telefoninterviews entwickelt.

Die zweite Phase der Untersuchung bestand aus leitfadengestützten Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten der Fachkliniken, die an der ersten Phase teilgenommen hatten. Sie dauerten jeweils zwischen 20 und 30 Minuten. Alle Interviews wurden von derselben Person durchgeführt. Die Antworten wurden während des Gesprächs mitgeschrieben, im Anschluss den Leitfragen zugeordnet und aus der unmittelbaren Erinnerung ergänzt. Anschließend wurden alle Antworten anonymisiert, den Leitfragen zugeordnet und qualitativ ausgewertet.

Untersuchungssample:

Der Fragebogen wurde an 62 Fachkliniken in Nordrhein-Westfalen (31 Fachkliniken pro Landesteil) verschickt. Grundlage dafür bildeten die Verzeichnisse der beiden Landschaftsverbände².

Demnach gab es 25 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (AM: 11 im Rheinland, 14 in Westfalen-Lippe), 31 Fachkliniken für Drogenabhängige (D: 16 im Rheinland, 15 in Westfalen-Lippe) und 6 Fachkliniken für Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängige (DAM: vier im Rheinland, zwei in Westfalen-Lippe).

Es wurde eine Rücklaufquote von 45% (N=28) erreicht.

Es haben sich 45 % der Fachkliniken für Drogenabhängige, 83% der Fachkliniken, die Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängige behandeln und 36% der Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige aus Nordrhein-Westfalen beteiligt. Nach Landesteilen betrachtet, haben sich 29% der westfälischen Fachkliniken und 61% der Fachkliniken aus dem rheinischen Landesteil an der Umfrage beteiligt.

AM	9	(7 Rheinland, 2 Westfalen)
D	14	(9 Rheinland, 5 Westfalen)
DAM	5	(3 Rheinland, 2 Westfalen)
Summe	28	(19 Rheinland, 9 Westfalen)

Darunter waren sieben Fachkliniken, die ausschließlich Männer und zwei Fachkliniken, die ausschließlich Frauen behandeln sowie 19 Fachkliniken, die Männer und Frauen in einer Klinik behandeln.

Zur Klinikgröße wurden folgende Angaben gemacht:

14 – 25 Plätze:	9 Fachkliniken
30 – 40 Plätze:	12 Fachkliniken
60 – 80 Plätze:	3 Fachkliniken
90 – 120 Plätze:	4 Fachkliniken

Der Fragebogen der Klinik mit Akutbehandlung wurde in die Auswertung (erste Phase) mit einbezogen.

- 1 Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.), Essen 2004. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Maßnahmen Nr. 22 und Nr. 26 des Landesprogramms gegen Sucht NRW: Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen – Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen.
- 2 Landschaftsverband Rheinland, Dezernat 8 – Gesundheit/Heilpädagogische Heime, Amt für Planung und Förderung, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), Köln, Mai 2004: Verzeichnis der ambulanten und stationären Hilfen für Suchtkranke im Rheinland | Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), Münster, Juni 2008: Materialien M 1. Verzeichnis der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Geschlechterdifferenzierte Arbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die Darstellung der Ergebnisse folgt weitgehend den Fragestellungen des Fragebogens.

Haben die vorliegenden Empfehlungen zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Ansätze für suchtkranke Frauen bzw. Männer in Ihrer Klinik beigetragen?

36% der beteiligten Fachkliniken geben an, dass die vorliegenden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der geschlechterdifferenzierten Ansätze beigetragen haben. 64% der Kliniken verneinen diese Frage.

Die Fachkliniken, die diese Frage bejahen, kommen überwiegend aus der Behandlung Drogenabhängiger. Da die Empfehlungen auf die stationäre medizinische Rehabilitation drogenabhängiger Frauen ausgerichtet waren, ist nach den Ergebnissen zu vermuten, dass sie auch eher bei Fachkliniken zur Behandlung Drogenabhängiger zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Ansätze beigetragen haben, insbesondere für Frauen.

Sind in Ihrer Klinik spezifische Angebote für suchtkranke Frauen beziehungsweise Männer entwickelt worden?

75% der Fachkliniken haben spezifische Angebote für suchtkranke Frauen bzw. Männer entwickelt. Es besteht ein breites Spektrum an Angeboten, wobei die einzelnen Fachkliniken entweder einzelne oder mehrere Angebote in verschiedenen Bereichen der Behandlung vorhalten. Der Grad der Differenzierung ist sehr unterschiedlich.

Betrachtet man die Kliniken danach, ob ausschließlich Frauen beziehungsweise Männer oder Frauen und Männer gemeinsam in einer Klinik behandelt werden, so fällt auf, dass es unter den gemischtgeschlechtlich belegten Fachkliniken (N=19) in 32% der Fälle ausschließlich Angebote für Frauen gibt (zwei Fachkliniken AM, zwei Fachkliniken DAM, eine Fachklinik D).

Angebotsspektrum

Frauengruppe
Männergruppe
Indikative Gruppen zu verschiedenen Themen
Verschiedene Settings bezugstherapeutischer Gruppen
Einzels psychotherapie mit gleichgeschlechtlicher/m Therapeutin/Therapeuten
Geschlechtsspezifische Behandlung von Trauma/Angst etc.
Geschlechtergerechte Gestaltung des Sports und/oder der Freizeit
(Mehrfachnennungen)

25% der Fachkliniken haben bislang keine spezifischen Angebote entwickelt. Es handelt sich um drei Fachkliniken AM, eine Fachklinik DAM (jeweils für F/M) und drei Fachkliniken D (M). Darunter befinden sich zwei Kliniken bei der Frage von geschlechterdifferenzierten Ansätzen/Angeboten aktuell in Konzeptdiskussionen.

Wird die geschlechtersensible Arbeit mit suchtkranken Frauen/Männern im Gesamtkonzept der Klinik besonders erwähnt?

75 % der Fachkliniken stellen die geschlechtersensible Arbeit im Gesamtkonzept der Klinik dar. Eine detaillierte Beschreibung und Begründung von Gender-Aspekten in der Behandlung, der geschlechtsspezifischen Ansätze und Angebote bis zur Personalentwicklung wird von mehr als der Hälfte der Fachkliniken angegeben oder ist aktuell in Bearbeitung. Einige Kliniken erwähnen lediglich die Angebote oder die konzeptionelle Verankerung im schriftlich vorliegenden Konzept beziehungsweise Informationsflyer der Einrichtung. Einige bejahen die Frage ohne weitere Erläuterungen.

22% der Fachkliniken verneinen diese Frage. Es handelt sich hierbei um die Kliniken, die keine speziellen Angebote vorhalten beziehungsweise kein geschlechtersensibles Konzept haben. Bei einer Klinik wird das Konzept zurzeit überarbeitet, deshalb wurde diese Frage aktuell verneint.

Untersuchungsergebnisse

Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Wie wird die Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit für Fach- und Führungskräfte gefördert?

Bei der Mehrzahl der Fachkliniken (82%) wird die Entwicklung oder Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit für Fach- und Führungskräfte gefördert, in erster Linie durch externe Fortbildungen (Weiterbildung/Seminare/Kongresse), an zweiter Stelle durch verschiedene interne Maßnahmen/interne Fortbildung/Forschung und durch die Teilnahme einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Arbeitskreisen (Frauen und Sucht beziehungsweise Männer und Sucht).

Welche Maßnahmen/Qualifizierungsangebote (intern/extern) würden Sie sich wünschen?

39% der Fachkliniken haben konkrete Wünsche zu Maßnahmen und Qualifizierungsangeboten: Fortbildungsangebote stehen bei den Wünschen an vorderster Stelle, darunter auch regelmäßige Weiterbildungsangebote, die zu einem Zertifikat führen. Außerdem wird ein breiteres Themenspektrum bei Fortbildungen beispielsweise ergänzend zu indikativen Schwerpunkten eingefordert. Geschlechterdifferenzierte Angebote in der Suchttherapie sowie den Erfahrungsaustausch darüber, Forschungsansätze, interne Konzeptdiskussionen sowie externes Gendertraining sind weitere Anliegen.

Eine Klinik hält die vorhandenen Angebote für ausreichend. Zurzeit keine speziellen Wünsche haben zwei Kliniken.

50% der Fachkliniken haben diese Frage jedoch nicht beantwortet.

Wird die geschlechterdifferenzierte Arbeit mit suchtkranken Frauen/Männern nach außen kommuniziert?

71% der Fachkliniken kommunizieren die geschlechtsspezifische Arbeit nach außen über folgende Strategien:

Art und Weise	Anzahl
Schriftlich vorliegendes Konzept	12
Materialien der Klinik (Flyer, Infobroschüren etc.)	6
Mündlich bei Kontakten zu Einrichtungen, Ärzten, potentiellen Patienten, Besuchern	5
Fachtagungen, interne oder externe Fortbildungen	5
Arbeitskreise Frauen und Sucht oder Männer und Sucht	3
Internet	3
Therapievertrag/Entlassungsbericht	3
Fachveröffentlichungen/Tagungsbeiträge (Mehrfachnennungen)	2

25% der Fachkliniken verneinen diese Frage. Es handelt sich dabei um die Kliniken, die entweder keine explizite geschlechterspezifische Arbeit machen oder aktuell andere Schwerpunkte haben. Eine Fachklinik macht hierzu keine Angaben.

Gibt es zur geschlechterdifferenzierten Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern Nachfragen anderer Einrichtungen (Fachkliniken/Beratungsstellen/Entgiftungsstationen etc.) bei Ihnen?

Etwas mehr als die Hälfte der Fachkliniken (57%) haben in ihrer Klinik Anfragen zur geschlechterdifferenzierten Arbeit. Den höchsten Anteil haben davon Kliniken für Drogenabhängige mit 56%.

Das Interesse seitens der vermittelnden Einrichtungen besteht vor allem in der gezielten Vermittlung von suchtkranken Frauen, die ein spezifisches Setting benötigen (Trauma, Ess-Störungen, Kinder etc.). Seitens der Kliniken entspricht dies dem Wunsch nach Erhöhung des Frauenanteils bei der Behandlung. Deutlich weniger wird männerspezifische Arbeit nachgefragt. Vereinzelt gibt es auch Anfragen zum fachlichen Austausch und Kooperation zwischen den Kliniken in Bezug auf genderdifferenzierte Behandlung.



Gibt es einen fachlichen Austausch mit anderen Kliniken zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit mit suchtkranken Frauen beziehungsweise Männern?

71% der Fachkliniken sind im Austausch mit anderen Fachkliniken zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit. Genutzt werden dafür verschiedene Qualitätszirkel, die Arbeitskreise Frauen und Sucht/Männer und Sucht, Tagungen, regionale Arbeitsgruppen, regelmäßig stattfindende Treffen mit Suchthilfeeinrichtungen/Fachkliniken sowie interne Treffen. Auch die meisten der Fachkliniken, die nicht im Austausch mit anderen Kliniken zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Ansätze stehen, äußerten Interesse daran.

Wird der Nutzen geschlechterdifferenzierter Arbeit im Rahmen des internen Qualitätsmanagements überprüft?

64% der Fachkliniken überprüft den Nutzen geschlechterdifferenzierter Arbeit nicht im Rahmen von QM. Nur 32% setzen dies aktuell (N=9) um. 2/3 Drittel davon sind Fachkliniken für D (67%) und Fachkliniken für DAM (33%). Allerdings wollen dies zwei Fachkliniken (eine D, eine AM) zukünftig umsetzen. Eine Fachklinik macht dazu keine Angaben.

