

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW  
Hochschule für Soziale Arbeit HSA  
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit  
Olten

# **Geschlecht in der Suchtprävention**

**Anforderungen an die Soziale Arbeit für eine geschlechtersensible Suchtprävention**

Bachelor Thesis vorgelegt von:  
Nathalie Brügger  
Matrikelnummer: 14-054-894

Eingereicht bei:  
Sarah Madörin  
Olten, im Juli 2022

## Abstract

Diese Arbeit geht der Frage nach, welche Anforderungen sich an die Soziale Arbeit für eine geschlechtersensible Suchtprävention stellen. Zunächst werden grundlegende Informationen zum Begriff Sucht und zur Suchtprävention dargestellt. Danach wird auf den Zusammenhang von Geschlecht und Sucht eingegangen und erläutert, was es für Diskussionen um die geschlechtersensible Suchtprävention gibt. Es wird aufgezeigt, dass eine geschlechtersensible Vorgehensweise notwendig ist, weil das Phänomen Sucht von Geschlechteraspekten geprägt ist. Mit dem Einbezug spezifischer Geschlechtertheorien wird ferner deutlich, dass der Substanzkonsum sowohl für Frauen als auch für Männer bestimmte Funktionen erfüllt.

Die Arbeit kommt zum Ergebnis, dass es fünf Anforderungen für die Soziale Arbeit im Bereich der geschlechtersensiblen Suchtprävention gibt. Die Soziale Arbeit benötigt einerseits Fachwissen zu Geschlechteraspekten und andererseits die Fähigkeit, dieses Wissen kritisch zu hinterfragen. Des Weiteren sollen Sozialarbeitende bei der Ausgestaltung präventiver Angebote ressourcenorientiert und partizipativ vorgehen. Zu guter Letzt gilt es, die Zusammenhänge von Gesellschaft und Individuum zu thematisieren.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Herleitung .....	1
1.2 Fragestellung .....	2
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	3
1.4 Eingrenzung des Themas.....	3
1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	4
<b>2. Sucht – die Grundlagen</b> .....	<b>7</b>
2.1 Begriffsbestimmung .....	7
2.2 Sucht als Krankheit .....	8
2.3 Erklärungen zur Entstehung von Sucht .....	9
2.4 Die Schweizer Suchtpolitik .....	10
<b>3. Suchtprävention</b> .....	<b>14</b>
3.1 Theoretische Grundlagen .....	14
3.2 Entwicklung der Arbeitsweisen.....	16
3.3 Soziale Arbeit und Suchtprävention.....	18
3.4 Gesundheitsförderung Schweiz.....	20
<b>4. Geschlecht und Sucht</b> .....	<b>22</b>
4.1 Geschlechtsspezifischer Substanzkonsum .....	22
4.1.1 Alkohol.....	22
4.1.2 Tabak .....	24
4.1.3 Cannabis.....	25
4.2 Geschlechtertheoretische Grundlagen .....	26
4.3 Erklärungen für geschlechtsspezifisches Suchtverhalten.....	29
4.3.1 Frauen zwischen alten und neuen Belastungen.....	30
4.3.2 Männer zwischen Leistungsdruck und Grenzüberschreitung.....	32
4.3.3 Die Geschlechter zwischen Konsum und Identität .....	33
<b>5. Geschlechtersensible Suchtprävention</b> .....	<b>34</b>
5.1 Historische Entwicklung .....	34
5.2 Ziele und Leistungen .....	36
5.3 Umsetzung.....	37
5.3.1 Das Konzept des Gender Mainstreamings – die strukturelle Ebene .....	38
5.3.2 Genderkompetenz – die Ebene der Mitarbeitenden .....	40
5.3.3 Überprüfung der Projekte – die Ebene der Angebote .....	41
5.4 Projektbeispiel Der kleine Unterschied.....	42
<b>6. Schlussfolgerung</b> .....	<b>45</b>
6.1 Beantwortung der Fragestellung .....	45
6.2 Ausblick.....	49
<b>7. Quellenverzeichnis</b> .....	<b>51</b>
<b>8. Anhang</b> .....	<b>60</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Trias der Suchtentwicklung (in: Laging 2018: 26) .....	10
Abbildung 2: Würfelmodell der EKDF (in: BAG 2015: 24) .....	13
Abbildung 3: Plakat der Stadtpolizei Zürich von 1969 (in: Mäder 2000: 48) .....	17
Abbildung 4: Qualitätskriterien im Qualitätssystem von quint-essenz (in: Ackermann et al. 2009: 142) .....	21
Abbildung 5: Alkoholkonsum (in: BFS 2018: 11).....	23
Abbildung 6: Jemals-Raucherinnen und Jemals-Raucher nach Generation (in: BFS 2020b: 5) .....	25

# 1. Einleitung

## 1.1 Herleitung

Die schweizerische Gesundheitsbefragung aus dem Jahre 2017 hat ergeben, dass Frauen im Durchschnitt vier Jahre länger leben als Männer (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS] 2020a: 1). Das BFS erklärt, dass diese Unterschiede nicht nur biologische Hintergründe haben, sondern auch von gesellschaftlichen und sozialen Prozessen beeinflusst werden (vgl. ebd.). Im angloamerikanischen Raum werden für diese Ebenen die Begriffe Sex und Gender verwendet, wobei Sex das biologische Geschlecht und Gender das sozial erworbene Geschlecht meint (vgl. Ehlert 2012: 23). Letzteres entspricht einer sozialen Konstruktion, die in alltäglichen Aushandlungsprozessen hergestellt wird (vgl. ebd.: 5). Durch den Einfluss der Frauen- und Geschlechterforschung in den 1980er Jahren, haben sich diese Betrachtungsweise sowie der Begriff Gender im deutschsprachigen Raum etabliert (vgl. ebd.).

Seit dem neuen Jahrtausend werden die Zusammenhänge von Geschlecht und Gesundheit sowohl in der Forschung als auch in der Politik intensiv diskutiert (vgl. Kolip/Hurrelmann 2016: 8). Im Jahre 2002 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Deklaration, in der die Bedeutung der Kategorie Geschlecht für die Gesundheit hervorgehoben wird (vgl. ebd.: 9). Es wird unter anderem erklärt, dass Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnisse, Hindernisse und Zugänge haben und darum gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern bestehen (vgl. WHO 2002: o.S.). Eine Strategie, wie diese Ungleichheit reduziert werden kann, ist das sogenannte Gender Mainstreaming (vgl. Kolip 2008: 30). Dieses wurde 1995 auf der 4. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen verabschiedet und hat das Ziel, die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern in allen Bereichen der Gesellschaft zu fördern (vgl. Koller 2015: o.S.). In Bezug auf Gesundheit soll es möglich werden, dass Frauen und Männer ihre Gesundheitspotenziale gleichermaßen ausschöpfen können (vgl. Kolip 2008: 30f.).

Zu diesem Zweck soll auch der Bereich der Prävention geschlechtergerecht und -sensibel gestaltet werden. Angebote, die nicht die Kategorie Geschlecht berücksichtigen, erreichen nur einen Teil der Zielgruppe (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 116). Ein Beispiel, bei dem das soziale Geschlecht nicht genügend berücksichtigt wurde, sind die Mitternachtsbasketball-Turniere, die in diversen deutschen Städten stattfinden (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 116). Ziel dieses Angebotes ist es, Jugendliche zu mehr Bewegung zu animieren (vgl. ebd.). Das Konzept ist

jedoch vorwiegend auf männliche Jugendliche zugeschnitten, weil diese mehr von Basketball angesprochen werden und weil viele junge Mädchen zu später Stunde das Haus nicht mehr verlassen dürfen (vgl. ebd.). Da diese Aspekte nicht in die Projektentwicklung miteinbezogen wurden, hat das Angebot nur die Hälfte der gewünschten Zielgruppe erreicht (vgl. ebd.).

Ein bekanntes Arbeitsfeld, in welchem die Soziale Arbeit präventiv tätig ist, ist die Suchtprävention. Diese hat das Ziel, eine Suchtentwicklung oder die Folgen einer solchen abzuwehren (vgl. Bundesamt für Gesundheit [BAG] 2022: o.S.). Auch bezüglich Sucht gibt es geschlechtsspezifische Aspekte. Sucht ist eine Krankheit, die ein zwanghaftes Verhalten und einen wiederholten Gebrauch von Substanzen beinhaltet (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] 2021: 164). Sie wird von diversen Faktoren beeinflusst und stellt ein bio-psycho-soziales Geschehen dar (vgl. Berthel 2021: 11). Laut Laging (2018: 75) ist Sucht «in all ihren Dimensionen ein geschlechtsgeprägtes Phänomen.» So werden die Motive, mit dem Konsum einer Substanz zu beginnen, von Geschlechterrollen und geschlechtsspezifischen Anforderungen beeinflusst (vgl. Brägelmann-Tan 2008: 4). In dieser Arbeit soll untersucht werden, wie eine geschlechtersensible Suchtprävention, die den Bedürfnissen von Frauen und Männern Rechnung trägt und im Sinne des Gender Mainstreamings die Gleichstellung fördert, gelingen kann.

## 1.2 Fragestellung

Ausgehend von den vorherigen Erläuterungen, widmet sich diese Arbeit folgender Fragestellung:

**Welche Anforderungen stellen sich an die Soziale Arbeit für eine geschlechtersensible Suchtprävention?**

Damit die Hauptfrage beantwortet werden kann, ist zunächst zu klären, was die Soziale Arbeit in der Suchtprävention leistet. Des Weiteren sollen die genauen Zusammenhänge von Geschlecht und Sucht vertieft werden, indem nicht nur eine Übersicht über die wichtigsten Unterschiede zwischen Frauen und Männern, sondern auch Erklärungsansätze für die geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen dargelegt werden. Dies hilft insofern bei der Beantwortung der Hauptfrage, als dadurch empirische und theoretische Grundlagen für die Anforderungen gegeben werden. Schliesslich soll noch einmal ausführlich untermauert werden,

warum eine geschlechtersensible Suchtprävention notwendig ist. Damit wird eine bestimmte Orientierung für die Anforderungen bereitgestellt. Es ergeben sich also folgende Unterfragen:

- Welche Rolle nimmt die Soziale Arbeit in der Suchtprävention ein?
- Wie kann geschlechtsspezifisches Suchtverhalten erklärt werden?
- Warum braucht es eine geschlechtersensible Suchtprävention?

### 1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Laut dem Berufskodex von AvenirSocial hat die Soziale Arbeit unter anderem das Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben (vgl. AvenirSocial 2010: 7.1). Zur Erreichung dieses Ziels, sind sowohl die Prinzipien der Menschenrechte als auch die der sozialen Gerechtigkeit massgebend (vgl. ebd.: 7.3). Aus diesem Grund weist die Soziale Arbeit jegliche Formen von Diskriminierung zurück (vgl. ebd.: 9.4) und stellt sicher, dass gesellschaftliche Ressourcen gerecht verteilt werden (vgl. ebd.: 9.6). Die Förderung der Gesundheit und die Sicherstellung von gesundheitlichen Leistungen für benachteiligte Personengruppen ist demnach ein relevanter Fokus für die Soziale Arbeit.

Die Soziale Arbeit ist im Gesundheitswesen tätig, wenn Menschen aufgrund einer Krankheit aus ihren «lebensweltlichen Bezügen» (Homfeldt 2012: 489) herausgerissen werden und bei der weiteren Bewältigung ihres Lebens unterstützt werden müssen (vgl. ebd.). Sucht als Krankheit ist ein Querschnittsthema, das in vielen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit vorkommt (vgl. Buchli 2021: 52). Neben Beratungs- und Betreuungsfunktionen übernimmt die Soziale Arbeit präventive Aufgaben (vgl. Homfeldt 2012: 490). Dabei ist sie die Expertin für die soziale Dimension von Sucht und Gesundheit, die sich für die Chancengerechtigkeit einsetzt (vgl. Laging 2018: 22). Geschlechteraspekte, wie die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Frauen und Männer, sind, wie eingangs erläutert, auch sozial beeinflusst und darum ein Thema, das in der Sozialen Arbeit Berücksichtigung finden sollte.

### 1.4 Eingrenzung des Themas

Da sich die Arbeit spezifisch mit dem Thema der geschlechtersensiblen Suchtprävention beschäftigt, werden andere Differenzierungskategorien wie Alter, Ethnie, Migrationshintergrund und soziale Schicht ausgeklammert. Dies soll nicht heissen, dass diese Kategorien für die Erklärung von Sucht nicht relevant wären oder dass innerhalb der Gruppe der Frauen und der Gruppe der Männer keine Unterschiede bestehen würden. In der Forschung findet für die Analyse des Zusammenwirkens verschiedener Kategorien der Ansatz der

Intersektionalität Anwendung (vgl. König/Galgano 2013: 7). Obwohl eine genaue Betrachtung dieses Ansatzes im Suchtbereich auch interessant wäre, verzichtet die Autorin darauf. Die Betrachtung weiterer Kategorien und ihrer wechselseitigen Wirkung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Weiterhin werden in dieser Arbeit nur jene Suchterkrankungen thematisiert, die ihren Ursprung im Konsum von Substanzen haben. So geht es im Kapitel *Geschlecht und Sucht* um die Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis. Die substanzungebundenen oder nicht stofflichen Süchte, sogenannte Verhaltenssüchte (vgl. Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention [Steuergruppe] 2010: 58), werden nicht angesprochen. Darunter zählen die Spielsucht, Kaufsucht, Internetsucht und die Essstörungen (vgl. ebd.). Die Forschung in diesem Bereich ist jung und ein wissenschaftlicher Konsens über die Kriterien einer Verhaltenssucht steht noch aus (vgl. ebd.).

Zu guter Letzt ein Hinweis zum Begriff *geschlechtersensibel*. Geschlechtsspezifische Suchtarbeit beinhaltet Angebote, die sich spezifisch an Frauen oder spezifisch an Männer richten, also ausschliesslich in geschlechtshomogenen Konstellationen stattfinden (vgl. Helfferich 2009: 32). Analog dazu sind mit geschlechtsspezifischen Aspekten, Aspekte gemeint, die nur bei einem Geschlecht vorkommen (vgl. Sorg 2004: 108). Eine rein geschlechtsspezifische Herangehensweise entspricht noch keinem geschlechtersensiblen Ansatz. Die geschlechtersensible Suchtarbeit ist insofern sensibel, als sie einerseits biologische und soziale Geschlechteraspekte berücksichtigt und andererseits Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beachtet (vgl. Jahn/Kolip 2002: 20). Eine geschlechtergerechte Suchtarbeit bedient sich geschlechtersensibler Arbeitsweisen, aber achtet zusätzlich darauf, dass das politische Ziel der Gleichstellung gefördert wird (vgl. Helfferich 2009: 32). Diese Arbeit fokussiert sich auf die geschlechtersensible Suchtprävention, wobei je nach Kontext auch von einer geschlechtergerechten Arbeit die Rede sein wird.

## 1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit wird in Form einer Übersichts- respektive Literatuarbeit verfasst. Es wird also untersucht, was in der Literatur zu geschlechtersensibler Suchtprävention zu finden ist und welche Anstösse es für eine geschlechtergerechte Prävention bereits gegeben hat. Dabei wird vor allem auf die Werke von Petra Kolip und Marie-Louise Ernst Bezug genommen. Petra Kolip, Professorin für Sozialepidemiologie am Fachbereich Human- und



Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, beschäftigt sich mit geschlechterdifferenzierender und -spezifischer Gesundheitsberichterstattung sowie mit frauengerechter, gesundheitlicher Versorgung (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: o.S.). Sie ist Autorin und Herausgeberin einiger Publikationen, die für diese Arbeit genutzt wurden. Besonders die Werke *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention* und *Handbuch Geschlecht und Gesundheit* sind für die Recherche überaus nützlich gewesen. Marie-Louise Ernst hat bis 2012 das Mandat zur Förderung geschlechtergerechter Suchtarbeit in der Schweiz geführt (vgl. Ernst 2017: 37). Mit ihrer Arbeit an den Leitfäden zur geschlechtergerechten Beratung im Suchtbereich und der Beteiligung am Projekt *Der kleine Unterschied* hat sie die Diskussion um eine geschlechtersensible Suchtarbeit in der Schweiz vorangetrieben. Für das Thema Sucht sind das Buch *Soziale Arbeit in der Suchthilfe* von Marion Laging sowie das kürzlich veröffentlichte Werk *Soziale Arbeit und Sucht* von Marcel Krebs, Roger Mäder und Tanya Mezzera wegleitend.

Die Arbeit besteht im Wesentlichen aus vier Teilen, die nach dieser Einleitung folgen. In Kapitel zwei werden Grundlagen zum Thema Sucht präsentiert. Neben einer Begriffsbestimmung werden Erklärungen zur Entstehung von Sucht sowie die historische Entwicklung der Schweizer Suchtpolitik beschrieben. Kapitel drei befasst sich mit der Suchtprävention. Es werden erneut theoretische Grundlagen und eine Übersicht über die diversen Arbeitsweisen in der Suchtprävention geliefert. Nachdem die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention beleuchtet wurde, wird, als ein Beispiel aus der Praxis, eine Stiftung vorgestellt, die für die Schweizer Präventionslandschaft überaus wichtig ist.

Kapitel vier widmet sich dem Zusammenhang von Geschlecht und Sucht. Eingangs werden Zahlen aus der Statistik präsentiert, welche die geschlechtsspezifischen Konsummuster in Bezug auf die bekannten Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis verdeutlichen. Damit diese Fakten theoretisch untermauert werden können, werden anschliessend Theorien diskutiert, die Geschlecht als soziale Konstruktion und Geschlecht als Strukturkategorie definieren. Abschliessend zu diesem Teil wird ein Überblick über die Erklärungsansätze für das Suchtverhalten von Frauen und Männer aus der Fachliteratur geboten. Kapitel fünf vereint die Ausführungen aus den vorherigen Kapiteln und bietet eine Übersicht über die geschlechtersensible Suchtprävention. Es wird darauf eingegangen, was es in der Schweiz bisher zu geschlechtersensibler Arbeit im Suchtbereich gegeben hat und was es für die zukünftige Umsetzung einer geschlechtersensiblen Suchtprävention benötigt. Dafür werden konkrete Strategien, Konzepte und Instrumente angebracht. Zu guter Letzt wird ein

suchtpräventives Projekt vorgestellt, das das Thema Geschlecht und Sucht bei Jugendlichen anspricht. Daraufhin wird die Fragestellung beantwortet, indem alle ausgeführten Erkenntnisse mit der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht werden.

## 2. Sucht – die Grundlagen

Dieses Kapitel widmet sich den Grundlagen zum Thema Sucht. Zunächst werden die wichtigen Begriffe Sucht und Substanz definiert. Danach wird erklärt, warum Sucht ein bio-psycho-soziales Phänomen ist, indem das Verständnis von Sucht diskutiert wird. Im Anschluss daran wird auf zwei Modelle eingegangen, welche die Entstehung von Sucht erklären. Abschliessend wird die historische Entwicklung und heutige Ausgestaltung der Schweizer Suchtpolitik vorgestellt.

### 2.1 Begriffsbestimmung

Sucht geht etymologisch auf das Wort siechen zurück, was krank sein bedeutet, und war ursprünglich eine generelle Bezeichnung für körperliche Krankheiten (vgl. Haasen/Kutzer/Schäfer 2010: 267). Später wurde der Begriff mit besessenem und destruktiven Zwangsverhalten in Verbindung gebracht (vgl. ebd.). Diese Definition von Sucht als Laster änderte sich im 19. Jahrhundert, als sich die Medizin vermehrt mit der Trunksucht als Krankheitsphänomen beschäftigte (vgl. ebd.). Dies führte dazu, dass sich Sucht als Fachterminus für generelle Substanzabhängigkeiten etablierte (vgl. ebd.). 1957 definierte die WHO Sucht als einen «Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz (...)» (ebd.).

Der Begriff Sucht wird zuweilen kritisiert, weil er negative Züge aufweist und die Betroffenen stigmatisiert und diskriminiert (vgl. Laging 2018: 14). Aus diesem Grund hat die WHO im Jahr 1963 Sucht im *International Classification of Diseases* (ICD) durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt (vgl. ebd.). Das ICD fasst unter dem Abhängigkeitssyndrom «eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln» (BfArM 2021: 164). Zu den Phänomenen oder Symptomen gehören ein starker Wunsch nach der Substanz, Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Konsums, ein anhaltender Gebrauch der Substanz trotz Folgen, eine Toleranzbildung, Vernachlässigung anderer Angelegenheiten und zuweilen ein Entzugssyndrom (vgl. ebd.).

Das Wort Abhängigkeit konnte sich nicht durchsetzen, weil es die Situation der Betroffenen zu sehr verallgemeinert (vgl. Laging 2018: 14). Darum werden die Begriffe Sucht und Abhängigkeit mittlerweile synonym genutzt (vgl. ebd.). In dieser Arbeit wird hauptsächlich der Begriff der Sucht verwendet, weil er seit langem in der Theorie vorherrschend ist und in der Praxis Ausdrücke wie Suchthilfe, Suchtarbeit und Suchtprävention gebräuchlich sind.

