

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Kommentar / Commentary

Gendersensible Sucht-/HIV/Aids-Hilfe

[Gender-sensitive drug and HIV/AIDS work]

MARIE-LOUISE ERNST (lic. Phil.) & Heino Stöver (Prof. Dr.)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2012;9:1-15**, URL: www.indro-online.de/Ernst2012.pdf

1. Einleitung

Frauen und Männer, Mädchen und Jungen haben je ihre eigenen Formen, ihr Geschlecht zu inszenieren und Weiblichkeits- bzw. Männlichkeitsformen in einer Welt zu konstruieren, die voll festgefügtter Erwartungen und Anforderungen an das Verhalten beider Geschlechter ist.

So spielt der Konsum legaler und illegaler Drogen in männlichen Lebenskonzepten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel, als Hilfe bei der Emotionsbewältigung oder als ‚soziales Schmiermittel‘ überhaupt. Rausch und fortgesetzter sowie chronischer Drogenkonsum sind neben Gewalt und Risikosuche ein wesentlicher Bezugsrahmen für Männlichkeitskonstruktionen und –inszenierungen: Einflüsse von und Mythen über Drogen bedienen bzw. kompensieren Vorstellungen tradierter Männlichkeitsbilder von Stärke, Unverwundbarkeit, Vitalität, Tatendrang und Wertvorstellungen, die von externer Erfolgssuche gekennzeichnet sind.

Männer nehmen im Vergleich zu Frauen überproportional häufiger illegale Drogen und Alkohol, spielen Glücksspiele, um sich männlich(er) zu fühlen. Riskante Konsummuster/-stile sind Männlichkeitsrituale von Gefahreingehen und –management. Risikoexpositionen und gesundheitliche Vernachlässigungen (bzgl. Vorsorgeuntersuchungen und frühe Behandlungsaufnahmen oder Beratungen) scheinen nach wie vor für viele Männer zum „richtigen Mann“ dazuzugehören.

Für Frauen spielen Alkohol und illegale Drogen in der Geschlechterkonstruktion eher eine indirekte Rolle, als Protestsymbol für Grenzüberschreitung, Herausfallen aus der gewohnten Mädchen-/Frauenrolle, als Beziehungsmedium zu Jungen/Männern und anderen Frauen. Illegaler Drogenkonsum ist nicht so eng, und vor allem nicht so positiv verzahnt mit der akzeptierten, traditionellen weiblichen Geschlechterrolle, wie bei Jungen und Männern. Legale Suchtformen wie Essstörungen oder die Abhängigkeit von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln können bei Frauen hingegen ebenfalls als gesellschaftliches Schmiermittel interpretiert werden (Anpassung an Schönheitsnormen, Funktionieren in und Ertragen von belastenden oder überfordernden Rollenanforderungen). Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten von Frauen kann damit sowohl als Beitrag zum Funktionieren als auch zur Auflehnung gedeutet werden.

Suchtmittelkonsum bzw. übergreifend Risikoverhalten spielen für beide Geschlechter in der Bildung und

Aufrechterhaltung einer Geschlechtsidentität eine nicht unerhebliche Rolle: Im „Doing Gender with drugs“ - kann man deshalb anfügen, hier in der Konstruktion dessen, was man „soziales Geschlecht“ nennt - hat der Suchtmittelkonsum seinen festen Platz, mit all seinen sozialen, gesundheitlichen Konsequenzen und inhärenten Symbolfunktionen für das eigene und das andere Geschlecht.

2. Begriffe

Gender verweist auf die soziale Konstruktion der Geschlechterrollen und des Verhältnisses der Geschlechter zueinander – das soziale (im Gegensatz zum biologischen) Geschlecht wird erlernt, (wieder-)hergestellt und permanent verändert. Seit den 70er Jahren weiß man, dass die sozial und kulturell definierten, vor allem traditionellen Verhaltensanforderungen und Geschlechtsrollenvorgaben nicht nur einengend, sondern auch krankmachend sein können (Hollstein 2000; Stöver 2010).

Für viele Männer ist „Gender“ ein weiblich konnotierter Begriff („Gender means women“, Scambor/Scambor 2006), weil er einerseits über Jahre von Frauen besetzt und bearbeitet wurde, weil Frauen Kompetenzen im Umgang mit diesem Thema erworben haben (das Kompetenzgefälle wird ggf. als bedrohlich erlebt), und weil es schließlich nicht recht zum männlichen Selbstverständnis passen will, sich um männerspezifische Ursachenforschung oder Hilfeangebote oder um Männergesundheit überhaupt zu kümmern (Altgeld 2006 u. 2009).

Für Männer ist die Einbeziehung ihres Alkohol-/Drogenkonsums bzw. ihrer -abhängigkeit in ihre sozial-kulturelle Geschlechtskonstruktion kaum thematisiert worden. Erst in jüngster Zeit wird eine „Männer- und-Sucht“ - Debatte geführt (Jacob & Stöver 2006, 2009; Graf et al. 2006; Stöver, Bockholt & Vosshagen 2009).

Gender Mainstreaming ist eine Gleichstellungsstrategie: „1955 wurde auf der Pekinger Weltfrauenkonferenz die Einbeziehung einer geschlechterbezogenen Perspektive in allen Politiken und Programmen gefordert, 1999 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, Gender Mainstreaming als Leitprinzip und prozessorientierte Querschnittsaufgabe zu fördern. Gender Mainstreaming verlangt die Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen und der Auswirkungen auf die Geschlechter bei allen politischen Entscheidungen aller Ressorts sowie Organisationen, von der Planung bis zur Überprüfung von Maßnahmen“ (Zenker 2009, 12)

Im Folgenden geht es um die Bedingungen, Möglichkeiten und Praxis einer gendersensiblen HIV/Aids- und Suchtkrankenhilfe. „*Gendersensibilität*“ betont stärker den subjektiven Faktor einer Gender-Arbeit, die beim politischen Leitkonzept Gender Mainstreaming etwas zu kurz kommt, bzw. nicht ausgeführt ist. Gendersensibles Arbeiten bedeutet, sich der eigenen ebenso wie der Geschlechtsrolle der Anderen bewusst zu sein, und damit auch die jeweils spezifischen Erfahrungen der Geschlechter besser zu berücksichtigen. Dies hätte auch einen Umbau der Organisation zur Folge ebenso wie Implikationen für die Personalentwicklungen. „*Gendersensibilität*“ wird im Folgenden als übergeordneter Begriff benutzt, der auf einer Zeitachse vor dem schließlichen Ziel einer „*Gendergerechtigkeit*“ angesiedelt ist. Geschlechtergerechte Suchtarbeit schließlich „weiss um die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Realitäten, Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnisse von Frauen und Männern. Sie nutzt dieses Wissen gezielt für die Organisation, Planung und Umsetzung des Hilfeangebotes.“

Die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bedeutet, dass alle Angebote bzw. Projekte daraufhin überprüft werden, ob der Problemhintergrund bei Mädchen / Frauen der gleiche ist wie bei Jungen / Männern und ob beide Geschlechter mit den gleichen Mitteln erreicht werden. Geschlechtergerechte Suchthilfe bedeutet nicht, dass es nur noch frauen- oder männerspezifische Angebote gibt, sondern sie prüft, ob die gewählten Methoden zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen sowie zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Männern passen.“ (infosetdirect)

3. Epidemiologie: geschlechtsspezifische Verteilung von Drogenkonsum

Betrachtet man die Epidemiologie zur geschlechtsspezifischen Verteilung der von psychoaktiven Substanzen und anderen Suchtformen abhängigen Menschen in Deutschland, fällt deutlich die vermehrte Betroffenheit bei Männern auf (siehe Tabelle 1; Stöver 2006).

