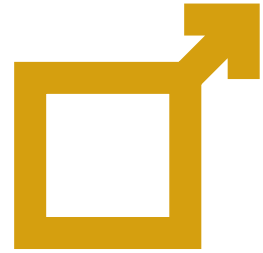


# SUCHT UND MÄNNLICHKEIT

*Grundlagen und Empfehlungen*





### **Danksagung**

*An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Personen bedanken, die an diesem Bericht mitgewirkt haben. Diese Publikation konnte Dank der finanziellen Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) realisiert werden.*

*An erster Stelle danken wir Marie-Louise Ernst, die unsere Arbeit von Anfang an begleitet hat. Von ihrer reichen Erfahrung im Bereich „Geschlechter und Sucht“ konnten wir sehr profitieren.*

*Für die Übersetzung der französischen Fassung ins Deutsche danken wir dem Büro Medax sowie Karin Diodà für die sorgfältige redaktionelle Bearbeitung. Für die Übersetzung zweier deutscher Kapitel (6 und 9) ins Französische danken wir Christel Goumaz und Dominique H. Jenni sowie Nicole Graf für die Schlusslektüre.*

*Unser Dank geht auch an die SFA-interne Begleitgruppe, die diesen Bericht durch ihre Anregungen und Ratschläge sowie die kritische Lektüre unterstützt hat: Sabine Dobler, Geneviève Praplan, Jacqueline Sidler, Holger Schmid und Etienne Maffli sowie Philippe Chastonay vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Genf.*

*Ein grosses Dankeschön geht an Edith Bacher der SFA-Forschungsabteilung für die aufwändige Arbeit an den Literaturnachweisen.*

*Schliesslich danken wir auch den Expertinnen und Experten (Liste im Anhang des Berichts), die diese Publikation durch ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen aus der Praxis bereichert haben.*

*Dieser Bericht hat zudem von zwei Arbeiten, die vom Bundesamt für Gesundheit finanziert wurden, profitiert: Wir bedanken uns deshalb bei den Autorinnen und Autoren:*

*Franziska Güttinger, Jürgen Rehm und Ulrich Frick vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) in Zürich  
und*

*Harald Klingemann von der Schweizerischen Suchtforschung und Beratung (SSB) in Bern.*

### **Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen**

Michel Graf, in Zusammenarbeit mit Beatrice Annaheim und Janine Messerli

Hrsg.: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Lausanne, 2006

ISBN 2-88183-115-X

Gestaltung: Atelier Grand, Siders

Druck: Satzart AG, Bern

**Für Bestellungen:** SFA, Postfach 870, 1001 Lausanne

021 321 29 35 – buchhandlung@sfa-isp.ch

Dieser Bericht kann kostenlos von der Internetseite der SFA heruntergeladen werden: [www.sfa-isp.ch](http://www.sfa-isp.ch)

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

# INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
------------------------	----------

## Teil I Grundlagen für das Verständnis

---

<b>1. Einführung</b>	<b>11</b>
----------------------	-----------

1.1	Der Auftrag: Ausgangssituation	11
1.2	Form und Inhalt des Berichts	12
1.3	Interesse für das männliche Geschlecht	13
1.4	Kommentiertes Glossar	15
1.4.1	Geschlecht (Gender)	15
1.4.2	<i>Gender Mainstream</i> oder Der integrierte Ansatz zur Gleichstellung der Geschlechter	15
1.4.3	Geschlechtergerechter Ansatz	16
1.4.4	Gleichstellung von Frauen und Männern	16

---

<b>2. Die Frage der Männlichkeit</b>	<b>18</b>
--------------------------------------	-----------

2.1	„Ein Mann werden“ oder „ <i>Doing Gender</i> “	18
2.2	Die Konstruktion der Männlichkeit und ihr Einfluss auf die Gesundheit von Männern	19
2.2.1	Einführung	19
2.2.2	Die Geschlechteridentität: ein konstruiertes Modell	20
2.2.3	Mann sein: eine Form von Druck und eine Art Eigentor	21
2.2.4	"Du bist ein Mann, du weinst nicht!"	21
2.2.5	Vom einheitlichen traditionellen Männerbild zur Vielfalt männlicher Geschlechterrollen	22
2.2.6	Zusammenhang zwischen stereotyper männlicher Identität und dem Konsum psychoaktiver Substanzen	23

---

<b>3. Aspekte und Mechanismen der Abhängigkeit</b>	<b>25</b>
--	-----------

3.1	Entscheidende Faktoren für die Gesundheit und ihre Auswirkungen auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen	25
3.2	Das Belohnungssystem	25
3.3	Genetische und familiäre Vulnerabilität	26
3.4	Physiologische Unterschiede	27

## Teil II      Altersgruppen, Konsumverhalten, Konsumrisiken und -folgen

---

<b>4. Kindheit und Jugend: Das Individuum und die Bedeutung der Gruppe</b>	<b>31</b>
4.1 Die Stellung der Familie und die Rolle der Eltern in der frühen Kindheit	31
4.2 Zahlen zum Drogenkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen	33
4.2.1 Alkohol	33
4.2.2 Tabak	34
4.2.3 Medikamente	35
4.2.4 Cannabis	36
4.2.5 Heroin und Kokain	36
4.3 Psychologische Faktoren	37
4.4 Risikoverhalten und Männlichkeit	39
4.5 Die Gleichaltrigen	41
4.6 Schule und Ausbildung	44
4.7 Assoziierte problematische Verhaltensweisen	46
4.8 Die Rekrutenschule	48
<b>5. Männer im Erwachsenenalter: verschiedene Facetten mit vielen Gemeinsamkeiten</b>	<b>52</b>
5.1 Der Konsum in Zahlen	52
5.1.1 Alkohol	52
5.1.2 Tabak	53
5.1.3 Psychoaktive Medikamente	53
5.1.4 Cannabis	54
5.1.5 Heroin	55
5.1.6 Kokain	56
5.2 Die Berufswelt	56
5.3 Das Alter: neue Probleme für die Männer	60
5.3.1 Fakten und Zahlen zum Konsum	60
5.3.2 Die Motive älterer Männer für den Konsum	62
<b>6. Migration, Geschlecht, Sucht</b>	<b>66</b>
6.1 Einführung	66
6.2 Migration als Gesundheitsrisiko?	66
6.3 Wirkt der Migrationskontext anders auf Männer als auf Frauen?	68
6.4 Migration, Geschlecht und Sucht	69