Die Worte Rauschgift und Rauschmittel wurden konsequent durch den Begriff der Substanz ersetzt (vgl. ebd.: 39). Dieser ist in Bezug auf den Aspekt der Legalität oder Illegalität neutral (vgl. ebd.). Auch das Wort Droge, das aus dem Niederdeutschen stammt und trocken bedeutet (vgl. Loviscach 1996: 17), kommt in der Theorie vor. Ursprünglich eine Bezeichnung für Arzneimittel oder für Grundstoffe zur Herstellung von Arzneimitteln, werden heute alle psychoaktiven Wirkstoffe pflanzlicher oder synthetischer Herkunft, die das Bewusstsein der Konsumierenden beeinflussen, Drogen genannt (vgl. ebd.). Der Zusatz psychoaktiv (Synonym wird auch psychotrop verwendet) macht deutlich, dass die Wirkstoffe einen Einfluss auf die menschliche Psyche nehmen (vgl. Laging 2018: 37). Dieser Einfluss gestaltet sich je nach Substanz anders. Die Suchtmedizin unterteilt die psychoaktiven Substanzen in drei Kategorien: in beruhigende Substanzen wie beispielsweise Alkohol, stimulierende Substanzen, wie Nikotin und in halluzinogene Substanzen, zu denen zum Beispiel Cannabis zählt (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] 2005: 28).

## 2.2 Sucht als Krankheit

Laut Laging (2018: 16) ist die Verknüpfung von Konsumverhalten und Krankheit ein neuzeitliches Phänomen, das durch die steigenden, gesellschaftlichen Anforderungen an Rationalität und Selbstkontrolle begünstigt wurde. Übermässiger Konsum wurde fortan als ein Verlust der Selbstkontrolle gesehen (vgl. ebd.). 1986 hat das Bundessozialgericht in Deutschland Sucht als Krankheit anerkannt, was dazu führte, dass Betroffene neu Leistungen aus dem Bereich der Sozialversicherungen erhalten können (vgl. ebd.). Das Schweizer Bundesgericht dahingegen hat erst im Jahre 2019 entschieden, dass bei Vorliegen einer Suchterkrankung Leistungen der Invalidenversicherung (IV) gewährleistet werden können (vgl. Bundesgericht 2019: o.S.). Bis dahin ging die Rechtsprechung davon aus, «dass die süchtige Person ihren Zustand selber verschuldet habe und eine Abhängigkeit ohne Weiteres einem Entzug zugänglich sei» (ebd.). Sucht wurde erst IV-rechtlich relevant als sich das Bundesgericht mit den medizinischen Erkenntnissen auseinandergesetzt hat und Sucht als krankheitsrelevant und den psychischen Störungen gleichwertig eingestuft hat (vgl. ebd.). Dieses Beispiel zeigt, was für Auswirkungen diverse Verständnisse von Sucht auf die Betroffenen haben können.

Der Vorteil einer krankheitsorientierten Betrachtung liegt darin, dass die Suchterkrankten in diesem Verständnis nicht für ihren Zustand verantwortlich sind (vgl. Laging 2018: 17). Die medizinische Behandlung ist nicht wertend oder bestrafend, sondern erst einmal auf eine

akzeptierende Hilfe ausgerichtet (vgl. ebd.). Des Weiteren sind medizinische Klassifikationen hilfreich, um ein Krankheitsphänomen objektiv zusammenzufassen und die interprofessionelle Verständigung zu erhöhen (vgl. Hansjürgens 2020: 25f.). Der wesentliche Nachteil einer rein medizinischen Betrachtungsweise ist, dass sie generell zu kurz greift. Der Substanzkonsum kann nicht ohne den Einbezug biografischer und sozialer Faktoren betrachtet werden (vgl. Laging 2018: 20). Ein weiterer Nachteil ist die Objektivierung und Bevormundung der Betroffenen, was unabdingbar mit dem Absprechen ihrer Verantwortung und ihres Willens einhergeht (vgl. ebd.: 18).

### 2.3 Erklärungen zur Entstehung von Sucht

Heute hat sich für die Erklärung der Entstehung und Entwicklung von Sucht das bio-psycho-soziale Modell durchgesetzt (vgl. Berthel 2021: 11). Überdies ist mittlerweile anerkannt, dass Sucht ein multifaktorielles Geschehen mit diversen Risiko- und Schutzfaktoren ist (vgl. Laging 2018: 25). Im Folgenden werden diese Modelle genauer ausgeführt.

Laut dem bio-psycho-sozialen Modell interagieren biologische, psychische und soziale Faktoren in einer Wechselwirkung und bilden ein komplexes Ganzes (vgl. Berthel 2021: 11). Dabei sind soziale Faktoren nicht nur Folgen, sondern auch Ursachen von Sucht. Gremminger (2021: 18) erklärt, dass Menschen mit einer Suchtkrankheit einem grösseren Risiko ausgesetzt sind, in Arbeitslosigkeit oder Armut zu geraten. Zugleich können Arbeitslosigkeit und Armut dazu führen, dass Menschen eine Suchtproblematik entwickeln (vgl. ebd.). Das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt nicht nur diese Zusammenhänge, sondern begünstigt eine Arbeitsweise, die den Menschen in das Zentrum stellt und seine Selbstbestimmung fördert (vgl. Berthel 2021: 12).

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren stammt aus den Gesundheitswissenschaften, genauer aus der Epidemiologie, die den Zusammenhang von Risikofaktoren und Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung untersucht (vgl. Razum/Breckenkamp/Brzoska 2020: 251). Ein Risikofaktor wird als ein Merkmal definiert, welches die Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Erkrankung zu entwickeln erhöht (vgl. Laging 2018: 24f.). Die Frage nach den Risikofaktoren einer Suchterkrankung ist dem Feld der Pathogenese, der Krankheitsentstehung, zuzuordnen (vgl. ebd.: 25). Der Pathogenese gegenübergestellt ist die Salutogenese oder das salutogenetische Modell. Dieses Modell, das vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky erstellt wurde, fragt nicht, was die Menschen krankmacht, sondern was sie, trotz existierender Risikofaktoren, gesund hält (vgl. ebd.). Dementsprechend werden bei einer salutogenetischen

Betrachtung nicht Risikofaktoren, sondern Schutzfaktoren identifiziert. Unter Schutzfaktoren werden Ressourcen verstanden, die als Voraussetzung zur Verbesserung der Gesundheit gelten (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2014: 16).

Multifaktorielle Modelle der Suchtentstehung widmen sich sowohl den Risiko- als auch den Schutzfaktoren (vgl. Laging 2018: 25). Kielholz und Ladewig haben als erstes ein solches Modell entworfen und die Risiko- und Schutzfaktoren in eine Systematik von drei Kategorien eingeordnet: die Kategorien Droge, Person und Umwelt (vgl. ebd.). Die Abbildung 1 zeigt diese Trias der Suchtentwicklung mit wichtigen Risiko- und Schutzfaktoren in jeder Kategorie.

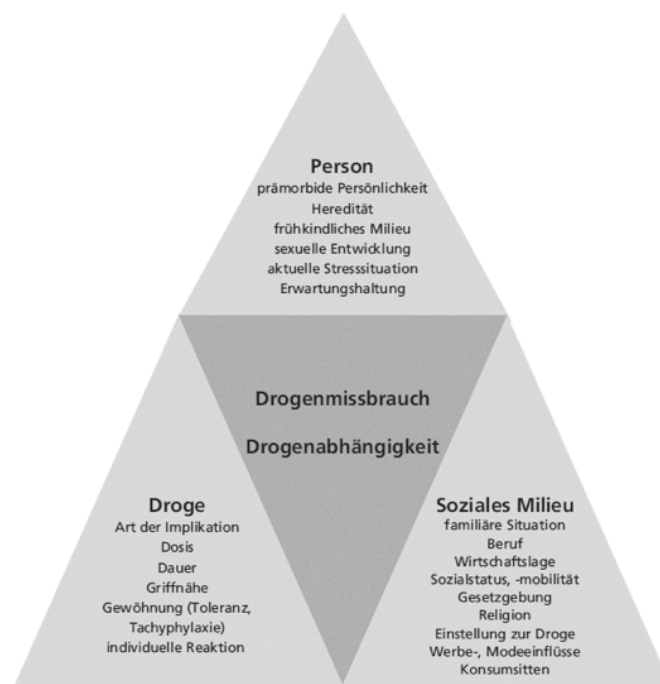


Abbildung 1: Trias der Suchtentwicklung (in: Laging 2018: 26)

Für die Prävention ist das Modell der Schutz- und Risikofaktoren besonders bedeutsam, weil durch die Identifizierung dieser Faktoren konkrete Massnahmen entwickelt werden können (vgl. ebd.: 26).

## 2.4 Die Schweizer Suchtpolitik

Die Schweizer Suchtpolitik beginnt mit dem Anstieg des Konsums psychoaktiver Substanzen Ende der 1960er Jahre (vgl. BAG 2006: 12). 1975 wurde im Betäubungsmittelgesetz verankert, dass die Kantone für Massnahmen zur Verhütung von Suchtproblemen verantwortlich sind (vgl. ebd.). Diese Massnahmen waren in drei Bereiche unterteilt: in den Bereich der Prävention, den

der Therapie und den der Repression (vgl. ebd.: 13). Dies führte zur Etablierung der sogenannten Drei-Säulen-Politik (vgl. ebd.). Die heutige Schweizer Suchtpolitik ist massgeblich von den Suchtproblemen der 80er und 90er Jahre geprägt (vgl. Baumberger/Knocks 2017: 21). Die steigenden Todesfälle und die hohen HIV-Ansteckungsraten, die durch die offene Drogenszene ausgelöst wurden, zerrten die Problematik in das Bewusstsein der Öffentlichkeit (vgl. ebd.). Dies führte zu einer Neuorientierung in der Suchtpolitik. Die Drei-Säulen-Politik wurde Ende der 1980er Jahren um die Säule Schadensminderung und Überlebenshilfe erweitert (vgl. ebd.). Diese wurde allerdings erst 2008 mit der Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes gesetzlich verankert (vgl. ebd.).

Mit dem Konzept der Schadensminderung soll den Betroffenen, trotz eines risikohaften Suchtverhaltens, ein qualitativ gutes und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden, indem auf weniger schädigende Verhaltensweisen ausgewichen wird (vgl. BAG 2015: 27). Damit setzt das Konzept die Lebensqualität und Gesundheit der Betroffenen nicht mit einer vollständigen Abstinenz in Verbindung, sondern arbeitet akzeptanzorientiert (vgl. Akeret 2014: 5). Hilfe und Unterstützung sind so auch für Menschen möglich, die nicht ausstiegsfähig sind (vgl. ebd.: 4). Dieser Perspektivenwechsel ist bis heute spürbar: nicht nur die Lebensumstände und die soziale Integration von suchtmittelabhängigen Personen haben sich erhöht, auch der öffentliche Raum und die Sicherheit der Bevölkerung konnten verbessert werden (vgl. ebd.).

Heute wird die Schweizer Suchtpolitik von der Nationalen Strategie Sucht bestimmt. Diese stellt einen übergreifenden «Orientierungs- und Handlungsrahmen» (BAG 2015: 4) dar, mit welchem Suchterkrankungen verhindert, Betroffene unterstützt, gesundheitliche und soziale Schäden vermindert und negative, gesellschaftliche Auswirkungen verringert werden sollen (vgl. ebd.). Die Strategie enthält acht Handlungsfelder, wobei die ersten vier dem seit Jahren bestehenden Vier-Säulen-Modell entsprechen (vgl. ebd.: 5). Weitere Ziele dieser Strategie sind das Schaffen von Synergien und Schliessen von Lücken, um eine kohärente Versorgung und fachübergreifende Kooperation zu sichern (vgl. ebd.: 4). Vor der Etablierung der Nationalen Strategie Sucht, konzentrierte sich die Suchtpolitik hauptsächlich auf die Bereiche Alkohol, Tabak und illegale Drogen (vgl. Steuergruppe 2010: 10).

2006 hat die EKDF das Vier-Säulen-Modell zu einem Würfelmodell erweitert, indem sie zwei neue Dimensionen hinzugefügt hat: die Dimension der diversen Konsummuster und die der unterschiedlichen Suchtformen (vgl. BAG 2015: 24).

Die EKDF und die Nationale Strategie Sucht unterscheiden zwischen einem risikoarmen, einem problembehafteten und einem abhängigen Konsummuster (vgl. ebd.). Letzteres wird als ein «zwanghaftes Verhalten» (ebd.: 13) beschrieben, das trotz negativer Folgen weiterbesteht und

sowohl aus individuellen Veranlagungen als auch aus gesellschaftlichen Rahmenbedingungen heraus entsteht (vgl. ebd.). Dieses Konsummuster entspricht der Definition, wie sie im ICD zu finden ist und stellt die eigentliche Krankheit Sucht dar. Neben dieser Form gibt es auch das risikoarme Konsumverhalten, welches für die Personen kein schädliches Ausmass hat (vgl. ebd.: 12). Der problembehaftete Konsum hingegen ist mit diversen Verhaltensweisen verbunden, die risikoreich sind (vgl. ebd.). Dazu zählen ein exzessives Verhalten, das sich entweder in einem häufig episodischen Wiederholen oder einem Konsum grosser Mengen ausdrückt, ein chronisches Verhalten, das über einen längeren Zeitraum zu Schäden führt und ein situationsunangepasstes Verhalten, wie beispielsweise das Konsumieren vor einer Autofahrt (vgl. ebd.). Diese Unterscheidungen machen deutlich, dass es eine Palette an Konsummuster gibt, die zwar noch nicht unter eine Suchtkrankheit fallen, aber dennoch von der Suchtpolitik aufgegriffen werden müssen.

Die zweite, neue Dimension, die von der EKDF ergänzt wurde, sind die Suchtformen. Damit sind Substanzen gemeint, von denen eine Person abhängig sein kann. Die legalen Substanzen Tabak und Alkohol waren im alten Säulen-Modell nicht integriert (vgl. EKDF 2005: 58). Des Weiteren plädiert die Steuergruppe in ihrem Leitbild dafür, dass auch der Medikamentenkonsument, aufgrund seines Missbrauchspotenzials, Bestandteil der Suchtpolitik wird (vgl. Steuergruppe 2010: 54). Eine vollumfassende Suchtpolitik sollte sich aller Substanzen annehmen, egal ob sie legal oder illegal sind (vgl. ebd.: 53). Auch die substanzungebundenen Süchte oder Verhaltenssüchte, wie das pathologische Glücksspiel, sollen miteingeschlossen werden (vgl. ebd.: 58). Abbildung 2 zeigt das Würfelmodell, wie es in der Nationalen Strategie Sucht abgebildet ist. Auf der linken Seite sind die bekanntesten Substanzen, einschliesslich Alkohol, Tabak und Medikamente aufgelistet. Auf der rechten Seite sind die drei Konsummuster farbig hervorgehoben.



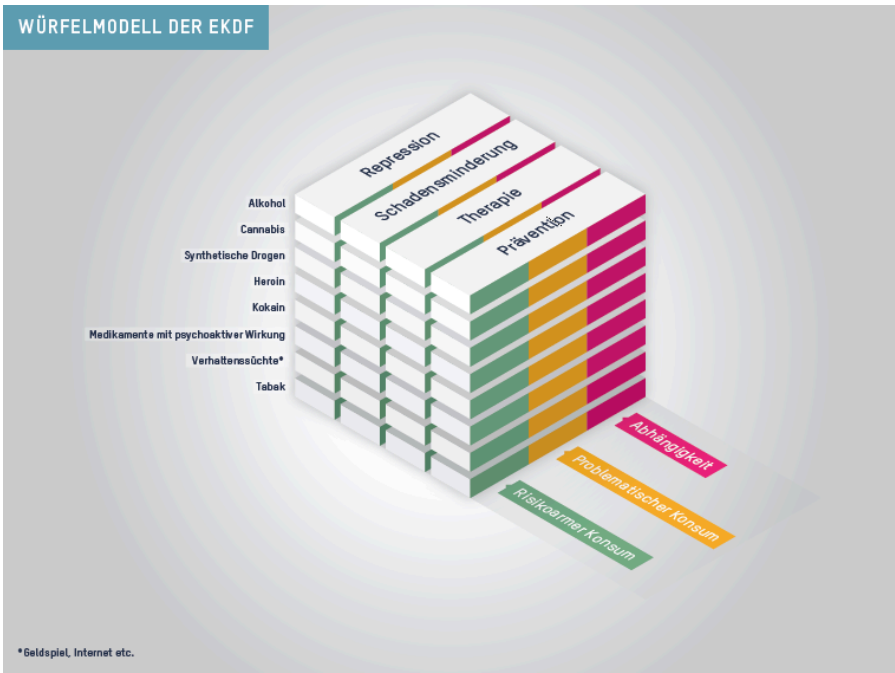


Abbildung 2: Würfelmodell der EKDF (in: BAG 2015: 24)

### 3. Suchtprävention

Mit der Suchtprävention soll die Entwicklung eines problematischen Substanzkonsums verhindert werden (vgl. BAG 2022: o.S.). Im Folgenden wird erklärt, wie Suchtprävention gestaltet ist und in welchen Institutionen sie verortet ist. Es werden theoretische Grundlagen der Präventionsarbeit dargelegt und diverse Arbeitsweisen erläutert. Daraufhin wird auf die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention eingegangen. Mit der Gesundheitsförderung Schweiz wird zum Abschluss dieses Kapitels ein nationales Beispiel der praktischen Präventionsarbeit vorgestellt.

#### 3.1 Theoretische Grundlagen

Bei der Suchtprävention werden im Wesentlichen die Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst, welche die Lebenswelt der anvisierten Zielgruppe kennzeichnen (vgl. Laging 2018: 122). Suchtprävention ist ein Querschnittsthema, das nicht nur in der Suchtarbeit, sondern in vielen Bereichen und auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet (vgl. ebd.). Sie findet häufig in der Schule, der Jugendhilfe, im Betrieb oder in der Gemeinde statt, weil in diesen Arbeitsfeldern ein breiter Zugang zur Zielgruppe gegeben ist (vgl. Sting/Blum 2003: 92). Suchtprävention ist in vielen Fällen Projektarbeit (vgl. Laging 2018: 133). Zum Anforderungsprofil der in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte gehören Kenntnisse in der Projektplanung, Vernetzungsarbeit und Beratungsfunktion (vgl. ebd.: 133f.).

Im Zusammenhang mit Prävention ist häufig auch von Gesundheitsförderung die Rede. Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen grundsätzlich dasselbe Ziel, nämlich die Förderung des individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinns (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 14). Sie unterscheiden sich aber in ihren Interventionsformen (vgl. ebd.). Zum besseren Verständnis werden diese beiden Begriffe definiert.

Unter (Krankheits-)Prävention werden alle Handlungen gefasst, die das Eintreten oder Ausbreiten einer Krankheit verhindern (vgl. ebd.). Dafür sollen die Risikofaktoren, die bei der Entstehung einer Krankheit eine Rolle spielen, zuerst identifiziert und anschliessend verringert werden (vgl. ebd.). Gesundheitsförderung ist ein historisch jüngerer Begriff, der in den gesundheitspolitischen Debatten der WHO entwickelt wurde (vgl. ebd.: 13). Der Ansatz wurde 1986 in der sogenannten Ottawa-Charta folgendermassen definiert: «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre

Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» (WHO 1986: o.S.). Mit der Gesundheitsförderung sollen also gezielt Schutzfaktoren, wie beispielsweise gute Wohnbedingungen oder die individuelle Selbstwirksamkeit, gestärkt werden (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 16). Das Konzept der Selbstwirksamkeit stammt aus der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (vgl. Bengel/Lyssenko 2012: 54). Die Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet «die subjektive Erwartung, Anforderungssituationen aus eigener Kraft bewältigen zu können» (ebd.). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Prävention einen pathogenetischen Ansatz und Gesundheitsförderung einen salutogenetischen Ansatz verfolgt.

Die EKDF versteht Prävention in einem umfassenden Sinne (vgl. EKDF 2005: 32). In ihrem Verständnis geht es in der Suchtprävention sowohl um Gesundheitsförderung, also um die Stärkung der Ressourcen, als auch um das Verhindern von Gesundheitsproblemen, wie es die Krankheitsprävention zum Ziel hat (vgl. ebd.). Auch Hurrelmann, Klotz und Haisch erklären, dass Prävention und Gesundheitsförderung einander ergänzen und eine scharfe Abgrenzung nicht hilfreich ist (vgl. Hurrelmann et al. 2014: 17). Deshalb werden die Begriffe in dieser Arbeit als Synonyme verwendet, wobei hauptsächlich von Prävention beziehungsweise Suchtprävention die Rede ist.

Im ersten Handlungsfeld der Nationalen Strategie Sucht geht es um die Stärkung der Gesundheitskompetenz und das Etablieren von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (vgl. BAG 2015: 52). Damit wird eine wichtige Differenzierung, die in der Präventionsarbeit vorkommt, aufgegriffen: die Verhaltensprävention versus die Verhältnisprävention (vgl. Niemeier 2012: 22).