Abhängigkeit/Störung	Geschlechterverteilung	
	Männer	Frauen
Alkohol	2/3	1/3
Illegale Drogen	2/3	1/3
Pathologisches Glücksspiel	9/10	1/10
Medikamente (Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel)	1/3	2/3
Aufputsch- und Dopingmittel	4/5	1/5
Essstörungen	1/10	9/10

Tabelle 1: Abhängigkeitsformen und Geschlechterverteilung

Trotz aller Geschlechterannäherungen bis hin zur Gleichverteilung der Drogenerfahrungen unter Schülern und Schülerinnen (Kraus 2005; Fleitmann 2010) vor allem beim Tabakgebrauch, konsumieren männliche Jugendliche und Erwachsene Alkohol und illegale Drogen immer noch häufiger, in größeren Mengen, in risikoreicheren Gebrauchsmustern und sozial auffälliger als weibliche Personen.

Besonders deutlich wird dies angesichts der neuesten Zahlen zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Diese belegen, dass trotz eines Rückganges 12- bis 17-jährige männliche Jugendliche noch immer zu fast 22% einmal in der Woche Alkohol konsumieren. Weibliche Jugendliche tun dies nur zu gut 13%. Damit trinken 9% mehr Jungen als Mädchen einmal wöchentlich Alkohol (2008).

Auch riskanter Alkoholkonsum in Form von ‚Binge Drinking‘ findet häufiger bei männlichen als bei weiblichen Jugendlichen statt. So haben in den letzten 30 Tagen 23% männliche Jugendliche, aber nur ca. 18% weibliche Jugendliche mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert. Der Begriff „Binge Drinking“ beschreibt den exzessiven bzw. übermäßigen Alkoholkonsum zu einer bestimmten Gelegenheit, welcher auch den Alkoholrausch impliziert. Diese Form des Alkoholkonsums wird als Rauschtrinken oder umgangssprachlich unter anderem als „Komasaufen“ bezeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter „Binge Drinking“ den Konsum von fünf und mehr alkoholischen Standardgetränken zu einer Gelegenheit (Haase & Stöver 2009).

Auch beim Konsum von Cannabis ist ein deutlicher Unterschied im Konsumverhalten zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen zu erkennen. Ergebnisse aus dem „Hamburger Schulbus“ zeigen, dass der Konsum von Cannabis innerhalb der befragten Population im Vergleich zu den Vorjahren spürbar zurückgegangen ist und das Alter des Erstkonsums von Cannabis im Vergleich zum Vorjahr wieder ansteigt. Seit 2004 ist die 30-Tage-Prävalenz des Cannabiskonsums in Hamburg bei den männlichen Befragten von 22% auf 13%, bei den Mädchen und jungen Frauen von 13% auf 7% gesunken (Abbildung). Die Lebenszeitprävalenzen sanken im selben Zeitraum von 46% auf 33% (Jungen und junge Männer) bzw. 35% auf 22% (weibliche Befragte) (Baumgärtner 2008, 2010a, b, c).

Obwohl überproportional häufiger Jungen und Männer von Suchterkrankungen bezogen auf illegale Drogen und Alkohol betroffen sind (siehe oben), bildet sich dies nicht ab in dem Stand geschlechtsbezogener Prävention, Beratung und Therapie (Jacob & Stöver 2006).

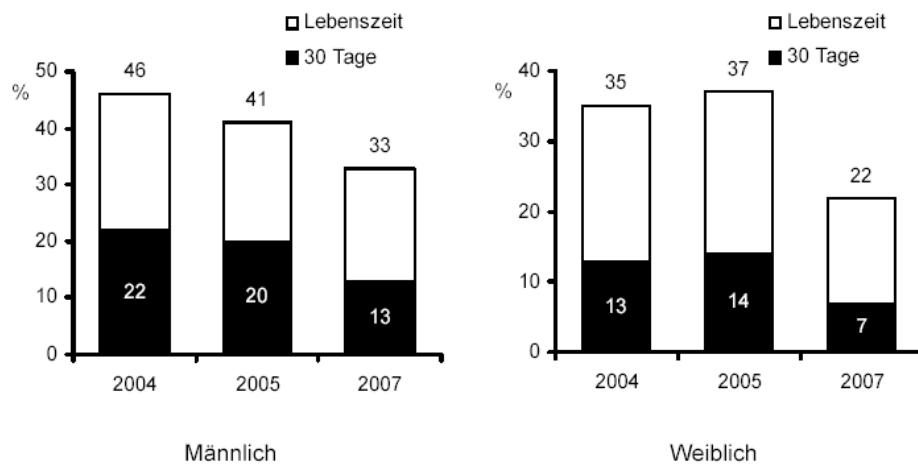


Abbildung 2.3 Lebenszeit- und 30-Tage Prävalenz des Cannabiskonsums bei Hamburger Jugendlichen 2004-2007

Quelle: REITOX-Bericht für Deutschland 2008

4. Zur Geschichte und Bedeutung einer gendersensiblen Drogen-/HIV/Aids-/und Suchthilfearbeit

Die Mechanismen von Unterdrückung und (Doppel-)Belastungen für Frauen, vor allem die impliziten Minderwertigkeiten und Entrechtungen, sind bereits (von Frauen) seit den 70er Jahren thematisiert worden. Eine Gleichberechtigung beider Geschlechter ist heute auf gesetzlicher Ebene zwar erreicht, aber lange nicht in allen Bereichen unseres gesellschaftlichen Lebens praktisch umgesetzt. In der Folge der Frauenemanzipationsbewegung hat sich - zunächst am Abtreibungsverbot festgemacht - eine Frauengesundheitsbewegung entwickelt, die auch den Zusammenhang von „Frauen und Rausch/Sucht“ thematisiert hat (Jacob & Kurmann 1997): Frauenspezifische Angebote, ein frauenspezifischer Blick in der Gestaltung der Hilfeangebote und eine Sensibilität für die besonderen Ursachen und Verlaufs- und Beendigungsformen von Sucht bei Mädchen und Frauen ist in den letzten 25 Jahren bereits in vielen Einrichtungen eingeübt worden. Allerdings nicht flächendeckend, und frauenspezifische Hilfeangebote sind auch keine „Selbstgänger“ – sie müssen immer wieder eingefordert und abgesichert werden. Das Argumentarium „Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil...“ (Spreyermann 1998) verweist auf diese Notwendigkeiten. Mit der Anerkennung der Notwendigkeit einer frauenspezifischen Sicht- und Arbeitsweise in der Drogenhilfe schien dem Thema „Gender“ Genüge getan worden zu sein. Aus vielen Gründen wurden Verletzungen, Vergewaltigungen, sexuelle Übergriffe, Gewalttätigkeiten und Traumata im Zusammenhang mit Rausch und Sucht zunächst bei Mädchen und Frauen wahrgenommen - nicht aber bei Jungen und Männern. Vor allem, weil die „Frauen und Sucht“ – Debatte im Kontext einer gesellschaftlichen Emanzipations- und Gesundheitsbewegung von Frauen geführt wurde, die es bei den Männern nicht gab, bzw. nicht sehr ausgeprägt war.