Mit dann knapp 40% ist der Anteil der Fachkliniken, die geschlechterdifferenzierte Arbeit als Qualitätsmerkmal ansehen und deren Erfolg auch messen wollen, noch nicht ausreichend für die Etablierung der geschlechterdifferenzierten Arbeit anzusehen. Betrachtet man hierbei ausschließlich die Fachkliniken für Drogenabhängige, die sich an der Umfrage beteiligt haben, so überprüft nur die Hälfte dieser Kliniken den Nutzen der geschlechterdifferenzierten Arbeit im Rahmen von QM, obwohl sie Angebote bzw. Konzepte in diesem Bereich vorweisen können.

Haben sich durch die geschlechterdifferenzierte Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern die Kooperationen mit Beratungsstellen und anderen vermittelnden Stellen verändert?

Mehr als die Hälfte der Fachkliniken (61%) stellt keine Veränderung bei den Kooperationen mit den vermittelnden Stellen durch die geschlechterdifferenzierte Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern fest. Sie wünschen sich zum Teil aber eine bessere Motivationsarbeit, mehr Aufklärung sowie bessere Vorbereitung der Patientinnen und Patienten.

Veränderungen stellen 29% der Fachkliniken fest, beispielsweise in der Differenzierung der Nachfragen (individueller auf Klient/in bezogen), der gezielten Zuweisung, der vermehrten Anfragen nach Paartherapie. Spezialisierte Fachkliniken hatten immer schon spezialisierte Anfragen. Eine Fachklinik, die ausschließlich Männer behandelt, stellt eine schlechtere Zuweisung und zum Teil wenig Verständnis für den mänderspezifischen Ansatz fest. Drei Fachkliniken machen dazu keine Angaben.

Was könnte für eine Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit mit suchtkranken Frauen/Männern hilfreich sein?

Es wird ein breites Spektrum genannt:

- Die Erweiterung der Fachkompetenz durch gezielte Fort- und Weiterbildung zu geschlechterdifferenzierter Arbeit
- Personalentwicklung ist nötig, um das Verhältnis Frauen/Männer bei Klientinnen und Klienten und bei den Fachkräften zu verändern
- Forschung, auch zu speziellen Fragestellungen
- Weiterentwicklung von Empfehlungen
- Durchgängige geschlechterdifferenzierte Ansätze in Beratungsstellen, Entgiftung und Nachsorge, um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten
- Leistungsträger einbeziehen
- Bessere finanzielle Ausstattung in der stationären medizinischen Rehabilitation
- Aufklärung zu geschlechterdifferenzierter Arbeit / zu Männerarbeit ist notwendig
- Erhöhung des Frauenanteils in gemischtgeschlechtlichen Fachkliniken
- Neue Behandlungsansätze
- Austausch mit anderen Institutionen über geschlechterdifferenzierte Ansätze
- Stärkere themenbezogene Arbeit in den Arbeitskreisen

18% der Fachkliniken haben diese Frage nicht beantwortet.

Untersuchungsergebnisse

Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Analyse von Angaben zu Patienten und Patientinnen nach spezifischen Aspekten

Geschlechterverhältnis der Patienten/Patientinnen pro Fachklinik

Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2008 in der Klinik behandelt?

Zunächst ist festzustellen, dass es keine Klinik gibt, in der die männlichen Patienten in der Minderheit sind.

Der Frauenanteil ist gegenüber den Angaben in den Empfehlungen von 2004 gestiegen. 2004 wurde ein Frauenanteil von 5–10% angegeben.

Im Jahresdurchschnitt 2008 betrug der Frauenanteil in den gemischtgeschlechtlich belegten Fachkliniken (N=19) bei

< 15%	= 1	(AM)
15–25%	= 8	(5 D / 3 DAM)
30–45%	= 6	(2 D / 4 AM)
> 45%	= 2	(1 D / 1 AM)

Es ist eine Verschiebung zu reinen Männerkliniken (Umwandlung gemischtgeschlechtlicher Behandlungssettings in ein homogenes für Männer) festzustellen. Es müssten mehrere Jahre betrachtet werden, um zu prüfen, ob dies eine Tendenz ist. Ist diese Entwicklung nicht beabsichtigt, müssten die Leistungsträger hier gegensteuern.

Patientinnen und Patienten in der Elternrolle

Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten (2008) hatten Kinder?

61% der Fachkliniken (N=17) machten Angaben zu Kindern ihrer Patientinnen und Patienten:

Bei 35% dieser Fachkliniken lag der Anteil der Patientinnen/Patienten mit Kindern zwischen 15% und 30%, bei 29% dieser Fachkliniken zwischen 31% und 50%, bei 35% dieser Fachkliniken über 50%.

Kinder sind ein Thema für Männer und Frauen: Der Anteil der Frauen mit Kindern liegt zwischen 27% und 82% der Patientinnen einer Klinik, der Anteil der Männer mit Kindern zwischen 10% und 70% der Patienten einer Klinik.

Beim Thema Elternschaft gibt es eine hohe Dunkelziffer durch mangelnde Erfassung oder fehlende Datenlage beziehungsweise mangelnde Kenntnis der Datenlage. Hier liegt bezogen auf geschlechtergerechte Suchtbehandlung ein erhebliches Versäumnis vor, wenn die Arbeit an der Mutter- oder Vaterrolle nicht in ihrer Relevanz mit Daten untermauert werden kann. Außerdem könnte mangels fehlender Daten, die Relevanz des Themas in der Behandlung erheblich unterschätzt werden. Es könnte aber auch ein Vermittlungsproblem vorliegen. Das wäre dann der Fall, wenn die Daten zwar erhoben, aber in der Behandlung nicht aufgegriffen werden. Vor allem auch für die Arbeit mit Männern und die Entwicklung männerspezifischer Suchtarbeit sind dies unverzichtbare Daten und Fakten.

Obwohl die Daten im Deutschen Kerndatensatz erfasst werden (Kinder bis zum 18. Lebensjahr und ob sie mit im Haushalt leben), spiegelt das Antwortverhalten deutlich den Stellenwert dieses Themas in der Behandlung wieder.



Allein erziehende Patientinnen und Patienten

Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten (2008) waren alleinerziehend?

Auch diese Situation wird kaum erfasst, obwohl hier eine hohe Relevanz für die Behandlung und die Bewältigung der Erkrankung vorliegt. 46% der Fachkliniken machen hierzu keine Angaben. (Anzumerken ist, dass diese Situation im Deutschen Kerndatensatz nicht erfasst wird, aber aus den Angaben zu verschiedenen Fragestellungen erschlossen werden kann.)

Aus den Ergebnissen dieser Befragung ist festzustellen, dass auch suchtkranke Männer allein erziehend sind. In 27% der Fachkliniken gab es allein erziehende Patienten. Ihr Anteil lag bei 71% der Fachkliniken zwischen 2% und 5%, aber bei 29% der Fachkliniken zwischen 13% und 25% der männlichen Patienten mit Kindern.

Zwar ist der Anteil allein erziehender Patienten wesentlich geringer als bei den Patientinnen (10% zu 93%) – dieser Status sollte bei Patienten und Patientinnen zunächst einmal überhaupt in den Blick genommen und als Fragestellung aufgenommen werden. Bei der zahlenmäßigen Überlegenheit der männlichen Patienten ist durchaus denkbar, dass es eine gleiche Anzahl allein erziehender Frauen und Männern während der Behandlung geben kann. Auch die Zahlen verdeutlichen die Relevanz des Themas für beide Geschlechter. Vor diesem Hintergrund könnten indikative Gruppen für beide Geschlechter sinnvoll sein.

Analyse von Angaben zum klinischen Fachpersonal nach spezifischen Aspekten der Personalentwicklung**Geschlechterverhältnis der Fachkräfte**

Wie ist die Geschlechterverteilung der Fachkräfte Ihrer Klinik?

In 43% der Fachkliniken (zwölf Fachkliniken, darunter zwei Männerkliniken, zwei Frauenkliniken) arbeiten mehr Frauen als Männer, in 36% der Kliniken (zehn Fachkliniken, darunter zwei Männerkliniken) mehr Männer als Frauen und nur in 14% der Fachkliniken (vier Fachkliniken, darunter eine Männerklinik) ist das Geschlechterverhältnis bei den Fachkräften ausgewogen.

Zwei Fachkliniken machen dazu keine Angaben.

Männliches Fachpersonal ist in den Fachkliniken im Verhältnis zum Anteil der männlichen Patienten eher unterrepräsentiert. Konsequenzen für die geschlechtergerechte Suchtarbeit daraus sind beispielsweise die Verstärkung der Auseinandersetzung mit dem Thema Frauen in der Arbeit mit suchtkranken Männern sowie die Fortbildung des männlichen und weiblichen Fachpersonals im Blick auf mänderspezifische Suchtarbeit.

Teilzeitarbeit

Wie viele Fachkräfte arbeiten in Teilzeit?

Nur in einer der Fachkliniken arbeitet keine der Mitarbeiterinnen in Teilzeit. Der Anteil der Teilzeit bei den Mitarbeiterinnen einer Fachklinik konnte aus den Angaben nicht errechnet werden, da sowohl absolute Zahlen als auch Prozente angegeben wurden.

Teilzeitarbeit auch ein Thema von Männern: Nur in drei Fachkliniken arbeitet keiner der männlichen Mitarbeiter in Teilzeit. Teilzeit in der stationären medizinischen Rehabilitation ist demnach auch ein Thema von Männern.

Drei Fachkliniken machen hierzu keine Angaben.

Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten

In der ersten Phase der Untersuchung hatten sich 19 Personen zu einem vertiefenden Telefoninterview bereit erklärt, das waren 68% der teilnehmenden Fachkliniken. Realisiert wurden 14 Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten. Sie bilden die Grundlage für die zweite Phase der Untersuchung, die qualitative Auswertung.

Die Interviewpartnerinnen und -partner (fünf Frauen, neun Männer) waren therapeutische oder ärztliche Leiterinnen und Leiter von Fachkliniken, sowie langjährig in der Klinik tätige Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Auswertung folgt den zwölf Fragestellungen des Leitfadens anhand dessen die Telefoninterviews geführt wurden.

Die Empfehlungen haben nach den Ergebnissen der Befragung zur Diskussion und Entwicklung geschlechtersensibler Angebote, vor allem im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation von drogenabhängigen Frauen in Nordrhein-Westfalen beigetragen. In Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige ist das nicht in gleichem Maße gelungen. Woran liegt das Ihres Erachtens?

Die Expertinnen und Experten sahen die Gründe für die Umsetzung der Empfehlungen im illegalen Drogenbereich

- in der drogenspezifischen Ausrichtung der Empfehlungen auf drogenabhängige Frauen
- in der höheren Innovationskraft des Drogenbereichs aufgrund des größeren, gesellschaftlichen Drucks
- darin, dass frauenspezifische Ansätze im Drogenbereich eher Tradition haben
- durch die Männerdominanz im Drogenbereich. Die drogenabhängigen Frauen waren in den Kliniken immer in der Minderheit.

Als Hinderungsgründe im Drogenbereich wurden benannt

- die schlechte Planbarkeit von frauenspezifischen Angeboten durch die häufige Unterrepräsentanz von Frauen
- institutionelle Probleme – (»Von der Spitze muss das umgesetzt werden«)

Im legalen Bereich vermuteten die Expertinnen und Experten als Hinderungsgründe

- ein anderes Abbild gesellschaftlicher Realität beim Klientel
- eine Altersgruppe, die Probleme mit der Akzeptanz geschlechtersensibler Angebote hat

- das Fehlen der Übersetzung der Empfehlungen für den legalen Bereich
- die größere Medizinisierung im legalen Bereich
- die kürzeren Behandlungszeiten

Als Vorteile im legalen Bereich wurden 30% Frauenanteil als Standard genannt, der auch empirisch überprüft wird.