Die Verhaltensprävention will die individuellen Schutzfaktoren, wie die Kompetenz beim Umgang mit Substanzen, fördern, wohingegen die Verhältnisprävention auf strukturelle Massnahmen abzielt (vgl. ebd.: 22f.). Ein Beispiel für die Verhaltensprävention wäre die Stärkung des Selbstvertrauens durch kommunikative und erzieherische Massnahmen (vgl. Abderhalden 2010: 14). Die Einschränkung der Erhältlichkeit oder der Werbung einer Substanz ist ein Beispiel für eine Verhältnisprävention (vgl. ebd.: 13). Massnahmen, die ausschliesslich das Verhalten beeinflussen, werden häufig favorisiert (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] 2014: 4). Allerdings sind diese ohne die Bearbeitung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nur bedingt geeignet, dauerhafte Veränderungen auszulösen (vgl. ebd.). Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten in Verbindung zueinander angewendet werden (vgl. ebd.).

In der Präventionsarbeit wird zusätzlich zwischen einer universellen, selektiven oder indizierten Prävention unterschieden (vgl. Niemeier 2012: 24). Bei der universellen Prävention wird die Gesamtbevölkerung mit Kampagnen angesprochen (vgl. ebd.). Die selektive Prävention richtet sich an Gruppen, die über erhöhte Risiken verfügen (vgl. ebd.: 25). Als Beispiel einer gefährdeten Gruppe sind Kinder aus suchtblasteten Familien zu nennen, die bekanntlich ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine Sucht oder eine Belastungsstörung zu entwickeln (vgl. ebd.). Die indizierte Prävention richtet sich an Gruppen, die bereits ein Problemverhalten aufweisen (vgl. ebd.).

### 3.2 Entwicklung der Arbeitsweisen

Nachfolgend wird die Suchtprävention, wie sie sich in Deutschland entwickelt hat, skizziert. Dabei wird auf bedeutende Arbeitsweisen eingegangen, die die jeweilige Epoche der Suchtprävention geprägt haben.

Die Suchtprävention setzte in ihren Anfängen auf abschreckende Informationen und drastische Darstellungen (vgl. Laging 2018: 116). Mit der «Verteufelung» (ebd.) der Substanzen wurden die Konsumierenden stigmatisiert. Auch die Schweiz setzte in den 70er Jahren auf Verbote und Aufklärung (vgl. Hafén 1995: o.S.). Die erste öffentliche Präventionskampagne der Schweiz wurde von der Zürcher Stadtpolizei durchgeführt, die an auffälligen Orten in der Stadt Plakate aufhängte (vgl. Mäder 2000: 48f.). Das Motiv der jungen Frau mit Totenkopfzügen, das in Abbildung 3 zu sehen ist, hatte allerdings nicht die gewünschte Wirkung: viele Jugendliche wollten das Plakat zur Einrichtung ihrer Schlafzimmerräume erwerben (vgl. ebd.: 49). Neugier ist ein bekannter Nebeneffekt der abschreckenden Arbeitsweise (vgl. Laging 2018: 116). Ferner hat die Forschung gezeigt, dass mit dieser Herangehensweise eher Menschen erreicht werden, die ohnehin eine ablehnende Haltung gegenüber Substanzen haben, während Menschen, die konsumieren, kaum erreicht werden (vgl. ebd.: 117).

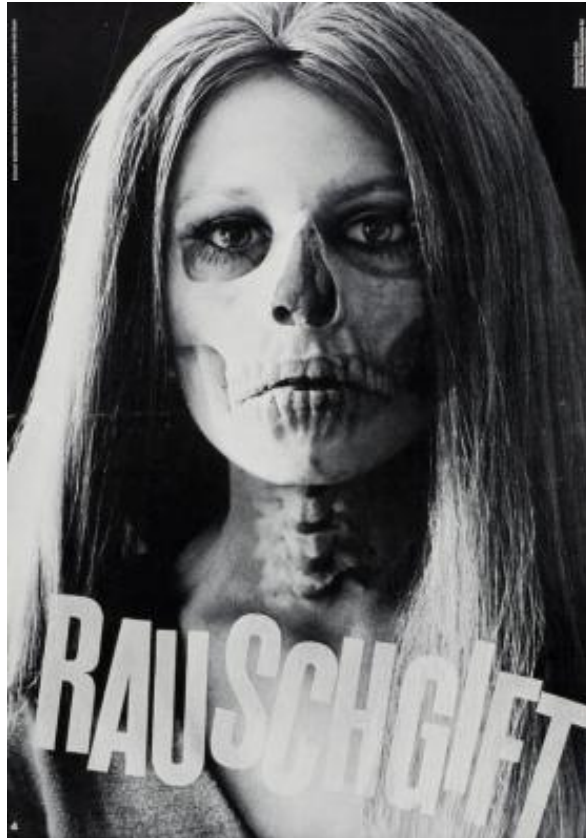


Abbildung 3: Plakat der Stadtpolizei Zürich von 1969 (in: Mäder 2000: 48)

In den 80er Jahren vollzog sich in der Präventionsarbeit ein bedeutender Wechsel. Der Fokus lag nun nicht mehr auf den Substanzen und deren Wirkungen, sondern auf dem eigentlichen Prozess der Suchtentwicklung (vgl. Sting/Blum 2003: 15.). Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, die dem Substanzkonsum eine Funktionalität zusprechen, führten überdies dazu, dass der Konsum als Bewältigungsform von Entwicklungsaufgaben gesehen wurde (vgl. Laging 2018: 117). Ergänzend setzte in der Präventionsarbeit, beeinflusst durch die Ottawa-Charta, eine gesundheitsbezogene, salutogenetische Perspektive ein (vgl. Franzkowiak/Schlömer 2003: 176). Die Betroffenen wurden somit nicht mehr als Opfer einer übermächtigen Droge, sondern als Personen gewertet, die einen aktiven Anteil am Suchtgeschehen haben (vgl. Sting/Blum 2003). Ziel dieses Präventionskonzeptes ist das Finden von alternativen Bewältigungsmitteln (vgl. Laging 2018: 118). Dies soll mit dem Fördern von grundlegenden Lebenskompetenzen, wie Problem- und Kommunikationsfähigkeiten, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen erreicht werden (vgl. Franzkowiak/Schlömer 2003: 176). Der Nachteil dieser Arbeitsweise ist, dass sich das Suchtthema in diesen unspezifischen Angeboten verflüchtigt und die Wirksamkeit kaum eruiert werden kann (vgl. Sting/Blum 2003: 17).

Beim Konzept der Risikokompetenz, das Ende der 90er Jahre aufkam, wird der Aufklärungsgedanke wieder verstärkt aufgenommen (vgl. Franzkowiak/Schlömer 2003: 177). Risikoreiches Experimentierverhalten bei Jugendlichen wird als normal angesehen. Das Konzept zielt darauf ab, das jugendliche Risikoverhalten in lebenslange Risikokompetenz umzuwandeln, indem sie über die Wirkungen und Risiken einer Substanz informiert werden, zum konsequenten Verzicht in bestimmten Situationen angeregt werden und Regeln für einen genussorientierten Konsum entwickeln (vgl. ebd.). Bei diesem Konzept wird der Gedanke der Schadensminderung, der für einen sicheren, weniger schädlichen Umgang mit Substanzen plädiert, mit informativen Massnahmen verknüpft, damit die Entscheidungsfähigkeit bei den Adressatinnen und Adressaten steigt und sie kompetenter mit dem Risiko Sucht umgehen können (vgl. Laging 2018: 120).

Die unterschiedlichen Konzepte und Arbeitsweisen entwickelten sich stets vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Vorstellungen von Menschenbildern und Gesundheit (vgl. ebd.: 115). Genauso war die politische Diskussion um legale und illegale Substanzen prägend (vgl. ebd.). Auch wenn die dargestellte Beschreibung chronologisch aufgebaut ist, ist anzumerken, dass viele Arbeitsweisen parallel zustande kamen und auch heute Kombinationen dieser Arbeitsweisen nebeneinander herlaufen (vgl. ebd.).

### 3.3 Soziale Arbeit und Suchtprävention

Was leistet die Soziale Arbeit im Handlungsfeld der Suchtprävention? Diese Frage kann am besten mit den drei Handlungsstrategien der WHO, die in der Ottawa-Charta festgelegt sind, beantwortet werden. Homfeldt (2012: 495) schreibt, dass die Ottawa-Charta aus der Feder der Sozialen Arbeit stammen könnte. Bei den drei Handlungsstrategien handelt es sich namentlich um die Strategien *Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen* und *vermitteln und vernetzen* (vgl. WHO 1986: o.S.). Um die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention zu verdeutlichen, sollen im Folgenden ihre Expertise, Ziele und Aufgaben mit diesen drei Strategien verglichen werden.

Die Soziale Arbeit fördert den gesellschaftlichen Wandel, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Ermächtigung von Menschen (vgl. AvenirSocial 2010: 7.1). Die Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit sind vielfältig. Im Berufskodex ist zu lesen, dass sie sich der sozialen Integration (vgl. ebd.: 5.2) und den sozialen Problemen (vgl. ebd.: 5.4) widmet und generell einen Beitrag für Menschen liefert, die in der Verwirklichung ihres Lebens

eingeschränkt sind (vgl. ebd.: 5.3). Für diese Aufgaben ist sie in individuellen, alltagsweltlichen Lebenspraxen tätig (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 46). Die Lebenspraxen sind häufig komplex, weshalb die konkrete Problemstellung nicht genau eingegrenzt werden kann (vgl. ebd.: 46f.). Diesbezüglich ist von einer diffusen Allzuständigkeit die Rede, welche die Soziale Arbeit kennzeichnet (vgl. ebd.: 47). Da die Soziale Arbeit nah mit Individuen zusammenarbeitet und sowohl für deren Selbstbestimmung (vgl. AvenirSocial 2010: 8.5) als auch für soziale Gerechtigkeit (vgl. ebd.: 9.1) einsteht, wird ihr ferner die Funktion einer Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft zugesprochen (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2017: 51).

Bei der Strategie *Interessen vertreten* geht es um ein «anwaltschaftliches Eintreten» (WHO 1986: o.S.), damit die ökonomischen, sozialen, kulturellen und biologischen Faktoren einer Person positiv beeinflusst werden (vgl. ebd.). Die Soziale Arbeit kann, wie bereits erwähnt, zwischen Individuum und Gesellschaft vermitteln. Sie ist die Expertin für die soziale Dimension, welche die sozialen Faktoren einer Krankheit berücksichtigt (vgl. Laging 2018: 22). Sie setzt sich auch im Bereich der Gesundheit für Gerechtigkeit ein und achtet bei Massnahmen der Suchtprävention darauf, dass diese zur Verminderung der sozialen Ungleichheit beitragen und benachteiligte Gruppen erreichen (vgl. ebd.). Rademaker und Altenhöner konstatieren, dass sich die Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Prävention auf die «Schaffung geeigneter Strukturen zur Förderung gesundheitsbezogener Chancengerechtigkeit» (2019: 150) bezieht. Damit vertritt sie eindeutig die Interessen ihrer Adressatinnen und Adressaten.

Mit der Strategie *befähigen und ermöglichen* sollen Menschen ihr vollumfängliches Gesundheitspotenzial verwirklichen, indem ihnen Möglichkeiten zum aktiven Einfluss auf gesundheitsrelevante Faktoren gegeben werden (vgl. WHO 1986: o.S.). Der salutogenetische Gedanke, der hier aufgegriffen wird, deckt sich mit dem Grundsatz der Ermächtigung, der im Berufskodex der Sozialen Arbeit festgehalten ist (vgl. AvenirSocial 2010: 8.8). Dort heisst es, dass Individuen bei der Entwicklung ihrer Stärken und Wahrung ihrer Rechte ermächtigt werden (vgl. ebd.). Das (Wieder-)Erschliessen von Ressourcen ist eine wesentliche Aufgabe, die die Soziale Arbeit in der Suchthilfe ausführt (vgl. Gremminger 2021: 17).

Die Strategie *vermitteln und vernetzen* schliesslich plädiert für eine Koordinierung aller gesellschaftlichen Bereiche, weil das Gesundheitssystem allein nicht eine vollumfassende Gesundheitsförderung bewirken kann (vgl. WHO 1986: o.S.). Die Soziale Arbeit vermittelt ebenfalls regelmässig zwischen Individuen und ihrem sozialen Umfeld (vgl. AvenirSocial 2010: 7.2). Sie ist fähig, mit anderen Fachpersonen zu kooperieren und setzt sich auf politischer Ebene für bessere Rahmenbedingungen ein (vgl. Gremminger 2021: 20).

Sucht ist, wie bereits ausgeführt, ein multifaktorielles Phänomen, das auch sozial bestimmt wird. Die Soziale Arbeit kann in diesem Zusammenhang eine ganzheitliche Begleitung für die Betroffenen sein, indem sie ihre Beratungskompetenzen und ihre Fähigkeit zwischen dem Individuum, der Gesellschaft und den Institutionen zu arbeiten, einsetzt (vgl. Berthel 2021: 14f.). In der Suchtprävention bezieht sich ihre Rolle auf die Befähigung der Menschen und dem Schaffen von Strukturen, die zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen (vgl. Rademaker/Altenhöner 2019: 150).

### 3.4 Gesundheitsförderung Schweiz

Die nationale, privatrechtliche Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ist eine wichtige Akteurin für die Schweizer Präventionsarbeit. Sie verfügt über einen gesetzlichen Auftrag und wird einerseits von den Kantonen getragen und andererseits über Krankenkassenbeiträge finanziert (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2022: o.S.). Sie initiiert, koordiniert und evaluiert gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Massnahmen in der Schweiz (vgl. ebd.). Für ihr langfristiges Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, bezieht sie sich sowohl auf verhaltenspräventive als auch verhältnispräventive Aspekte (vgl. ebd.).

Zu den Projekten, die von der Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt werden, gehören die sogenannten kantonalen Aktionsprogramme (KAP). Sie stellen eine vertragliche Zusammenarbeit zwischen der Stiftung und einem Kanton dar (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2019: 4). Die Rahmenbedingungen und konzeptionellen Grundlagen für ein KAP werden von der Gesundheitsförderung Schweiz vorgegeben (vgl. ebd.). Zu den acht Grundsätzen, an denen sich jedes KAP orientieren soll, gehören beispielsweise die Chancengleichheit, Partizipation und die Ausrichtung an bestimmten Qualitätskriterien (vgl. ebd.: 6f.). Als Referenzsystem für die Qualitätskriterien gilt das Qualitätssystem quint-essenz (vgl. ebd.: 7). Dieses wird seit 2001 von der Gesundheitsförderung Schweiz betrieben (vgl. Good Practice 2022: o.S.). Das Qualitätssystem wurde in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der Wissenschaft und Praxis entwickelt und hat seit seiner Entstehung internationale Anerkennung gewonnen (vgl. Ackermann/Studer/Ruckstuhl 2009: 138). Es dient nicht nur als Referenzrahmen, sondern auch als Nachschlagewerk (vgl. ebd.). Abbildung 4 zeigt, dass im Zentrum des Systems 24 Kriterien stehen, die sich auf sechs Bereiche verteilen (vgl. ebd.: 141). In den Kriterien sind wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung sowie Elemente aus der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vereint (vgl. ebd.).



Die Gesundheitsförderung Schweiz trägt mit ihrem Bestreben die Qualität von Interventionen zu verbessern zur Professionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention bei (vgl. ebd.: 137). Von ihrem Qualitätssystem quint-essenz kann auch der Bereich der Suchtprävention profitieren. Dank der fachlich fundierten Kriterien und dem zyklischen Aufbau ist eine systematische Reflexion in allen Phasen eines Projektes möglich (vgl. Studer/Ackermann 2009: 27).

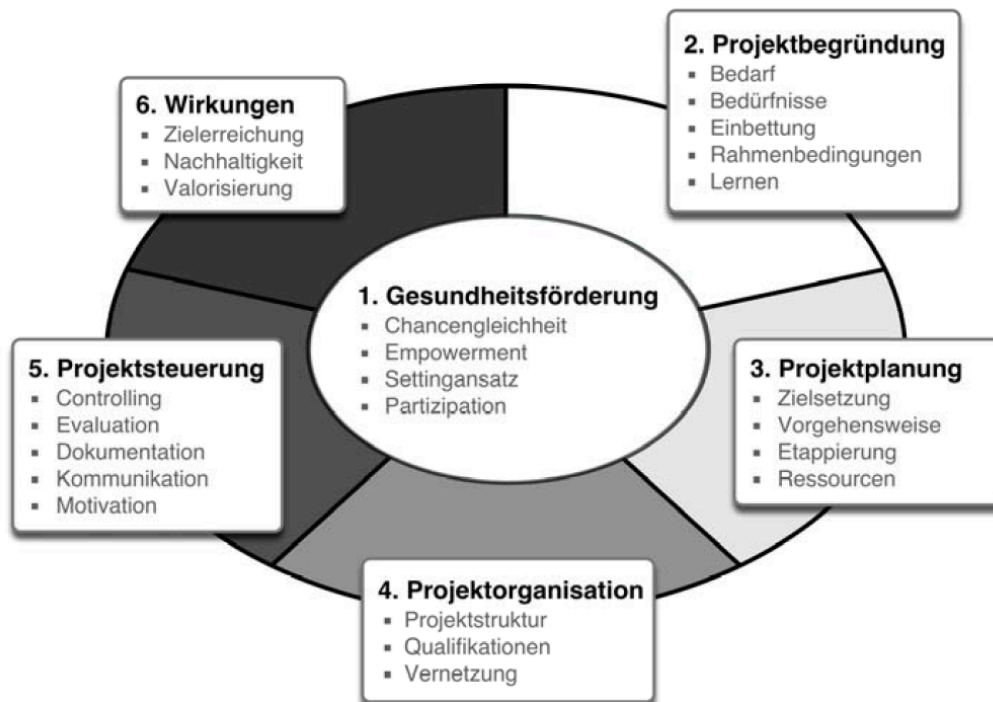


Abbildung 4: Qualitätskriterien im Qualitätssystem von quint-essenz (in: Ackermann et al. 2009: 142)

## 4. Geschlecht und Sucht

In diesem Kapitel wird auf die Zusammenhänge von Geschlecht und Sucht eingegangen. Dafür sollen zunächst Daten aus der Schweiz bezüglich den Substanzen Alkohol, Tabak und Cannabis vorgestellt werden. Die Daten stammen einerseits aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017 und andererseits aus dem Suchtmonitoring, das von 2011 bis 2016 durchgeführt wurde. Da diese drei Substanzen in der Schweiz am häufigsten konsumiert werden, können die Daten über eine längere Zeitspanne hinweg analysiert werden. Alkohol ist die Substanz, die in der Schweiz am meisten konsumiert wird (vgl. BAG 2015: 32). Tabak wurde im Jahre 2017 von mehr als einem Viertel der Schweizer Bevölkerung konsumiert (vgl. BFS 2020b: 1). Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren hat mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (vgl. Gmel et al. 2017: 79).

Nachdem mithilfe dieser Daten die realen Sachverhalte präsentiert wurden, werden geschlechtertheoretische Grundlagen aufgeführt. Diese Theorien erfolgen erst in einem zweiten Schritt, weil sie die vorangestellten weiblichen und männlichen Konsummuster theoretisch einbetten sollen. Abschliessend wird vor dem Hintergrund dieser Theorien diskutiert, welche Funktionen der Substanzkonsum bei Frauen und bei Männern hat und wie die geschlechtsspezifischen Suchtbedingungen in der Fachliteratur erklärt werden.

### 4.1 Geschlechtsspezifischer Substanzkonsum

#### 4.1.1 Alkohol

Alkohol entsteht bei der Vergärung von Zucker und zeigt sich als eine farblose Flüssigkeit (vgl. Laging 2018: 50). Er gehört zur Gruppe der sedativen, also beruhigenden, Substanzen (vgl. EKDF 2005: 28). Alkohol hat in geringen Mengen eine aktivierende und in hohen Mengen eine dämpfende und bewusstseinsändernde Wirkung (vgl. Soyka/Küfner/Feuerlein 2008: 23). Das Spektrum reicht von anfänglichen, psychomotorischen Verminderungen zu Euphorie oder wachsender Aggressivität bis zu Bewusstseinsstörungen bei einem hohen Konsum (vgl. ebd.: 163ff.).

Die Folgen eines übermässigen Alkoholkonsums sind unter anderem eine frühzeitige Sterblichkeit, ein erhöhtes Risiko für Unfälle, Gewaltbereitschaft sowie soziale Ausgrenzung (vgl. BFS 2018: 10). Im Suchtmonitoring wird ein chronisch riskanter Alkoholkonsum als mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag

bei Frauen definiert (vgl. Gmel et al. 2017: 21). Ein Standardgetränk, beispielsweise drei Deziliter Bier oder ein Deziliter Wein, enthält ungefähr 10 bis 12 Gramm Reinalkohol (vgl. ebd.). Hingegen wird der punktuell risikoreiche Konsum beziehungsweise das Rauschtrinken (vgl. ebd.: 32) folgendermassen definiert: fünf Standardgetränke oder mehr bei einer Gelegenheit bei Männern und vier bei Frauen gelten als ein risikoreicher Konsum (vgl. ebd.: 22). Die schweizerische Gesundheitsbefragung von 2017 geht von derselben Definition aus (vgl. BFS 2018: 10).