Die Suchthilfepraxis erkennt bereits in mehreren Bereichen die Wichtigkeit einer Zielgruppenspezifität zur genaueren Adressierung und wirksameren Gestaltung von entweder Präventionsbotschaften, Beratungsstilen/-ansätzen oder Behandlungsansätzen an: Alter, Bildung, Schichtzugehörigkeit, Migrationshintergrund und vor allem Gender sind zentrale Kategorien, an denen sich eine moderne HIV/Aids- und Suchtkrankenhilfe und –gefährdetenhilfe, wie die gesamte Gesundheitsversorgung, ausrichten hat.

HIV/Aids- und Suchthilfe geschlechtsspezifisch auszurichten hat über eine Geschlechterorientierung hinaus auch eine neue Personal- und Organisationsentwicklung aufzugreifen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen in den Hilfeinrichtungen so gewählt werden, dass überhaupt eine geschlechtshomogene Arbeit stattfinden kann. Das Leitbild und seine Umsetzung in Einrichtungspolitik und –kultur, in der Qualitätsentwicklung sowie in Hausregeln und gegenseitigem respektvollen und gleichermaßen fördernden Umgang miteinander muss verändert, nachhaltig verankert und von den KostenträgerInnen anerkannt werden.

In Deutschland werden Diskussionen über Hilfeansätze, die eine Sensibilität insbesondere gegenüber den besonderen Bedarfen von suchtmittelabhängigen/-gefährdeten Jungen/Männern aufweisen, in Therapieeinrichtungen, in Publikationen und auf Fachtagungen erst seit einigen Jahren geführt, für Mädchen/Frauen bereits seit 25 Jahren. Die Erkenntnis, dass ein solcher Arbeitsansatz zur Qualitätssteigerung, zum größeren Erfolg der Hilfestrategien und zum persönlichen Wachstum der MitarbeiterInnen beitragen kann, hat sich in Deutschland noch nicht ausreichend durchgesetzt. Auch nicht bei den KostenträgerInnen (z.B. Rentenversicherer) oder in einer allgemeineren Debatte über die Qualitätsentwicklung in der Suchthilfe (Stöver 2009).

4.1 Schweizer Erfahrungen

In der Schweiz unterstützt und fördert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seit 1994 gendersensible Arbeit sowohl im Suchtbereich wie auch im Bereich der HIV/Aids-Prävention. Das Aktionsprogramm „Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997“ (Schmid, Twisselmann 1993) setzte erste Maßstäbe ebenso wie die im Auftrag des BAG erarbeitete Studie „Frauen, Sucht, Perspektiven“ (Ernst, Rottenmanner, Spreyermann 1995). Mit dem Ziel, Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention so zu gestalten, dass diese Frauen und Männer, Mädchen und Jungen gleichermaßen zugute kommt, schuf das BAG 1997 vorerst ein Mandat für die Förderung frauengerechter Suchtarbeit. Ab 2001 wurde das an eine externe Expertin vergebene Mandat auf die Förderung gendergerechter Suchtarbeit erweitert. Im HIV/Aids-Bereich hat eine ähnliche Entwicklung von der frauen- hin zur gendergerechten Gestaltung der Arbeit stattgefunden. Im nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008, welches bis 2010 verlängert wurde, wird geschlechtsspezifische Aids-Arbeit als eine der Grundlagen für die Strategie des Bundes genannt: „Die geschlechtsspezifische Gestaltung von Projekten, Beratungsangeboten und anderen Massnahmen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine bedarfsgerechte und nachhaltige Aids-Arbeit.“ (BAG 2003, 55). Das Mandat für die Förderung gendergerechter Suchtarbeit beruht seinerseits unter anderem auf den bisher drei Massnahmepaketen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro I bis III). So wird im MaPaDro III (2006-2011) Gender neben Migration als eines der Querschnittsthemen genannt. Das Mandat beinhaltet die Beratung und Weiterbildung von Institutionen, Projektgruppen und Behörden, eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation, Vernetzung sowie die Erarbeitung von Instrumenten für die Praxis. Die Genderperspektive soll in den Konzepten und Massnahmen der Suchthilfe und Prävention verankert werden. Hilfreich in diesem Prozess ist in der Schweiz die enge Verknüpfung von Gender- und Qualitätsfragen. Bereits im Jahr 2000 wurde ein Qualitätsentwicklungsinstrument mit frauenspezifischen Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich entwickelt (Ernst et al. 2000) und in Institutionen umgesetzt (Ernst et al. 2005). Das umfassendere modulare QuaTheDA-Referenzsystem ist eigens für den Suchtbereich entwickelt und mit einem Leitfaden ergänzt worden, welcher Leitlinien zum Einbezug von Genderaspekten in der Suchtarbeit (Ernst 2006) enthält. Die Genderperspektive ist darin festgeschrieben und die Institutionen der Suchthilfe lassen sich mehrheitlich nach diesem Qualitätsentwicklungsinstrument zertifizieren. Weitere vom BAG beauftragte Institutionen tragen zur Förderung gendergerechter Suchtarbeit bei: Infodrog hat als Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht unter anderem Gender als Querschnittsaufgabe wahrzunehmen. In besonderen Datenbanken (z.B. Infodrog Datenbank Suchthilfeangebote Schweiz: www.infodrog.ch/index.php/suchtdatenbank.html?Ing=1) werden ausdrücklich genderspezifische Angebote ausgewiesen;

www.drugsandgender.ch ist ein online-Verzeichnis, das eine Bestandsaufnahme der geschlechtergerechten sowie der frauen- und männerspezifischen Suchtarbeit in der Schweiz beinhaltet. Die Ziele von www.drugsandgender.ch sind:

- Übersicht über die aktuellen geschlechtersensiblen und –spezifischen Organisationen und Angebote in der Suchtarbeit
- Honorierung der Organisationen und ihre Leistungen bei der Entwicklung frauen- und männergerechter Angebote
- Erleichterung von Zugang, Austausch und Vernetzung zwischen den interessierten Fachkräften und Organisationen über geschlechtergerechte Suchtarbeit
- Ermutigung von Organisationen ihr Engagement für geschlechtersensible Arbeit öffentlich zu machen und im Angebotsbescrieb, Konzept, Leitbild oder im Rahmen eines Subventions- oder Leistungsvertrages zu verankern (<http://www.drugsandgender.ch/de/>)

Insbesondere der Zusammenhang von „Sucht und Männlichkeit“ erlebt in der Schweiz eine stärkere Beachtung (vgl. Graf 2006; Ernst 2009; Stöver 2009).