Einen fachlichen Grund für diese Unterschiede gibt es nach Meinung der Befragten nicht.

Zur Verbesserung der Situation könnte nach Auffassung der Befragten beitragen, dass die Leistungsträger mehr Druck ausüben und sich alle Beteiligten dem Thema stärker zuwenden. Eher skeptische Meinungen sagen, der Trend sei heute eher rückläufig, die Sensibilität bei Leistungsträgern und Beratungsstellen sei kaum noch vorhanden.

Geschlechterdifferenzierte Angebote gibt es nach den Ergebnissen der Befragung vor allem für drogenabhängige Frauen. Auch in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen gibt es sie öfter für Frauen als für Männer.

An was denken Sie bei »geschlechtsspezifischer Arbeit« zuerst?

Bei dem Stichwort »geschlechtsspezifische Arbeit« denken die meisten der Befragten sowohl an frauen- als auch mänderspezifische Angebote. Es besteht Einvernehmen zwischen allen Befragten dahingehend, dass es getrennte Gruppen für Frauen und Männer geben sollte, um bestimmte Themen zu bearbeiten. Deutlich wird dabei auch thematisiert, dass Männer erhebliche Widerstände gegenüber geschlechterdifferenzierten Gruppen zu geschlechterrelevanten Themen haben. Mändersensible Arbeit wird als sehr wichtig erachtet. Das Schutzbedürfnis von Frauen in den Kliniken wird thematisiert, weil sie in der Minderheit sind. Deshalb sei getrenntes Wohnen zum Schutz der Frauen ein sehr wichtiges Element in der stationären medizinischen Rehabilitation ebenso wie die gezielte Zusammenführung in der Behandlung.

Geschlechtersensible Arbeit erfordert nach Meinung der Befragten Angebote für suchtkranke Frauen und Männer.

Es liegt nicht an der fehlenden Einstellung, wenn es wenig mändersensible Angebote in der stationären medizinischen Rehabilitation gibt.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass selbst in gemischtgeschlechtlichen Fachkliniken spezifische Frauenangebote üblich sind – für Männer dagegen sind spezifische Angebote eher selten bzw. werden nicht genannt. Wie erklären Sie sich das?

Im Gegensatz zu Frauengruppen sind männerspezifische Angebote eher selten. Hierzu werden verschiedene Erklärungen angeführt:

Die meisten Expertinnen und Experten führen die Existenz von Frauengruppen in der stationären Rehabilitation auf die gesellschaftliche Entwicklung zurück. Im Zuge der Frauenbewegung hat es traditionell Frauengruppen gegeben. Stationäre Drogenarbeit war damals Arbeit mit Männern. Die Kliniken haben hier nachgezogen mit speziellen Angeboten für Frauen. Weil sie in der Minderheit waren, waren Frauen eher im Fokus. Frauengruppen seien heute eher Standard.

Das Fehlen von mändersensiblen Angeboten wird aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet: zum einen gäbe es bei Fachkräften wenig Bewusstsein für mänderspezifische Fragestellungen, zum anderen fehle es an interner und externer Unterstützung, fachlichem Austausch und Fachwissen. Hinzu komme wenig Bereitschaft zur Umsetzung beim männlichen Fachpersonal. Männerarbeitskreise »Männer und Sucht« seien noch relativ neu.

Mändersensible Arbeit wird von den Befragten häufig als sehr schwierig angesehen, weil es viele Widerstände bei männlichen Patienten gäbe: das Problembewusstsein würde ihnen fehlen, ihre Gefühle würden sich ihnen nicht so direkt erschließen, die therapeutische Arbeit in Männergruppen sei schwieriger als mit Frauen bis hin zur Aussage, Frauen seien psychisch stabiler als Männer. Eigentlich bräuchten suchtkranke Männer die mändersensible Arbeit weitaus nötiger als suchtkranke Frauen.

Die Existenz von spezifischen Angeboten lässt nicht automatisch auf die Verankerung von Gender-Aspekten als Querschnittsaufgabe schließen. Dieses Ergebnis der Fragebogenauswertung wird durch die Befragung der Expertinnen und Experten erhärtet.

Auf der Angebotsebene wird nach unserer Untersuchung geschlechtersensibel gearbeitet – Gender als Querschnittsthema ist selten im Blick. Welche Erklärung haben Sie dafür?

Viele Expertinnen und Experten sehen das Problem in der Auffassung begründet, dass »Gender« nur auf Klientinnen und Klienten bezogen wird, aber nicht auf das Fachpersonal oder die Struktur. Die Frauenbewegung hätten einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ja noch miterlebt, aber Gender sei bei den »engagierten« Mitarbeiterinnen auch noch nicht angekommen. Gender als Begriff werde zudem oft nicht verstanden. Hier fehle es an Informationen.

Gender auf allen Ebenen und im Alltag konkret zu machen ist aus Sicht der Befragten schwer und gehe oft unter. Eine Lösung wird darin gesehen, dass der Leistungsträger Vorgaben machen sollte. Die Leitungsebene müsse das (die Implementierung von Genderaspekten – Anmerkung der Verfasserin) durchdenken und umsetzen und auf der Personalentwicklungsebene gäbe es oft Engpässe, beispielsweise bei männlichen Gruppentherapeuten. Der Arbeitsmarkt würde das nicht hergeben. Alle müssten aber mit den Gegebenheiten umgehen. Die Fachkliniken seien ihrer Tradition verpflichtet, jede Veränderung brauche Zeit für Entwicklungsmöglichkeiten. Schulungen seien nötig, etc. Bei der Konzeptentwicklung wird noch am ehesten an Gender gedacht. (Im Rahmen dieser Untersuchung ist eine vertiefende Analyse der schriftlichen Konzepte der Fachkliniken leider nicht möglich.)

Wie würde aus Ihrer Sicht ein überzeugendes Genderkonzept aussehen?

Dabei gibt es durchaus Vorstellungen der Expertinnen und Experten zu überzeugenden Genderkonzepten. In einem Telefoninterview können aufgrund der zeitlichen Begrenzung nur Eckpunkte eines Genderkonzeptes thematisiert werden.

Alle von den Expertinnen und Experten genannten Aspekte zusammengenommen bilden ein umfassendes Konstrukt eines Genderkonzeptes ab, da die meisten Elemente in den Äußerungen enthalten sind.

Untersuchungsergebnisse

Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten

Personalebene

- Gender muss beim und vom Personal bewegt werden. Es muss verstanden und vorgelebt werden.
- Das Team muss gemischt und paritätisch besetzt sein.
- Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen müssen entsprechende Fähigkeiten haben beziehungsweise entwickeln wollen.
- Bei der Personalauswahl muss Genderkompetenz ein Einstellungskriterium sein.
- Bei Männern müssen Widerstände abgebaut werden.
- Geeignetes Personal steht nicht immer zur Verfügung, beispielsweise männliche Gruppentherapeuten.
- Das Konzept muss für beide Geschlechter passen, es muss indikative Gruppen mit gleich- und gegengeschlechtlichen Therapeutinnen und Therapeuten vorhalten. Die Personalentwicklung muss dieses Anliegen unterstützen.

Strukturentwicklung

- Ein Genderkonzept muss Strukturqualität haben.
- Geschlechtsspezifische Angebote müssen vorgehalten werden zu spezifischen Themen.

Leitungsebene

- Bei Geschlechterfragen ist eine hohe Sensibilität erforderlich.
- Gender muss von der Leitung gewollt sein und getragen werden. Die Leitung muss das Thema umsetzen.
- Es ist ein mühsames Geschäft und eine komplexe Problemlage (Selbstverständnis).
- Alle Aspekte müssen Berücksichtigung finden, von der Leitung bis zum Klientel (von oben nach unten). Das Gesamtkonzept muss sich an Genderkriterien ausrichten.
- Leiterinnen und Leiter brauchen die Solidarität des Personals – alle müssen das Konzept mittragen – Vereinzelung führt zur Stigmatisierung.

Wissenstransfer und Sensibilisierung

- Vermittlung von Grundlagenwissen ist notwendig.
- Fortbildung und Supervision zu Genderthemen sind notwendig.
- Diagnostische und biografische Analysen der Suchtentwicklung sind nötig.
- Die Operationalisierung von Genderthemen beispielsweise für Fallbesprechungen muss noch geleistet werden.

- Die Instrumente fehlen teilweise noch (beispielsweise gendergerechte Sprache).

Klientinnen und Klienten

- Getrennte und gemeinsame Gruppen anzubieten wäre wünschenswert.
- Gleichstarke Verteilung der Geschlechter in Kleingruppen, dazu ein Therapeutenpaar wäre anzustreben.
- Beide Seiten (Frauen und Männer) müssen ins Boot geholt werden.
- Bei der individuellen Planung der Therapie müssen alle Maßnahmen auf die geschlechtsspezifische Sichtweise abgestimmt werden.

Organisations-/Einrichtungsebene

- Gender kann dem Wohl der Einrichtung dienen.
- Der Träger der Einrichtung muss Gender mittragen.
- Die Räume der Einrichtung müssen Genderkriterien entsprechen beziehungsweise ermöglichen.
- Organisatorische Bedingungen der Einrichtung müssen geschaffen werden, um gemischtgeschlechtlich zu arbeiten, das ist wichtig. Trennung muss möglich sein, aber auch Begegnung.
- Getrennte Einrichtungen oder Belegungssteuerung: beide Geschlechter zu gleichen Anteilen sind notwendig.

Prozessqualität

- Konzept muss alltagstauglich sein und überprüft werden.
- Gender ist als Querschnittsthema zu verankern.
- Austausch im Team über die Inhalte und Erfahrungen in den Gruppen.

Ergebnisqualität

- QM-Instrumente müssen Auswertungen nach Genderfragestellungen möglich machen.

Leistungsträger

- Die Leistungsträger müssen Vorgaben machen.

Nachhaltigkeit

- Angebote vor und nach der Behandlung müssen gendergerechte Ansätze berücksichtigen und weiterführen.

Bei den befragten Expertinnen und Experten selbst gibt es keine bis wenige Befürchtungen, geschlechtergerecht zu arbeiten.

Welche Befürchtungen bestehen bei Ihnen, durchgängig geschlechtergerecht zu arbeiten?

Dennoch gibt es einzelne Andeutungen, wo Probleme bei der Umsetzung liegen könnten:

- Gender könnte mehr Arbeit bedeuten.
- Geschlechtsspezifische Arbeit wird nicht bezahlt.
- Das Thema nervt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, deshalb ist da mit Sensibilität ranzugehen.
- Es könnten noch mehr Kliniken keine Frauen mehr aufnehmen. 30% Frauenanteil machen viel Druck und führt zu Ängsten. Eine finanzielle Unterstützung könnte das verhindern.
- Bezogen auf die Klientinnen und Klienten bestehen keine Befürchtungen. Auf der Gesamtebene ist es wie in der Gesellschaft – hier herrscht Männerdominanz – so sind die Machtverhältnisse.
- »Wenn man sich als Mann bewegt, hat man gute Karten.«

Es wäre folgerichtig, wenn die Fachkliniken offensiv vorgehen, um den Frauenanteil in ihren Einrichtungen zu erhöhen und/oder ihre geschlechterdifferenzierte Arbeit an die Frau oder an den Mann zu bringen.