Im Jahr 2017 konsumierte 82 Prozent der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Alkohol (vgl. ebd.). 68 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen konsumieren mindestens einmal in der Woche (vgl. ebd.). Überdies hat sich für das Jahr 2017 gezeigt, dass der chronisch riskante Konsum gesunken, der sporadische, risikoreiche Konsum aber gestiegen ist (vgl. ebd.). Dies ist, wie in Abbildung 5 sichtbar wird, vor allem auf die Männer zurückzuführen. Seit 1992 hat sich die Zahl der Männer, die täglich konsumieren, halbiert, bei den Frauen ist sie von 11 Prozent auf 7 Prozent gesunken (vgl. ebd.).

## Alkoholkonsum

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G7

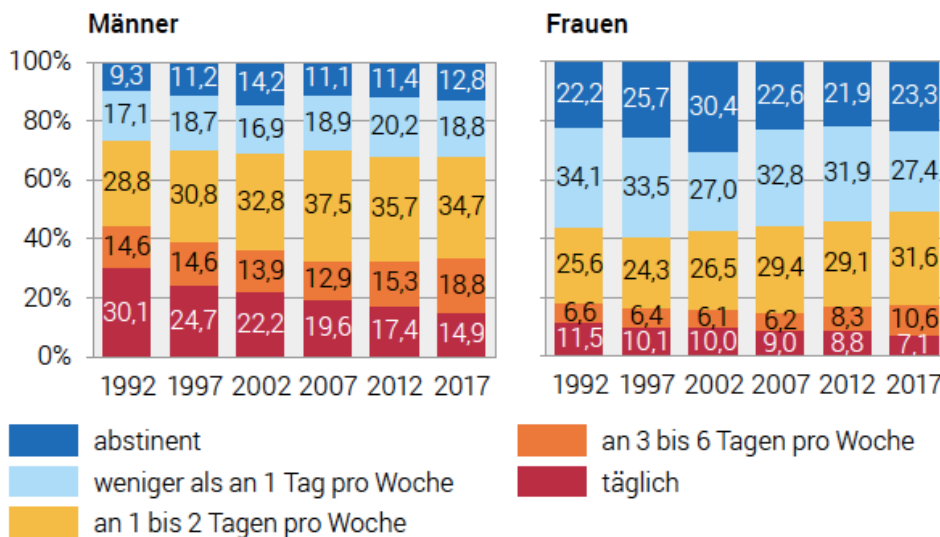


Abbildung 5: Alkoholkonsum (in: BFS 2018: 11)

Die Zahl der Personen, die mindestens einmal im Monat einen risikoreichen Konsum aufweisen ist über alle Altersgruppen und über beide Geschlechter hinweg gestiegen (vgl. ebd.). Besonders deutlich ist der Anstieg bei Frauen zwischen 15 und 24 Jahren: im Jahr 2007 waren

es noch zwölf Prozent in dieser Gruppe, im Jahr 2017 hat sich die Zahl mit 24 Prozent verdoppelt (vgl. ebd.).

#### 4.1.2 Tabak

Tabak wird aus einer Pflanze gewonnen und kommt in hellen oder dunklen Sorten vor (vgl. Sucht Schweiz 2020: o.S.). In der Schweiz wird er meist in Form von Zigaretten konsumiert (vgl. BFS 2020b: 2). Das Nikotin, das im Tabakblatt enthalten ist, ist die eigentliche psychoaktive Substanz, welche zur Ausschüttung von Dopamin führt und somit eine Abhängigkeit begünstigen kann (vgl. Sucht Schweiz 2020: o.S.). Aus diesem Grund zählt Nikotin zu den stimulierenden Substanzen (vgl. EKDF 2005: 28). Der Rauch, der beim Verbrennen von nikotinhaltigen Tabakprodukten entsteht, enthält diverse Substanzen, die giftig und krebserregend sind (vgl. Sucht Schweiz 2020: o.S.). Das Tabakrauchen ist für zahlreiche Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Tumore verantwortlich (vgl. BFS 2020b: 1). Beim Tabakkonsum zeigt sich, genau wie beim Alkoholkonsum, dass Männer mehr als Frauen konsumieren. 31 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen rauchen (vgl. ebd.). In den letzten 25 Jahren haben sich die Geschlechterdifferenzen verringert, was vor allem mit dem Rückgang rauchender Männer zusammenhängt (vgl. ebd.: 3).

Die schweizerische Gesundheitsbefragung wertet stets die Geburtsjahrgänge und nicht das erreichte Alter der Befragten aus (vgl. ebd.: 4). Die wiederholte Befragung erlaubt damit einen Vergleich der Jahrgänge über eine Zeitspanne von 25 Jahren (vgl. ebd.). Der Generationenvergleich zeigt bei den Geschlechtern unterschiedliche Entwicklungen (vgl. ebd.). Bei den Männern nimmt die Anzahl der Personen, die jemals geraucht haben, vom Jahrgang 1935 bis 1955 kontinuierlich ab und knickt beim Jahrgang 1965 markant ein (vgl. ebd.). Nachher bleibt der Prozentsatz bei den jüngeren Jahrgängen auf einem stabilen Niveau (vgl. ebd.). Bei den Frauen hingegen ist eine starke Zunahme bei den Jahrgängen 1945 und 1955 zu verzeichnen, bevor sich die Anzahl der Jemals-Raucherinnen bei den restlichen Jahrgängen verringert und ab 1975 stabil bleibt (vgl. ebd.). Der Generationenvergleich zwischen den Geschlechtern ist in Abbildung 6 festgehalten.

## Jemals-Raucher/innen<sup>1</sup> nach Generation

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, Geburtskohorten 1935–1995

G 6

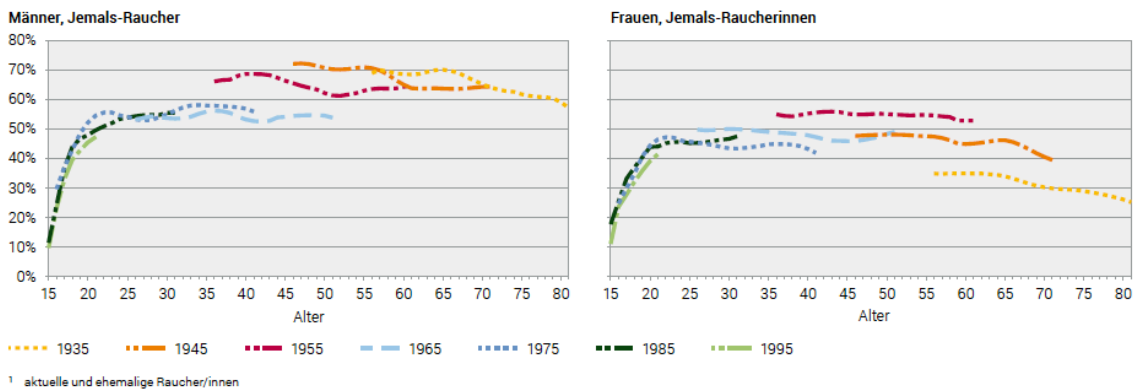


Abbildung 6: Jemals-Raucherinnen und Jemals-Raucher nach Generation (in: BFS 2020b: 5)

### 4.1.3 Cannabis

Cannabis ist eine krautartige Pflanze, die einen psychoaktiven Wirkstoff namens Tetrahydrocannabinol (THC) enthält (vgl. Scherbaum 2017: 37ff.). Cannabis zählt zu den halluzinogenen Substanzen (vgl. EKDF 2005: 28). Wer Cannabis konsumiert, erfährt eine Veränderung der Wahrnehmung und erlebt im Rausch typischerweise Euphorie, Lethargie, Störungen der Konzentration und einen Verlust des Zeitgefühls (vgl. Laging 2018: 39). Die Folgen eines langanhaltenden und regelmässigen Konsums sind eine Einschränkung des Antriebs sowie kognitive Defizite (vgl. ebd.: 40).

Gemäss des Suchtmonitorings Schweiz, das von 2011 bis 2016 regelmässig Befragungen in der Allgemeinbevölkerung mittels Telefonsurvey durchgeführt hat (vgl. Gmel et al. 2017: 13), hat im Jahre 2016 ein Drittel der Schweizer Bevölkerung mindestens einmal im bisherigen Leben Cannabis konsumiert (vgl. ebd.: 83). Des Weiteren ist die 12-Monatsprävalenz bei den Frauen von 3 bis 4 Prozent auf 5 Prozent angestiegen (vgl. ebd.: 84). Mit Prävalenz ist die Gesamtzahl aller Fälle in einer Bevölkerung während einer bestimmten Zeit gemeint (vgl. Infodrog 2018: o.S.). In diesem Fall entspricht die Zahl der Frauen, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, im Jahr 2016 einem Höchstwert (vgl. Gmel et al. 2017: 84). Da die 30-Tageprävalenzen im generellen Vergleich kaum Veränderungen aufweisen, kann daraus geschlossen werden, dass der Probierkonsum, aber nicht der chronische Konsum, in der Schweizer Bevölkerung gestiegen ist (vgl. ebd.).

Insgesamt zeigt sich bei der Substanz Cannabis dasselbe Muster wie bei Alkohol und Tabak: es konsumieren mehr Männer als Frauen. Die Geschlechterdifferenz ist noch deutlicher, wenn

zusätzlich der problematische Cannabiskonsum betrachtet wird. Dieser wird beim Suchtmonitoring Schweiz mit dem Screeningtest *Cannabis Use Disorders Identification Test* (CUDIT), wie ihn Adamson und Sellman verwendet haben, erfasst (vgl. Marmet/Gmel 2017: 11). Der CUDIT enthält zehn Fragen, die jeweils mit null bis vier Punkten bewertet werden können (vgl. ebd.: 13). Die Fragen erfassen unter anderem die Häufigkeit, die jeweilige Dauer des Rausches, mögliche Schuldgefühle, Erinnerungs- oder Konzentrationsprobleme und die Motive für den Konsum (vgl. ebd.: 14). Im Suchtmonitoring Schweiz gelten acht oder mehr Punkte als problematisch (vgl. ebd. 13). Entsprechend dieser Kriterien hat sich gezeigt, dass der problematische Konsum in der Schweizer Gesamtbevölkerung bei ungefähr einem Prozent liegt (vgl. ebd.: 16). Der Anteil der Männer, die problematisch konsumieren, ist mit zwei Prozent deutlich höher als der Anteil der Frauen, der bei 0.3 Prozent liegt (vgl. ebd.).

## 4.2 Geschlechtertheoretische Grundlagen

Die Statistiken, die im vorherigen Kapitel dargelegt wurden, illustrieren, dass sich Frauen und Männer in ihrem Konsumverhalten unterscheiden. Diese Unterschiede werden nicht nur von biologischen Gegebenheiten, sondern auch von gesellschaftlichen und sozialen Prozessen beeinflusst. Im Folgenden werden Geschlechtertheorien vorgestellt, die diese Prozesse veranschaulichen. Im Anschluss daran wird aufgezeigt, wie wichtig die soziale Dimension von Geschlecht für das Gesundheitsverständnis ist.

Die Entwicklung der Frauenforschung hängt eng mit der zweiten Frauenbewegung in Westdeutschland zusammen, die anfangs der 1970er Jahre ihren Lauf nimmt (vgl. Ehlert 2012: 9). Die Bestrebungen der Frauenbewegung lösten eine wissenschaftliche Thematisierung von Geschlecht aus, wobei das Sichtbarmachen der weiblichen Perspektive eines der ersten, zentralen Anliegen der Frauenforschung war (vgl. ebd.: 10f.). Meier (2004: 1) hält eine ähnliche Entwicklung für die Schweiz fest, in der die Gesundheit das erste Thema der Schweizer Frauenbefreiungsbewegung der 1970er Jahre war. Themen wie Selbstbestimmung über den Körper und die eigene Sexualität leiteten damals die öffentliche Diskussion in der Schweiz (vgl. ebd.). Seit den 90er Jahren ist von einer Geschlechterforschung die Rede (vgl. Ehlert 2012: 12). Die Frauenbewegung und die Frauenforschung wollten auf die Veränderbarkeit der Kategorie Geschlecht aufmerksam machen, indem die Geschlechterdifferenzen als ein Ergebnis der Geschichte begriffen wurden (vgl. ebd.: 14). Ehlert erklärt, mit Bezug auf Lorber, dass sich im englischsprachigen Raum die Begriffe Sex und Gender etabliert haben (Lorber 1999, zit. nach

Ehlert 2012: 23). Sex meint das biologische Geschlecht, zu dem Gene, Keimdrüsen, Hormone und die Morphologie gehören (vgl. Kolip/Hurrelmann 2016: 10). Gender ist das sozial erworbene Geschlecht, das Geschlechterrollen beinhaltet und mit sozialen Normen und Aushandlungsprozessen in Verbindung steht (vgl. ebd.). Da die deutsche Frauen- und Geschlechterforschung in einem internationalen Kontext stattfindet, werden die Begriffe Sex und Gender seit den 1980er Jahren auch im deutschsprachigen Raum verwendet (vgl. Ehlert 2012: 12).

Gender wird theoretisch als eine soziale Konstruktion gefasst, mit welcher die Rollen und Funktionen von Frauen und Männer hergestellt werden (vgl. Czollek/Perko/Weinbach 2009: 21). Diese Konstruktion vollzieht sich über die Sozialisation und ist stets in einen gesellschaftlichen Kontext eingebunden (vgl. ebd.). Mit Sozialisation ist «die Entwicklung des Individuums in seinem Verhältnis zur Umwelt» (Nestvogel 2010: 166) gemeint.

Die Konstruktion von Gender ist nie abgeschlossen, sondern ein fortwährender Prozess, der in Interaktion mit Anderen abgeglichen werden muss (vgl. Ehlert 2012: 25). Diese Erkenntnis wird in der Theorie Doing Gender genannt. Doing Gender bezeichnet «die Herstellung normativer Geschlechterrollen (männlich und weiblich) durch Sprache und Handlungen, durch Gestik und Mimik, durch Auftreten und Art sich zu kleiden (...)» (Czollek et al. 2009: 21). Die Handlungen, die sich in diesem Prozess vollziehen, sind nicht intentional, sondern so verselbstständigt, dass sie von den Menschen nicht bewusst wahrgenommen werden (vgl. Gildemeister 2019: 411). Die Aufrechterhaltung einer bestimmten Geschlechtsidentität wirkt sich wiederum auf die Gesellschaft aus, indem sich mit der Zeit bestimmte Normierungen und Stereotype festsetzen (vgl. Zenker 2009: 15). Stereotype bezeichnen in der Sozialpsychologie eine Ansammlung von Überzeugungen über Personen aus einer sozialen Gruppe (vgl. Petersen/Six-Materna 2006: 430). Daraus resultiert für das soziale Geschlecht folgendes Verständnis: «Gender ist immanent an allen sozialen Prozessen der Gesellschaft beteiligt und schafft soziale Unterschiede» (Zenker 2009: 15). In der Literatur ist vom Geschlecht als einer Strukturkategorie die Rede. Diese Auffassung geht davon aus, dass das Geschlecht ein zentrales Prinzip zur Strukturierung der gesellschaftlichen Ordnung ist (vgl. Ehlert 2012: 14). Das traditionelle Geschlechterverhältnis zwischen Frauen und Männern ist dabei von einer Hierarchie bestimmt, in welcher die Männer beziehungsweise die männliche Norm höher gewertet wird (vgl. Smykalla 2006: 6).

Heinzen-Voß und Ludwig (2016: 11) greifen diesen Gedanken ebenfalls auf und erklären, dass Gender ein «zentrales soziales Ordnungssystem» (ebd.) ist, auf deren Grundlage beiden Geschlechtern stereotype Eigenschaften zugewiesen werden (vgl. ebd.: 11f.). Traditionelle,

männliche Eigenschaften sind Aktivität, Rationalität und Öffentlichkeit (vgl. ebd.: 12). Zu den typischen, weiblichen Eigenschaften gehören gegenteilige Elemente wie Emotionalität, Privatheit und Fürsorge (vgl. ebd.). Diese Stereotypen sind einerseits mit bestimmten Verhaltenserwartungen und andererseits mit Einschränkungen verknüpft (vgl. ebd.). Unterschiedliche Zugänge, Ressourcen und Möglichkeiten sowie geschlechtsspezifische Machtverhältnisse sind die Ergebnisse dieser sozialen Konstruktionen (vgl. ebd.).

Diese Darstellung von Geschlechtertheorien zeigt wesentliche Elemente, die das Gender beinhaltet und die für die weitere Betrachtung des geschlechtsspezifischen Suchtverhaltens relevant sind. Gender wird einerseits von und zwischen Individuen in alltäglichen Prozessen reproduziert und ist andererseits Ausdruck einer bestimmten Gesellschaftsordnung, an die sich die Individuen orientieren.

Ausgelöst durch die Frauenbewegung und Geschlechterforschung etablierte sich eine Frauengesundheitsforschung, die unter anderem kritisierte, dass Frauen in der Gesundheitsforschung unterrepräsentiert waren und auf ihre biologischen Unterschiede zu Männern reduziert wurden (vgl. Sorg 2004: 107f.). Die Frauengesundheitsforschung plädierte weiterhin für ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis und dafür, dass sowohl gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern als auch geschlechtsspezifische Aspekte Berücksichtigung finden (vgl. ebd.: 108). Sorg hält, mit Verweis auf Helfferich, fest, dass sich dieser Fokus in den 90er Jahren zu einer Geschlechterperspektive weiterentwickelte (Helfferich 2003, zit. nach Sorg 2004: 109). Diese nahm nicht nur die Differenz, sondern vermehrt die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern in den Blick (vgl. ebd.). Vor diesem Hintergrund wird in den Gesundheitswissenschaften die Bedeutung von Geschlecht als soziale Konstruktion bedeutsam (vgl. ebd.).

Die Berücksichtigung des sozialen Geschlechts in den Gesundheitswissenschaften kann helfen, Verzerrungen in der Forschung zu vermeiden, die ansonsten zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen würden (vgl. Kolip/Hurrelmann 2016: 9). Das Handbuch des kanadischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahre 1999 benennt drei geschlechtsbezogene Verzerrungseffekte: der Androzentrismus, die Geschlechtsinsensibilität und die doppelten Bewertungsmaßstäbe (vgl. Fuchs/Maschewsky/Maschewsky-Schneider 2002: 13).

Beim Androzentrismus wird eine männliche Perspektive eingenommen (vgl. ebd.). Dies zeigt sich, wenn in einer Studie Frauen ausgeschlossen werden oder unterrepräsentiert sind und die Ergebnisse fälschlicherweise für beide Geschlechter generalisiert werden (vgl. ebd.). Als Beispiel ist der Ausschluss von gebärfähigen Frauen aus klinischen Studien zu nennen.



Harreiter, Thomas und Kautzky-Willer berichten, dass, nachdem der Wirkstoff Thalidomid als Auslöser für Missbildungen bei Neugeborenen identifiziert wurde, Medikamente ab den 60er Jahren hauptsächlich an Männern getestet wurden (vgl. Harreiter/Thomas/Kautzky-Willer 2016: 39). Erst Mitte der 80er Jahre fand diesbezüglich ein Umdenken statt (vgl. ebd.).

Im Falle einer Geschlechtsinsensibilität werden Aspekte des biologischen oder sozialen Geschlechts ausser Acht gelassen (vgl. Fuchs et al. 2002: 13.). Dies kann dann vorliegen, wenn nicht überprüft wird, ob eine Operation für Frauen und Männer denselben Erfolg hat (vgl. Maschewsky-Schneider 2016: 34).

Der doppelte Bewertungsmaassstab schliesslich zeigt sich auf zwei Arten: einerseits, wenn Frauen und Männer ohne Grund getrennt untersucht werden, andererseits, wenn die Geschlechterstereotypen überbetont werden und als naturgegeben angesehen werden (vgl. Fuchs et al. 2002. 13). Sorg (2004: 108) erklärt beispielsweise, dass stereotype Weiblichkeitsbilder zu einer «Medikalisierung und Überversorgung» (ebd.) führen können. Dies ist als bedenklich einzustufen, da ebenjene Medikamente oft nicht an Frauen getestet wurden.

Abschliessend für dieses Unterkapitel wird folgendes Zitat der WHO aus ihrer Madrid Deklaration angeführt, welches die Wichtigkeit der Kategorie Geschlecht für das Gesundheitsverständnis noch einmal zusammenfasst:

To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and opportunities (...) The factors that determine health and ill health are not the same for women and men. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts (WHO 2002: o. S.).