## Teil III      Wenn der Konsum ausser Kontrolle gerät und zu Problemen führt

---

<b>7. Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum</b>	<b>75</b>
7.1 Morbidität und Mortalität: Unterschiede zwischen Männern und Frauen	75
7.1.1 Alkohol	75
7.1.2 Tabak	77
7.1.3 Cannabis	78
7.1.4 Heroin und Kokain	78
7.1.5 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG)	80
7.1.6 Männliche Prostitution und Konsum psychoaktiver Substanzen	80
7.2 Psychische Komorbidität: Was ist bekannt über die mänderspezifischen Aspekte?	81
7.2.1 Alkohol	82
7.2.2 Tabak	82
7.2.3 Cannabis	83
7.2.4 Heroin und Kokain	84
7.3 Gewalt in Paarbeziehungen	85
7.3.1 Zusammenhänge zwischen Gewalt und dem Konsum psychoaktiver Substanzen	85
7.3.2 Der gewalttätige Mann in der Paarbeziehung	86
7.3.3 Gewalt in der Paarbeziehung und Konsum psychoaktiver Substanzen	87

---

<b>8. Die Behandlung von Männern</b>	<b>92</b>
8.1 Einführung	92
8.2 Die Behandlung von Alkoholproblemen	93
8.3 Die Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen	95
8.3.1 Behandlung in Einrichtungen	95
8.3.2 Substitutionsprogramme	97
8.3.3 Niederschwellige Behandlungen	98
8.4 Die Behandlung des Rauchens	101
8.5 Die Kurzintervention: ein Weg für Männer	102
8.6 Männer in den Institutionen	104
8.6.1 <i>Gender Mainstream</i>	104
8.6.2 Als Vater in Behandlung sein	105
8.6.3 Gleich- oder gemischtgeschlechtliche Konstellation? Wegskizzen	106
8.7 Autoremission (Selbstheilung)	109

## Teil IV Die Spielsucht

---

<b>9. Problematisches Spielverhalten und Geschlecht</b>	<b>115</b>
9.1 Glücksspiel, problematisches Spielverhalten und Glücksspielsucht	115
9.2 Epidemiologie	115
9.3 Soziologisches Profil der problematisch Spielenden	116
9.4 Geschlechterspezifische Unterschiede bei problematisch Spielenden	118
9.4.1 Spielbeginn und Problementwicklung	118
9.4.2 Spielpräferenzen	118
9.4.3 Komorbidität	120
9.4.4 Geschlechterprävalenzen in der Behandlung	121
9.5 Behandlung – Verlauf, Angebote und Konzepte in der Schweiz	121

## Teil V Abschliessende Empfehlungen und Schlussfolgerungen

---

<b>10. Abschliessende Empfehlungen</b>	<b>125</b>
10.1 Einführung	125
10.2 Empfehlungen zur Primär- und Sekundärprävention	126
10.3 Empfehlungen zur Behandlung	131
10.4 Empfehlungen für die wissenschaftliche Forschung	133
10.5 Empfehlungen für das Gesundheitswesen	135
10.6 Empfehlungen zu speziellen Themenbereichen	136

---

<b>11. Schlussfolgerungen</b>	<b>139</b>
-------------------------------	------------

## Anhang

---

<b>12. Liste der befragten Expertinnen und Experten</b>	<b>143</b>
---	------------

# ZUSAMMENFASSUNG

## Männlichkeit und Gesundheit

Die Allgegenwart des Mannes beim Thema Abhängigkeit könnte einen glauben machen, dass alles auf diesem Gebiet von Männern für Männer getan wird. Eine Analyse des traditionellen Männerbildes, das die Sicht- und Handlungsweisen von Männern stark beeinflusst, ergibt, dass dieses Männerbild bei manchen Männern, ebenso wie andere Verhaltensweisen auch, ein Risikofaktor für den Konsum psychoaktiver Substanzen sein kann. So gehen Männer seltener zum Arzt, und wenn sie es tun, dann bei relativ schwerwiegenden Krankheiten, die eine Behandlung durch Fachärzte erfordern. Männer müssen daher beginnen, sich zu emanzipieren. Dies geschieht, wenn sie weitere Facetten der Männlichkeit entdecken, die über das Stereotyp des mannhaften, starken und gefühllosen Machos hinausreichen. Auch wenn Unterschiede zwischen den Geschlechtern bereits vor der Geburt vorhanden sind – in Form einer grösseren Verletzbarkeit der männlichen Embryonen – und sich diese Verletzbarkeit in den frühen Entwicklungsstadien des Kleinkindes fortzusetzen scheint, postulieren einige Theorien zur menschlichen Entwicklung, dass sich die männliche Identität eher als Folge von sozialen als von genetischen Faktoren entwickelt. Die Erziehung trägt über Spielverhalten, Spielzeug und elterliche Erwartungen dazu bei, die Geschlechterstereotypen aufrecht zu erhalten. Im Jugendalter verstärkt der Einfluss der Gleichaltrigengruppe die traditionellen Bilder von Männlichkeit, ebenso wie beispielsweise die Werbung. Der Mann oder der Jugendliche ist jedoch weder das passive Opfer einer vorgeschriebenen sozialen Rolle, noch ist er einfach durch seine Kultur und die vorherrschenden sozialen Normen geformt. Er handelt und verhält sich so, dass er innerhalb dieser Normen anerkannt wird, und erhält sie gerade dadurch aufrecht (siehe auch Kapitel 2.1).

Auch wenn es zahlreiche Facetten von Männlichkeit gibt, sind diese in der gegenwärtigen Gesellschaft kaum sichtbar und werden nur wenig gefördert. Die vorherrschende Norm mit ihrem Gebot stark, mutig und gefühllos zu sein, kann junge Männer auch dazu drängen, ihre Männlichkeit über den missbräuchlichen Konsum psychoaktiver Substanzen zu beweisen.

## Kindheit und Jugend

Einfluss auf die Entwicklung eines problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen hat die Familie, sowohl durch das Modell des elterlichen Konsumverhaltens als auch durch die Bindung zwischen Eltern und Kind. So haben Männer, die Drogen konsumieren, viel häufiger als andere Männer einen Elternteil mit einem Drogenproblem, wobei die Probleme der Mutter mehr Einfluss haben. Männer, die spät eine Abhängigkeit entwickeln, sind häufiger als andere Männer in getrennten oder geschiedenen Familien aufgewachsen. Der familiäre Zusammenhalt und der Dialog sind wichtige Schutzfaktoren für Jungen. Sexueller Missbrauch bei Jungen ist noch immer ein Tabuthema. Auch wenn Jungen von Missbrauch seltener betroffen sind als Mädchen, ist das Risiko, nach einem solchen Trauma als Erwachsener eine Abhängigkeit zu entwickeln, genauso gross wie bei Mädchen.