5. Warum braucht es eine gendersensible HIV/Aids- und Suchthilfe?

Im Rauscherleben und Drogenkonsum, sowie im gesamten Risiko(expositions)verhalten (z.B. Sexualität) werden unterschiedliche geschlechtliche Bedingungen besonders deutlich. Männer und Frauen bevorzugen unterschiedliche Sucht- und Risikomittel, die sie aus sehr verschiedenen Gründen nehmen (Vogt 2004). Die wichtigsten Ursachen, die Frauen zum riskanten und compulsiven Konsum von Suchtmitteln veranlassen können, sind frühe Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, gesellschaftliche Rollenerwartungen, die oft einengend und überfordernd sind (Meyer 2000), sowie beruflich-familiäre Mehrfachbelastungen. Von zentraler Bedeutung sind zudem männliche Partner mit Drogenproblemen, mit denen Frauen sowohl beim Einstieg in den abweichenden Konsum von psychoaktiven Drogen als auch während einer Abhängigkeit und auch nach einer Behandlung überdurchschnittlich häufig zusammenleben. Das erhöht ihr Risiko, selbst drogenabhängig zu werden und zu bleiben (Vogt/Stöver 2010).

Auch bei Männern haben Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit zentrale Bedeutung für ihre weitere Entwicklung. Die betroffenen Jungen sind jedoch nicht nur Opfer, sondern viel häufiger Täter, d.h. sie werden selbst gewalttätig. Der Konsum von Drogen, der sich für alle Jungen und Männer ideal dazu eignet, Männlichkeitskonstruktionen darzustellen und auszuleben (Stöver 2006; Jacob & Stöver 2009), kann Gewaltausbrüche befördern bzw. legitimieren. Insbesondere Alkohol und bestimmte illegale Drogen wie Kokain sind überdies passend zum gesellschaftlichen Leistungsdruck und der männlichen Erfolgserorientierung. Erfahrungen und Gefühle von Schwäche, Versagen und Ohnmacht können aber nicht ausgedrückt und kommuniziert, sondern müssen unterdrückt werden (vgl. infoset homepage, 2010).

Auch der Verlauf und die Beendigung von Abhängigkeit kann nur geschlechtersensibel verstanden werden. Männer werden häufiger als Frauen von Drogen abhängig, sie haben längere Drogenkarrieren, kommen nach längeren Phasen des exzessiven Konsums in eine professionelle Beratung und Behandlung, und sie sterben häufiger als diese an den unmittelbaren und mittelbaren Folgen. Frauen werden früher als Männer auffällig und kommen daher auch nach kürzeren Phasen des exzessiven Konsums in eine professionelle Behandlung (Vogt & Sonntag 2007). Paradox ist die Tatsache, dass Männer, die in professioneller Behandlung sind, alles in allem genommen, etwas bessere Heilungschancen haben als Frauen. Das liegt wahrscheinlich auch daran, dass sie viel häufiger mit weiblichen Partnerinnen zusammenleben, die keine Drogenprobleme haben und die sie in der Phase der Genesung sehr oft und nachhaltig positiv unterstützen (Vogt & Stöver 2010).

5.1 Frauenspezifische Suchthilfe

Kaum jemals ist die Notwendigkeit frauenspezifischer und frauengerechter Drogenarbeit deutlicher beschrieben worden als in dem o.g. Argumentarium von Spreyermann (1998). Sie hat die wesentlichen Begründungen für solche Arbeitsansätze in sieben Punkten zusammengefasst:

1. „Sie verbessert den Zugang für Frauen zum Drogenhilfeangebot.
2. Sie sensibilisiert Fachleute der Drogenarbeit auf geschlechterspezifische Unterschiede.
3. Sie leistet einen Beitrag zur Professionalisierung der Drogenarbeit und unterstützt die Entwicklung eines differenzierten zielgruppenorientierten und bedarfsgerechten Drogenhilfeangebotes.
4. Sie erhöht die Wirksamkeit von Drogenhilfeangeboten, indem sie das Wissen über geschlechterspezifische Unterschiede und ausstiegsfördernde Faktoren bei Frauen konsequent umsetzt.
5. Sie trägt zur gerechteren Mittelverteilung bei und ermöglicht Kontrolle über den effektiven Mitteleinsatz.
6. Sie fördert die Koordination und Vernetzung von frauenspezifischen und allgemeinen Hilfeangeboten.
7. Sie macht auf Wissenslücken aufmerksam und fördert die Wissensentwicklung im Hinblick auf Angebote für Frauen und Männer“.

Im Ergebnis bedeutet dies, dass Suchthilfeeinrichtungen ihre konzeptionelle und praktische Arbeit und Ausrichtung, ihre Infrastruktur und ihre Angebote konsequent daraufhin überprüfen müssen, ob sie eine bedarfsgerechte und wirksame Unterstützung von drogenkonsumierenden Frauen gewährleisten.

In Deutschland zeugen zahlreiche frauenspezifische Einrichtungen und Angebote davon, dass zumindest die Fachfrauen seit langer Zeit an der Erfüllung dieser Postulate arbeiten. Als jüngstes Beispiel sei das neue Internetfachportal von BELLA DONNA in Essen erwähnt, welches frauenspezifische Suchthilfe koordinieren und verbessern will (www.belladonnaweb.de/). Hier werden geschlechtsbezogene Angebote der Drogenhilfe in Deutschland, Österreich und voraussichtlich auch der Schweiz gebündelt. Gleichzeitig bietet das Portal über eine Wissensdatenbank nützliche Informationen rund ums Thema Mädchen, Frauen und Sucht. Das Portal richtet sich an unterschiedlichste Einrichtungen der ambulanten und stationären Drogen- und Jugendhilfe.

5.2 Männerspezifische Suchthilfe

Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, allein oder in Gruppen, scheint für viele Jungen und Männer ein probates Mittel der Erlebnis-/Gefühls-/Zugehörigkeitssteigerung. Darüber hinaus sind Drogen bei Jungen und Männern sicher auch Medien, um Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Sinnlosigkeit für einige oder längere Zeit zu bewältigen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, familiäre, finanzielle oder soziale Folgen.

Epidemiologisch betrachtet sind Jungen und Männer bei Problemen resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit besonders stark betroffen. Auch wenn sich in einigen Bereichen Angleichungen zwischen den Geschlechtern ergeben, so sind intensivere, ‚härtere‘ Konsummuster zumeist bei Jungen/Männern zu finden.

Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten, diese Problematik zu bewältigen, unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, und damit einhergehend der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes.

Drogen spielen in diesen Prozessen der Konstruktion von Geschlechtsidentitäten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke und Macht, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt.