### 4.3 Erklärungen für geschlechtsspezifisches Suchtverhalten

Die Zahlen zu den drei vorgestellten Substanzen haben gezeigt, dass Männer mehr und problematischer konsumieren als Frauen. Wenn zusätzlich die Entwicklung in den letzten 20 Jahren betrachtet wird, fällt auf, dass sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern verringert haben. Die Zahl der jungen Frauen, die mindestens einmal im Monat risikoreich Alkohol konsumieren, hat sich innerhalb von zehn Jahren verdoppelt (vgl. BFS 2018: 10). Auch bei den Zahlen zum Tabak ist ersichtlich, dass sich der Konsum der Frauen dem der Männer angenähert hat (vgl. BFS 2020b: 4).

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erklärungsansätze zum geschlechtsspezifischen Suchtverhalten zusammengefasst. Analog zum Modell von Kiehl und Ladewig wird dabei zunächst auf weibliche Risiko- und Schutzfaktoren und anschliessend auf männliche Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen. Zum Schluss werden diejenigen Aspekte diskutiert, die sich bei beiden Geschlechtern zeigen.

#### 4.3.1 Frauen zwischen alten und neuen Belastungen

Das weibliche Suchtverhalten wird in der Literatur überwiegend mit der weiblichen Sozialisation erklärt. Die traditionelle, weibliche Rolle wird nach wie vor mit Schwäche, Minderwertigkeit und internalisierenden Verhaltensweisen gleichgesetzt (vgl. Gruber et al. 2012: 6). Ferner sind Frauen aufgrund ihrer Sozialisation grundsätzlich beziehungsorientierter als Männer, was sich daran zeigt, dass sie ihre Bedürfnisse zurückstellen und Verantwortung für andere übernehmen (vgl. ebd.: 7). Die Gründerinnen der frauengerechten Suchtarbeit in Deutschland charakterisierten die weibliche Suchtabhängigkeit wie folgt: «Die Lebensalltäglichkeit von Frauen trägt die Abhängigkeit schon in sich selbst. Suchtmittel zu konsumieren ist nur sichtbarer Ausdruck davon (...)» (Soltau 1984 zit. nach Vogt 2003: 2). Da die traditionelle Weiblichkeit mit Aufopferung, Passivität, Ängstlichkeit sowie mangelndem Selbstbewusstsein in Verbindung gebracht wird, sei, nach diesem Verständnis, die Suchtkrankheit der weiblichen Normalität inhärent (vgl. Singerhoff 2002: 46). Dieser Erklärungsansatz war vor allem in den 70er Jahren vorherrschend (vgl. ebd.). Die abhängigkeitsfördernden Bedingungen, die in der weiblichen Sozialisation verortet sind, sind für Heinzen-Voß und Ludwig teilweise heute noch Ursachen für eine Suchtmittelabhängigkeit (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 13). Die Beobachtung, dass viele Frauen aufgrund eines männlichen Partners mit Substanzen in Berührung kommen, unterstützt diese Erklärung (vgl. Singerhoff 2002: 56). Zenker geht so weit und formuliert für diese Annahme, dass sich eine Frau der Sucht des Partners hingibt, «um ihm zu gefallen» (Zenker 2009: 20).

Die Erklärung der traditionellen, weiblichen Rolle als Risikofaktor ist eng mit dem Argument des Schönheitsideals verknüpft. Frauen würden, laut diesem Argument, die Substanzen bewusst zur Erreichung eines bestimmten Ideals von Schönheit einsetzen (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 13). In diesem Zusammenhang ist vor allem der Tabak zu nennen, der eine appetithemmende Wirkung hat und darum bei der Gewichtsreduzierung oder -stabilisierung helfen kann (vgl. ebd.).

Eine weitere Erklärung für den spezifisch weiblichen Substanzkonsum findet sich im gesellschaftlichen Wandel der Geschlechterrollen. Dieser Wandel hat zu zwei Entwicklungen

geführt. Erstens haben sich die Lebensentwürfe von Frauen und Männern angeglichen (vgl. Zenker 2006: 335). Das BFS erklärt den hohen Anteil der Raucherinnen ab den 50er Jahren beispielsweise damit, dass sich im Zuge der aufkommenden Gleichstellung Frauen stärker am öffentlichen Leben beteiligt haben (vgl. BFS 2020b: 5). Vogt führt in Anlehnung an Klein an, dass das Zigarettenrauchen für Frauen ein Akt der Rebellion darstellte, in welchem sie auf Geschlechterungleichheiten aufmerksam machen konnten (Klein 1993 zit. nach Vogt 2020: 5). Zweitens sind Frauen, aufgrund der veränderten, weiblichen Rolle, diversen Belastungen ausgesetzt (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 13). Sie sollen neu beruflich erfolgreich sein und selbstbewusst auftreten, sind aber gleichzeitig meist allein für die Familie und den Haushalt verantwortlich (vgl. ebd.). Vor dem Hintergrund dieser widersprüchlichen Anforderungen wird der Substanzkonsum für die Stressbewältigung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit eingesetzt (vgl. ebd.).

Das Argument der Stressbewältigung soll hierbei noch weiter vertieft werden. In Bezug auf den weiblichen Tabakkonsum gibt es nämlich wichtige Erkenntnisse, die das Zusammenspiel von Sex und Gender verdeutlichen. Jahn und Kolip verweisen in ihrem Text zur geschlechtsspezifischen Projektförderung auf einen Aufsatz der britischen Wissenschaftlerin Sarah Payne aus dem Jahre 2001, in welchem der Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs analysiert wird (vgl. Jahn/Kolip 2002: 9). Dort heisst es, dass das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken, bei Frauen höher ist als bei Männern (vgl. ebd.). Dies liegt zum einen daran, dass die weibliche Lunge empfindlicher auf Rauch reagiert (vgl. ebd.). Zum anderen sind Frauen von einer bestimmten Form des Lungenkrebses betroffen, namentlich vom sogenannten Adenokarzinom sowie von kleinzelligen Krebsformen, die aggressiver sind (vgl. ebd.). Neben diesen biologischen Ursachen gibt es diverse soziale Faktoren. So rauchen Frauen häufiger Zigaretten mit einem geringen Schadstoffgehalt, bei denen sie für eine stimulierende Wirkung tief inhalieren müssen (vgl. ebd.: 10). Viele Frauen rauchen hastig und in kurzen Zeitintervallen, weil sie bei Arbeitsplätzen angestellt sind, die nur kurze Pausen zur Verfügung stellen (vgl. ebd.). Das hastige Rauchen verbunden mit tiefer Inhalation steigert das Risiko für Adenokarzinom (vgl. ebd.). Diese Erkenntnisse sollten in die Präventionsarbeit eingebaut werden. Wenn der Fokus nur auf biologischen Gegebenheiten und nicht auch das Zusammenspiel mit den sozialen Faktoren beleuchtet wird, zeigt sich eine verkürzte Darstellung der individuellen Lebensumstände.

Frauenspezifische Risikofaktoren sind folglich die Nichtbeachtung eigener Bedürfnisse sowie die widersprüchlichen, stressauslösenden Anforderungen. Zu den weiblichen Schutzfaktoren zählen die Beziehungsorientierung und die Fähigkeit, persönliche Schwierigkeiten

offenzulegen. Singerhoff (2002: 63) konstatiert, dass Frauen aufgrund ihrer Erziehung eher bereit sind mit anderen zu sprechen und die Hilfe Dritter anzunehmen.

#### 4.3.2 Männer zwischen Leistungsdruck und Grenzüberschreitung

Bei Männern wird zur Erklärung des geschlechtsspezifischen Suchtverhaltens ebenfalls die Sozialisation herangezogen. Die Verknüpfung von Männlichkeit und Sucht ist allerdings noch ausgeprägter. Sucht sei ein Bezugsrahmen für traditionelle Männlichkeit (vgl. Jacob/Stöver 2009: 9). Die traditionelle Geschlechtsrolle der Männer beinhaltet die Demonstration von Stärke und Macht (vgl. Zenker 2009: 19). Dafür sollen sie selbstbewusst auftreten und sich im Leben an Leistung und Erfolg orientieren (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 14). Die traditionelle Männlichkeit ist aber auch von einem defizitären Gesundheitsverhalten und gering ausgeprägten Kommunikations- und Beziehungsfähigkeiten geprägt (vgl. ebd.). Aufgrund des permanenten Erfolgsdruck würden Männer ihren Körper instrumentalisieren und nur von aussen wahrnehmen, weshalb Beschwerden erst spät berücksichtigt werden (vgl. Klotz 2007: 21). Klingemann hält fest, dass die Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung einer der wichtigsten, geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf Gesundheit ist (vgl. Klingemann 2009: 57). Die Gesundheitsbefragung von 2017 zeigte, dass 88 Prozent der Frauen und 74 Prozent der Männer mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben (vgl. BFS 2018: 22).

Mit der Betrachtung dieser sozialisationsbedingten Erklärungsweisen, lassen sich für den männlichen Substanzkonsum zwei Funktionen festlegen. Zum einen konsumieren Männer bewusst, um das traditionelle Männlichkeitskonzept herzustellen und aufrechtzuerhalten (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 15). In der Literatur ist von einem «Doing gender with Drugs» (ebd.) die Rede. Ein riskanter Substanzkonsum beweist, dass Männer unverwundbar sind und Grenzen überschreiten können (vgl. Zenker 2009: 19). Er hilft auch mit Anforderungen, wie der permanenten Demonstration von Stärke und der gleichzeitigen Unterdrückung von Gefühlen, zurecht zu kommen (vgl. ebd.: 22). Altgeld, der sich in seinem Artikel zur männerfreundlichen Gesundheitspolitik auf eine Studie aus dem Jahre 2013 bezieht, erklärt, dass männliche Jugendliche den exzessiven Alkoholkonsum weiters zur Herstellung von Hierarchien innerhalb der gleichgeschlechtlichen Gruppe nutzen (Hösselbarth/Schneider/Stöver 2013 zit. nach Altgeld 2021: 11). Diese Ausführungen machen deutlich, wie eng Sucht mit Männlichkeit verknüpft ist. «Männliche Rollenerwartungen prädestinieren somit den Suchtmittelkonsum.» (Müller 1996, zit. nach Klingemann 2009: 39)

Zum anderen gleichen Männer mit dem Substanzkonsum die Defizite, die mit der traditionellen Männlichkeitsrolle einhergehen, aus. Die Unfähigkeit Gefühle auszudrücken und innere Konflikte zu lösen, kann mit Substanzen vorübergehend überdeckt werden (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 15). Diesbezüglich ist der Konsum eine Reaktion auf die männerspezifischen Problemlagen (vgl. ebd.).

Zu den männerspezifischen Risikofaktoren gehören demnach der hohe Leistungsdruck, die fehlende Innenperspektive und der mangelhafte Umgang mit Gefühlen. Die traditionelle Männlichkeit bringt aber auch einige Schutzfaktoren mit sich. Es handelt sich dabei vor allem um die Kontrollüberzeugung, die Selbstwirksamkeit und das hohe Selbstbewusstsein (vgl. Faltermaier 2004: 22). In der Gesundheitsbefragung von 2017 wurde deutlich, dass Frauen ihren Gesundheitszustand als weniger gut einschätzen als Männer (vgl. BFS 2020a: 3). Das BFS sieht die fehlende Kontrollüberzeugung bei den Frauen als einen Grund für diesen Umstand (vgl. ebd.). Die Kontrollüberzeugung meint die Überzeugung, selbst über das eigene Leben bestimmen zu können (vgl. ebd.). Analog dazu steht das schon erwähnte Konzept der Selbstwirksamkeit. Beide Konzepte sind wichtige, interne Ressourcen bei der Bewältigung von Problemlagen und Krisen.

#### 4.3.3 Die Geschlechter zwischen Konsum und Identität

Wie den obigen Erläuterungen zu entnehmen ist, nutzen sowohl Frauen als auch Männer den Substanzkonsum einerseits zur Konstruktion und Aufrechterhaltung von Gender, andererseits als Bewältigungsstrategie von Problemlagen, die sich in dieser Konstruktion ergeben. Die traditionellen Geschlechterentwürfe sind für beide Geschlechter auf eine unterschiedliche Art und Weise limitierend. Bei den Frauen kommt hinzu, dass die Ambivalenz zwischen alten und neuen Sozialisationsbedingungen die Herausforderungen verschärfen kann (vgl. Gruber et al. 2012: 6). Dieses Wissen ist für die Präventionsarbeit wichtig, weil sich dadurch der Fokus verschiebt. Das Suchtverhalten ist in dieser Betrachtung nicht das Resultat von fehlenden Informationen, sondern eine aktiv ausgeführte, zielorientierte Handlung. Der «Rückgriff auf bestimmte gesundheitsförderliche bzw. -riskante Verhaltensweisen erfolgt, um die eigene Geschlechtsidentität zu konstruieren und zu kommunizieren» (Weber 2006: 325). Insofern wirken die Konsummuster identitätsstabilisierend (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 101).

## 5. Geschlechtersensible Suchtprävention

Eine geschlechtersensible Suchtprävention ist unter anderem notwendig, weil es geschlechtsspezifische Funktionen für einen Substanzkonsum gibt und das weibliche beziehungsweise das männliche Suchtverhalten infolge divergierender Motive entsteht. Dieses Kapitel befasst sich vertieft mit der geschlechtersensiblen Suchtprävention. Was kann eine geschlechtersensible Suchtprävention leisten? Welche Anforderungen stellen sich an eine Suchtprävention, die geschlechtersensibel ist? Wie wird sie umgesetzt? Bevor diese Fragen beantwortet werden, soll zuvor ein Blick auf die historische Entwicklung geworfen werden.

### 5.1 Historische Entwicklung

Die Anfänge der geschlechtsspezifischen Suchtprävention im deutschsprachigen Raum liegen in der Jugendarbeit der 1970er Jahre (vgl. Helfferich 2009: 27). Die ersten Projekte waren feministisch und parteilich aufgebaut (vgl. ebd.). Die parteiliche Mädchenarbeit, die sich Mitte der 70er Jahre entwickelte, greift Interessen und Bedürfnisse von Mädchen auf und stellt sie in den Mittelpunkt (vgl. Franzkowiak/Helfferich/Weise 1998: 26). Die Arbeit fand in rein geschlechtshomogenen Gruppen statt (vgl. ebd.). Es wurden Räume nur für Mädchen zur Verfügung gestellt, in denen sie grundlegende Lebenskompetenzen ausbilden konnten (vgl. Helfferich 2009: 27). Die Projekte setzten an der strukturellen Benachteiligung von Mädchen an und thematisierten die weibliche Anpassung und Abhängigkeit als spezifische Risikofaktoren einer Suchtgefährdung (vgl. ebd.: 28).

In der Schweiz begann die Thematisierung von Geschlecht und Sucht in den 1980er Jahren (vgl. Ernst 2008: 11). Sie wurde einerseits von der Frauenbewegung und andererseits von engagierten Fachfrauen aus dem Suchtbereich initiiert (vgl. ebd.). Der Fokus lag zunächst auf den Bedürfnissen konsumierender Frauen, die in den damaligen Angeboten nicht abgedeckt wurden (vgl. ebd.). Eines der ersten frauenspezifischen Projekte im Suchtbereich war der *Lila Bus*, der 1989 in Zürich eröffnet wurde und eine Kontakt- und Anlaufstelle für drogenabhängige Sexarbeiterinnen darstellte (vgl. Charles/Hubschmid/Heeb 1992: 3). Die erste Tagung zu frauengerechter Drogenarbeit fand 1991 in Olten statt (vgl. Ernst 2017: 35). In den nächsten Jahren wurde das Thema zunehmend theoretisch fundiert. 1995 erschien im Auftrag des BAG eine erste umfassende Zusammenstellung zum Thema Frau und Sucht (vgl. Ernst 2009: 158). Damit das Wissen in die Praxis transferiert werden konnte, schuf das BAG 1997 ein Mandat, welches die frauengerechte Suchtarbeit in der Schweiz fördern sollte (vgl. Ernst 2008: 11).

Die Diskussionen um eine frauengerechte Suchtarbeit verdeutlichten alsbald die Notwendigkeit einer männergerechten Suchtarbeit (vgl. BAG 2006: 84). Obwohl die Suchtarbeit in ihren Anfängen stärker auf Männer ausgerichtet war, sind männerspezifische Rollenbilder und die Reflexion derselben nicht in die Arbeit miteinbezogen worden (vgl. Ernst 2009: 158-159). Darum wurde das Mandat 2001 erweitert: fortan sollte es sich der Förderung einer geschlechtergerechten Suchtarbeit widmen (vgl. BAG 2006: 84). Ebenfalls im Jahre 2001 wurde die Fachstelle Gender Health vom Bund errichtet, welche sich für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene einsetzte und ein Forschungsnetzwerk für Frauen- und Männergesundheitsforschung gegründet hat (vgl. BAG 2004: 3).

Das Thema Geschlecht und Sucht hat sich in den darauffolgenden Jahren konsolidiert. Das BAG (2006: 84) schreibt, dass es im Bereich der geschlechtergerechten Suchtarbeit eine «Vorreiterrolle» (ebd.) übernommen hat. Eine generelle Sensibilisierung ist nicht zu leugnen. Sowohl Infodrog, die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, als auch Sucht Schweiz, eine unabhängige Stiftung, die im Suchtbereich tätig ist (vgl. Sucht Schweiz o.J.a: 3), informieren auf ihren Webseiten über die Rolle des Geschlechts im Suchtverhalten. So stellt Infodrog den Besuchenden den Unterschied von Sex und Gender vor (vgl. Infodrog 2022: o.S.), während Sucht Schweiz in ihrer Übersicht auf geschlechtsspezifische Konsummuster und - motive eingeht (vgl. Sucht Schweiz o.J.b: o.S.).

Wenn das Massnahmenpaket zur Schweizer Drogenhilfe aus dem Jahr 2006 und die Nationale Strategie Sucht von 2015 miteinander verglichen werden, fällt auf, dass Gender zunehmend in den Hintergrund gerückt ist. Im Massnahmenpaket ist zu lesen, dass Geschlecht einen starken Einfluss auf Ressourcen wie Einkommen, Bildung, Gesundheit, Beziehungen und Handlungskompetenzen hat und Gender darum in Programme und Projekte aus dem Suchtbereich integriert werden muss (vgl. BAG 2006: 85). Im Bereich der Prävention sollen die unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnisse von Frauen und Männer aufgenommen werden. (vgl. ebd.). Letztendlich sollte Gender in alle vier Säulen integriert werden (vgl. ebd.). In der Nationalen Strategie Sucht findet sich einzig beim Handlungsfeld *Therapie und Beratung* der Hinweis, dass alle Menschen, unabhängig von ihrem Geschlecht, Alter oder soziokulturellem Hintergrund mit den Angeboten erreicht werden sollen (vgl. BAG 2015: 54). Diese Erkenntnis ist kein Zufall. Marie Louise-Ernst, die ehemalige Beauftragte für das Mandat zur geschlechtergerechten Suchtarbeit, schreibt, dass die Strukturen der gendersensiblen Suchtarbeit in den letzten Jahren massiv abgebaut worden sind (vgl. Ernst 2017: 37). Das Mandat endete 2012 und wurde nicht neu besetzt (vgl. ebd.). Die Fachstelle Gender Health

wurde 2011 aufgelöst und die Internetseite *drugsandgender*, welche ein Verzeichnis von gendergerechten Institutionen in der Schweiz führte, wurde ebenfalls abgeschafft (vgl. ebd.). Der Grund für diese Entwicklung ist die Verschiebung des Schwerpunkts. Nicht mehr Gender, sondern Diversität ist heute das Thema in der Suchtarbeit (vgl. ebd.: 36). Diversität bedeutet Vielfalt und bezeichnet in der Soziologie ein Konzept, bei dem diverse Unterscheidungsmerkmale von Menschen auf ihre Bedeutung im gesellschaftlichen Kontext untersucht werden (vgl. König/Galgano 2013: 5). Gender ist in diesem Sinne nicht mehr die eine gesellschaftlich strukturierende Kategorie, die es zu beachten gilt, sondern ein Faktor unter vielen (vgl. Ernst 2017: 36). Ernst führt drei Ursachen an, die zu diesem Umstand geführt haben. Erstens ist der theoretische Überbau von Gender komplex geworden, weil heutige medizinische Definitionen von Geschlecht multidimensional sind (vgl. Smykalla 2006: 4) und Sex nicht mehr Grundlage, sondern vielmehr Bestandteil von Gender ist (vgl. Ernst 2017: 37). Zweitens wurde die Wissenschaftlichkeit von Gender in den sozialen Medien wiederkehrend in Frage gestellt (vgl. ebd.). Drittens sind Diskussionen um Macht- und Positionsfragen, die durch Gender ausgelöst werden, emotional sehr aufgeladen (vgl. ebd.: 38). Diese Ausführungen stellen lediglich einen kurzen Abriss verbunden mit persönlichen Überlegungen der ehemaligen Mandatsträgerin dar. Auf eine genaue Analyse des Verhältnisses von Gender und Diversität kann auch in dieser Arbeit nicht vertieft eingegangen werden. Nur so viel: Ernst sieht in Gender eine sehr relevante Kategorie, die in den Vordergrund gestellt werden sollte (vgl. ebd.). Auch Pfister erwähnt, dass mit Gender ein gezielter Fokus gesetzt wäre, mit dem auch andere Dimensionen analysiert werden können (vgl. Pfister 2013: 21).