Abgesehen vom Tabakkonsum, der bei Mädchen und Jungen vergleichbar ist, und vom Medikamentenkonsum, der bei Mädchen deutlich häufiger vorkommt, werden alle anderen psychoaktiven Substanzen häufiger von Jungen konsumiert. Der frühe Konsum und der punktuelle Missbrauch stellen die Hauptprobleme bei den Jungen dar. Diese Verhaltensweisen stehen unter anderem in Beziehung zu Risikoverhalten, einem typisch männlichen Verhalten, das bei Jungen sehr positiv bewertet wird und das sich

auch mit der Suche nach Nervenkitzel (*sensation seeking*) in Verbindung bringen lässt. Dieses Phänomen wird von den Gleichaltrigengruppen weiter verstärkt, sowohl objektiv als auch subjektiv (normative Vorstellungen). Unzufriedenheit in der Schule weist – besonders bei Jungen – einen offensichtlichen Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen auf. Bei Jugendlichen, die in Gruppen mit abweichendem Verhalten integriert sind, erhöht sich das Risiko für den Konsum psychoaktiver Substanzen. Tatsächlich ist der übermässige punktuelle Alkoholkonsum bei den Jungen mit Gewalt und anderen sozialen Problemen verbunden, was bei 15-jährigen Jungen auch bei häufigem Cannabiskonsum zutrifft. Die geschlechterspezifischen Unterschiede sind bei den präventiven Ansätzen zu berücksichtigen. Insbesondere das traditionelle Bild der Männlichkeit, des starken Jungen oder des Schwächlings, muss in Frage gestellt und mit den Jungen direkt diskutiert werden, um sie zu ermutigen, ihre Gefühle, Ängste und Zweifel auszudrücken. Man sollte diese Diskussion auch gemeinsam mit Mädchen führen, denn in gemischten Gruppen lassen sich vorgefasste Meinungen und stereotype Bilder auf beiden Seiten abbauen.

### Erwachsenenalter

Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum und Rauschzustände kommen bei Männern stets häufiger vor als bei Frauen. Der Konsum in Risikosituationen, wie beim Lenken eines Kraftfahrzeugs, ist bei Männern ebenfalls häufiger festzustellen. Spezielle Massnahmen, die auf männliche Verhaltensweisen ausgerichtet sind, müssen intensiviert werden. Was den Tabakkonsum betrifft, so rauchen mehr Männer als Frauen, und sie rauchen grössere Mengen. Daher müssen geschlechterspezifische Entwöhnungsangebote entwickelt werden. Auch wenn der Cannabiskonsum innerhalb von zehn Jahren sowohl bei Frauen als auch bei Männern zugenommen hat, ist der Anteil männlicher Konsumenten doppelt so hoch wie der von weiblichen. Der Heroinkonsum hat im selben Zeitraum bei den Männern abgenommen, nicht aber die Häufigkeit. Darüber hinaus erklären

alle männlichen Konsumenten, dass sie mindestens einmal pro Woche konsumieren. Beim Kokainkonsum ist bei beiden Geschlechtern ein Anstieg zu verzeichnen, doch sind die Männer stärker betroffen. Die höhere Prävalenz bei Männern muss zu gezielten geschlechtergerechten Massnahmen anregen. Das Berufsleben hat in den Augen der Männer eine grosse Bedeutung. Arbeitslosigkeit, aber auch die Last beruflicher Verantwortung erhöhen bei ihnen das Risiko für Alkohol- und Medikamentenkonsum. Im Gegensatz dazu scheint die Position eines Hausmannes von den betroffenen Männern als unsichere soziale Stellung wahrgenommen zu werden. Die Berufswelt ist daher ein Kontext, in dem es äusserst wichtig ist, geschlechtergerechte Massnahmen der Primär- und der Sekundärprävention zu ergreifen.

Ältere Männer und Frauen sind beim Konsum psychoaktiver Substanzen Risiken ausgesetzt, die mit der zunehmenden physiologischen Anfälligkeit zusammenhängen. Was den Alkoholkonsum betrifft, so hat fast jeder fünfte ältere Mann einen riskanten episodischen oder chronischen Alkoholkonsum. Die Zahl der Raucher sinkt mit dem Alter. Ein Viertel der 65- bis 74-jährigen Männer sind Raucher, d. h. doppelt so viele wie Frauen in der gleichen Altersgruppe, und jeder sechste Mann ab 75 Jahren raucht, d. h. in dieser Altersgruppe ist ihr Tabakkonsum dreimal höher als der von Frauen. Bei den Ältesten bleibt der Tabakkonsum ein männerspezifisches Problem. Bei Medikamenten nimmt der tägliche Konsum mit dem Alter stark zu. Das gilt für Beruhigungsmittel und Schlafmittel, wo der Anstieg bei den 55- bis 64-Jährigen und bei den über 75-Jährigen massiv ist; in dieser Altersgruppe ist fast jeder zwölfte Mann betroffen. Doch ist der Anteil Männer nach wie vor niedriger als der von Frauen. Wenige bzw. keine Daten sind für den Konsum illegaler Drogen verfügbar. Der Einfluss der Pensionierung auf den Konsumbeginn oder eine Konsumzunahme ist unklar. Es ist jedoch wichtig, Männer auf den Ruhestand vorzubereiten, sie auf neue Aktivitäten, Hobbys und andere Beschäftigungsmöglichkeiten hinzuweisen und sie zu unterstützen, beim Aufbau eines neuen sozialen Netzes,



dem Erlernen eines neuen Lebensrhythmus, dem Auskommen mit möglicherweise beschränkteren finanziellen Mitteln sowie dem Leben zu zweit, bei dem nun mehr Zeit für die Partnerin zur Verfügung steht.

### Folgen des Konsums

Die negativen Auswirkungen dieser Konsumverhaltensweisen auf die Gesundheit sind bekannt: Frauen leiden häufiger an chronischen Krankheiten, die mit Alkohol zusammenhängen als Männer, die wiederum stärker von Risikoverhalten betroffen sind, wie dem Fahren in angetrunkenem Zustand. Die Alkoholabhängigkeit ist ein deutlich männerspezifisches Problem.