Gibt es in Ihrer Fachklinik offensive Strategien, noch mehr Frauen beziehungsweise Männer zu erreichen? Wenn ja, was wird dafür getan?

Bereits aus der schriftlichen Befragung war dazu wenig zu erfahren und auch die Expertinnen und Experten reagierten zum Teil mit Erstaunen auf diese Frage. Wenn der 30% Anteil an Frauen erreicht wird, sind die Vorgaben der Leistungsträger erfüllt. Die Fachkliniken verspüren keinen Leidensdruck hier aktiver zu sein, zumindest nicht solange sie gut belegt sind. Frauen werden bei der Aufnahme bevorzugt oder es gibt das Bemühen, mehrere Frauen gleichzeitig aufzunehmen. Immer wieder taucht in gemischt belegten Fachkliniken die Grundsatzfrage auf, ob Frauen überhaupt aufgenommen werden sollen. Hinzu kommt auch, dass die Beratungsstellen eher von sich aus die geschlechterdifferenzierte Arbeit vertreten. Aktuell würden sie (die Fachkliniken) genug tun.

Weniger als die Hälfte der befragten Expertinnen und Experten berichten von offensiven Strategien ihrer Fachkliniken. Die Maßnahmen bestehen beispielsweise in der Ausrichtung von Fachtagungen, gezielter Ansprache von Beratungsstellen,

Entgiftungsstationen, der Justizvollzugsanstalten, der Darstellung spezifischer Angebote auf Veranstaltungen und der Vermittlung der Angebote in Arbeitskreisen und Gremien.

Aus der Analyse wird deutlich, dass eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit zur Vertretung geschlechterdifferenzierter Ansätze nach außen sinnvoll wäre.

Es scheint eine gewisse Sättigung eingetreten zu sein, sich um ein spezifisches Klientel zu bemühen. Das Bild, das sich darstellt, könnte etwa so beschrieben werden: »Zwei Schritte vor, auf einem Bein stehen bleiben«.

Wie erklären Sie sich, dass es bezogen auf die Bedürfnisse suchtkranker Frauen Anfragen an Fachkliniken gibt, zu spezifischen Anliegen suchtkranker Männer dagegen nicht?

Erklärungen der Expertinnen und Experten zu den fehlenden Anfragen zu spezifischen Anliegen suchtkranker Männer an Fachkliniken:

- Männer reden in Beratungsstellen nicht über spezifische Anliegen und ihr Selbstbild gibt dazu nichts her. Sie brauchen etwas länger, um sie zu erkennen.
- Männer kommen oft direkt aus der Justizvollzugsanstalt, die Arbeit mit diesen Klienten ist wesentlich schwieriger.
- Männliche Kollegen sind männerspezifischen Ansätzen gegenüber wesentlich zurückhaltender.
- Es ist noch zu wenig bekannt, dass es männerspezifische Angebote in den Kliniken gibt.
- Die Bedürfnisse von Frauen sind eher im Blick, mehr in der Diskussion, mehr im Bewusstsein.
- Kolleginnen haben da einen spezifischen Blick für, bei den männlichen Kollegen ist das noch nicht so ausgeprägt, aber in der Entwicklung.
- Gender wird bei den vermittelnden Einrichtungen immer nur bezogen auf Frauen verstanden. Bei Männern besteht das Vorurteil, das spezielle Angebote für sie nicht wichtig seien.
- In der Realität wird geleugnet, dass Männer auch spezifische Problemlagen haben. Es wäre angemessen, dieser Entwicklung fachlich gegenzusteuern.

Einige Expertinnen und Experten widersprechen aber auch dem oben genannten Ergebnis. In ihren Kliniken gäbe es durchaus männerspezifische Anfragen, beispielsweise bei delinquentem Verhalten oder Trauma bei Männern.

Untersuchungsergebnisse

Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten

Wie könnte diese Situation aus Ihrer Sicht verändert werden?

Eine Veränderung dieser Situation wäre nach Meinung der Befragten über folgende Maßnahmen möglich:

- Gegensteuerung durch Öffentlichkeitsarbeit der Kliniken, mit Hilfe der Leistungsträger, Verbände und Fachöffentlichkeit
- Männerthemen verstärkt in die Fachöffentlichkeit bringen
- Sensibilisierung der Fachkräfte im ambulanten Bereich und stärkeres Zugehen der Kliniken auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort
- Geschlechtersensible Arbeit mit Frauen ist zwar stärker im Fokus, auch in der Öffentlichkeit, aber auch frauenspezifische Ansätze können lückenhaft sein, wie beispielsweise das Fehlen der Existenzsicherung bei Frauen.
- Kliniken müssen ihre Angebote besser verkaufen.
- Patienten müssen stärker sensibilisiert werden. Sie sehen die Vorteile geschlechtersensibler Arbeit nicht.
- Die Sozialisationsbedingungen von Männern müssen in der Betreuung und Behandlung mehr bearbeitet werden.

Deutlich wird, dass die männersensible Suchtarbeit noch vielerlei Unterstützung bedarf. Suchtkranke Männer haben spezifische Problemlagen, die in der Betreuung und Behandlung erkannt, bearbeitet und behandelt werden sollten.

Obwohl die meisten Fachkliniken in der schriftlichen Befragung angaben, die Fachkompetenz ihres Personals durch externe Fortbildungen zu fördern, blieb unklar, ob diese Kompetenz auch für den internen Entwicklungsbedarf genutzt wird.

Die meisten Fachkliniken fördern nach unserer Befragung die Fachkompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch externe Fortbildungen. Wird diese Kompetenz in Ihrer FK zur Weiterentwicklung der Konzeption und der Organisationsentwicklung genutzt?

Es hat den Anschein, als ob die Fachkräfte vorrangig selbst entscheiden, in welche Fortbildungen sie gehen und hier wenig bis keine Steuerung seitens der Fachkliniken besteht, an bestimmten Fortbildungen teilzunehmen. Nach QM und ISO sind regelmäßige Fortbildung Standard und verpflichtend.

Einige Fachkliniken wollen Genderaspekte umsetzen, in der Praxis erfolgt dies eher punktuell und wenig prozessorientiert. Dafür werden dann eher interne Schulungen, beispielsweise Gendertrainings durchgeführt oder Schulungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten mit dem Ziel, spezielle Angebote zu entwickeln und die Sensibilität des Fachpersonals zu erhöhen.

Haben Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter auf eigenen Wunsch genderspezifische Fortbildungen besucht, so wird, vereinzelt auch geprüft, welchen Nutzen spezielle Angebote (beispielsweise Frauengruppen) und auch die Klinik davon hat. Die Umsetzung wird ebenfalls geprüft. Für die Weiterentwicklung der Konzepte auf Angebotsebene wird das Wissen genutzt. Ob auch für die Weiterentwicklung des Gesamtkonzeptes der Fachklinik bleibt offen.

Deutlich wird, dass der Gedanke der gezielten Steuerung der Teilnahme an Fortbildungen kaum existiert bzw. fremd ist. Hier wird seitens der Klinikleitungen eine weitere Möglichkeit vertan, die gendersensible Suchtarbeit stärker voranzubringen.

Neben fehlenden offensiven Strategien, bestimmte Zielgruppen zu erreichen, war darüber hinaus festzustellen, dass die bestehenden QM-Instrumente nicht bis kaum zum Nutzen geschlechtersensibler Arbeit eingesetzt werden. Die Expertinnen und Experten wurden um eine Erklärung gebeten.



Wir haben in unserer Befragung festgestellt, dass es noch nicht selbstverständlich ist, den Nutzen geschlechterdifferenzierter Angebote über QM zu erheben. Welche Erklärung haben Sie dafür?

Aus den Antworten ergibt sich, dass das Qualitätsmanagement überwiegend als Pflicht und weniger als sinnvoll erachtet wird: Die Umsetzung stecke noch in den Kinderschuhen und koste viel zu viel Zeit. Katamnesen seien schon sehr aufwändig und schwierig. Inhalte und Prozesse könnten nicht abgebildet werden und für Genderfragestellungen wären die Instrumente nicht geeignet. Zu den genderdifferenzierten Angeboten würden die Patienten eher unabhängig von QM befragt. Es müsse dazu Vorgaben geben, von der Leitung oder dem Leistungsträger.

Wie der Nutzen geschlechtersensibler Arbeit transportiert wird, beispielsweise zum Leistungsträger, bleibt offen. Die Möglichkeit, QM dafür zu nutzen, wird kaum umgesetzt, aber auch nicht in Erwägung gezogen. Geschlechterdifferenzierte Angebote werden demnach kaum intern überprüft und bewertet. Selbst wenn die Angebote nach außen kommuniziert werden, werden die Ergebnisse dieser Arbeit nicht dokumentiert. Dieser Umstand trägt sicherlich nicht zur Etablierung geschlechterdifferenzierter Arbeit bei.

Qualitätsmanagement wird kaum eingesetzt, um den Nutzen geschlechterdifferenzierter Angebote zu erheben und zu präsentieren. Die Ausweisung von Spezialprofilen der Fachkliniken würde die Erreichbarkeit der Klientel erhöhen und Ambulanzen wie Leistungsträger zu einer Vorbereitung und Zuweisung verhelfen, die zielgenauer ausfallen könnte.

Zukunftsvisionen: Wie schätzen Sie die Chancen für beide Geschlechter ein, wenn vermehrt auch männerspezifische Arbeit geleistet wird? Wie wird der Dialog zwischen den Geschlechtern aussehen?

Annähernd alle Befragten haben positive Zukunftsvisionen zu diesen beiden Fragestellungen und hoffen auf Verbesserungen:

Personalebene

- In der interdisziplinären Zusammenarbeit liegen große Chancen.
- Offensiver Umgang mit Geschlechtergerechtigkeit

- Ausrichtung der Personalpolitik an entsprechenden Profilen
- Selbstreflexion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Mehr Partnerschaft und Dialog zwischen den Geschlechtern wie zu Zeiten der Frauenbewegung

Strukturelle Ebene

- Druck von außen ist nötig
- Geschlechtergerechte Therapie in Kliniken, die sich von Sachzwängen lösen müsste, wäre wünschenswert

Ebene der Klientinnen und Klienten

- Die Entwicklung vom Schmalspurdenken zum qualifizierten Austausch ist zu fördern.
- Geschlechtergerechtere Arbeit wird sich langfristig durchsetzen – diese Themen dürfen auch bei der Klientel nicht untergehen.
- Man kann besser behandeln, wenn beide Geschlechter in einer Einrichtung behandelt werden. Vorurteile werden abgebaut. Der Dialog wird besser sein als jetzt.
- Es gelingt besser, Partnerschaftsprobleme anzugehen.
- Notlagen von Familien würden besser erkannt und die Förderung der Kinder wäre besser möglich.
- Der Effekt für Männer wäre, dass sie besser über ihre Probleme sprechen könnten.
- Anfangs würden die Patienten sehr klagen, es wäre sehr viel schwieriger zu arbeiten. Langfristig gäbe es aber ein besseres Verständnis beider Rollen und Aufgaben und ein besseres Verständnis miteinander.
- Frauenarbeit erfordert auch immer Männerarbeit - die Kommunikation zwischen den Geschlechtern ist deutlich anders, die Männer lassen den Frauen mehr Raum sich zu entwickeln.
- Jedes Geschlecht profitiert davon. Wie der Dialog zwischen den Geschlechtern bei unterschiedlichen Angeboten stattfindet, müsste auch betrachtet werden. Die Zusammenführung steht noch aus.