5.3 Die Entdeckung der Männlichkeiten in der Suchtkrankenhilfe – warum gerade jetzt?

Männerspezifische Gesundheitsthemen, jenseits von Leistungszwang und men's health-lifestyle-Beschäftigungen, werden jedoch generell nur sehr langsam öffentlich behandelt. Eine intensive Auseinandersetzung mit den sozio-kulturellen Zuschreibungen der Geschlechtsidentitäten und den gesundheitlichen Folgen der Widersprüche und Belastungen im täglichen Männerleben – theoretisch, praktisch und politisch – hat es im wesentlichen auch auf Fachebene nicht gegeben.

Auch die Suchtkrankenhilfe ist bisher nicht ausreichend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken eingegangen: Es bestehen kaum Versorgungsangebote mit männerspezifischen Ansätzen in Deutschland. Immerhin hat es in den letzten sieben Jahren mehrere Fachtagungen zum Thema „Männer und Sucht“ gegeben, so etwa 2003, 2004 und 2007, veranstaltet vom ‚Zentrum für interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung‘ der Universität Oldenburg und dem ‚Bremer Institut für Drogenforschung‘ an der Universität Bremen, dem Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) 2005 in Berlin, oder dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL (2004 in Dortmund, und fortlaufend in den nächsten Jahren im ‚Arbeitskreis Mann und Sucht‘).

Vor allem die Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) hat deutschlandweit wesentlich zu einer intensiveren Diskussion des Themas „Mann und Sucht“ beigetragen. Aus dieser Arbeit ist ein Leitfaden entwickelt worden: „Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit – Handlungsempfehlungen für die Praxis“. Dieser Leitfaden will neben der Eröffnung eines Diskurses über Männerspezifik gleichzeitig Orientierungen und praktische Hilfestellungen zur Implementierung männerspezifischer Ansätze in der Suchthilfe geben.

Schließlich haben Stöver, Bockholt & Voshagen (2009) ein Manual entwickelt mit dem Titel „Männlichkeiten und Sucht“. Dieses praxisorientierte Manual soll das Verständnis für geschlechtsspezifische Arbeit fördern und BeraterInnen und TherapeutInnen umfassende praktische Umsetzungsmöglichkeiten von Männerarbeit im Suchtbereich bieten.

5.4 Exkurs zu den Zusammenhängen mit der HIV/Aidshilfe

Wie bei Sucht sind in Bezug auf HIV/Aids neben biologischen auch Genderaspekte von großer Bedeutung.

Auf der biologischen Ebene ist zum Beispiel anzumerken, dass

- das Ansteckungsrisiko von Frauen bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr zwei Mal so hoch ist wie bei Männern.
- bei seropositiven Frauen spezifische Erkrankungen vorkommen: Gebärmutterhalskrebs, Osteoporose, spezifische Probleme der Unfruchtbarkeit (cidf, 2006).

Vorstellungen zu Eigenschaften, Verhaltensweisen und Normen der beiden Geschlechter spielen in der Sexualität eine große Rolle. Bei den Frauen sind es Unterordnung, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Angst vor Gewalt, vor Zurückweisung und Verlassenwerden, die einen adäquaten und sicheren Schutz verhindern oder erschweren. Damit zeigt sich eine unheilvolle Verschränkung von biologischen und Gender-Aspekten, welche dazu geführt hat, dass Frauen heute von HIV/Aids annähernd gleich betroffen sind wie Männer.

Auch bei den Männern tragen so genannte typische Verhaltensaspekte dazu bei, dass sie sich zu wenig oder gar nicht schützen resp. entsprechende Risiken eingehen: Männer müssen erfahren sein, alles im Griff und viele SexualpartnerInnen haben, keine Hilfe benötigen, homophobisch sein – Eigenschaften und Verhaltensweisen, welche eng mit Risikoverhalten verknüpft sind.

Männliche und weibliche Verhaltenweisen ergeben ein Muster von Dominanz und Unterordnung und damit von Ungleichheit. Das lässt wenig Spielraum für Diskussionen und Verhandlungen zur Erwünschtheit und der Art und Weise, wie sexuelle Beziehungen gelebt werden.

Wie durch ein Vergrößerungsglas zeigen sich diese Realitäten in der Verbindung von Sucht und Prostitution. Mehr Frauen als Männer prostituieren sich für die Finanzierung ihrer Sucht. Über die Verbreitung können nur Schätzungen gemacht werden. In der Schweiz wird mit ungefähr 30.000 drogenabhängigen Menschen gerechnet, davon sind ca. ein Drittel Frauen. Je nach Studie schwanken die Zahlen zu den sich dabei prostituierenden drogenabhängigen Frauen zwischen 40% bis 60%, was ungefähr 5.000 Frauen betreffen würde. (Laut Aidsprävention im Sexgewerbe APiS arbeiten in der Schweiz etwa 15.000 Frauen insgesamt in der Prostitution.) Diese Zahlen sind unter Vorbehalt zu betrachten. Prostitution ist ein Tabu-Thema, Scham- und Schuldgefühle sind damit verbunden. Je nach den Umständen, Art und Vorgehen bei einer Befragung werden die Resultate anders ausfallen. Es gibt zudem unterschiedliche Auffassungen, was als Prostitution zu definieren ist. Sie kann auch nur gelegentlich, während einer gewissen Zeitspanne oder als Gegenleistung vorkommen und ohne dass sich die betroffenen Frauen als Prostituierte sehen. In einer Hamburger Studie von 2003 (Zurhold 2003) waren die befragten 94 Frauen im Durchschnitt 21,6 Jahre alt. Sie weisen massive biografische Belastungen auf wie kindliche Gewalterfahrungen (insbesondere sexuelle Gewalt), Fremdunterbringungen und Substanzabhängigkeit von Mutter und/oder Vater. Für mehr als 60% von ihnen stellt die Prostitution die wichtigste Einnahmequelle dar. Über 60% leben in instabilen und ungesicherten Wohnverhältnissen (obdachlos, Notunterkünfte, gelegentliche Schlafplätze bei Freunden, Bekannten und Freiern). 40 von 93 Befragten haben mindestens ein Kind, keine lebt mit dem Kind zusammen. Die Hälfte bis zwei Drittel haben - seit sie sich prostituieren - schwere Formen von Gewalt erfahren (Vergewaltigungen, körperliche Angriffe, Bedrohungen). 58% der Frauen berichten von einem progressiven Anstieg ihres Drogenkonsums seit Beginn der Prostitution. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 9,2 Stunden; in dieser Zeit bedienen sie 5,6 Freier.

Aus dieser und anderen Studien wird deutlich, dass die Situation sich prostituierender drogenabhängiger Frauen durch folgende Merkmale charakterisiert werden kann:

- Massive biografische Vorbelastungen
- Hohe gesundheitliche Risiken (z.B. HIV/Aids)
- Schwere soziale Desintegration.