Was das Rauchen betrifft, so leiden Männer über 40 Jahren, die in Schweizer Spitäler eingewiesen werden, häufig an einer Krankheit, die mit Tabakkonsum in Verbindung steht. Der Infarkt ist im Übrigen eine der Hauptursachen für Hospitalisierungen bei 40- bis 79-jährigen Männern. Weitere mit dem Rauchen verbundene Krankheiten sind bei dieser Patientenkategorie ebenfalls häufig.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums sind heute immer besser bekannt: erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Lungenkarzinoms sowie anderer Atemwegserkrankungen, erhöhtes Risiko für die frühe Entwicklung einer Schizophrenie und latenter Depressionen, Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Wahrnehmung, psychische Abhängigkeit und mässig ausgeprägte körperliche Entzugssymptome. Die Risiken für Stimmungsschwankungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum sind bei Männern niedriger als bei Frauen. Auch akute Wirkungen wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, eine Verminderung der motorischen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses gilt es zu berücksichtigen. Auch wenn die Unterschiede der Risiken zwischen Männern und Frauen nur wenig offensichtlich sind: Gegenwärtig konsumieren in allen Altersgruppen mehr Männer als Frauen Cannabis und so ist zu

befürchten, dass die negativen Folgen des chronischen Cannabiskonsums sich in Zukunft zeigen und im Wesentlichen Männer betreffen werden.

Beim intravenösen Heroinkonsum besteht das Hauptrisiko in der Übertragung von Hepatitis- und AIDS-Viren. Beim Kokainkonsum besteht ein enger Zusammenhang mit Störungen der Blutzirkulation im Herzmuskel und mit Myokardinfarkten. Die Zahl der Todesfälle infolge Drogenkonsums (direkte Ursachen) nimmt seit 1994 konstant ab, d. h. seit dem Jahr der Einführung der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe. Dieser Trend ist bei Männern stärker zu beobachten als bei Frauen. Die Folgen des chronischen Konsums illegaler Drogen sind neben Beeinträchtigungen der Gesundheit im Wesentlichen sozialer und juristischer Art. Die aus Statistiken stammenden Daten zeigen (von 1997 bis 2003) einen konstanten Anteil von Männern, die gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) verstossen haben, in der Grössenordnung von 85 %. Die überwiegende Mehrheit der Verstösse betrifft den Cannabiskonsum. Die 18- bis 24-jährigen Männer sind dabei am häufigsten vertreten. Kokain folgt in der Altersgruppe ab 30 Jahren an zweiter und Heroin an dritter Stelle (Verzeigungen wegen Konsum).

Die assoziierte psychische Komorbidität wurde nicht ausreichend geschlechterspezifisch analysiert. Ein Zusammenhang zwischen Gewalt in der Partnerschaft und dem Konsum psychoaktiver Substanzen wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen, ohne dass sich eine eindeutige Kausalität ableiten liess. Eine Reihe von wissenschaftlichen Fakten zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen psychopathologischen Störungen und einem zunehmendem Risiko für eheliche Gewalt. Selbst wenn eine eindeutige Kausalität fehlt, muss die Verbindung zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen bei Männern und ehelicher, körperlicher oder psychischer Gewalt, die spezialisierten Fachleute dazu anregen, das Gewaltproblem systematisch zusammen mit dem Substanzkonsum anzugehen, vor allem wenn gleichzeitig – auch wenn nur leicht ausgeprägt – Symptome körperlicher Gewalt nachweisbar sind. Parallel dazu müssen

die Fachleute für Abhängigkeitsfragen genau auf Vorläufersymptome von Gewalt in Paarbeziehungen achten, sie ansprechen und so möglichst verhindern. Es wäre sinnvoll, mit Männern das Problem der mänderspezifischen Gewalt systematisch zu thematisieren.

## Behandlung

In der Regel unterscheiden sich die Motive für einen Ausstieg aus der Abhängigkeit oder aus einem problematischen Konsum bei Männern und Frauen. Die mit der Berufstätigkeit verbundenen juristischen Probleme, insbesondere das Fahren in angetrunkenem Zustand, sind für Männer die grösste Motivation, sich in Behandlung zu begeben. Es sind also strukturelle und soziale Zwänge, die Männer dazu bewegen, den Konsum aufzugeben. Weiter lässt sich feststellen, dass sich Männer später in Behandlung begeben als Frauen.

Der Mehrfachkonsum verschiedener psychoaktiver Substanzen sowie die psychische Komorbidität bei einem solchen Konsumverhalten erfordern weitere Therapiekonzepte, die multidisziplinär sind und sich nicht auf eine Substanz allein konzentrieren. In der Schweiz sind stationäre Behandlungseinrichtungen klar nach zwei Ansätzen unterteilt: jene, die im Wesentlichen auf Personen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind und solche, die auf Abhängige von illegalen Drogen im Allgemeinen ausgerichtet sind. Bei Männern, die sich wegen Alkoholproblemen oder Problemen mit illegalen Drogen in Behandlung begeben, ist die soziale Isolation ein schwächender Faktor, der berücksichtigt werden muss. Dies umso mehr, als die Rolle der Umgebung bei der Genesung von entscheidender Bedeutung ist. Für Männer in einer Behandlung ist ein vorhandener Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Genesung. Die Probleme der Verweigerung, der Ambivalenz sowie des psychischen Leidens müssen thematisiert werden, um die Motivation der Betroffenen zu stärken, eine Behandlung zu beginnen, sie weiterzuführen und bei einem Rückfall nicht aufzugeben. Der pragmatische Ansatz für Abhängige von illegalen Drogen muss dazu anregen, Substitutionsangebote zu entwickeln

sowie weitere niederschwellige Betreuungsstrukturen, da diese von Männern erfahrungsgemäss sehr gut genutzt werden.

Was das Rauchen betrifft, so sind Männer ab 45 Jahren weniger motiviert aufzuhören als Frauen. Die am häufigsten nachgewiesenen Erfolgskriterien sind später Beginn, niedriger Konsum sowie schwaches Inhalieren, kein assoziierter Alkoholkonsum, ein Umfeld das nicht raucht und eine motivierende Umgebung. Bei Zigarrenrauchern scheinen die Erfolgchancen ebenfalls höher zu sein. Rauchende einfach zu einer Behandlung aufzufordern, zeigt keine guten Erfolge.

Die Konzepte der so genannten Kurzinterventionen und der motivierenden Gesprächsführung, die den Patienten in die verschiedenen Entscheidungen einbeziehen, sind viel versprechende Ansätze, besonders für Männer. Die Therapierenden übergeben den Klienten eine Teilverantwortung für ihr Problem und geben ihnen damit die Möglichkeit, ihre Situation zu definieren, zu artikulieren und dabei zu lernen, die Abfolge der Behandlung mitzubestimmen. Arbeitgeber können eine entscheidende Rolle übernehmen, indem sie ihre Mitarbeiter motivieren, sich in Behandlung zu begeben und sie bei der Wiedereingliederung unterstützen. Das soziale Netz ist ein wichtiger Faktor für die Genesung der Männer, auch dann, wenn es sich um eine Selbstheilung handelt. Ebenso sind familiäre Bindungen von grosser und positiver Bedeutung. Um Männern zu helfen, ein soziales Netz (wieder) aufzubauen, muss mit ihnen an allfälligen Beziehungsdefiziten gearbeitet werden, durch gezielte Förderung ihrer persönlichen Entwicklung. Dazu gehören die Fähigkeit zur Empathie, Anteilnahme, Zusammenarbeit und respektvollen Kommunikation.