Trotz positiver Zukunftsvisionen bestehen auch Bedenken an der Realisierung dahin gehend, dass die Ressourcen der Patientinnen und Patienten im stationären Bereich eher abnehmen. Es gibt die Befürchtung, dass einige Beteiligte die Geschlechterfrage nicht als zentrales Problem und nicht als Querschnittsthema ansehen. Einrichtungen würden eher zum »Gemischtwarenladen« oder zur »Kuschelsauna«.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass Empfehlungen Diskussionen vorantreiben und zur Entwicklung von Haltungen und Angeboten beitragen können. Die Empfehlungen waren auf die stationäre medizinische Rehabilitation drogenabhängiger Frauen ausgerichtet und haben infolgedessen vor allem bei Fachkliniken für Drogenabhängige zu Denkanstößen, Diskussionen und Angeboten für Frauen geführt.

Der Anteil der Frauen ist gegenüber 2004 bei Fachkliniken für Drogenabhängige angestiegen. Gleichzeitig sind aber die Wahlmöglichkeiten für Frauen bezüglich der Fachkliniken geringer geworden, da einige Kliniken ihre gemischtgeschlechtliche Behandlung aufgrund zu geringer Inanspruchnahme von Frauen eingestellt haben oder dies planen.

Es ist festzustellen, dass geschlechterdifferenzierte Angebote vor allem für Frauen entwickelt wurden – mänderspezifische Angebote/Ansätze dagegen in viel geringerem Maße. Im Bewusstsein der Expertinnen und Experten wird die Notwendigkeit dafür durchaus erkannt. Die Weiterentwicklung männerreflektierter Ansätze ist voranzutreiben und zu unterstützen.

Unter Qualitätsaspekten wäre eine Differenzierung zu empfehlen und die Anwendung der Qualitätskriterien gendersensibler Suchtarbeit. Gendersensible Arbeit darf kein Zusatz- oder Spezialangebot sein, sie sollten »normal« sein und weder das eine, noch das andere Geschlecht an den Rand drängen.

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung gehen relevante Themen unter, weil die Datenlage nicht präsent ist. »Elternschaft«, »Allein erziehend« sind Themen, die für Frauen und Männer relevant sind, aber insbesondere bei männlichen Klienten nicht erhoben beziehungsweise in der Behandlung nicht regelmäßig aufgegriffen werden. »Existenzsicherung« bei Frauen wird als ein Thema genannt, das in der Behandlung von Frauen zu wenig Berücksichtigung findet.

Eine weitere Herausforderung für die Fachkliniken und die Suchthilfe ist es, die Themen auch aus

dem Blickwinkel des jeweils anderen Geschlechts zu reflektieren und in der Behandlung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (Beispiel: Ein prozentual höherer Frauenanteil bei den Fachkräften steht einem höheren Anteil männlicher Patienten gegenüber).

Die persönliche Genderkompetenz der Mitarbeitenden wird teilweise von der Einrichtung unterstützt, ein systematischer Transfer in die Entwicklung der Einrichtung unterbleibt häufig. Eine gezielte Personalentwicklung durch gesteuerte Teilnahme an Fortbildungen zu Genderfragen wird nur bedingt vorgenommen. Gezielte Personalentwicklung ist notwendig, um die Verankerung von Genderaspekten zu ermöglichen.

Die Instrumente des Qualitätsmanagements sollten zum Nutzen geschlechterdifferenzierter Ansätze und Angebote konsequenter eingesetzt und weiterentwickelt werden. Die Dokumentation der geschlechterdifferenzierten Ansätze in der Behandlung ist Bestandteil von Qualitätsmanagement und sollte zur Qualitätsentwicklung und -sicherung beitragen.

Eine Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit der Fachkliniken ist erforderlich, um genderdifferenzierte Ansätze und Angebote mit offensiven Strategien an die Zielgruppe und in die Einrichtungen der Suchthilfe zu bringen.

Viele Ansatzmöglichkeiten für Genderkonzepte werden von den Expertinnen und Experten genannt, die genutzt, ausgebaut und unterstützt werden sollten. Hierfür gibt es eine gute Grundlage, weil das Bewusstsein zu Genderfragen und genderdifferenzierter Behandlung in Grundzügen vorhanden ist. Bei den Beteiligten fehlt es nicht an der Einsicht in die Notwendigkeit und den Nutzen von Genderansätzen in der Behandlung Suchtkranker. Ein Problem stellt eher die systematische Umsetzung der Genderaspekte auf allen Ebenen und in alle Bereiche der Einrichtung dar.

Die Umsetzung braucht Antrieb von innen und außen, vor allem durch Leistungsträger und Verbände sowie vielfältige fachliche Unterstützung der Führungsebene und der Fachkräfte.



Erhebungsinstrument 1. Phase

Geschlechterdifferenzierte Arbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation suchtkranker Frauen und Männer

Schriftliche Befragung: April 2009

Code: _____

Antwort bitte bei ... eintragen

Zutreffendes bitte ankreuzen X

Haben die vorliegenden Empfehlungen zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Ansätze für suchtkranke Frauen bzw. Männer in Ihrer Klinik beigetragen?	ja: nein:
Sind in Ihrer Klinik spezifische Angebote für suchtkranke Frauen bzw. Männer entwickelt worden? Wenn ja, welche Angebote bestehen für Frauen bzw. Männer: Wenn nein, was spricht zurzeit dagegen:	ja: nein:
Wird die geschlechtersensible Arbeit mit suchtkranken Frauen/ Männern im Gesamtkonzept der Klinik besonders erwähnt? Wenn ja, in welcher Form: Wenn nein, welche Hindernisse bestehen:	ja: nein:
Wie wird die Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit für Fach- und Führungskräfte gefördert: Welche Maßnahmen/ Qualifizierungsangebote (intern/extern) würden Sie sich wünschen:	
Wird die geschlechterdifferenzierte Arbeit mit suchtkranken Frauen/ Männern nach außen kommuniziert? Wenn ja, in welcher Form: Wenn nein, welche Gründe sprechen zurzeit dagegen:	ja: nein:
Gibt es zur geschlechterdifferenzierten Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern Nachfragen anderer Einrichtungen (Fachkliniken/ Beratungsstellen/ Entgiftungsstationen etc.) bei Ihnen? Wenn ja, worin besteht das Interesse:	ja: nein:
Gibt es einen fachlichen Austausch mit anderen Kliniken zur Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit mit suchtkranken Frauen bzw. Männern? Wenn ja, in welchem Rahmen: Wenn nein, hätte Ihre Klinik daran Interesse:.....	ja: nein:
Wird der Nutzen geschlechterdifferenzierter Arbeit im Rahmen des internen Qualitätsmanagements überprüft?	ja: nein:
Haben sich durch die geschlechterdifferenzierte Arbeit mit suchtkranken Frauen und Männern die Kooperationen mit Beratungsstellen und anderen vermittelnden Stellen verändert? Wenn ja, was hat sich hauptsächlich verändert:..... Wenn nein, was wäre aus Sicht der Fachklinik wünschenswert:.....	ja: nein:
Was könnte für eine Weiterentwicklung geschlechterdifferenzierter Arbeit mit suchtkranken Frauen/Männern hilfreich sein?	

Landeskoordination Integration NRW

Geschlechterdifferenzierte Arbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation suchtkranker Frauen und Männer

Fragen zur Fachklinik:	
Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2008 behandelt?	Frauen: ... Männer: ...
Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten (2008) hatten Kinder?	Frauen: ... Männer: ...
Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten (2008) waren alleinerziehend?	Frauen: ... Männer: ...
Anzahl der Behandlungsplätze:	Plätze: ...
Wie ist die Geschlechterverteilung der Fachkräfte Ihrer Klinik?	Frauen: ... Männer: ...
Wie viele Fachkräfte arbeiten in Teilzeit?	Frauen: ... Männer: ...
Name der Fachklinik:	Code:
Teilnahme an einem leitfadengestützten Telefoninterview nach Absprache:	ja: nein:

Die nachfolgenden Angaben für die Telefoninterviews werden gesondert codiert.

Telefoninterview nach Absprache mit: Bitte Namen angeben

Telefon:

E-Mail:

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Erhebungsinstrument 2. Phase

Leitfaden für Telefoninterviews

- I. Laut unserer Befragung haben die Empfehlungen bei Fachkliniken für Drogenabhängige zur Entwicklung von Angeboten beigetragen. In Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige ist das nicht in gleichem Maße gelungen. Woran liegt das Ihres Erachtens?
- II. An was denken Sie bei »geschlechtsspezifischer Arbeit« zuerst?
- III. Unsere Ergebnisse zeigen, dass selbst in gemischtgeschlechtlichen Fachkliniken spezifische Frauenangebote üblich sind – für Männer dagegen sind spezifische Angebote eher selten oder werden nicht genannt. Wie erklären Sie sich das?
- IV. Auf der Angebotsebene wird nach unserer Untersuchung geschlechtersensibel gearbeitet – Gender als Querschnittsthema ist selten im Blick. Welche Erklärung haben Sie dafür?
- V. Wie würde aus Ihrer Sicht ein überzeugendes Gender-Konzept aussehen?
- VI. Gibt es in Ihrer Fachklinik offensive Strategien, noch mehr Frauen beziehungsweise Männer zu erreichen? Wenn ja, was wird dafür getan?
- VII. Die meisten Fachkliniken fördern nach unserer Befragung die Fachkompetenz ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch externe Fortbildungen. Wird diese Kompetenz in Ihrer Fachklinik zur Weiterentwicklung der Konzeption und der Organisationsentwicklung genutzt?
- VIII. Welche Befürchtungen bestehen bei Ihnen, durchgängig geschlechtergerecht zu arbeiten?
- IX. Wie erklären Sie sich, dass es bezogen auf die Bedürfnisse suchtkranker Frauen Anfragen an Fachkliniken gibt, zu spezifischen Anliegen suchtkranker Männer dagegen nicht?
- X. Wie könnte diese Situation aus Ihrer Sicht verändert werden?
- XI. Wir haben in unserer Befragung festgestellt, dass es noch nicht selbstverständlich ist, den Nutzen geschlechterdifferenzierter Angebote über QM zu erheben? Welche Erklärung haben Sie dafür?
- XII. Zukunftsvisionen: Wie schätzen Sie die Chancen für beide Geschlechter ein, wenn vermehrt auch männerspezifische Arbeit geleistet wird? Wie wird der Dialog zwischen den Geschlechtern aussehen?

Landeskoordination Integration NRW



Nadja Bilstein Glossar

Chancengleichheit von Frauen und Männern ^{1 2 3}

Der Begriff wird häufig synonym mit »Gleichstellung verwendet, muss davon jedoch abgegrenzt werden. Im engeren Wortsinn bezeichnet Chancengleichheit den Zustand, in dem die Gleichstellung von Frauen und Männern bereits erreicht ist.

Es wird zwischen formaler und substantieller Chancengleichheit differenziert: Während formale Chancengleichheit lediglich als die Ermöglichung gleicher Ausgangsbedingungen definiert ist und damit nicht den Anspruch eines tatsächlichen Erfolgs für alle erhebt, fordert die substantielle Chancengleichheit eine gleiche Verteilung der Erfolgchancen zwischen Männern und Frauen. In der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs sowie in der des Bundesverfassungsgerichts hat sich das Verständnis von substantieller Chancengleichheit durchgesetzt.

Unter Chancengleichheit versteht man also den gleichberechtigten Zugang und die gleichberechtigte Teilhabe von Mann und Frau – das bedeutet einen Zugang ohne geschlechtsbedingte Barrieren – zu Ressourcen und Entscheidungsmacht in allen gesellschaftlichen Bereichen (Politik, Wirtschaft, Wissenschaft etc.).