Für diese Frauen braucht es unzweifelhaft spezifische Angebote wie Schutzräume und eine HIV/Aidsprävention, welche an deren Lebensrealitäten anknüpft. Darüber hinaus ist der Blick/die Aufmerksamkeit vermehrt auf die Freier zu richten. Es müsste Möglichkeiten geben, über Aufklärungsarbeit bei Freiern und über vielleicht ab und zu eine Anzeige bei der Polizei hinausgehende Ansätze zu entwickeln. Wie wäre es mit einem Projekt, das - ähnlich wie bei „Fahren in angetrunkenem Zustand“ - angezeigte und überführte gewalttätige (und in der Regel das Präservativ verweigernde) Freier zu „Arbeit an sich selbst“ verpflichtet?

Bei den männlichen Prostituierten (entweder professionell Arbeitende, z.B. Callboys oder ‚Stricher‘ – Jungen/Männer, die auf der Straße anschaffen gehen) werden insbesondere Stricher als besonders problembelastet beschrieben (aus chaotischen Familiensituationen kommend, mit Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs, ohne ausreichende Ausbildung und ohne Erfahrung in anderen Arbeitsbereichen, mit hohem Alkohol- und Drogenkonsum, mit einer Anhäufung von Straffälligkeiten, ohne Zugang zu den Einrichtungen des sozialen Hilfesystems und hoher Wohnungslosigkeit (Wright 2004). Zu den Gesundheitsrisiken und Vulnerabilität von Strichern zählen v.a. überproportionale Betroffenheit von Infektionskrankheiten (STIs, HIV, HCV) und Nichtinanspruchnahme von Versorgungsangeboten.

Nicht nur die Stricher selbst, sondern auch viele Freier stammen aus einem heterosexuellen Umfeld. Der größte Teil der Kontakte findet ohne Kondom statt. Die Abhängigkeit von der Prostitution, einzelnen Freiern, und die Kompensation der gesundheitlichen und sozialen Belastungen mit Hilfe von Drogen und Alkohol führen oft zu hochriskanten - und höher bezahlten - Sexualpraktiken, die die Jungen/Männer extrem vulnerabel für o.g. Infektionskrankheiten machen.

Hilfeangebote existieren zwar in einigen deutschen Großstädten (v.a. in Berlin, Hamburg, München, Stuttgart, Frankfurt, Essen), aber die Hilfsituation auf dem Land und in kleineren Städten ist für diese Gruppe immer noch völlig unzureichend.

6. Merkmale einer gendersensiblen (HIV/Aids- und) Suchthilfe

Wie wir gesehen haben, ist es mit dem Einrichten eines Frauenraums oder einem speziell auf Männer ausgerichteten Angebot nicht getan. Um dem Anspruch zu genügen, gendersensibel zu arbeiten, braucht es mehr. Wir gehen davon aus, dass gendersensibles Arbeiten eng mit Qualitätsentwicklung verknüpft ist. In vielen Institutionen der Suchthilfe und der HIV/Aidsarbeit wurden bereits Qualitätsmanagementsysteme eingesetzt. Dabei wird in der Regel nach der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität unterschieden. Um den Aufwand für die Einführung einer gendersensiblen Suchthilfe und HIV/Aidsarbeit niedrig zu halten, Synergien zu nutzen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden, ist die Implementierung von Gendersensibilität ins bestehende Qualitätsmanagement sinnvoll. So sind die nun folgenden Merkmale einer gendersensiblen Suchthilfe und HIV/Aids-Arbeit entlang der drei Qualitätsebenen der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse formuliert. Dabei sind die drei Ebenen nicht immer trennscharf, und in der Regel bedingen zum Beispiel Anforderungen auf der Prozessebene auch Anpassungen auf der strukturellen Ebene.

Merkmale auf der strukturellen Ebene

- Ein hohes Commitment und Engagement der Trägerschaft und Leitung einer Institution ist eine unumgängliche Voraussetzung, um eine gendersensible Organisation zu werden. Deutlich wird dies in den folgenden Punkten, welche zahlreiche Führungsentscheide erfordern.
- Eine Analyse der Ausgangslage in Bezug auf Gendergerechtigkeit in der Institution selbst, in Bezug auf den Einflussfaktor Gender bei ihren Klientinnen und Klienten sowie bezüglich der Dienstleistungen und Angebote der Institution, liefert wertvolle Anhaltspunkte, um Ziele und Maßnahmen zur Einführung von Gender Mainstreaming zu formulieren.
- Die Genderperspektive muss Eingang finden in die Führungsinstrumente wie Leitbilder, Konzepte oder in die institutionalisierte Vernetzungsarbeit. Letztere muss auch unter der Genderperspektive erfolgen. So führt eine systematische Zusammenarbeit mit GynäkologInnen oder mit Opfer- und Gewaltberatungsstellen zu einer thematisch umfassenderen geschlechtsspezifischen Beratung und Betreuung.
- In Bezug auf das Personalmanagement sind Überprüfungen und allenfalls Anpassungen nötig: Eine adäquate Vertretung beider Geschlechter auf allen Hierarchiestufen von gemischtgeschlechtlichen Institutionen ist zu realisieren. Bei den Mitarbeitenden meint dies nicht zwingend eine 50% zu 50% Regelung. Hat es mehr Klienten als Klientinnen, sollte sich das auch in der Verteilung des Geschlechts von Mitarbeitenden spiegeln. Gleichstellung und Chancengleichheit, Schutz vor und ein Verfahren bei sexuellen Übergriffen und Mobbing sind von der Institution sowohl für MitarbeiterInnen wie für KlientInnen zu gewährleisten.
- Die Infrastruktur muss die Intimsphäre von Klientinnen und Klienten wahren und respektieren. Gemeint sind unter anderem geschlechtergetrennte sanitäre Einrichtungen oder geschlechtergetrennte Injektionsräume. Für Frauen abgetrennte Räume (in Notschlafstellen, stationären Einrichtungen etc.) oder Zeiträume, in denen ein Angebot ausschließlich Frauen zugänglich ist (Anlaufstellen, Injektionsräume, Entzugsangebote etc.) haben zudem eine wichtige Schutzfunktion. Die selbe Maßnahme ist auch in Bezug auf Männer angebracht. Eine Kochgruppe für Männer zum

Beispiel, die die Planung einer Mahlzeit, den Einkauf, die Zubereitung, das gemeinsame Essen sowie das Aufräumen umfasst, ermöglicht den Erwerb vieler alltags- und gesundheitsrelevanter Kompetenzen.

- Ressourcen in zeitlicher, personeller und finanzieller Hinsicht müssen beiden Geschlechtern gerecht werden. Das ist in Bezug auf Gruppen- und Freizeitangebote besonders wichtig. Diese sollten auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten eingehen, ohne jedoch Geschlechterstereotypen zu zementieren. So können Schweißkurse für Frauen oder Tanzen für Männer Rollenerweiterung unterstützen. Bewährt hat sich in diesem Zusammenhang auch die Bezeichnung einer oder eines Gender-Beauftragten als Hüter/in des Themas in der Institution. Darüber hinaus kann ein Gender-responsive Budgeting eingeführt werden, welches systematisch sicherstellt, dass die zur Verfügung gestellten Angebote den Frauen und Männern gleichermaßen zugute kommen.
- Ein gendersensibles Bezugspersonensystem eröffnet den Klientinnen und Klienten die Wahlmöglichkeit betreffend Geschlecht der Bezugsperson. Auch wenn ein Klient eine Frau als Bezugsperson gewählt hat, ist es sinnvoll, beim Auftauchen spezifischer Probleme oder Fragestellungen auf die Möglichkeit eines Wechsels zu einer gleichgeschlechtlichen Beratungsperson oder auf geschlechtsspezifische Gruppenangebote hinzuweisen.