Es ist wesentlich, die Gleichheit der Geschlechter im therapeutischen Konzept von Institutionen vorrangig zu behandeln (*gender mainstream*). Unter anderem sollten die angebotenen Massnahmen, die Geschlechtermischung (oder nicht) bei der Klientel und/oder dem Team, ja sogar beim leitenden Gremium oder beim Vorstand auf einem Verständnis der Gleich-

wertigkeit von Mann und Frau begründet sein, das die jeweiligen Bedürfnisse und Unterschiede berücksichtigt.

### Spezielle Themen

Ein Nachdenken über Männer und Männlichkeit – wie im Übrigen auch über Frauen und Weiblichkeit – muss ein vielschichtiges Nachdenken sein. Dazu gehören Themen wie männliche Prostitution, Migrantinnen und Migranten sowie die Armee. Bei den aktuellen und zukünftigen Problemen der öffentlichen Gesundheit muss die geschlechtergerechte Perspektive von Anfang an integriert werden. Dies trifft besonders auf die pathologische Form des Glücksspiels zu. Auch die Forschung muss die Variable „Geschlecht“ systematisch in ihre Analysen miteinbeziehen, um den Akteuren und Akteurinnen des Gesundheitswesens das Wissen zu vermitteln, das für die Entwicklung geschlechtergerechter Ansätze in der Prävention und bei der Behandlung unbedingt erforderlich ist.

### Abschliessende Gedanken

Welche Rolle die soziale Konstruktion von Männlichkeit und Weiblichkeit beim Konsum psychoaktiver Substanzen spielt, ist nicht vollständig geklärt. Sie ist wahrscheinlich je nach konsumierter Substanz, nach sozialer Stellung des Individuums und der in der Gesellschaft vorherrschenden Kultur unterschiedlich. Ein Vorteil, über die soziale Konstruktion der Geschlechter

nachzudenken, besteht darin, sich in Erinnerung zu rufen, welche Bedeutung dem sozialen Kontext bei Verhaltensentscheidungen zukommt. Diese Bedeutung sollte auch bei der Prävention und der Behandlung von Abhängigkeit anerkannt werden. Der Mann muss – immer noch – stark und leistungsfähig sein. Dieses traditionelle Bild von Männlichkeit bleibt vorherrschend. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen ist für manche Männer eine individuelle Antwort auf das, was sie als wichtige soziale Erwartung verinnerlicht haben. Daher ist es erforderlich, dass Männer verstehen lernen, dass es unterschiedliche Formen von Männlichkeit gibt, dass sie das Spektrum ihrer Rollen, Verhaltensweisen und Gefühlsäusserungen erweitern können. Die verborgene Seite der Männlichkeit darf nicht vergessen werden. Diese Dimension muss in den therapeutischen Ansätzen gefördert werden.

Der geschlechtergerechte Ansatz muss sich künftig in Zusammenarbeit der Geschlechter entwickeln, d. h. wissenschaftliche Forschungsarbeiten, Projekte der Prävention, der Öffentlichkeitsarbeit und der Behandlung müssen sich systematisch auf Männer und Frauen beziehen, d. h. im Sinne eines integrierten Ansatzes (*gender mainstream*). Nur auf diese Weise können sich nach und nach eine echte Chancengleichheit und eine wirkliche Integration der Vielfalt und der Verschiedenheit der Geschlechter in unserer Gesellschaft verankern.



# 1. Einführung

---

## 1.1 Der Auftrag: Ausgangssituation

Seit 1994 beschäftigt sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Frage des Geschlechts bei der Behandlung von Abhängigkeiten. Ein erster Bericht <sup>(3)</sup> diente als Grundlage für Überlegungen zur Stellung der Frau in den Therapieeinrichtungen; ihm folgten weitere Publikationen <sup>(1, 2)</sup> sowie ein Austausch praktischer Erfahrungen (als Beispiel sei die Plattform „Femmes et Dépendances“ angeführt).

Das Verhältnis der Männer zur eigenen Gesundheit wird in Europa und insbesondere in Deutschland erst seit kurzem untersucht. In der Schweiz hat das Thema „Männergesundheit“ seit 1995 an Beachtung gewonnen; es wurden mehrere Workshops und Projekte zusammen mit dem Bildungszentrum Gwatt durchgeführt <sup>(7)</sup>. Daraus entstand ein Manifest zur Männergesundheit, das im April 2000 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Fragen zur Abhängigkeit bei Männern werden trotz der Sorge, die das Thema einigen Akteuren bereits bereitete, erst seit 2001 untersucht, d.h. ab dem Moment, als das BAG den Auftrag zur Gleichstellung der Geschlechter um das Thema Männlichkeit erweiterte.

Zwei Aufträge wurden bereits umgesetzt: Der erste Auftrag thematisiert die Problematik in der Schweiz (Epidemiologie, Analyse der Ursachen und Risikofaktoren, wirksame Ansätze in Therapie und Prävention) und vermittelt einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur in Europa. Verantwortlich für diesen Auftrag ist Franziska Güttinger vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) in Zürich <sup>(4)</sup>. Harald Klingemann (Schweizerische Suchtforschung und Beratung in Bern, SSB) als Autor des zweiten Auftrags <sup>(5)</sup>, ergänzte ein Jahr später diese Informationen mit einer soziologischen Reflexion über die Männlichkeit und erweiterte die Literaturliste um mehrere publizierte Arbeiten. Diese beiden Dokumente waren Grundlage und Ausgangspunkt für den vorliegenden Bericht. So stammen zahlreiche wissenschaftliche Literaturhinweise aus den bisher nicht veröffentlichten Berichten der beiden oben genannten Autoren. Sie werden hier unter Angabe der Originalquelle zitiert.

Gemäss dem Auftrag des BAG wurden die Daten und Informationen der beiden Berichte aktualisiert und ergänzt.

Die Suche nach wissenschaftlichen Studien und Artikeln wurde auf die internationale Gemeinschaft ausgedehnt und das Literaturverzeichnis für weniger wissenschaftliche Publikationen geöffnet. Gleichzeitig wurden neue Themenbereiche hinzugefügt. Fachleute mit der grössten Erfahrung auf dem Gebiet der mÄnnerspezifischen Suchtarbeit wurden gebeten, ihre Erfahrungen einzubringen und Wege für die künftige Entwicklung aufzuzeigen. Schliesslich wurde eine Reihe von Empfehlungen für Entscheidungs-

träger und Fachleute formuliert, die sich mehr oder weniger eng mit Fragen der Sucht befassen.