Doing gender ^{4 5}

In der alltäglichen Interaktion miteinander werden die Unterschiede zwischen Frauen und Männern, also die unterschiedlichen »Geschlechtsrollen, konstruiert und bestätigt und somit stets aktualisiert und reproduziert. Im Prozess dieser Konstruktion ist Gender sowohl Ausdruck bereits verfestigter Strukturen (beispielsweise der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Familie) als auch Resultat individueller Handlungen, durch die zum Beispiel geschlechtsspezifische Arbeitsteilung immer wieder neu hergestellt wird. Im Doing gender fließen die drei Ebenen von Geschlecht ein: Geschlechterstereotype, Geschlechtsrollenerwartungen, geschlechtstypisches Verhalten.

Die »Geschlechtsrollen werden einerseits zwar durch Doing gender verfestigt, unterliegen jedoch ebenso Veränderungen.

1 Jahn, Ingeborg (2003): Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender-Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Im Folgenden zitiert als Jahn (2003)

2 GenderKompetenzZentrum [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/strategie/gleichstellungspolitik/chancengleichheit/index.html>] (letzter Zugriff am 29.03.2010)

3 Bundesamt für Gesundheit Schweiz, Zugriff unter: [<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/01422/01710/index.html?lang=de>] am 12.04.2010

4 Jahn (2003)

5 Jahn (2002), S. 11

Gender^{6 7}

Der Begriff Gender bezeichnet »Geschlecht« oder auch »soziales Geschlecht«. In der verkürzten Übersetzung als »soziales Geschlecht« wird bereits deutlich, dass sich der Begriff Gender nicht auf das biologische Geschlecht (engl. »sex«) alleine beschränkt. Geschlecht wird folglich nicht als »natürliche« Gegebenheit, sondern als mehrdimensionale Konstruktion verstanden: Neben biologische Faktoren treten psychologische, soziale und kulturelle Dimensionen von Geschlecht. Diese sind erlernt und damit auch veränderbar.

genderbewusst^{8 9}

Genderbewusstsein ist dann vorhanden, wenn Einsicht in die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht besteht.

Genderbewusstes Handeln bezeichnet entsprechend das Erkennen von Situationen und Problemen, die aus »geschlechtsspezifischen Unterschieden und Diskriminierungen« erwachsen. Genderbewusste Therapie bezieht bewusst die Geschlechtsidentität der Therapeutinnen und Therapeuten mit ein.

Gender Budgeting¹⁰

Als eine Teilstrategie von »Gender Mainstreaming« hat sich das Gender Budgeting zum Ziel gesetzt, eine umfassende gleichstellungsorientierte Verteilung von Ressourcen (Geld, Zeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit etc.) zwischen Frauen und Männern zu erreichen.

Gender Budgeting geht im speziellen Bereich der Finanz- und Haushaltspolitik beispielsweise davon aus, dass es keine geschlechtsneutralen Haushalte gibt. Haushalte, die keine Genderperspektive aufweisen, verstärken vielmehr bestehende Ungleichheiten und tragen somit nicht zu der Erreichung einer »Gleichstellung« bei. Ausgehend von dieser Überzeugung ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Erstellung eines Haushaltes – im

öffentlichen wie privatwirtschaftlichen Bereich etc. – die unterschiedlichen Auswirkungen der Ressourcenverteilungen auf Frauen und Männer zu berücksichtigen. In die verschiedenen Entscheidungsprozesse sowie in die Haushaltspläne soll deswegen eine Genderperspektive integriert werden.

genderdifferenziert¹¹

Mit genderdifferenziert bezeichnet man Handlungen oder Entscheidungen, die die »geschlechtsspezifischen Bedürfnisse« und den »geschlechtsspezifischen Bedarf« einbeziehen.

gendergerecht

siehe »geschlechtergerecht«

Genderkompetenz^{12 13 14 15}

Genderkompetenz als eine Voraussetzung für die Anwendung von »Gender Mainstreaming«, bezeichnet die Fähigkeit, Prozesse unter Berücksichtigung und Beachtung von Gender-Aspekten zu konzipieren, zu leiten und umzusetzen und somit wiederum neue Genderkompetenz zu erzeugen.

Genderkompetenz umfasst drei Dimensionen: *Wollen, Wissen und Können*. Die Dimension *Wollen* bezeichnet die individuelle Bereitschaft, gleichstellungsorientiert zu handeln. Dazu bedarf es der Sensibilisierung und Reflexion des eigenen Verhaltens im Hinblick auf die hierarchischen Geschlechterverhältnisse. Die zweite Dimension *Wissen* umfasst den Erwerb von Gender-Wissen. Es werden die grundlegenden Erkenntnisse der Frauen-, Männer- und Geschlechterforschung/ Gender Studies hinsichtlich gesellschaftlicher Strukturen, Theorien und Entwicklungen der Geschlechterverhältnisse, das Verständnis der Bedeutung von »Gender« in seiner Komplexität sowie Strategien und Methoden der Gender-Analyse für das eigene Arbeitsfeld erworben. Die dritte Dimension *Können* beinhaltet schließlich die in-

6 Jahn (2003)

7 GenderKompetenzZentrum, Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/gender/index.html>] am 20.04.2010

8 Jahn (2003)

9 Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V., Zugriff unter: [http://www.genderleitfaden-weiterbildung.de/allgemeine-seiten/glossar/index.htm?tx_contagged_pi1%5BbackPid%5D=52&tx_contagged_pi1%5Bkey%5D=5&cHash=e484682d22#c46] am 06.04.2010. Im Folgenden zitiert als Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V.

10 GenderKompetenzZentrum, Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/strategie/genderbudgeting/definition/index.html>] am 06.04.2010

11 Jahn (2003)

12 Jahn (2003)

13 Bundesamt für Gesundheit Schweiz, Zugriff unter: [<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00402/01422/01710/index.html?lang=de>] am 12.04.2010. Im Folgenden zitiert als Bundesamt für Gesundheit Schweiz

14 GenderKompetenzZentrum, Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/>] am 20.04.2010

15 Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen Berlin, Zugriff unter: [<http://www.berlin.de/sen/gender/kompetenz/index.html>] am 20.04.2010

dividuelle Fähigkeit, aber auch die Ermöglichung durch die jeweilige Organisation, »Gender Mainstreaming im eigenen Arbeitsfeld durch entsprechende Instrumente umzusetzen und die Arbeit somit gleichstellungsorientiert zu gestalten.

Gender Mainstreaming ^{16 17}

Unter Gender Mainstreaming verstand man ursprünglich die (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle an politischen Entscheidungen beteiligten Akteurinnen und Akteure einzubeziehen (Definition des Europarats, Straßburg 1998).

Mittlerweile ist der Begriff Gender Mainstreaming nicht mehr auf politische Prozesse beschränkt, sondern bezieht sich auf alle Bereiche, in denen die »Gleichstellung der Geschlechter erzielt werden soll, also auch auf die tägliche Arbeit in einer Organisation.

Die Umsetzung von Gender Mainstreaming beinhaltet eine Analyse von Programmen, Maßnahmen oder Dienstleistungen im Hinblick auf ihre Folgen für die »Gleichstellung von Frauen und Männern sowie das Ergreifen entsprechender Maßnahmen zur Erreichung dieser Gleichstellung.

Bei der Umsetzung in die tägliche Arbeit sollen Instrumente wie Arbeitshilfen, Handbücher oder Leitfäden unterstützen.

genderorientiert ¹⁸

Programme, Maßnahmen, Projekte etc. sind genderorientiert, wenn die unterschiedlichen Lebens- und Problemlagen von Frauen und Männern berücksichtigt werden.

genderspezifisch ¹⁹

Genderspezifisches Denken beinhaltet, bewusst einen Blickwinkel einzunehmen, in dem die Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit und Vielfalt wahrgenommen werden und das Handeln dementsprechend ausgerichtet ist. Die unterschiedlichen Lebenslagen, Rollenanforderungen etc. der Geschlechter sollen beachtet werden, mit dem

Ziel, diese gegebenenfalls zu erweitern oder aufzulösen, wenn sie, wie beispielsweise im Suchtbereich, ursächlich sind für selbstschädigendes Verhalten.

gendersensibel ²⁰

Gendersensibel meint, dass eine Person für Gender-Aspekte sensibilisiert ist, das heißt, sie kann »genderspezifische Fragen und Problemlagen erkennen. Gendersensible Maßnahmen berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse, Lebenslagen etc. der unterschiedlichen Geschlechter.

geschlechtergerecht ²¹

Maßnahmen, Projekte, Programme, Politikstrategien etc. sind dann geschlechtergerecht, wenn sie sensibel für die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern sind und deren Lebenswirklichkeit gleichberechtigt berücksichtigen – das heißt, ihnen gerecht werden.

geschlechterangemessen ²²

Ein Ziel von »Gender Mainstreaming ist eine geschlechterangemessene Politik, Forschung und Praxis. Diese ist dann gegeben, wenn Politik und/oder Praxis mit den Bedürfnissen von Frauen und Männern korrespondieren und somit einen Beitrag zur Erreichung der »Gleichstellung von Frauen und Männern leisten.

Als Synonym verwendet man auch den Begriff der »geschlechtergerechten Politik oder Praxis.

Geschlechterstereotype ^{23 24}

Aufgrund ihrer erkennbaren Geschlechtszugehörigkeit werden Personen bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeschrieben, die oftmals auf einen Aspekt vereinfacht sind und dadurch Alternativen ausblenden. Diese Zuschreibungen erscheinen zumeist als natürlich, da sie im Laufe eines Lebens nicht nur erworben, sondern auch durch die Selbstdarstellung und Wahrnehmung von Außen permanent bestätigt werden.

Die Gender-Forschung hat auf das Phänomen aufmerksam gemacht, dass gerade mit diesen Geschlechterstereotypen im täglichen »Doing

¹⁶ GenderKompetenzZentrum, Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming>] am 20.04.2010

¹⁷ Jahn (2003)

¹⁸ Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V.

¹⁹ Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V.

²⁰ Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V.

²¹ Bundesamt für Gesundheit Schweiz

²² Jahn (2003)

²³ GenderKompetenzZentrum, Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/gender/stereotype/geschlechterstereotype>] am 20.04.2010

²⁴ Jahn (2003)

gender Ungleichbehandlungen legitimiert werden. Geschlechterstereotype spielen folglich eine große Rolle in der Herstellung von hierarchisierter Ungleichheit im Alltag.

Die hierarchische Struktur ist in der binären – zweigeschlechtlichen – Konstruktion von Geschlechterstereotypen bereits angelegt.

Geschlechterverhältnis ²⁵

Mit dem Begriff Geschlechterverhältnis bezeichnet man die sozialen Beziehungen zwischen Frauen und Männern. Diese Beziehungen zeichnen sich durch Ungleichheit, Macht und Hierarchie aus, wobei häufig der Mann oder Männlichkeit immer noch als Norm angenommen wird. Aus diesem Grund beachtet die Kategorie Geschlecht auch die Geschlechterverhältnisse.

geschlechtshomogen ²⁶

Geschlechtshomogene Gruppen sind Gruppen, in denen nur ein Geschlecht vertreten ist. Das Gegenteil zu geschlechtshomogenen Gruppen bilden »geschlechtsgemischte Gruppen.

geschlechtsgemischt ²⁷

Geschlechtsgemischte Gruppen sind Gruppen, in denen beide Geschlechter vertreten sind. Das Gegenteil zu geschlechtsgemischten Gruppen bilden »geschlechtshomogene Gruppen.