## 5.2 Ziele und Leistungen

Eine Suchtprävention, welche die Kategorie Geschlecht in ihrer biologischen und sozialen Dimension berücksichtigt, ist qualitativ besser als eine, welche die Bedürfnisse der Zielgruppe nicht beachtet. Das BAG hat im Jahre 2008 den Auftrag erteilt, die gendersensible Suchtarbeit, die es zu dieser Zeit in der Schweiz gab, zu evaluieren (vgl. Guggenbühl/Bütler/Ruflin 2010: 4). Die Firma Socialdesign nahm sich diesen Auftrag an und führte eine Metaevaluation durch, bei welcher bestehende Evaluationen, darunter wissenschaftliche Arbeiten und praxisorientierte Selbstevaluationen, zusammengetragen und analysiert wurden (vgl. ebd.). Insgesamt wurden 73 ausgefüllte Fragebögen und 13 Berichte evaluiert (vgl. ebd.). Obwohl die Metaevaluation die gendersensible Prävention und Gesundheitsförderung bewusst ausgeklammert hat (vgl. ebd.: 11), ist das Fazit dieser Arbeit überaus aufschlussreich: «Gendersensibles Arbeiten begünstigt



das Erreichen der Zielgruppen, schafft bessere Bedingungen für Veränderungsprozesse, unterstützt dadurch Verhaltens- und Einstellungsveränderungen und fördert die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten» (ebd.: 5).

Geschlechtersensible Suchtprävention kommt überdies beiden Geschlechtern zugute und fördert das Ziel der Chancengleichheit. Dieses Ziel, das die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern anvisiert, steht in einem politischen Kontext, in dem die Ottawa-Charta eine wichtige Grundlage bildet (vgl. Jahn/Kolip 2002: 4). Wenn die Kategorie Geschlecht in der konkreten Arbeit nicht berücksichtigt wird, kann es zu einer Verfestigung der traditionellen Geschlechterstereotype kommen. Altgeld (2009: 111) schreibt von einem Doing Gender im Präventionsbereich und meint damit die Reproduktion der Geschlechterrollen. Weiters belegen Studien, dass im Bereich der Suchtprävention oft diejenigen am wenigsten profitieren, die es am meisten nötig hätten, zum Beispiel sozial schlecht integrierte Jungen (vgl. Kolip 2008: 32). Eine mögliche Erklärung, warum traditionelle Präventionstätigkeiten Jungen nicht genügend ansprechen, findet sich bei der Mediengestaltung. Gesundheitsinformationen werden klassischerweise über Broschüren verbreitet (vgl. Altgeld 2009: 111). Gemäss der PISA-Studie von 2018 haben Jungen aber schlechtere Mittelwerte bei der Lesekompetenz (vgl. Reiss et al. 2019: 5). Projekte, die vermeintlich geschlechterneutral sind, können also gesundheitliche Ungleichheit weiter fortsetzen.

### 5.3 Umsetzung

Eine geschlechtersensible und -gerechte Suchtprävention hat, wie jedes suchtpreventive Angebot, in erster Linie das Ziel Schutzfaktoren zu fördern und Risikofaktoren zu verringern. Aufgrund der Erkenntnisse, die bei der Betrachtung des Themas Geschlecht und Sucht, hervorgekommen sind, ergeben sich für die Umsetzung einer geschlechtersensiblen Suchtprävention zwei Anforderungen.

Eine geschlechtersensible Suchtprävention sollte die sozialisationsbedingten Defizite, die Frauen und Männer aufweisen, bearbeiten (vgl. Franzkowiak et al. 1998: 27). Sowohl Frauen als auch Männer sind geschlechtsspezifischen Risikofaktoren ausgesetzt, die dadurch entstehen, dass sie sich an einem normativen Bild von Weiblichkeit oder Männlichkeit zu orientieren haben. Frauen sind oft nicht in der Lage, eigenen Bedürfnissen nachzugehen. Männer stehen häufig unter einem Druck, erfolgreich zu sein und keine Schwächen zu zeigen. Die Feststellung, dass Substanzkonsum zur Herstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit eingesetzt wird, sollte von der Suchtprävention aufgegriffen werden (vgl. Helfferich 2009: 33). Dies ist, wie

Helfferrich feststellt, anfangs des neuen Jahrtausends zu kurz gekommen, weil sich die Suchtprävention oft an individuellen Kompetenzen ausgerichtet hat und soziale Prozesse weitgehend ausser Acht gelassen hat (vgl. ebd.: 34). Wenn der identitätsstiftende Moment des Konsums in das Zentrum der Präventionsangebote gestellt wird, kann er thematisiert werden (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005: 101). Für Frauen ist es spezifisch wichtig, Grenzen zu erkennen und Beziehungsmuster zu reflektieren (vgl. Gruber et al. 2012: 7). Männer sollten Ausdruck für ihre Gefühle finden und Ressourcen unabhängig von Leistungsorientierung wertschätzen (vgl. Buchmann et al. 2012: 21). Für beide Geschlechter gilt, neue Geschlechteridentitäten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Dies führt direkt zur zweiten Anforderung. Eine geschlechtersensible Suchtprävention spricht ihre Zielgruppe als Frauen und Männer an und regt sie zur Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und individuellen Bildern von Weiblichkeit und Männlichkeit an. Es geht darum, einen differenzierten Blick auf die Geschlechterrollen zu erhalten und der Reproduktion von Geschlechterstereotypen Einhalt zu gebieten (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 11). Infolgedessen können Handlungsmöglichkeiten «jenseits ‘kränkender’ und einengender Wert- und Erwartungshaltungen» (ebd.) initiiert werden. In der geschlechtersensiblen Suchtprävention werden sodann Schutzfaktoren gestärkt, die allgemeinen Lebenskompetenzen entsprechen (vgl. Franzkowiak et al. 1998: 27). Dazu gehören die Faktoren Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit (vgl. ebd.).

Ernst erklärt, dass die Umsetzung einer geschlechtersensiblen Arbeitsweise in Institutionen auf drei Ebenen zu erfolgen hat (vgl. Ernst 2016: 59). Als Erstes muss die strukturelle Ebene, in welcher die Leitung und die Trägerinnen und Träger einer Institution verortet sind, Genderaspekte in den Leitbildern und Konzepten verorten (vgl. ebd.). Alle Personen aus der Leitungsebene haben sich der Geschlechtersensibilität zu verpflichten (vgl. ebd.). Auf der Ebene der Mitarbeitenden sollen konkrete Wissensbestände zu geschlechterrelevanten Themen verortet sein (vgl. ebd.). Die dritte Ebene bezieht sich auf die Angebote und damit auf die Zielgruppe (vgl. ebd.). Die thematische Ausrichtung der Angebote sollte sich am Aspekt des sozialen Geschlechts orientieren (vgl. ebd.). Analog zu diesen drei Ebenen werden nachfolgend Strategien und Instrumente vorgestellt, welche zur Umsetzung auf den jeweiligen Ebenen eingesetzt werden können.

### 5.3.1 Das Konzept des Gender Mainstreamings – die strukturelle Ebene

Im internationalen Kontext gibt es für die Berücksichtigung von Gender eine Strategie. Es handelt sich dabei um das sogenannte Gender Mainstreaming. Mainstreaming bezeichnet einen

Prozess, bei welchem ein Sachverhalt, der zuvor peripher betrachtet wurde, in den Hauptstrom miteinbezogen wird (vgl. Altgeld/Kolip 2009: 16). Gender Mainstreaming verfolgt das Ziel, die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern zu verwirklichen (vgl. Belser 2004: 7). Gleichstellung meint die Loslösung von strikten Geschlechterrollen und die damit verbundene Möglichkeit, eigenständig Entscheidungen zu treffen und frei die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln (vgl. ebd.: 6). Die Strategie des Gender Mainstreamings wurde das erste Mal 1985 in Nairobi an der dritten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen diskutiert (vgl. Kolip 2008: 30). An der vierten Weltfrauenkonferenz im Jahre 1995 wurde sie verabschiedet (vgl. ebd.). An dieser Konferenz, die in Peking stattfand und den bislang grössten Kongress dieser Art darstellt, wurde eine Aktionsplattform verabschiedet, mit welcher die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern in allen Bereichen der Gesellschaft verstärkt werden soll (vgl. Koller 2015: o.S.). Auch die Schweiz hat sich bei dieser Aktionsplattform zur Gleichstellungsförderung verpflichtet (vgl. Ernst 2006: 3). Der *Council of Europe* (COE) definiert Gender Mainstreaming als «the (re)organisation, improvement, development and evaluation of policy processes, so that a gender equality perspective is incorporated in all policies at all levels and at all stages, by the actors normally involved in policy-making» (COE o.J.: o.S.).

Stiegler erläutert, dass die Strategie ausschliesslich für Organisationen geeignet ist und als ein Prinzip zur Veränderung von Entscheidungsprozessen eingesetzt wird (vgl. Stiegler 2003: 5). Dabei wird sie von oben nach unten implementiert und von unten nach oben vollzogen (vgl. ebd.). Mit dem Gender Mainstreaming soll der Anspruch, die soziale Dimension von Geschlecht in den Mittelpunkt zu stellen, erfüllt werden. Dafür müssen genderbezogene Perspektiven in alle Politiken und Programme miteinbezogen werden (vgl. Zenker 2009: 12). Die Entscheidungsprozesse sollen die unterschiedlichen Ressourcen von Frauen und Männer und die Auswirkungen, die eine Massnahme auf die Geschlechter haben könnte, berücksichtigen (vgl. ebd.). Dies bedarf einer Genderanalyse, wobei die Analyse nicht nur die Differenz von Frauen und Männer untersuchen soll, sondern auch danach fragen soll, wie diese Differenz hergestellt wird (vgl. Stiegler 2003: 6). Eine Genderanalyse, wie sie das Gender Mainstreaming voraussetzt, fragt konkret nach dem Doing Gender von Organisationen (vgl. ebd.).

Mit der Madrid Deklaration der WHO fand das Gender Mainstreaming Eingang in den Gesundheitsbereich. Dort wird es als «the most effective strategy to achieve gender equity» (WHO 2002: o.S.) beschrieben. Mithilfe von Gender Mainstreaming sollen Frauen und Männer ihre Gesundheitspotenziale gleichermassen ausschöpfen können (vgl. Kolip 2008: 31). Dabei

werden zwei Fokusse verfolgt: die horizontale und die vertikale Gleichheit (vgl. ebd.). Mit der horizontalen Gleichheit soll garantiert werden, dass Frauen und Männer bei gleichen Gesundheitsbedürfnissen, die gleichen Zugänge und Leistungen erhalten (vgl. ebd.). Die vertikale Gleichheit bezieht sich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männer, die dementsprechend mit unterschiedlichen Leistungen begegnet werden sollen (vgl. ebd.). Für den Bereich der Prävention bedeutet dies, dass Massnahmen dahingehend überprüft werden, ob sie die Bedürfnisse von Frauen und Männer angemessen berücksichtigen und geschlechteradäquate Zugänge und Methoden aufweisen (vgl. Altgeld/Kolip 2009: 16).

All diese Erläuterungen machen deutlich, dass Gender Mainstreaming entscheidend für eine Umsetzung der geschlechtersensiblen Suchtprävention auf struktureller Ebene ist. Mit der Implementierung von Gender Mainstreamings wird die gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern gefördert (vgl. Altgeld/Kolip 2009: 16). Die Strategie hilft weiters bei der Ermittlung des geschlechtsspezifischen Bedarfs, was besonders für den Präventionsbereich relevant ist (vgl. ebd.). Sie hilft auch konkret bei der Verhinderung von Verzerrungen wie dem Androzentrismus, der Geschlechterinsensibilität und dem doppelten Bewertungsmaßstab. Im Sinne einer geschlechtersensiblen Suchtprävention wird die Passgenauigkeit der Angebote und die Qualität der Arbeit erhöht (vgl. Altgeld/Kolip 2009: 17).

### 5.3.2 Genderkompetenz – die Ebene der Mitarbeitenden

Damit eine geschlechtersensible Arbeitsweise etabliert werden kann, ist auf der Ebene der Mitarbeitenden die Förderung von Genderkompetenz erforderlich. Unter Genderkompetenz wird das Wissen über die Konstruktion von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen und die Fähigkeit zur Reflexion von Geschlechterbildern verstanden (vgl. Haase 2009: 141). In der Genderkompetenz sind zwei wichtige Elemente für die Suchtprävention verortet, die nachfolgend näher betrachtet werden.

Das erste Element ist das spezifische Fachwissen zur Situation der Geschlechter und zu relevanten Geschlechtertheorien. Fachpersonen mit Genderkompetenz verfügen über aktuelles Wissen aus der Forschung und wissen, dass Geschlecht als historisch entstandene und tagtäglich konstruierte Kategorie veränderbar ist (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 34). Weil sie ferner Kenntnisse über die unterschiedliche Lebenssituation von Frauen und Männer haben, sind sie in der Lage Angebote und Settings der Suchtprävention so zu entwickeln, dass diese den Unterschieden gerecht werden (vgl. Helfferich 2009: 28). Konkret sollen die Angebote auf einer Analyse der Risiko- und Schutzfaktoren von Frauen und Männern aufgebaut werden (vgl. Kolip 2002: 887). Trotz all dem Fachwissen ist darauf zu achten, dass die

Geschlechterunterschiede nicht zementiert werden beziehungsweise die Gruppe der Frauen und die Gruppe der Männer nicht homogenisiert werden. Pfister führt aus, dass frühere Suchtpräventionsangebote oft geschlechtergetrennt veranstaltet wurden und Mädchen und Jungen unterschiedliche Themen bearbeiteten (vgl. Pfister 2013: 8). So beschäftigten sich Mädchengruppen mit dem Thema Ernährung, was sehr auf den Körper und das Äussere bezogen war, während in den Jungengruppen Gewaltthemen behandelt wurden (vgl. ebd.). Eine Arbeit, die rein geschlechtergetrennt vorgeht, entspricht noch nicht einer Geschlechtersensibilität oder Genderkompetenz. Das Geschlechterverhältnis soll ebenfalls in den Angeboten thematisiert werden, weil Männer und Frauen in Interaktion zueinander leben. Dies kann nur erfüllt werden, wenn auch gemischtgeschlechtliche Settings in Betracht gezogen werden.

Das zweite Element ist das Bewusstsein für die eigenen Anteile am Doing Gender (vgl. Heinzen-Voß/Ludwig 2016: 34). Fachpersonen mit Genderkompetenz versuchen explizite und implizite Geschlechtervorstellungen aufzudecken und ihre Zielgruppe zur Reflexion anzuregen (vgl. Ehlert 2012: 125). Dafür nehmen sie eine Vorbildfunktion ein, indem sie positiv in ihrer Geschlechteridentität verankert sind und kritisch über Geschlechterbilder reflektieren können (vgl. Zenker 2009: 35f.). Externe Fortbildungen, Workshops sowie Supervisionen, in denen Geschlechteraspekte zum Thema gemacht werden, können diese Kompetenz unter den Mitarbeitenden fördern (vgl. ebd.). Aber auch die Vernetzung ist wichtig: der Austausch mit anderen Institutionen, die bereits Erfahrung mit frauen-, männerspezifischer sowie geschlechtersensibler Arbeit haben, ist für eine Weiterentwicklung unabdingbar (vgl. ebd.).

Die strukturelle Ebene kann nicht ohne die Ebene der Mitarbeitenden und vice versa. Genderkompetenz und Gender Mainstreaming bedingen einander, weil die Umsetzung von Gender Mainstreaming, Genderkompetenz erzeugt und Genderkompetenz die Voraussetzung für Gender Mainstreaming ist (vgl. GenderKompetenzZentrum 2012: o.S.).

### 5.3.3 Überprüfung der Projekte – die Ebene der Angebote

Wenn die Ebene der Leitung den Geschlechteraspekt in allen Entscheidungsprozessen implementiert hat und auf der Ebene der Mitarbeitenden Genderkompetenz verbreitet ist, gilt es, zu guter Letzt, die Angebote geschlechtersensibel zu gestalten.

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die, wie in Kapitel drei ausgeführt, für jedes kantonale Programm, das von ihr finanziert werden soll, konzeptionelle Grundlagen vorgibt, stellt im Rahmen ihres Qualitätssystems quint-essenz ein Instrument für die Gendersensibilität bereit (vgl. Ackermann et al. 2009: 143). Es handelt sich dabei um die Checkliste zur

Genderperspektive (siehe Anhang 1). Diese Liste überprüft den Grad der Gendersensibilität (vgl. Quint-Essenz 2014: o.S.). Sie bietet weiterhin Anregungen für eine geschlechtergerechte Ausgestaltung eines Projektes (vgl. ebd.). Die Fragen, die in dieser Liste gestellt werden, beziehen sich auf die Bereiche *Konzepte der Gesundheitsförderung, Projektbegründung, -planung, -organisation, -steuerung* und *Wirkungen* (vgl. ebd.). Es wird zum Beispiel gefragt, ob die Intervention die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern fördert, ob bei der Umsetzung frauen- und männerspezifische Anliegen berücksichtigt wurden und ob in der Projektorganisation Frauen und Männer angemessen vertreten sind (vgl. ebd.).

Bereits 2002 haben Jahn und Kolip diskutiert, inwiefern die Kategorie Geschlecht bei einer Projektentwicklung berücksichtigt werden kann. Sie halten fest, dass geschlechterbezogene Verzerrungen in allen Phasen eines Projektes auftreten können (vgl. Jahn/Kolip 2002: 16). Deswegen stellen sie einen Katalog an Fragen zur Verfügung, mit denen Projektverantwortliche ihren geschlechterangemessenen Blick schärfen können (vgl. ebd.). Die Fragen orientieren sich an folgenden fünf Dimensionen: *Politik, Partizipation, Sex/Gender, Methoden* und *Theorien/Konzepte*.

Die Dimension *Politik* verlangt eine genaue Analyse geschlechterbezogener Ungleichheiten (vgl. ebd.). Des Weiteren sollen Projektverantwortliche überlegen, ob sie das Projekt spezifisch für Frauen, spezifisch für Männer oder geschlechtervergleichend aufbauen wollen (vgl. ebd.). Bei der Dimension *Partizipation* gilt es zu beachten, dass die Geschlechter bei allen Projektschritten gleichermassen beteiligt sind (vgl. ebd.: 17). Die Geschlechterverteilung in einem Projekt, sei es bei den Mitarbeitenden oder bei der Zielgruppe, ist ebenfalls ein Thema dieser Dimension (vgl. ebd.: 16). Bei der Dimension *Sex/Gender* ist zu fragen, welche biologischen und sozialen Aspekte von Geschlecht beim Projekt eine Rolle spielen, während die Dimension *Methoden* darauf abzielt, die geplanten Methoden daraufhin zu überprüfen, ob sie zu der Lebenssituation der jeweiligen Geschlechter passen (vgl. ebd.: 16f.). Bei der Dimension *Theorien/Konzepte* geht es schliesslich darum, die verwendeten Theorien und Konzepte kritisch zu überprüfen (vgl. ebd.: 17).

#### 5.4 Projektbeispiel *Der kleine Unterschied*

Ein Schweizer Projekt aus dem Bereich der Suchtprävention ist das Projekt *Der kleine Unterschied* von Sucht Schweiz, das von 2014 bis 2016 vom BAG finanziell unterstützt wurde (vgl. Ernst 2017: 36). Ziel des Projektes ist es, mit Kurzfilmen und einem pädagogischen Begleitheft auf genderspezifische Aspekte der Suchtentwicklung aufmerksam zu machen (vgl. Ernst/Rimann 2020: 5). Im Jahre 2020 wurden zwei neue Kurzfilme hinzugefügt (vgl. ebd.: 4).

Das Material ist für 13- bis 16-jährige Mädchen und Jungen und alle Personen, die pädagogisch mit ihnen arbeiten, seien es Lehrpersonen, Fachpersonen aus der Jugendarbeit oder Fachpersonen von Suchtpräventionsstellen, konzipiert (vgl. ebd.: 5). Drei Filme behandeln jungenspezifische Themen, drei Filme widmen sich Mädchenspezifischen Themen und ein Film diskutiert Vorstellungen über beide Geschlechter (vgl. ebd.: 7ff.). Nachfolgend zwei Beispiele, welche den Inhalt der Filme und den Umgang mit ihnen verdeutlichen.

In einem jungenspezifischen Film wird das Thema des Gruppendrucks behandelt. Der Film beginnt mit einer Szene in einer Umkleidekabine, in welcher ein Junge gefragt wird, ob er am Abend zu einer Party komme, an der Alkohol getrunken wird (vgl. ebd.: 18). Als er zögernd zusagt, wird er von den anderen Jungen ausgelacht und als Feigling bezeichnet (vgl. ebd.). Die nächste Szene zeigt den Jungen bewusstlos in einem Wohnzimmer (vgl. ebd.). Seine Stimme aus dem Off sagt, dass er einfach dazugehören wollte (vgl. ebd.).