Merkmale auf der Ebene der Prozesse

- Die Fachlichkeit der Mitarbeitenden muss um Genderwissen und Genderkompetenz erweitert werden. Schulungen und Weiterbildung aller sind dafür notwendig. Dazu gehört nicht nur Wissen um den Einfluss der Kategorie Geschlecht in der Sozialisation oder in Konsummustern, Risiko- und Schutzverhalten, Ursachen von Suchtentwicklungen und Ausstiegsszenarien, sondern auch die Reflexion zur eigenen Geschlechtsidentität und zu eigenen Geschlechterkonstruktionen. Diese Reflexion soll fundiert und theoriegeleitet erfolgen, um der Gefahr eines ideologischen Diskurses entgegenzuhalten.
- Geschlechtersensible Angebote müssen entwickelt, durchgeführt und ausgewertet werden. Damit ist eine thematische Ausrichtung gemeint, welche sich sowohl an den Bedürfnissen von Klientinnen und Klienten wie am Bedarf orientiert. Von besonderer Relevanz sind z.B. für Frauen: Sexuelle Gewalt, gynäkologische Grundversorgung, Beziehungsverhalten, Selbstsicherheit, Essstörungen etc. Für Männer wichtig sind z.B. Gruppendruck, Väterbilder, Gewalterfahrungen als Opfer und/oder als Täter, Berufsorientierung etc. Neben der thematischen Ausrichtung müssen hier auch die methodischen Zugänge überlegt und hinterfragt werden. So entsprechen Gesprächsgruppen häufig einem Bedürfnis von Frauen, nicht aber demjenigen von Männern. Bei ihnen müssen eher strukturiertere Formen und Zugänge gesucht und gefunden werden wie zum Beispiel die Organisation eines gemeinsamen Treffens mit den eigenen Vätern.
- Die Beziehung zwischen Klientinnen, Klienten und den Mitarbeitenden wird systematisch in Form von Intervision oder Supervision auch im Hinblick auf Genderaspekte reflektiert.
- Elternschaft wird in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten thematisiert. Dabei werden Belastungen von Vätern und Müttern auch unter dem Aspekt der Geschlechterrollen geklärt und deren Ressourcen für den Hilfeprozess nutzbar gemacht. Dabei ist die Betreuung von Kindern während der Nutzung der Angebote und insbesondere in Krisensituationen sicher zu stellen.
- Klientinnen und Klienten werden in die Entwicklung neuer und die Anpassung bestehender Angebote miteinbezogen.

Merkmale auf der Ebene der Ergebnisse

- Die Nutzung der Angebote durch die Klienten und Klientinnen ist hier ein entscheidendes Kriterium. Dafür braucht es ein gendersensibles Reporting, und bei der Interpretation der Ergebnisse müssen wiederum Genderaspekte miteinbezogen werden. So kann zum Beispiel ein Angebot nicht in Anspruch genommen worden sein, weil die Öffnungszeiten nicht den Möglichkeiten der NutzerInnen angepasst wurden.

- Wohlbefinden und Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten sind ebenfalls zentrale Faktoren auf der Ergebnisebene. Dabei werden Antworten nur soweit erhältlich sein als sie nachgefragt wurden. Erhebungen und Auswertungen müssen deshalb nach Geschlechtern getrennt vorgenommen werden. Dies bedeutet einen Mehraufwand, der jedoch durch präzisere Daten für die Weiter- oder Neuentwicklung von Angeboten zu einer höheren Wirksamkeit führt.
- Geschlechtersensibel formulierte Ziele in der Behandlung und Betreuung werden erreicht. Die Ziele sind dabei von der Art der Institution abhängig (Therapie, Beratung, Substitution, Überlebenshilfe etc.).
- Ob ein Angebot beide Geschlechter entsprechend ihrem Anteil an der Zielgruppe erreicht, kann durch die Erhebung der Zusammensetzung der Teilnehmenden gemessen werden.
- Die Statistiken werden geschlechtergetrennt erhoben und interpretiert. Dokumentationen und Informationsschriften werden in einer geschlechtersensiblen Sprache verfasst und je nach Thema und Zielpublikum für beide Geschlechter getrennt aufbereitet.
- Katamnese-Forschungen geben Aufschluss über geschlechterspezifische Ergebnisse in Bezug auf Abstinenz, Konsumreduktion, Risiko- und Schutzverhalten, Reduktion von sexuell übertragbaren Krankheiten, Erhöhung der Lebensqualität und andere Faktoren, welche Rückschlüsse auf wirksame Interventionen zulassen. Diese Leistung kann sicher nicht von jeder einzelnen Institution erbracht werden. Bewährt haben sich dafür Zusammenschlüsse zu einem Verbund und/oder Kooperationen mit Forschungsinstituten.

7. Schlussfolgerung

HIV/Aids- und Suchthilfe ebenso wie die Arbeit in anderen Gesundheitsbereichen sind effizient und erfolgreich nur dann, wenn sie ihre Angebote optimal auf die unterschiedlichen Erfahrungen, Bedürfnisse und Ressourcen ihrer Zielgruppen ausrichten. Das Geschlecht ist ein wesentliches zielführendes Kriterium dabei; es prägt die Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen maßgeblich. Geschlechtergerechte HIV/Aids- und Suchthilfe leistet einen Beitrag zur Chancengleichheit von Frauen und Männern, weil ihre Angebote weder Frauen noch Männer benachteiligen. Geschlechtersensible Suchtarbeit stellt sicher, dass Frauen und Männer in ihren Erfahrungen und Bedürfnissen gleichberechtigt behandelt werden und gleichermaßen ernst genommen und kompetent unterstützt sind. Deshalb verbessert geschlechtersensible Sucht- und HIV/AIDS-Hilfe den Zugang zum Hilfeangebot und erhöht dessen Wirksamkeit.

Literatur

Altgeld, Th. (2006) Warum Gesundheit noch kein Thema für „richtige“ Männer ist und wie es eines werden könnte. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit . VS-Verlag

Altgeld, Th. (2009) Rein risikoorientierte Sichtweisen auf Männergesundheit enden in präventiven Sackgassen – Neue Männergesundheitsdiskurse und geschlechtsspezifische Gesundheitsförderungsstrategien sind notwendig. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld, 99-115

Baumgärtner, T. (2008) Verbreitung und Hintergründe des Konsums von Alkohol bei Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2004 bis 2007. Zusammenfassende Ergebnisse der Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln. BfS-Berichte. EVA 60.