Geschlechtsrolle ²⁸

Der Begriff Geschlechtsrolle bezeichnet die Summe von Verhaltensweisen, die in einer Kultur für das jeweilige biologische Geschlecht als typisch angenommen werden und deren Erfüllung von einem Individuum erwartet wird. Geschlechtsrollen sind folglich nicht naturgegeben, sondern gesellschaftlich und kulturell konstruiert.

Diese entsprechenden Rollen werden während der primären Sozialisation erlernt. Jedoch sind Geschlechtsrollen nicht starr, sondern veränderbar. Dies lässt sich beispielsweise in der Auflösung klassischer Geschlechtsrollen beobachten.

geschlechtsspezifisch ²⁹

Geschlechtsspezifische Maßnahmen dienen der Korrektur von Ungleichbehandlungen zwischen Frauen und Männern. Zu diesem Zweck konzentrieren sich geschlechtsspezifische Maßnahmen auf ein spezielles Geschlecht, also entweder auf Männer oder auf Frauen.

Problematisch ist jedoch, dass geschlechtsspezifische Sichtweisen häufig auf dem biologischen Geschlecht basieren und eng mit »Geschlechterstereotypen verbunden sind. Diese gilt es zunächst zu reflektieren.

Gleichstellung von Frauen und Männern ³⁰

Die Gleichstellung von Frauen und Männern ist Ziel des »Gender Mainstreamings. Dieses Ziel ist dann erreicht, wenn die Individuen einer Gesellschaft die Möglichkeit haben, ihre Potentiale frei – also ohne »geschlechtsspezifische Barrieren oder Einschränkungen – entfalten und einsetzen können.

Sex ³¹

Der englische Begriff sex bezeichnet das biologische Geschlecht, das genetisch bestimmt ist und eine geschlechtsspezifische Anatomie und Physiologie besitzt.

25 Jahn (2003)

26 Landesarbeitsgemeinschaft Mädchen und junge Frauen Sachsen e.V. (Hrsg.): »Im Gender-Dschungel« – Glossar. Erstellt von Claudia Lutze und Claudia Wallner. Zugriff unter: [<http://www.maedchenarbeit-sachsen.de/texte/seite.php?id=27534>] am 20.04.2010

27 [<http://www.maedchenarbeit-sachsen.de/texte/seite.php?id=27534>]

28 Jahn (2003)

29 Bundesamt für Gesundheit Schweiz

30 Jahn (2003)

31 Jahn (2003)

- AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg (2006): Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit (unveröffentlichtes Manuskript). Hamburg
- Altgeld, Thomas (2006): Warum Gesundheit noch kein Thema für »richtige« Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (2006) (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden, S. 79–97
- Beck, Reinhild (2008): Implementierung von Gender Mainstreaming - Ein Modellprojekt. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 32–35
- Beck, Reinhild / Engelfried, Constance (2009) (Hrsg.): Managing Gender – Implementierung von Gender Mainstreaming in psychosozialen Arbeitsfeldern. Augsburg
- Bergmann, Nadja / Pimminger, Irene (2004): Chancengleichheit von Frauen und Männern. PraxisHandbuch Gender Mainstreaming. Wien
- Böhnisch, Lothar / Stecklina, Gerd (2007): Männliche Sozialisation und Gesundheit. In: Stiehler, Matthias / Klotz, Theodor (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München, S. 36–48
- Böhnisch, Lothar / Winter, Reinhard (1993): Männliche Sozialisation – Bewältigungsprobleme männlicher Identität im Lebenslauf. Weinheim und München
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (1998): Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil ... – Ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder, für Fachkräfte und an der Drogenarbeit interessierte PolitikerInnen. Bern
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Gewalt gegen Männer in Deutschland. Personale Gewalterfahrungen von Männern in Deutschland. Abschlussbericht der Pilotstudie des Forschungsverbands »Gewalt gegen Männer«. Berlin. Zugriff unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=20558.html> am 30.01.2009
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) (Hrsg.): Arbeitshilfe zu § 2GGG: »Gender Mainstreaming im Berichtswesen«. Geschlechterdifferenzierte und gleichstellungsorientierte Erstellung von Berichten. Berlin. Zugriff unter: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/handlungsfelder/sprache> (Stichwort: Arbeitshilfe im Berichtswesen)
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005): Checkliste Gender Mainstreaming bei Maßnahmen der Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Berlin, Zugriff unter: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz/handlungsfelder/oefentlichkeitsarbeit> (Stichwort: Arbeitshilfe Öffentlichkeitsarbeit)
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009): »Geschlechtsspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gendermainstreaming in der Suchttherapie mit Jugendlichen«. Abschlussbericht. Erstellt wurde die Untersuchung von fogs/delphi im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, u.a. von Martina Schu, Tom Wünsche, Peter Tossmann, Jonas Benjamin
- DHS (2004): DHS-Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. Chancen und Notwendigkeiten. Erstellt vom DHS-Fachausschuss »Geschlechterspezifische Suchtarbeit« unter Mitarbeit von Mohn, Karin / Meyer, Christina / Merfert-Diete, Christa. Hamm. Zugriff unter: [http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/gender.pdf] am 30.01.2009
- Dialog (2004): Sucht und Geschlecht: Beiträge zum Bedarf geschlechtergerechter Suchtarbeit (erstellt von: Goger, Karin / Tordy, Christian / Weber, Martin / Tomas, Beate). Wien
- Doblhofer, Doris / Küng, Zita (2008): Gender Mainstreaming. Gleichstellungsmanagement als Erfolgsfaktor – das Praxisbuch. Heidelberg
- Dressler, Michael / Drott, Felice / Goger, Karin / Kalwoda, Dominik u.a. (2006): Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit im Sinne des Wiener Drogenkonzeptes von 1999. Wien
- Edel, Marcel / Klingemann, Harald / Sieber, Martin / Meyer, Thomas (2007): Männergerechte Ziele und Angebote in der Suchttherapie – Tabu und Nachholbedarf. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Nr. 1 (2007), Jg. 53, S. 52–56
- Eggengruber, Ruth (2008): Genderkompetenz in der Jugendberufshilfe Benachteiligtenförderung. In: Böllert, Karin / Karsunky, Silke (2008) (Hrsg.): Genderkompetenz in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden, S. 147–161
- Eisenhut, Monika (2005): Arbeit: Stabilisierungsfaktor? Risikofaktor. In: Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005, S. 1–4. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/04_frau_sein.pdf] am 30.01.2009
- Engels, Michael / Ernst, Ralph / Passia, Stefan / Sannemann, Wilhelm (2009): Männerspezifische Suchtarbeit. Eine Handreichung. Herausgegeben vom Evangelischen Fachverband Sucht der Diakonie Westfalen-Lippe. Münster
- Erfurt, Philine (o.J.): Widerstände gegen Gleichstellung und Möglichkeiten der Akzeptanzsicherung (ohne Seitenangaben). Zugriff unter: [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/implementierung/widerstaende/>] am 30.01.2009
- Ernst, Marie-Louise (2006): Gender together. In: SuchtMagazin 2/06, S. 3-9
- Ernst, Marie-Louise (2006)[1]: Leitlinien zum Einbezug von Genderaspekten in der Suchtarbeit. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). In: »Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem«. Bern
- Ernst, Marie-Louise (2006)[2]: Welche Zukunft hat das Thema Gender in der Suchtarbeit? Gender together: Ausblick, Abstract. In: Dokumentation der Tagung FRAU SUCHT MANN – MANN SUCHT FRAU. Erste Nationale Fachtagung zum Thema Gender und Sucht – 2. Februar 2006 in Fribourg. Hrsg.: infodrog, S. 1–11. Zugriff unter: [http://www.infodrog.ch/txt/conf/2006/20060202_06_Ernst_d.pdf] am 30.01.2009
- Ernst, Marie-Louise (2008): Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 11–14. Zugriff unter: [<http://www.suchtmagazin.ch/text4-08.pdf>] am 30.01.2009
- Familie, Partnerschaft und Arbeit. Thesen der Diskussionsgruppe A. In: Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/06_frau_sein.pdf] am 30.01.2009
- Fehr, Jaqueline (2007): Zielen frauenspezifische Angebote an den Frauen vorbei? Eine gesamtgesellschaftliche Einordnung. In: »Frauenspezifische Behandlung im Suchtbereich – Hype oder Auslaufmodell?«. Dokumentation der Tagung der Forel-Klinik vom 29.11.2007, S. 1–6. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/4_frauenspezifisch.pdf] am 30.01.2009
- Franke, Alexa / Mohn, Karin / Sitzler, Franziska / Welbrink, Andrea / Witte, Maibritt (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim und München
- Franke, Alexa / Winkler, Klaudia (2001): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Franke, Alexa / Kämmerer, Annette (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