Dieser Film thematisiert das aus der Forschung bekannte Phänomen, dass Alkoholkonsum zur Hierarchisierung männlicher Jugendgruppen eingesetzt wird. Männliche Jugendliche sollen bei diesem Film über alternative Handlungsweisen nachdenken und eine Konsumkompetenz aufbauen (vgl. ebd.: 19). Dafür ist es für die Diskussionseinheit bedeutend, aktuelle Zahlen aufzuzeigen, die deutlich machen, dass die Mehrheit der Jugendlichen nur vereinzelte Erfahrungen mit Alkohol hat (vgl. ebd.: 21).

Im Mädchenspezifischen Film, der hier als Beispiel aufgeführt wird, geht es um ein Mädchen, das mit ihrem Freund in einem Club ist (vgl. ebd.: 36). Als er eine Substanz in Pillenform schluckt und ihr auch eine hinlegt, sind ihre zweifelnden Gedanken aus dem Off zu hören (vgl. ebd.). Sie fragt sich, ob er sie auch lieben würde, wenn sie nichts konsumiere (vgl. ebd.). In der nächsten Szene spült sie die Pille mit einem entschlossenen Blick die Toilette hinunter (vgl. ebd.). Sie verabschiedet sich von ihrem erstaunten Freund und verlässt den Club (vgl. ebd.).

Im Begleitheft wird erklärt, dass Mädchen in ihrer Sozialisation früh für Beziehungen sensibilisiert werden und oft ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen (vgl. ebd. 37). Mädchen werden bei den Reflexionsaufgaben dieses Filmes darin unterstützt, für sich einzustehen und die eigenen Bedürfnisse mit denen anderer abzustimmen (vgl. ebd.). Sie sollen ihre Stärken und Schwächen reflektieren und mit Rollenspielen das Nein-Sagen üben (vgl. ebd.: 38).

Der Aspekt der Partizipation wurde in diesem Projekt besonders hoch gewertet (vgl. Ernst 2016: 63). Die in den Filmen dargestellten Themen und Settings wurden einerseits aufgrund von Erkenntnissen aus der Wissenschaft und andererseits in Zusammenarbeit mit Fachpersonen und Jugendlichen festgelegt (vgl. Ernst/Rimann 2020: 11). Dafür wurde in der Vorbereitungsphase ein Gespräch mit einer Begleitgruppe, bestehend aus Fachpersonen aus der Schule und

Jugendarbeit, installiert, in welchem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erfahrungen bezüglich Themen, die Mädchen und Jungen aktuell beschäftigen, teilen konnten (vgl. Ernst 2016: 63). Daraufhin wurden Gespräche mit demselben Fokus in einer Jungengruppe, einer Mädchengruppe und einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe geführt (vgl. ebd.). Die Gesprächsprotokolle lieferten wichtige Hinweise zu den Inhalten, die in den Kurzfilmen gezeigt werden sollten (vgl. ebd.). Die Filme sind demzufolge besonders realistisch und thematisieren zentrale Aspekte aus der Lebenswelt der Jugendlichen (vgl. Ernst/Rimann 2020: 4). Alle sieben Filme zeigen den Zusammenhang zwischen Suchtentwicklungen und Geschlechterrollen, regen Mädchen und Jungen zur Auseinandersetzung mit ihren geschlechtsspezifischen Herausforderungen an und unterstützen sie beim Hinterfragen und Erweitern ihrer Geschlechterrollen (vgl. ebd.: 5). Damit Mädchen und Jungen auch voneinander lernen können, sollen die jungen- und mädchenspezifischen Filme mit dem je anderen Geschlecht behandelt werden (vgl. ebd.: 12). Im Begleitheft wird zusätzlich vorgeschlagen, für die Diskussion der Filme eine männliche und weibliche Bezugsperson einzusetzen (vgl. ebd.: 12). Als eine wichtige Voraussetzung für die gendersensible Arbeit der Erwachsenen, wird die persönliche Auseinandersetzung mit Bildern von Weiblichkeit und Männlichkeit genannt (vgl. ebd.). Dies entspricht den Inhalten der Genderkompetenz. Die Personen, welche die Filme mit den Jugendlichen bearbeiten, werden mit dem Begleitheft dazu angeregt, den Umgang, den sie mit den Jugendlichen haben, zu reflektieren, indem sie beispielsweise darauf achten, wie sie mit den Mädchen und wie sie mit den Jungen kommunizieren (vgl. ebd.).

Im Begleitheft wird erklärt, dass sich die Wirksamkeit einer gendersensiblen Suchtprävention erhöht, wenn die Zielgruppen differenziert angesprochen werden und die Präventionsmaterialien nicht nur auf einer kognitiven, sondern auch auf einer emotionalen Ebene wirken (vgl. ebd.: 11). Das audiovisuelle Verfahren wird als besonders effektiv bewertet, weil es den interaktiven Austausch fördert (vgl. ebd.). Ein weiterer Faktor, der für die Präventionsarbeit besonders wirkungsvoll ist, ist die Orientierung an der Lebenswelt der Zielgruppe (vgl. ebd.). Zu guter Letzt sollte sich eine wirksame Suchtprävention auf die Förderung von Lebenskompetenzen fokussieren (vgl. ebd.). Lebenskompetenzen, die beim Projekt *der kleine Unterschied* Beachtung finden, sind unter anderem Empathie, kritisches Denken, Stressbewältigung und die Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen (vgl. ebd.).



## 6. Schlussfolgerung

Mittels der vorgängig diskutierten Inhalte, die Theorien aus der Fachliteratur, historische Entwicklungslinien, empirische Nachweise und Praxisbeispiele umfassen, können in der Schlussfolgerung die Hauptfrage und die drei Unterfragen beantwortet werden. In einem letzten Schritt werden das Kapitel und die Arbeit mit einem Ausblick abgerundet.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellung

Als Erstes werden die drei Unterfragen beantwortet, die zusammengenommen Aspekte der Hauptfrage beantworten.

Zunächst untersuchte die Autorin die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention. Diese wurde mit den Strategien zur Gesundheitsförderung, die in der Ottawa-Charta festgelegt sind, ausgeführt. Die Ottawa-Charta hat dazu beigetragen, dass die salutogenetische Perspektive, welche auf die Schutzfaktoren der Menschen und ihre Selbstbestimmung fokussiert, Eingang in die internationale Diskussion um Gesundheitsfragen gefunden hat. Soziale Arbeit, die im Gesundheitswesen tätig ist, verfolgt ebenfalls einen salutogenetischen Ansatz. Sie unterstützt Menschen, bei der Verwirklichung ihrer Gesundheit, indem sie sich den sozialen Faktoren widmet. Dabei setzt sie nicht nur an den individuellen Ressourcen, sondern auch an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen an. Ihr Fokus liegt auf der Chancengleichheit und darauf, dass der Zugang für benachteiligte Gruppierungen gewährleistet ist.

Sucht ist für Sozialarbeitende ein Querschnittsthema, welches sie bei der engen Zusammenarbeit mit ihren Adressatinnen und Adressaten begleitet. Das Wissen, das sie in dieser Einzelarbeit gewinnen, kann die Forschung bereichern. Zu diesem Wissen gehören zum Beispiel Erfahrungen mit Prozessen des Doing Gender, die von den Sozialarbeitenden kritisch hinterfragt werden können. Aufgrund der diffusen Allzuständigkeit, sind Sozialarbeitende gefordert, mit anderen Institutionen, Berufsgruppen und Disziplinen in Austausch zu treten. Das spezifische Wissen, das Sozialarbeitende erhalten, wenn sie Prozesse im Alltag aufdecken und die sozialarbeiterische Fähigkeit zur Vernetzung, helfen dem Bereich der Suchtprävention bei der Weiterentwicklung und Professionalisierung.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Rolle der Sozialen Arbeit in der Suchtprävention in der Bearbeitung sozialer Faktoren liegt. Dabei beeinflusst die Soziale Arbeit die Selbstbestimmung der Zielgruppe und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, damit

gesundheitliche Ungleichheit verringert wird. Des Weiteren kooperiert die Soziale Arbeit mit anderen Institutionen, um Problemlagen vollumfassend bearbeiten zu können.

Für die Erklärung des geschlechtsspezifischen Suchtverhaltens wurde auf Theorien aus der Geschlechterforschung rekurriert, die Geschlecht als eine Konstruktion und Geschlecht als eine Strukturkategorie fassen. Auf der einen Seite hat die Theorie des Doing Gender deutlich gemacht, dass das soziale Geschlecht interaktiv hergestellt wird und das ganze Leben hindurch aufrechterhalten wird. Auf der anderen Seite hat der Aspekt der Strukturkategorie veranschaulicht, dass Gender ein Ordnungssystem ist, an das sich die einzelnen Individuen orientieren und auf das die gesellschaftliche Struktur der Geschlechter aufgebaut ist. Mit dem Doing Gender werden nicht nur Geschlechteridentitäten, sondern auch Geschlechterverhältnisse reproduziert. Traditionelle Geschlechterrollen beinhalten stereotype Vorstellungen und Eigenschaften, die der Gruppe der Frauen und der Gruppe der Männer zugeschrieben werden. Dies führt dazu, dass Frauen und Männer in ihren Handlungsweisen eingeschränkt sind.

In Zusammenhang mit dem Doing Gender hat der Suchtkonsum eine identitätsstiftende Wirkung. Er hilft bei der Konstruktion von Gender und bei der Bewältigung von genderspezifischen Problemlagen. Bei den Frauen spielt die Stressbewältigung eine starke Rolle, während bei Männern der Substanzkonsum so eng mit ihrer Geschlechterrolle verknüpft ist, dass hier der Konstruktionsgedanke stärker wiegt.

Die Tatsache, dass die Ursachen, Motive und Ausstiegsgründe je nach Geschlecht anders sind, macht eine geschlechtersensible Suchtprävention, die solche und ähnliche Aspekte in ihre Angebote miteinbezieht, notwendig. In Kapitel fünf hat die Autorin eine Übersicht über weitere Ziele der Suchtprävention geboten. Damit wurde der dritten und letzten Unterfrage nachgegangen: Warum braucht es eine geschlechtersensible Suchtprävention?

Präventionsangebote müssen die unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnisse ihrer Zielgruppe aufnehmen. Tun sie dies nicht, reden sie an ihnen vorbei und erreichen nicht die Menschen, die sie anvisieren wollten. Einige Beispiele, die sowohl aus Studien als auch aus Praxiserfahrungen stammen, haben deutlich gemacht, dass eine Prävention, die nicht die genauen Lebensumstände berücksichtigt, gesundheitliche Ungleichheiten oder Geschlechterstereotype verfestigen kann. Bei einer geschlechtersensiblen Vorgehensweise werden geschlechterspezifische Rahmenbedingungen, wie die Tatsache, dass Männer statistisch gesehen mehr und problematischer konsumieren oder dass Frauen mit dem

Tabakkonsum ihr Gewicht reduzieren wollen, berücksichtigt. Mit Hilfe dieser Sensibilität wird die Zielgruppe besser erreicht, die Qualität der Massnahmen steigt und das Ziel, die Gleichstellung zwischen den Geschlechtern zu fördern, rückt näher.

Mit der Beantwortung der Unterfragen wurde geklärt, was die Soziale Arbeit in der Suchtprävention leistet, wie geschlechtsspezifisches Suchtverhalten erklärt werden kann und warum es eine geschlechtersensible Suchtprävention braucht. Die Hauptfrage, die nun beantwortet wird, lautet:

### **Welche Anforderungen stellen sich an die Soziale Arbeit für eine geschlechtersensible Suchtprävention?**

Nachdem die Autorin Literatur zum Thema geschlechtersensibler Suchtarbeit und -prävention gesichtet hat, kann sie fünf verschiedene Anforderungen identifizieren, die Sozialarbeitende bei einer geschlechtersensiblen Suchtprävention zu beachten haben.

Sozialarbeitende, die eine geschlechtersensible Suchtprävention anstreben, benötigen Fachwissen über Genderaspekte. Dazu gehört das Wissen, dass Gender interaktiv und unbewusst hergestellt wird und dass in der Gesellschaft ein bestimmtes Geschlechterverhältnis vorherrschend ist. Eine Auseinandersetzung mit weiblicher und männlicher Sozialisation ist ebenfalls nötig. Der Zusammenhang von Sex und Gender, wie er beim Tabakkonsum von Frauen erforscht wurde, sollte genauso bekannt sein, wie andere empirische Untersuchungen, die die genauen Lebensrealitäten der Adressatinnen und Adressaten abbilden. Die Sozialarbeitenden kennen die Schutz- und Risikofaktoren, die sich spezifisch bei Frauen und spezifisch bei Männern ergeben können.

Eine zweite Anforderung ist, die entsprechenden Wissensinhalte kritisch zu reflektieren. Auch wenn es entsprechende Forschungen und Theorien gibt, sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass es Unterschiede in den Geschlechtergruppen gibt und dass andere Kategorien, wie beispielsweise Migrationshintergrund, Bildung und Alter, ebenfalls einen Einfluss auf das Suchtverhalten haben. Daneben gibt es Frauen, die männertypische Eigenschaften haben oder Männer, die frauentypische Eigenschaften mit sich bringen. Es darf nicht mit einem starren Bild von Weiblichkeit oder Männlichkeit gearbeitet werden. Für eine geschlechtersensible Suchtprävention sollen Sozialarbeitende über Genderkompetenz verfügen, die genau dieses kritische Hinterfragen und Aufbrechen von einengenden Rollen zum Inhalt hat. Instrumente,

wie die Checkliste zur Genderperspektive von der Gesundheitsförderung Schweiz, können für diese Anforderung hinzugezogen werden. Sie machen auch deutlich, dass die kritische Reflexion in jeder Phase eines Projektes oder Intervention zu erfolgen hat.

Mit dem kritischen Hinterfragen ist eine weitere Anforderung verbunden: die Notwendigkeit sich an den Ressourcen der Zielgruppe zu orientieren. Bei der Reflexion von Geschlechterbildern soll das, was typisch weiblich oder typisch männlich ist, nicht verdrängt werden. Es geht vielmehr darum, die Zielgruppe in ihren bestehenden Schutzfaktoren zu bestärken und gleichzeitig neue Handlungsmöglichkeiten jenseits starrer Geschlechterrollen aufzuzeigen. Dies kann entweder erreicht werden, wenn die stereotypen Eigenschaften in einen positiven Kontext gestellt werden, wenn also die Beziehungsorientierung bei Frauen positiv konnotiert wird oder die Selbstwirksamkeit der Männer weiter gefördert wird. Oder es können neue und andere Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit zusammen mit der Zielgruppe diskutiert werden. Besonders aufschlussreich sind dabei gemischtgeschlechtliche Settings, bei denen ein Austausch stattfindet und Frauen und Männer voneinander profitieren.

Ressourcenorientierte Angebote, die sich an den Bedürfnissen der Zielgruppe ausrichten und diese zur Reflexion anregen wollen, verlangen einen partizipativen Ansatz. Die Partizipation ist sodann die vierte Anforderung, die sich für die Soziale Arbeit stellt. Sie ist für die präzise Erfassung der Lebenswelt der Zielgruppe relevant. Mit dem Projekt *Der kleine Unterschied* wurde ein Beispiel für eine partizipative Vorgehensweise gezeigt. Dadurch, dass Personen aus der Zielgruppe die Inhalte der Materialien mitbestimmen konnten, konnte eine Verbindung zur emotionalen Ebene erreicht werden. Dies erhöht die Wirksamkeit der geschlechtersensiblen Suchtprävention. Durch den direkten Kontakt mit der Zielgruppe, werden eventuell auch neue Aspekte aufgedeckt, die das Fachwissen über Geschlecht und Geschlechterverhältnisse weiter vertiefen.

Die letzte Anforderung, die sich für die Soziale Arbeit ergibt, ist die Notwendigkeit soziale und gesellschaftliche Prozesse zu thematisieren. Gerade in den gemischtgeschlechtlichen Settings ist es nötig, die Geschlechterverhältnisse in den Blick zu nehmen. Wie sich im Laufe der Arbeit gezeigt hat, sind sowohl die Geschlechterkonstruktionen als auch das Suchtverhalten stets von gesellschaftlichen Prozessen beeinflusst. Beides sind komplexe Geschehen, die nicht nur mit individuellen Eigenschaften geklärt werden können. Zum Beispiel sind Menschen, die von einer Substanz abhängig sind, nicht per se willensschwach oder uninformiert. Wenn beispielsweise die identitätsstiftenden Momente des Doing Gender mit dem Substanzkonsum

in Verbindung gebracht werden und das Suchtverhalten in einen grösseren Kontext gesetzt wird, kann die Zielgruppe entlastet werden. Gleichzeitig sollte darauf geachtet werden, dass diese Prozesse stets zusammen mit den aktiven Anteilen im Geschehen betrachtet werden. So weiss das Gegenüber, dass es zwar nicht schuld ist, aber dennoch Fähigkeiten in sich hat, die zur Veränderung beitragen können. Sozialarbeitende sollten für diese Wechselwirkungen sensibel sein. Damit erfüllt die Soziale Arbeit ihre Rolle als Vermittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft und analysiert die Menschen in ihrer Gesamtheit, mit den individuellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten gleichermassen.

## 6.2 Ausblick

Abschliessend zu dieser Bachelorarbeit einige Überlegungen und weiterführende Fragen, die der Autorin während der Bearbeitung des Themas gekommen sind.

Die Zusammenhänge von Geschlecht und Sucht zu untersuchen, war überaus aufschlussreich. Sucht in Verbindung mit weiteren Kategorien, wie beispielsweise Migration, zu betrachten, wäre für eine weitere Untersuchung sehr spannend. Genauso ist eine intersektionale Analyse, die das Zusammenspiel diverser Kategorien betrachtet, gewinnbringend. Es wäre interessant zu wissen, welche Berichte und Forschungen es zu diesem Thema im deutschsprachigen Raum gibt, zumal die Schweiz ihren Fokus auf Geschlecht geschmälert hat und sich nun vermehrt dem Thema der Diversität zuwendet. Die Diskussion, die von Ernst angestossen wurde und den Diversitätsaspekt insofern kritisiert, als mit der Thematisierung von vielen Kategorien, der gezielte Fokus in der Suchtarbeit verloren geht, könnte ebenfalls in einer weiteren Arbeit aufgenommen werden. Ist Geschlecht, wie Ernst und Pfister es ausgeführt haben, wirklich eine so relevante Kategorie, dass sie die Fähigkeit hat, den Blick für weitere Differenzierungen, wie Ethnie, Bildung, Alter und Beeinträchtigung, zu öffnen?

Die Autorin hat sich weiterhin gefragt, welchen Einfluss die wandelnde, männliche Geschlechterrolle auf das Sucht- und Gesundheitsverhalten von Männern hat. Dieser Aspekt wurde in der gesichteten Literatur nicht angesprochen. Es wäre interessant zu wissen, ob es neue Belastungen oder neue Chancen für die präventive Arbeit bei Männern gibt. Männer sind, wie die Statistik gezeigt hat, nach wie vor diejenigen, die wenig Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen und im Vergleich zu Frauen eine durchschnittlich verkürzte Lebenszeit aufweisen. Was bedeutet es, wenn Männer ihre Rolle als

Väter umfangreicher wahrnehmen? Was für Auswirkungen hat es, wenn die Erwerbsarbeit im Männlichkeitsentwurf keine zentrale Rolle mehr spielt? Die wandelnden Vorstellungen von Männlichkeit in Verbindung zum Gesundheitsverhalten ist sicherlich ein Thema, das in Zukunft weiter beobachtet und bearbeitet werden soll.

Bei der Bearbeitung des Themas ist der Autorin aufgefallen, wie viel sich in den letzten Jahren getan hat. Die Schweiz hatte eine Vorreiterrolle inne und war im deutschsprachigen Raum weit fortgeschritten, wenn es darum ging, sowohl die Frauen- als auch die Männerperspektive in der Suchtarbeit theoretisch zu fundieren. Gesundheitsförderung Schweiz stellt ein Instrument zur Verfügung, mit dem die Geschlechterperspektive in der Projektarbeit gefördert wird und Sucht Schweiz hat mit dem Projekt *Der kleine Unterschied* ein partizipatives, lebensweltnahes Projekt lanciert, das die wichtigsten Aspekte beim Thema Geschlecht und Sucht aufnimmt. Es ist, wie Ernst schreibt, bedauerlich, dass viel von diesem Wissen verloren gegangen ist. Das Verzeichnis gendergerechter Suchtarbeit wurde abgeschafft, die Metaevaluation von Socialdesign wurde nach ersten Resultaten im Jahr 2010 abgebrochen und die neuen Strukturen der Internetseite des BAG haben dazu geführt, dass Dokumente zu gendersensibler Suchtarbeit verloren gegangen sind (vgl. Ernst 2017: 37). Es müsste Strukturen geben, die die Forschungen zum Thema Geschlecht und Sucht vereinen und eine gute Übersicht bieten. Allein schon, um eine Weiterentwicklung dieses Gebietes anzustreben und der Schweiz ein Stück ihrer Vorbildfunktion zurückzugeben.