---

## 1.2 Form und Inhalt des Berichts

Der Bericht ist in fünf Teile gegliedert und behandelt wichtige Aspekte des Themas Sucht und Männlichkeit. Die didaktische Präsentation des Berichts soll, je nach Bedürfnis der Lesenden, eine schnelle oder detaillierte Lektüre ermöglichen.

*Zwei Lesarten möglich*

Zu diesem Zweck sind in der rechten Spalte Schlüsselsätze vermerkt, die auf die wichtigsten männerspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren hinweisen.

*Schlüsselsätze in dieser Spalte*

Die Empfehlungen selbst sind in Kästchen hervorgehoben. Sie folgen auf die Zahlen und Informationen, die den Empfehlungen zugrunde liegen und werden am Ende des Berichts zusammengefasst.

*Empfehlungen in Kästchen*

Die Literaturhinweise sind im Text in Klammern vermerkt und am Ende eines jeden Kapitels in Verzeichnissen zusammengefasst.

*Literaturhinweise am Ende jedes Kapitels*

Verschiedene Fachleute (siehe Liste im Anhang), die sich mit männerspezifischer Suchtarbeit befassen, haben an Diskussions-Workshops teilgenommen und einen Fragebogen ausgefüllt, um den vorliegenden Bericht mit ihren Erfahrungen und Sichtweisen zu ergänzen. Diese Fachmeinungen sind im vorliegenden *Bericht kursiv* gekennzeichnet.

*Expertenmeinungen kursiv*

**Der erste Teil** erlaubt es den Lesenden, sich die notwendigen Grundlagen anzueignen, um die verschiedenen Aspekte dieser neuen Problematik zu verstehen. Hier sind Grundbegriffe zur Männlichkeit und zu Zusammenhängen zwischen Mann und Gesundheit zu finden. Es ist nicht beabsichtigt, hier eine erschöpfende soziologische Analyse der Problematik zu vermitteln. Vielmehr sollen die Lesenden eine Vorstellung der Konstruktion von Männlichkeit erhalten. Lesende, die an Einzelheiten interessiert sind, können sich anhand des Literaturverzeichnisses weiter informieren.

*Grundlagen für das Verständnis*

Den Abschluss dieser Einführung bildet ein Überblick über die Mechanismen der Sucht auf biologischer und physiologischer Ebene.

**Der zweite Teil** analysiert in Form eines Curriculums die entscheidenden Faktoren, die während der Entwicklung eines Individuums sein Konsumverhalten und seine Gesundheit hinsichtlich psychoaktiver Substanzen beeinflussen. Nacheinander werden die Kindheit mit allen familiären Aspekten, die Adoleszenz, eine Zeit der psychologischen und sozialen Umwälzungen, das Erwachsenenalter und die Festigung von Verhaltensweisen sowie das Alter, das einen neuen Lebensrhythmus mit sich bringt, unter dem Aspekt des Konsums von psychoaktiven Substanzen wie auch der Besonderheit des Mann seins analysiert. Die spezielle Gruppe der Migrantinnen und Migranten wird gesondert untersucht.

*Altersgruppen, Konsummuster, Konsumrisiken und -folgen*

**Der dritte Teil** behandelt Probleme, die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbundenen sind: Krankheiten, Sterblichkeit, Delinquenz und die Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen (Komorbidität). Ein Kapitel befasst sich mit der Behandlung von abhängigen Männern. Dort werden die Profile der Konsumenten zu Beginn der Behandlung sowie deren Erfolgsaussichten analysiert, und dann Vorschläge entwickelt, wie ein mÄnnerspezifisches Konzept in entsprechende Einrichtungen integriert werden kann.

*Wenn der Konsum zu Problemen führt*

**Der vierte Teil** ist einem Thema gewidmet, das zunehmend an Bedeutung gewinnt und es deshalb wert ist, von Anfang an in geschlechterspezifischen Analysen aufgegriffen zu werden: das pathologische Glücksspiel. Die Analogien zu anderen Formen von Abhängigkeit, vor allem aber die Unterschiede, (da es sich um eine substanz-unabhängige Sucht handelt,) machten es erforderlich, dieses Thema getrennt zu behandeln.

*Pathologisches Glücksspiel*

**Der fünfte Teil** fasst die Empfehlungen für die mÄnnerspezifische Suchtarbeit zusammen, die in der Prävention, der Behandlung, im Gesundheitswesen und der Forschung umgesetzt, weiterverfolgt oder verstärkt werden müssen. Die Lesenden finden in diesem Teil sämtliche Empfehlungen, die im Bericht gemacht wurden, wieder. Die vorrangigen Empfehlungen sind hellgrau unterlegt.

*Abschliessende Empfehlungen*

Beispiele für Projekte und Angebote zum Thema Männer und Sucht werden auf der Internetseite [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) laufend aktualisiert. Entsprechend definiert sich die Internetseite auch selbst: „Das online-Verzeichnis [drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) ist eine komplette Bestandesaufnahme der geschlechtergerechten sowie der frauen- und mÄnnerspezifischen Suchtarbeit in der Schweiz. Es wird laufend aktualisiert.“ RADIX Gesundheitsförderung ([www.radix.ch](http://www.radix.ch)) führt auch zahlreiche mÄnnergerechte Angebote auf sowie eine Literaturübersicht unter der Rubrik „Drehscheibe – MÄnnergesundheit“. Auf der Internetseite des BAG unter „Gender Health – Chancengleichheit in der Gesundheit“ ([www.bag.admin.ch/gender/gender\\_health/d/index.htm](http://www.bag.admin.ch/gender/gender_health/d/index.htm)) sind zahlreiche Links und nützliche Literaturangaben zu finden, darunter die Internetseite [www.genderhealth.ch](http://www.genderhealth.ch), die ein vollständiges Glossar zum Thema führt (bislang nur auf Deutsch).

*Beispiele für Online-Projekte*

---

### 1.3 Interesse für das männliche Geschlecht

Beim Thema Abhängigkeit ist der Mann allgegenwÄrtig: als Konsument, Klient, aber auch als Arzt, Therapeut, Sozialarbeiter, Institutionsleiter usw. Es ist daher schwer vorstellbar, dass das Gesundheitssystem nicht vollständig auf MÄnner ausgerichtet ist. Haben die MÄnner denn nicht alles, was sie brauchen? Weshalb sollte man überhaupt einen Bericht zu diesem Thema verfassen?