- GenderKompetenzZentrum, unter: [<http://www.genderkompetenz.info/gendermainstreaming/strategie/gleichstellungspolitik/chancengleichheit/index.html>] am 29.03.2010
- Gesellschaft für berufliche Weiterqualifizierung e.V., unter [[http://www.genderleitfaden-weiterbildung.de/allgemeine-seiten/glossar/index.htm?tx_contagged_pi1\[backPid\]=52&tx_contagged_pi1\[key\]=5&cHash=e484682d22#c46](http://www.genderleitfaden-weiterbildung.de/allgemeine-seiten/glossar/index.htm?tx_contagged_pi1[backPid]=52&tx_contagged_pi1[key]=5&cHash=e484682d22#c46)] am 06.04.2010
- Graf, Michel u.a. (2006): Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen. Herausgegeben von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne
- Gahleitner, Silke Birgitta (2008): Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 15–20
- Gahleitner, Silke Birgitta / Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) (2008): Frauen – Trauma – Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning
- Gahleitner, Silke Birgitta / Gunderson, Conni Lee (2009) (Hrsg.): Gender, Trauma, Sucht. Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Kröning
- Glaeske, Gerd / Janhsen, Katrin (2005): GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003–2004. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Bremen, Schwäbisch Gmünd
- Haag, Maren (2007): Binge drinking als soziale Inszenierung. Zur vergeschlechtlichten Bedeutung exzessiven Alkoholkonsums. Freiburger Geschlechter Studien, Fördergemeinschaft wissenschaftlicher Publikationen von Frauen e.V. Freiburg
- Hilsenbeck, Polina / Krüger, Antje (2008): Gender Mainstreaming. Leitlinien zur Einführung in Einrichtungen/Diensten der Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgung in Oberbayern. Erstellt im Auftrag des Bezirks Oberbayern und der Landeshauptstadt München (unveröffentlichtes Manuskript). München. (Nachträgliche Anmerkung: Die Leitlinien zur Einführung in Einrichtungen/Diensten der Suchthilfe und der psychiatrischen Versorgung in Oberbayern wurden 2009 nach Auswertung des Modellprojektes überarbeitet und als Anhang veröffentlicht in: Beck, Reinhilde / Engelfried, Constance (2009) (Hrsg.): Managing Gender – Implementierung von Gender Mainstreaming in psychosozialen Arbeitsfeldern. Augsburg, S. 176–210)
- Hollstein, Walter (2008): Was vom Manne übrig blieb. Krise und Zukunft des starken Geschlechts. Berlin
- Jahn, Ingeborg (2003): Gender-Glossar. 74 Begriffe zum Gender-Mainstreaming unter besonderer Berücksichtigung von Gesundheitsförderung. Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern. Zugriff unter [http://www.i-med.ac.at/gleichstellung/files/spp3_genderglossar_03.pdf] am 20.04.2010
- Jahn, Ingeborg (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Arbeitsbereich Frauen und Geschlechterforschung. Bremen. Zugriff unter: [http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gm_2004.pdf] am 30.01. 2009
- Jahn, Ingeborg / Kolip, Petra (2002): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderungspraxis. Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Zugriff unter: [http://www.bips.uni-bremen.de/data/jahn_gesundheitsfoerderung_2002.pdf] am 30.01.2009
- Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.) (2006): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden
- Jacob, Jutta / Stöver, Heino (2009) (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld
- Klingemann, Harald (2006): Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: Abhängigkeiten, 2/2006, 12. Jg. Kirchlintach, S. 19–40
- Klingemann, Harald / Gomez, Veronica / Eggli, Peter / Schlüsselberger, Monika (2008): Geschlechtsrollenorientierung und maskuline Identität. Dimensionalität und Therapierelevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA)
- Kolip, Petra / Lademann, Julia / Deitermann, Bernhilde (2004): Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderung für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, S. 219–232
- Kündig, Claudia (2005): Frau sein. Ein Risiko? Auch bei Alkoholismus?. In: Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005, S. 1–7. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/01_frau_sein.pdf] am 30.01.2009
- Landesarbeitsgemeinschaft Mädchen und junge Frauen Sachsen e.V. (Hrsg.): »Im Gender-Dschungel« – Glossar. Erstellt von Claudia Lutze und Claudia Wallner. Zugriff unter: [<http://www.maedchenarbeits-sachsen.de/texte/seite.php?id=27534>] am 20.04.2010
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.) (1997): Mädchen und Suchtmittelkonsum. Ein kleiner Fahrtenschreiber für die deutschsprachige Literatur von 1986–1996. Essen
- Landesfachstelle Frauen & Sucht, Bella Donna (Hrsg.) (1999): Zur geschlechterdifferenzierten Suchtarbeit. Entwicklung von Kernmerkmalen zur Qualitätssicherung frauenspezifischer Angebote in der ambulanten Drogen- und Suchtkrankenhilfe. Essen
- Landesfachstelle Frauen & Sucht, Bella Donna (Hrsg.) (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Maßnahmen Nr. 22 und Nr. 26 des Landesprogramms gegen Sucht NRW. Essen
- Landschaftsverband Rheinland, Dezernat 8 – Gesundheit/Heilpädagogische Heime, Amt für Planung und Förderung, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), Köln, Mai 2004: Verzeichnis der ambulanten und stationären Hilfen für Suchtkranke im Rheinland
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit. Handlungsempfehlungen für die Praxis. Autor: Stöver, Heino. Münster
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.), Münster, Juni 2008: Materialien M 1. Verzeichnis der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2009): Männlichkeiten und Sucht. Handbuch für die Praxis. Autoren: Stöver, Heino / Vosshagen, Arnulf / Bockholdt, Peter. (Forum Sucht – Sonderband 4). Münster
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden
- Merfert-Diete, Christa / Soltau, Roswitha (Hrsg.) (1986): Frauen und Sucht. Reinbek bei Hamburg
- Mezzera, Maya: Die Genderperspektive im Projektalltag. In: SuchtMagazin 4/2008, S. 23–26
- Montecelli, Barbara (2005): Frau sein. Ein Risiko? Auch bei Alkoholismus? »Vorbestehende psychische Störungen und Belastungen als zusätzliche Herausforderungen«. In: Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005, S. 1–4. Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/02_frau_sein.pdf]

- pdf] am 30.01.2009
- Mühlen Achs, Gitta (1998): *Geschlecht bewußt gemacht. Körpersprachliche Inszenierungen – Ein Bilder- und Arbeitsbuch.* München
- Pimminger, Irene (o.J.): *Anforderungen an die Gender Mainstreaming Umsetzung in regionalpolitischen Programmen.* G/I/S/A, Gender-Institut Sachsen-Anhalt, S. 1–6. Zugriff unter: [<http://www.g-i-s-a.de/res.php?id=168>] am 30.01.2009
- Pimminger, Irene (2002): *Handbuch Gender Mainstreaming in der Regionalentwicklung. Einführung in die Programmplanung.* Wien 2001. Zugriff unter: [<http://www.klf.at/pdf/klf11.pdf>] am 30.01.2009
- Reuß, Stefan / Kassner, Karsten (2007): *Männer zwischen Arbeitsplatz und Krankenbett*, in: Stiehler, Matthias / Klotz, Theodor (Hrsg.): *Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung.* Weinheim und München, S. 186–197
- Sanfilippo, Sabrina: *Das Risiko Kinder und Partnerschaft (ohne Seitenangabe).* In: *Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005.* Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/06_frau_sein.pdf] am 30.01.2009
- Schäfer, Ingo (2006): *Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen.* In: Schäfer, Ingo / Krausz, Michael (Hrsg.) (2006): *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung.* München, S. 11–32
- Schäfer, Ingo / Krausz, Michael (Hrsg.) (2006): *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung.* München
- Schäfer, Ingo (2006): *Zusammenhänge zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern.* In: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hrsg.): *Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung.* Wiesbaden, S. 69–78
- Stöver, Heino (2007): *Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten.* In: *Suchttherapie*, 3/2007, 8. Jg., S. 89–94
- Stöffler, Ulla (2006): *»Gewalttätige Mädchen, das gibt's doch nicht.«* In: Decurtins, Lu (Hrsg.): *Vom Puppenhaus in die Welt hinaus. Was Eltern über Mädchen wissen müssen. Pro Juventute*, S. 197–210
- Thesen zu möglichen und/oder vermuteten Stabilisierungs- und Risikofaktoren bei alkoholabhängigen Frauen. In: *Frau sein – ein Risiko? Dokumentation der Fachtagung der Forel-Klinik vom 15.09.2005.* Zugriff unter: [http://www.forel-klinik.ch/upload/docs/sonstiges/08_frau_sein.pdf] am 30.01.2009
- Vogelgesang, Monika (2007): *Suchtkranke Frauen: Teufelskreis der Hilflosigkeit.* In: *Deutsches Ärzteblatt* 2007, 104(41): A2782-6. Zugriff unter: [<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=57225>] am 30.01.2009
- Vogt, Irmgard (2002): *Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen? In: Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Dokumentation der 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen.* Hrsg. vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., S. 31–48.
- Vogt, Irmgard (2004): *Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis.* Weinheim und Basel
- Vollmar, Claudia / Schmid, Nicole: *Geschlechtsspezifisches Gruppenangebot: »nice to have« oder »must«?* In: *SuchtMagazin* 4/2008, S. 27–28
- Vosshagen, Arnulf (2000): *Alkoholkonsum und Männlichkeit.* In: *Dr. med. Mabuse*, Nr. 125, 25. Jg., S. 36 ff
- Wacher, Kerstin / Böhme, Elke (2005): *»blv. goes gender« – Plädoyer für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit.* In: *SuchtMagazin* 4/2005, Jg. 31, S. 20–25
- Walter, Sibylle (2008): *Genderkonstruktionen im Kontext jugendlichen Rauschtrinkens.* In: *»Mädchen und junge Frauen – ihre Lebenswelten – ihre Gesundheit«.* Sonderheft zur 22. Netzwerktagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Sonderheft ist Teil des Rundbriefes Nr. 25 vom November 2008, S. 11–15
- Weissingner, Volker (2008): *Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Suchtrehabilitation: Überblick über Entwicklungen, Status quo und Perspektiven aus Sicht des Fachverbands Sucht.* In: Henke, Dieter / Zemlin, Uwe (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Frankfurt am Main, S. 284–298
- Zenker, Christel (2006)[1]: *Sucht und Gender Mainstreaming. Abstract.* In: *Dokumentation der Tagung FRAU SUCHT MANN – MANN SUCHT FRAU. Erste nationale Fachtagung zum Thema Gender und Sucht – 2. Februar 2006 in Fribourg.* Hrsg.: infodrog. Zugriff unter: [http://www.infodrog.ch/txt/conf/2006/20060202_03_Zenker_d.pdf] am 30.01.2009
- Zenker, Christel (2006)[2]: *Brauchen wir Gender in der Suchtkrankenhilfe? Vortrag, gehalten im Rahmen des Fachtags der Westfälischen Akademie für Suchtfragen (WAKS) am 14.03.2006 in Münster.* Zugriff unter: [<http://waks.de/files/GenderVortrag.pdf>] am 30.01.2009
- Zenker, Christel (2006)[3]: *Die enge Verbindung zwischen Gender und Sucht. Vortrag, II. Genderfachtagung »Wo bleibt der Mann?« am 12. Juni 2006 in Herten.* Zugriff unter: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/AK/Vortrag_Zenker.pdf] am 30.01.2009
- Zenker, Christel / Bammann, Karin / Jahn, Ingeborg (2002): *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen.* Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden
- Zenker, Christel / Winkler, Klaudia / Walcker-Mayer, Carmen u.a. (2005): *Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise.* Herausgegeben vom Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Berlin.

Weitere Links

- [<http://www.genderkompetenz.info>]
[<http://www.maedchenarbeit-sachsen.de/texte/seite.php?id=27534>]
[<http://www.quint-essenz.ch>]
[http://www.quathedach.ch/d/texte/QuaTheSI/2006_QuaTheSI-39_D.doc]
[http://www.quathedach.ch/d/texte/QuaTheSI/2003_QuaTheSI_Manual-Kurzversion_d.pdf]
[<http://www.drugsandgender.ch>]



Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe

Doris Heinzen-Voß

Diplom-Pädagogin, Sozialtherapeutin/Sucht, Psychodrama-Leiterin, Genderwissenschaftliche Zusatzqualifizierung

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Landeskoordination Integration NRW, Fachbereich Gender und Sucht

Langjährige Erfahrungen in stationären Einrichtungen der Suchthilfe und als Referentin mit dem Themenschwerpunkt Frauen, Mädchen und Sucht

Karola Ludwig M.A.

Organisationsentwicklerin und Supervisorin (DGSv), Sozialtherapeutin/Sucht, Genderwissenschaftliche Zusatzqualifizierung

Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Landeskoordination Integration NRW, Fachbereich Gender und Sucht

Langjährige Erfahrung in der ambulanten Drogenberatung und als Koordinatorin und Trainerin in der Suchtprävention

Studie: Geschlechterdifferenzierte Ansätze in der Behandlung Suchtkranker

Sabine Klemm-Vetterlein

Diplom-Soziologin

Leiterin der Landeskoordination Integration NRW

Forschungs- und Lehrtätigkeit, langjährige Erfahrungen im Politikfeld Sucht & berufliche und soziale Eingliederung sowie in der Suchthilfe, Begleitung von Modellprojekten

Glossar

Nadja Bilstein M.A.

Bis Juli 2010 studentische Mitarbeiterin der Landeskoordination Integration NRW



Impressum

Herausgeberin

Landeskoordination Integration NRW
Bergisch Gladbacher Straße 71
51065 Köln

Telefon 0221 739 33 78
Telefax 0221 739 35 08

mail@lk-integration.de
www.lk-integration.de

**Gefördert durch das
Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

Gestaltung und Satz

Rüdiger Block, Hürth

Druck und Verarbeitung

DigitalXpress Color Copy GmbH,
Frankfurt am Main

Bezugsadresse

mail@lk-integration.de

Auflage 500 | Dezember 2010

ISBN 978-3-00-032811-4





Gender und Sucht



Landeskoordination Integration NRW
Bergisch Gladbacher Straße 71
51065 Köln

www.lk-integration.de

**Gefördert durch das
Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**

ISBN 978-3-00-032811-4