Baumgärtner, T. (2010a) Jugendliche - Glücks- und Computerspiele - Rauschmittelgebrauch. Zusammenfassende Kurzbeschreibung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung. 2009. [Download: <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/8.pdf>]

Baumgärtner, T. (2010b) Der jugendliche Umgang mit Glücks- und Computerspielen. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Pressekonferenz des Senators Dietrich Wersich im Hamburger Rathaus. Dienstag, 19. Januar 2010. [Download: <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/7.pdf>]

Baumgärtner, T. (2010c) Die Entwicklung des jugendlichen Umgangs mit Suchtmitteln in Hamburg 2004 bis 2009. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Pressekonferenz des Senators Dietrich Wersich im Hamburger Rathaus. Donnerstag, 04. Februar 2010. [Download: <http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/6.pdf>]

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2003) Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008. BAG, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2006) Das modulare QuaTheDA-Referenzsystem. Die Qualitätsnorm für den Suchthilfebereich: BAG, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2006) Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem. BAG, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2006) Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006 – 2011. BAG, Bern

Centre d'information sur les Droits des Femmes cidf (2006) La Lettre du genre. Genre et VIH. <http://www.infofemmes13.com/data/telechargement/egalite/9/genre-vih.pdf>

Ernst M.-L., Rottenmanner I. & Spreyermann C. (1995) Frauen, Sucht, Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern

Ernst M.-L. et al. (2000) Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. Ein Instrumentarium für die Praxis. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, BAG, Bern

Ernst M.-L. et al. (2005) Frauengerecht! Die Praxis. Dokumentation zur Umsetzung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes „Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich.“ Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, BAG, Bern

Ernst M.-L. (2006) Leitlinien zum Einbezug von Genderaspekten in der Suchtarbeit. In: Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen und Beispiele zum QuaTheDA-Referenzsystem. BAG, Bern

Ernst M.-L. (2009) Gendergerechte Suchtarbeit in der Schweiz. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.) Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, transcript-Verlag, Bielefeld

Fleitmann, S., Dohnke, B., Balke, K., Rustler, C. & Sonntag, U. (2010) Frauen und Rauchen. Herausforderungen für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 2010-53, 117-124

Graf, M. (2006) Sucht und Männlichkeit. Grundlagen und Empfehlungen. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne

Haase, A. & Stöver, H. (2009) Sinn und Funktion exzessiven Drogengebrauchs bei männlichen Jugendlichen – zwischen Risikolust und Kontrolle. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.): Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld, 129-138

Jacob, J. & Kurmann, M. (1997) Drogenarbeit mit Frauen. In: Bossong, H., Götz, J. & Stöver, H. (Hrsg.): Leitfaden Drogentherapie. Frankfurt/M.: Campus, 200-222

Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.) (2006) Sucht und Männlichkeiten – Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit 2006, VS-Verlag

Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.) (2009) Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Reihe Studien interdisziplinäre Geschlechterforschung, transcript-Verlag.

Hollstein, W. (2000) Männlichkeit ist eine hochriskante Lebensform. In: Dr. med. Mabuse, Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 125, 30-34

Scambor, E. & Scambor, C. (2006) Männer zwischen Produktions- und Reproduktionsarbeit, In: Werneck, H., Beham, M. & Palz, D. (Hrsg.): Aktive Vaterschaft. Männer zwischen Familie und Beruf, Gießen, 167-181

Schmid, M. & Twisselmann W. (1993) HIV-Prävention in der Schweiz - Ein Aktionsprogramm zur Gesundheit von Frauen. Konzeptpapier im Auftrag des BAG, Zürich

Spreyermann, C. (1998) Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil . . . Ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder, für Fachkräfte und an Drogenarbeit interessierte PolitikerInnen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern

Stöver, H. (2006) Mann, Rausch, sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Jacob, J. & Stöver, H. (Hg.): Sucht und Männlichkeiten. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit. Wiesbaden.VS-Verlag, 21-40

Stöver, H., Bockholt, P. & Vossagen, A. (2009) Männlichkeiten und Sucht. Hg.: Landschaftsverband Westfalen-Lippe - LWL-Landesjugendamt Koordinationsstelle Sucht, Münster
http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Vernetzung/Arbeitskreise/Maennersache_Sucht/Materialien/Maenner/

Stöver, H. (2010) Im Dienste der Männlichkeit: Die Gesundheitsverweigerer. In: Paul, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Risiko Gesundheit. VS-Verlag, Wiesbaden (im Druck)

Vogt, I. (2004) Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Wright, M.T. (2004) AIDS und Armut am Beispiel von Strichjungen. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1129&type=infotext> (zuletzt zugegriffen am 10.3.2010)

Zenker Chr. (2009) Gender in der Suchtarbeit. Anleitung zum Handeln. Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V., Hannover

Zurhold Heike (2003) Problemlagen und Hilfebedarf von jungen Frauen in der Drogenprostitution. In: Girls on the road – Mädchen und Frauen in der Drogenprostitution. Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung ISD-Hamburg

**Korrespondenzadresse /
Address for correspondence:**

Prof. Dr. Heino Stöver
Institute of Addiction Research
University of Applied Sciences
Nibelungenplatz 1
D-60318 Frankfurt am Main
Email: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

Veröffentlicht / Published:
05. März 2012 / March 5, 2012

Eingereicht / Received:
22. Januar 2012 / January 22, 2012

Angenommen / Accepted:
02. März 2012 / March 2, 2012

Mitteilung des Herausgebers des Journals

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work ist ein kostenlos zugängliches, interdisziplinäres Online-Journal mit Beiträgen zum Schwerpunkt "Akzeptanzorientierte Drogenarbeit"/"harm reduction", die auf der Basis gutachterlicher Beurteilung veröffentlicht werden. Von Autoren werden keine Gebühren erhoben! Veröffentlicht werden Beiträge in deutscher und englischer Sprache: Forschungsberichte, Überblicksarbeiten, Erfahrungsberichte/ Praxisreflexion, Kommentare, Bücherrezensionen und Tagungsberichte. Auch Briefe an den Herausgeber sind willkommen. Diese Beiträge müssen nicht notwendiger Weise "Mainstream orientiert" sein. Kritische Arbeiten sind durchaus erwünscht. Wir freuen uns auf Ihre Manuskripte. Weitere Informationen und Hinweise für Autoren und Autorinnen stehen unter folgender Webadresse zur Verfügung: www.indro-online.de/journal.htm

A Note from the Editor of the Journal

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work is an interdisciplinary, peer-reviewed subscription-free online journal whose focus is acceptance-oriented drug work and harm reduction. We charge no fees from authors! The journal publishes contributions in German and English. Types of papers published are research reports, reviews, overviews, commentaries, practical experience reports/reflection on practice, book reviews, and conference reports. Letters to the editor are also welcomed. Papers submitted need not necessarily be oriented to mainstream opinion. The editors also accept critical articles or reports. We are looking forward to readers' submissions. Further information on submission procedures and instructions for authors is available at www.indro-online.de/journal.htm