*Alles für den Mann?*

Tatsächlich verbergen diese Fakten, dass ein gründliches Nachdenken über die Bedürfnisse von Männern, die Aspekte der männlichen Geschlechterrolle und die Unterschiede in der Behandlung (nahezu) vollständig fehlt. Die feministische Bewegung der 1990iger Jahre hat die Lücken bei der Behandlung von Frauen aufgedeckt und es ist gelungen, die Chancengleichheit nach und nach zu verbessern. Nun ist es an den Männern, sich mit dieser Thematik zu befassen, und zwar nicht, um Macht (wieder) zu erlangen, sondern um spezifische männliche Defizite auszugleichen. Was die Frauen für sich erreicht haben, steht hier nicht zur Debatte; ihr Vorstoss soll lediglich als Beispiel für die Männer dienen.

*Von der feministischen Bewegung profitieren*

Die Etappe, in der begonnen wurde, die Bedürfnisse der Frauen von denen der Männer zu unterscheiden, ist wesentlich. Sie erlaubt es, eine Behandlung den Bedürfnissen, der Lebenserfahrung und den Wünschen der betroffenen Frauen anzupassen. In diesen Behandlungen fühlen sich die Frauen unterstützt und ernst genommen. Der geschlechtergerechte Ansatz verbessert den Zugang zum Hilfesystem und erhöht die Wirksamkeit der Behandlungen von Frauen. Diese Ansätze haben es ihnen ermöglicht, ihre Rollen zu erkennen und zu erweitern, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, eigene Ressourcen zu entwickeln und Lebenspläne zu verwirklichen (siehe Internetseite [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)).

*Die geschlechtergerechten Bedürfnisse kennen*

Und die Männer? Profitieren sie von den Ansätzen, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind? Nicht wirklich. Ein grosser Teil ihrer Bedürfnisse wird von therapeutischen Angeboten im Heimwesen, in der ambulanten Versorgung und bei niederschweligen Angeboten sicher berücksichtigt. Ohne ein gründliches Nachdenken über das Mann sein ist jedoch zu befürchten, dass die therapeutischen Angebote letztlich nur jene Bedürfnisse befriedigen, die dem traditionellen Männerbild entsprechen, das von unserer Gesellschaft vermittelt wird. Die gleiche Gesellschaft, die durch Gebote der Männlichkeit gewisse Individuen geschwächt hat, stellt einen Risikofaktor beim Konsum von psychoaktiven Substanzen dar. Tatsächlich zeigen wissenschaftliche Studien eine Verbindung zwischen der Verinnerlichung der vorherrschenden männlichen Norm und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen (siehe auch Kapitel 2), zu denen der Konsum von Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen zählt.

*Das traditionelle Bild von Männlichkeit weiter entwickeln*

Die Frauen befinden sich seit langem in einem Prozess der Emanzipation; die Männer müssen es ihnen nun gleichtun. Derzeit fehlt jedoch ein systematisches Nachdenken über geschlechtergerechte Ansätze, unabhängig davon, ob sie männlich oder weiblich sind. Der vorliegende Bericht möchte zur Reflexion anregen, indem er theoretische, wissenschaftliche und empirische Grundlagen vermittelt. Gleichzeitig möchte er Fachpersonen auf diesem Gebiet und anderen Akteuren in Erziehung und Bildung sowie in der Politik, Wege und Beispiele aufzeigen.

*Dem Mann erlauben, sich zu emanzipieren: ein Beitrag zur Reflexion*



---

## 1.4 Kommentiertes Glossar

### 1.4.1 Geschlecht (Gender)

„Gender bezeichnet – in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht ("sex") – die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Weil sich diese historisch und gesellschaftlich wandeln können, sind sie einer Gestaltung und Veränderung zugänglich.“ (Definition von [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch))

Die Verwendung der Begriffe „Gender“ und „biologisches Geschlecht“ ist in der Praxis nicht immer einfach. Klar ist zwar, dass der Begriff „Gender“ immer dann verwendet wird, wenn von einem Individuum in einem sozialen Kontext die Rede ist; weniger klar ist die Verwendung des Begriffs im epidemiologischen Zusammenhang. Sollte in einem Fragebogen besser „Gender“ oder „biologisches Geschlecht“ verwendet werden? Welcher begriffliche Bezug verbirgt sich hinter einer solchen Wortwahl und vor allem: Wie werden die beiden Begriffe von den Personen, die den Fragebogen beantworten, verstanden, interpretiert und angewendet? Wir möchten hier festhalten, dass dieses Problem in der deutschen Sprache kaum existiert, da beide Bedeutungen in einem Begriff zusammengefasst werden können (Geschlecht).

### 1.4.2 *Gender Mainstream* oder Der integrierte Ansatz zur Gleichstellung der Geschlechter

Der integrierte Ansatz zur Gleichstellung der Geschlechter besteht in der (Re)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung der Entscheidungsprozesse, mit dem Ziel, dass die an politischer Gestaltung beteiligten Akteure und Akteurinnen den Blickwinkel der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen einnehmen (Definition des Europäischen Rates <sup>(6)</sup><sup>a</sup>).

Der Europäische Rat präzisiert <sup>(6)</sup>: Die Definition des integrierten Ansatzes betont das Ziel, den Prozess, die Gegenstände und die aktiven Personen des „*Mainstreaming*“. Zum „*Mainstreaming*“ zählen die Politikbereiche auf allen Ebenen und in allen Stadien, während die Akteure des „*Mainstreaming*“ die direkt Beteiligten auf diesem Gebiet sind. Beim integrierten Ansatz der Gleichstellung kann der Entscheidungsprozess so reorganisiert werden, dass alle Beteiligten wissen, wie sie die Gleichstellung als selbstverständliches Kriterium bei Entscheidungen einbeziehen können. Eine solche Definition hebt auch hervor, wie der integrierte Ansatz die Unzulänglichkeiten der Gleichstellungspolitik berücksichtigt. Der integrierte Ansatz zur Gleichstellung bedeutet, dass Gleichstellung im aktuellen politischen Geschehen beachtet wird. Dies setzt eine weit gefasste Definition von Gleichstellung voraus, um der Vielfalt und der Unterschiede gerecht zu werden. Wenn die Notwendigkeit zur (Re)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung der Entscheidungsprozesse anerkannt wird, können mit dem integrierten

a Aus dem Französischen übertragen.