## 7. Quellenverzeichnis

- Abderhalden, Irene (2010). Alkoholprävention im Spannungsfeld. In: SuchtMagazin. 36. Jg. (1). S. 13-17.
- Ackermann, Günter/Studer, Hubert/Ruckstuhl, Brigitte (2009). Quint-essenz. Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, Petra/Müller, Veronika (Hg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber. S. 137-156.
- Akeret, René (2014). Schadensminderung! In: SuchtMagazin. 40. Jg. (2). S. 4-7.
- Altgeld, Thomas (2009). Rein risikoorientierte Sichtweisen auf Männergesundheit enden in präventiven Sackgassen – Neue Männergesundheitsdiskurse und geschlechtsspezifische Gesundheitsförderungsstrategien sind notwendig. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hg.). Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag. S. 99-115.
- Altgeld, Thomas (2021). Männerfreundliche Gesundheitspolitik – noch ein weiter Weg. In: SuchtMagazin. 47. Jg. (2). S. 6-13.
- Altgeld, Thomas/Kolip, Petra (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, Petra/Altgeld, Thomas (Hg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim/München: Juventa. S. 15-26.
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis. Bern: AvenirSocial.
- Baumberger, Petra/Knocks, Stefanie (2017). Suchthilfe in der Schweiz: gestern, heute und morgen. In: SuchtMagazin. 43. Jg. (2-3). S. 20-27.
- Belser, Katharina (2004). Gender Mainstreaming in der Bundesverwaltung. Leitfaden für den Einbezug der Gleichstellung von Frau und Mann in die tägliche Arbeit der Bundesangestellten. Bern: Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Bengel, Jürgen/Lyssenko, Lisa (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Berthel, Toni (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In: Krebs, Marcel/Mäder, Roger/Mezzer, Tanya (Hg.). Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 11-15.

- Brägelmann-Tan, Sabine (2008). Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention. In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hg.). Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention. Berichte zur Suchtkrankenhilfe. 18. Niedersächsische Suchtkonferenz. Hannover: Niedersächsisches Ministerium. S. 4-5.
- Buchli, Martina (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention – eine Suche. Arbeitsfeld Prävention. In: Krebs, Marcel/Mäder, Roger/Mezzerà, Tanya (Hg.). Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 39-53.
- Buchmann, Martin/Ernst, Marie-Louise/Kaeslin, Bruno/Müller, Herbert (2012). Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich. In: Ernst, Marie-Louise (Hg.). Frauengerechte Beratung. Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich. Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). S. 17-28.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2004). Gleiches Recht auf Gesundheit. In: Spectra. Gesundheitsförderung und Prävention. Februar 2004. Nr. 43.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2006). Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern, 14. August 2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2022). Suchtprävention. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtpraevention.html> [Zugriffsdatum: 15. Juni 2022].
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2018). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2020a). Geschlecht und Gesundheit. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2020b). Tabakkonsum in der Schweiz. Neuchâtel: BFS.
- Bundesgericht (2019). Leistungen der Invalidenversicherung bei Suchterkrankung: Änderung der Rechtsprechung. URL: [https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/archive/9C\\_724\\_2018\\_2019\\_08\\_05\\_T\\_d\\_07\\_48\\_04.pdf](https://www.bger.ch/files/live/sites/bger/files/pdf/de/archive/9C_724_2018_2019_08_05_T_d_07_48_04.pdf) [Zugriffsdatum: 25. Juni 2022].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] (2021). ICD-10-GM. Version 2022. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. Stand: 17. September 2021. Köln: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung



der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG).

Charles, Isabelle/Hubschmid, Rosmarie/Heeb, Esther (1992). Der Lila-Bus ist geschlossen – die Freier kurven weiter. In: DrogenMagazin: Zeitschrift für Suchtfragen. 18. Jg. (2). S. 3-7.

Council of Europa [COE] (o.J.). What is gender mainstreaming? URL: <https://www.coe.int/en/web/genderequality/what-is-gender-mainstreaming> [Zugriffsdatum: 24. Juni 2022].

Czollek, Leah Carola/Perko, Gudrun/Weinbach, Heike (2009). Lehrbuch Gender und Queer. Grundlagen, Methoden und Praxisfelder. Weinheim: Juventa.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS] (2014). Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. URL: [https://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchtpraevention\\_in\\_Deutschland.pdf](https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Suchtpraevention_in_Deutschland.pdf) [Zugriffsdatum: 26. Juni 2022].

Ehlert, Gudrun (2012). Gender in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Perspektiven, Basiswissen. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] (2005). «psychoaktiv.ch». Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. URL: [http://bps-hombrechtikon.ch/backupbps/psychoaktiv\\_2005\\_06.pdf](http://bps-hombrechtikon.ch/backupbps/psychoaktiv_2005_06.pdf) [Zugriffsdatum: 22. Juni 2022].

Ernst, Marie-Louise (2006). Gender together. In: SuchtMagazin. 32. Jg. (2). S. 3-9.

Ernst, Marie-Louise (2008). Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. In: SuchtMagazin. 34. Jg. (4). S. 11-14.

Ernst, Marie-Louise (2009). Gendergerechte Suchtarbeit in der Schweiz. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hg.). Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag. S. 157-168.

Ernst, Marie-Louise (2016). Gendersensible Suchtprävention. In: Heinzen-Voß, Doris/Stöver, Heino (Hg.). Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 59-70.

Ernst, Marie-Louise (2017). Gender im Suchtbereich. In: SuchtMagazin. 43. Jg. (5). S. 35-39.

Ernst, Marie-Louise/Rimann, Nadia (2020). Der kleine Unterschied. Gendersensible Suchtprävention. Pädagogisches Begleitheft. Lausanne: Sucht Schweiz.

Faltermaier, Toni (2004). Männliche Identität und Gesundheit. In: Altgeld, Thomas (Hg.). Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 11-33.

- Franzkowiak, Peter/Helfferich, Cornelia/Weise, Eva (1998). Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Franzkowiak, Peter/Schlömer, Hermann (2003). Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. In: Suchttherapie. 4. Jg. (4). S. 175-182.
- Fuchs, Judith/Maschewsky, Kris/Maschewsky-Schneider, Ulrike (2002). Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Deutsche Bearbeitung eines vom kanadischen Gesundheitsministerium herausgegebenen Handbuchs, erarbeitet von Margrit Eichler et al. Dezember 1999. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.
- GenderKompetenzZentrum (2012). Gender Kompetenz. URL: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gender/genderkompetenz.html> [Zugriffsdatum: 29. Juni 2022].
- Gesundheitsförderung Schweiz (2019). Rahmenbedingungen für ein kantonales Aktionsprogramm ab 2021. URL: [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/basisinformationen/Rahmenbedingungen\\_KAP\\_ab\\_2021.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/basisinformationen/Rahmenbedingungen_KAP_ab_2021.pdf) [Zugriffsdatum: 14. Juni 2022].
- Gesundheitsförderung Schweiz (2022). Auftrag, Ziele und Strategie. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/stiftung/auftrag-ziele-und-strategie.html> [Zugriffsdatum: 14. Juni 2022].
- Gildemeister, Regine (2019). Doing Gender: eine mikrotheoretische Annäherung an die Kategorie Geschlecht. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hg.). Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 409-417.
- Gmel, Gerhard/Kuendig, Hervé/Notari, Luca/Gmel, Christiane (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Good Practice (2022). Qualitätssysteme / Instrumente. URL: [https://www.good-practice.ch/de/quality\\_systems](https://www.good-practice.ch/de/quality_systems) [Zugriffsdatum: 14. Juni 2022].
- Gremminger, Simone (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In: Krebs, Marcel/Mäder, Roger/Mezzera, Tanya (Hg.). Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 17-20.
- Gruber, Isabelle/Talebi, Anja/Würsch, Karin/Frutiger, Marianne/Ernst, Marie-Louise (2012). Frauengerechte Beratung. Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich. In: Ernst, Marie-Louise (Hg.). Frauengerechte Beratung. Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich. Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG). S. 4-16.
- Guggenbühl, Lisa/Bütler, Charlotte/Ruflin, Regula (2010). Schlussbericht Metaevaluation zur Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

- Haase, Andreas (2009). Genderkompetenz als Bestandteil von mÄnnerspezifischer Suchtarbeit. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hg.). MÄnner im Rausch. Konstruktionen und Krisen von MÄnnlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag. S. 141-149.
- Haasen, Christian/Kutzer, Anja/SchÄfer, Ingo (2010). Was verstehen wir unter Sucht? Erschienen am 26. Februar 2010. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 53. Jg. (4). S. 267-270.
- Hafen, Martin (1995). SuchtprÄvention – der lange Weg von der Symptom- zur UrsachenbekÄmpfung. URL: [https://www.fen.ch/texte/mh\\_geschichte.htm#\\_edn10](https://www.fen.ch/texte/mh_geschichte.htm#_edn10) [Zugriffsdatum: 10. Juni 2022].
- Hansjürgens, Rita (2020). Zum VerstÄndnis Sozialer Diagnostik in der Suchthilfe. In: Hansjürgens, Rita/Schulte-Derne, Frank (Hg.). Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 21-32.
- Harreiter, Jürgen/Thomas, Anita/Kautzky-Willer, Alexandra (2016). Gendermedizin. In: Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (Hg.). Handbuch Geschlecht und Gesundheit. MÄnner und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 34-44.
- Heinzen-Voß, Doris/Ludwig, Karola (2016). Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In: Heinzen-Voß, Doris/Stöver, Heino (Hg.). Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers. S. 9-48.
- Helfferrich, Cornelia (2009). Ist SuchtprÄvention ein «klassisches» Feld geschlechtergerechter PrÄvention? In: Kolip, Petra/Altgeld, Thomas (Hg.). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und PrÄvention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 27-39.
- Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2017). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 4. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Homfeldt, Hans Günther (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 489-503.
- Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (2014). KrankheitsprÄvention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hg.). Lehrbuch PrÄvention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 13-24.

- Infodrog (2018). Inzidenz und Prävalenz. URL: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/inzidenz-und-praevalenz.html> [Zugriffsdatum: 15. Juni 2022].
- Infodrog (2022). Gender. URL: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/gender.html> [Zugriffsdatum: 16. Juni 2022].
- Jacob, Jutta/Stöver, Heino (2009). Einleitung. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hg.). Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag. S. 9-12.
- Jahn, Ingeborg/Kolip, Petra (2002). Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).
- Klingemann, Harald (2009). Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: Jacob, Jutta/Stöver, Heino (Hg.). Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht. Bielefeld: transcript Verlag. S. 33-76.
- Klotz, Theodor (2007). Männergesundheit in der Medizin. In: Stiehler, Matthias/Klotz, Theodor (Hg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 16-23.
- Kolip, Petra (2002). Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 45. Jg. (11). S. 885-888.
- Kolip, Petra (2008). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Erschienen am 11. Januar 2008. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 51. Jg. (1). S. 28-35.
- Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (2016). Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung. In: Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (Hg.). Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. S. 8-17.
- Koller, Christian (2015). Vor 20 Jahren: Die vierte Weltfrauenkonferenz in Peking und Huairou. URL: <https://www.sozialarchiv.ch/2015/08/31/vor-20-jahren-die-vierte-weltfrauenkonferenz-in-pekings-und-huairou/> [Zugriffsdatum: 7. Juni 2022].
- König, Marianne/Galgano, Lucia (2013). Diversität in der Suchtarbeit. Leitlinien zum Umgang mit der Vielfalt der KlientInnen. Allgemeiner Teil. Bern: Infodrog Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht.
- Kuhlmann, Ellen/Kolip, Petra (2005). Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim/München: Juventa.

- Laging, Marion (2018). Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Loviscach, Peter (1996). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mäder, Felix (2000). Zorn und Zärtlichkeit. Eine Ideengeschichte der Suchtprävention. Lausanne: ISPA PRESS.
- Marmet, Simon/Gmel, Gerhard (2017). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (2016). Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In: Hornberg, Claudia/Pauli, Andrea/Wrede, Brigitta (Hg.). Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS. S. 25-50.
- Meier, Claudia (2004). Gender Health: Policies, Praxis und Perspektiven. URL: [http://www.gesunde-maenner.ch/data/data\\_39.pdf](http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_39.pdf) [Zugriffsdatum: 28. Juni 2022].
- Nestvogel, Renate (2010). Sozialisationstheorien: Traditionslinien, Debatten und Perspektiven. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate/Budrich, Barbara/Lenz, Ilse/Metz-Göckel, Sigrid/Müller, Ursula/Schäfer, Sabine (Hg.). Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3., erweiterte und durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 166-177.
- Niemeier, Christa (2012). Suchtprävention – von der Drogenszene zum gesellschaftlichen Querschnittsthema. In: Gastiger, Sigmund/Abstein, Hans Joachim (Hg.). Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 19-36.
- Petersen, Lars-Eric/Six-Materna, Iris (2006). Stereotype. Stereotypes. In: Bierhoff, Hans-Werner/Frey, Dieter (Hg.). Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 430-436.
- Pfister, Andreas (2013). Gendersensibel-diversityorientierte Suchtprävention. Grundlagen und Checkliste für den Schulkontext. Zürich: Stadt Zürich Suchtpräventionsstelle.
- Quint-Essenz (2014). Checkliste zur Genderperspektive. URL: [https://www.quint-essenz.ch/de/public\\_assets/117/download](https://www.quint-essenz.ch/de/public_assets/117/download) [Zugriffsdatum: 29. Juni 2022].
- Rademaker, Anna Lena/Altenhöner, Thomas (2019). Gesundheitsförderung und Prävention in der Sozialen Arbeit. In: Dettmers, Stephan/Bischkopf, Jeannette (Hg.). Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 147-162.
- Razum, Oliver/Breckenkamp, Jürgen/Brzoska, Patrick (2020). Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften. In: Razum, Oliver/Kolip, Petra (Hg.). Handbuch

- Gesundheitswissenschaften. 7., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 251-301.
- Reiss, Kristina/Weis, Mirjam/Klieme, Eckhard/Köller, Olaf (2019). PISA 2018. Grundbildung im internationalen Vergleich. Zusammenfassung. URL: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2019/Zusammenfassung\\_PISA2018.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2019/Zusammenfassung_PISA2018.pdf) [Zugriffsdatum: 23. Juni 2022].
- Scherbaum, Norbert (2017). Das Drogentaschenbuch. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Singerhoff, Lorelies (2002). Frauen und Sucht. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Smykalla, Sandra (2006). GenderKompetenzZentrum. URL: [http://www.genderkompetenz.info/w/files/gkompzpdf/gkompz\\_was\\_ist\\_gender.pdf](http://www.genderkompetenz.info/w/files/gkompzpdf/gkompz_was_ist_gender.pdf) [Zugriffsdatum: 10. Juni 2022].
- Sorg, Brigitte (2004). ... Männer sterben früher und auch Frauen haben Herzinfarkt. Gesundheit und Geschlechtsbezug. In: Boekle, Bettina/Ruf, Michael (Hg.). Eine Frage des Geschlechts. Ein Gender-Reader. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 107-115.
- Soyka, Michael/Küfner, Heinrich/Feuerlein, Wilhelm (2008). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention [Steuergruppe] (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. URL: <https://biblio.parlament.ch/e-docs/352160.pdf> [Zugriffsdatum: 15. Juni 2022].
- Stiegler, Barbara (2003). Gender Mainstreaming. Postmoderner Schmusekurs oder geschlechterpolitische Chance? Argumente zur Diskussion. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.
- Sting, Stephan/Blum, Cornelia (2003). Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Studer, Hubert/Ackermann, Günter (2009). quint-essenz – Potenziale in Projekten erkennen und nutzen. In: SuchtMagazin. 35. Jg. (2). S. 26-30.
- Sucht Schweiz (2020). Im Fokus – Tabak. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Sucht Schweiz (o.J.a). Wir in Kürze. Porträt. URL: [https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Suchtschweiz\\_Broschuere-Portrait.pdf](https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Suchtschweiz_Broschuere-Portrait.pdf) [Zugriffsdatum: 16. Juni 2022].
- Sucht Schweiz (o.J.b). Geschlecht/Gender. URL: <https://www.suchtschweiz.ch/geschlechtgender/> [Zugriffsdatum: 16. Juni 2022].

- Vogt, Irmgard (2003). Zur Effektivität von Frauen-Suchtarbeit. URL: [https://www.infodrog.ch/files/content/tl\\_files/templates/InfoDrog/old/txt/conf/2003/20030327\\_IVogt\\_Zur\\_Effektivitaet\\_von\\_Frauensuchtarbeit.pdf](https://www.infodrog.ch/files/content/tl_files/templates/InfoDrog/old/txt/conf/2003/20030327_IVogt_Zur_Effektivitaet_von_Frauensuchtarbeit.pdf) [Zugriffsdatum: 28. Juni 2022].
- Vogt, Irmgard (2020). «Frauen sichten Süchte» - in der Vergangenheit und in der Gegenwart. In: SuchtMagazin. 46. Jg. (2). S. 4-12.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) [Zugriffsdatum: 15. Juni 2022].
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2002). Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76508/A75328.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf) [Zugriffsdatum: 7. Juni 2022].
- Zenker, Christel (2006). Gender und Suchtkrankenhilfe. In: Zander, Margherita/Hartwig, Luise/Jansen, Irma (Hg.). Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 331-346.
- Zenker, Christel (2009). Gender in der Suchtarbeit. Anleitung zum Handeln. Geesthacht: Neuland.

## 8. Anhang

### I. Anhang: Checkliste zur Genderperspektive



## Checkliste zur Genderperspektive

### Funktion

Diese Checkliste zur Genderperspektive, die sich an der Qualitätskriterienliste für Projekte orientiert, gibt Ihnen die Möglichkeit, den Grad Ihrer Gendersensibilität zu überprüfen. Gleichzeitig gibt Sie Ihnen Anregungen, in welchen Bereichen Sie Ihre Arbeit geschlechtergerecht gestalten können. Wenn Sie die Bewertung periodisch wiederholen, in Bezug auf die vorhandenen Verbesserungspotenziale Qualitätsziele setzen und entsprechende Massnahmen ergreifen, können Sie Ihre Fortschritte in Bezug auf Ihre Genderkompetenz systematisch entwickeln, überprüfen und dokumentieren.

### Prüfungen

	ja	nein
<b>1. Konzepte der Gesundheitsförderung</b>		
1.1 Gesundheitliche Chancengleichheit: Fördert die geplante Intervention die gesundheitliche Chancengleichheit von Mädchen/Frauen und Jungen/Männer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Partizipation der Akteure des Settings: Partizipieren männliche und weibliche Vertreter/-innen der Zielgruppe(n) am Projekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Projektbegründung</b>		
2.1 Bedarfsnachweis des Projekts: Sind unterschiedliche Zugänge von weiblichen und männlichen Vertretern der Zielgruppe(n) zum Thema recherchiert und dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Bedürfnisse der Ziel- und Anspruchsgruppen: Werden bei der Umsetzung von Massnahmen jungen-/männerspezifische und mädchen-/frauenspezifische Anliegen gleichermaßen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Lernen aus anderen Projekten: Haben Sie geschlechterbezogene Qualitätsziele für Ihr Projekt formuliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Projektplanung</b>		
3.1 Begründung der Vorgehensweise: Ist bei der Planung der Vorgehensweise geprüft worden, ob und wann geschlechtsspezifische Interventionsmethoden erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Projektorganisation</b>		
4.1 Adäquate Projektstruktur: Sind Frauen und Männer in der Projektorganisation (Projektteam, Begleitgremien) angemessen vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Qualifikationen und Anforderungen: Werden, wenn nötig, Massnahmen ergriffen, um den „männlichen“ und „weiblichen“ Blick auf das Thema sicherzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Projektsteuerung</b>		
5.1 Formative Evaluation: Werden Zugänge, Erfolgs- und Abbruchquoten sowie die Nachhaltigkeit von einzelnen Massnahmen geschlechterdifferenziert erfasst und werden die Ergebnisse für die Projektsteuerung genutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Motivation und Zufriedenheit der Akteure: Wird das Geschlechterverhältnis im Projektteam und seine Auswirkungen auf die Projektarbeit periodisch reflektiert und besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	ja	nein
<b>6. Wirkungen</b>		
6.1 Summative Evaluation der Zielerreichung: Wird bei der Evaluation der Wirkungen des Projekts überprüft, ob es Unterschiede zwischen Mädchen/Frauen und Jungen/Männer gibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Dokumentation des Projekts: Werden geschlechtsspezifische Unterschiede im Projektbericht dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Information und Valorisierung: Kommunizieren Sie der Öffentlichkeit Ihre Genderkompetenzen, geschlechtergerechten Innovationen, Konzepte und/oder Projekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Begründung

Begründung für die Nichtberücksichtigung einzelner Punkte: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Qualitätsziele & Massnahmen: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....