Ansatz die männliche Polarisierung der Gesellschaft und die Strukturen der Ungleichheit bei den Geschlechtern in Frage gestellt werden. Für Fragen der Gleichstellung sind nicht mehr Fachgruppen allein verantwortlich, sondern sie verlangen die Beteiligung einer wesentlich grösseren Zahl von Akteuren und Akteurinnen beim Aufbau einer ausgewogenen Gesellschaftsstruktur. Es handelt sich also um ein allgemeines Instrument zur Beschleunigung und Verfestigung der auf Gleichheit ausgerichteten Prozesse in der Gesellschaft<sup>b</sup>.

#### 1.4.3 Geschlechtergerechter Ansatz

„Geschlechtergerecht sind diejenigen Massnahmen, Programme und Projekte, welche bewirken, dass weder Frauen noch Männer direkt oder indirekt benachteiligt werden. Solche Massnahmen stellen sicher, dass Frauen und Männer in ihren Bedürfnissen des sozialen und gesundheitlichen Bedarfs gleichberechtigt behandelt werden.“ (Definition von [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch))

Zusammengefasst bedeutet dies eine Umsetzung der oben aufgeführten Konzepte in die Praxis.

#### 1.4.4 Gleichstellung von Frauen und Männern

„Zieldefinition für die Situation, in der alle Mitglieder einer Gesellschaft ihre persönlichen Fähigkeiten (und gesundheitlichen Potentiale) frei entwickeln und entfalten können, ohne durch geschlechtsspezifische Rollenmuster (Geschlechterrollen) oder sonstige Zuschreibungen eingeschränkt zu werden, und in der die unterschiedlichen Verhaltensweisen, die unterschiedlichen Ziele und die unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern respektiert, anerkannt und gefördert werden.“ (Definition von [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch))

Dem Europäischen Rat zufolge <sup>(6)</sup> wird die Gleichstellung der Geschlechter in Europa seit langem – und bis heute – als das Gewähren gleicher Rechte (*de jure*), gleicher Möglichkeiten, gleicher Bedingungen und der gleichen Behandlung von Mädchen und Jungen wie von Frauen und Männern in allen Lebensbereichen definiert. Heutzutage erkennt man jedoch, dass eine rechtliche Gleichstellung (*de jure*) nicht notwendigerweise zu einer materiellen Gleichstellung (*de facto*) führt. Es ist wichtig zu verstehen, dass sich die Lebensbedingungen von Frauen und Männern stark unterscheiden, was sich teilweise mit der Gebärfähigkeit der Frauen begründen lässt. Das grösste Problem ist nicht das Vorhandensein solcher Unterschiede, sondern der Anspruch, dass diese keine negativen Auswirkungen auf die Lebensbedingungen von Frauen und Männern haben und nicht zu Diskriminierung führen sollen. Im Gegenteil, Ziel ist eine gleichwertige Beteiligung an der ökonomischen, sozialen und politischen Macht. Gleichstellung der Geschlechter bedeutet nicht, dass sie gleichartig oder identisch sein sollen, doch darf sie auch nicht die Lebensbedingungen und die Lebensart der Männer zur Norm erklären<sup>c</sup>.

b Aus dem Französischen übertragen.

c Aus dem Französischen übertragen.

## LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG). (1998). Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... *Ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder, für Fachkräfte und an Drogenarbeit interessierte PolitikerInnen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
2. Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2000). *Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. Ein Instrumentarium für die Praxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
3. Ernst, M.-L., Rottenmanner, I., & Spreyermann, C. (1995). *Frauen Sucht Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
4. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (unveröffentlicht). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
5. Klingemann, H. (unveröffentlicht). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
6. Conseil de l'Europe. (2005). *Qu'est-ce que l'approche intégrée de l'égalité et quelles sont ses origines?* Stand November 2005, on-line: [http://www.coe.int/T/F/Droits\\_de\\_l%27Homme/Egalit%E9/02.\\_Approche\\_int%E9gr%E9e/EG-S-MS%281998%2902r%E9v+1.asp#P89\\_22611](http://www.coe.int/T/F/Droits_de_l%27Homme/Egalit%E9/02._Approche_int%E9gr%E9e/EG-S-MS%281998%2902r%E9v+1.asp#P89_22611).
7. Radix (2000). *La santé au masculin: un manifeste*. Bern: Radix.

## 2. Die Frage der Männlichkeit

### 2.1 „Ein Mann werden“ oder „Doing Gender“

Bereits vor der Geburt sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern vorhanden. Da die Spermatozoiden, die das Y-Chromosom tragen, schneller sind als jene mit dem X-Chromosom, entstehen bei der Befruchtung offenbar mehr männliche Embryonen. Kurz nach der Befruchtung sind diese wesentlich empfindlicher als weibliche Embryonen und sterben häufiger ab<sup>(8)</sup>. Im weiteren Verlauf ist der männliche Fetus für alle Risiken, die vor der Geburt bestehen, weiterhin sehr anfällig. Diese vorgeburtliche Verletzbarkeit scheint sich in den frühen Entwicklungsstadien des Kindes fortzusetzen. Einige Theorien stützen sich auf biologische und genetische Tatsachen, um diesen Unterschied zwischen den Geschlechtern teilweise zu erklären. Andere wiederum betonen die Auswirkung kultureller und sozialer Faktoren, welche diese Verletzlichkeit der Jungen noch verstärken und zur männlichen Identität beitragen. Es ist hier nicht das Ziel, alle soziologischen Theorien vorzustellen, die sich mit der Männlichkeit beschäftigen. Es wird hier lediglich auf einige dieser Theorien Bezug genommen.

Die männliche Identität ist das Produkt eines aktiven Prozesses, der bereits im frühen Kindesalter beginnt. Weiblichkeit und Männlichkeit sind nicht einfach durch die Natur oder die Gesellschaft bestimmt, sie werden erworben, gestaltet und inszeniert (Konzept des „Doing Gender“)<sup>(6)</sup>. Deshalb ist die Einstellung der Eltern ihrem Kind gegenüber einer der wichtigsten Faktoren für die Ausprägung seiner Identität. Da männliche Neugeborene weniger reif sind als weibliche, fordern sie von den Eltern wahrscheinlich grössere Aufmerksamkeit. Dies zeigen einige Studien anhand von Interaktionen und Mimik<sup>(8)</sup>. Von ihrer frühen Kindheit an sind Jungen empfindlicher, feinfühlicher und ängstlicher als Mädchen und suchen mehr körperlichen Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen. Insbesondere Mütter setzen viel Energie und emotionale Bindung ein, um ihre Söhne zu beruhigen, wenn sie erregt sind. Einigen Autoren zufolge geschieht dies zum Nachteil der Entwicklung der Jungen. Mit zunehmendem Alter reagieren Jungen vermehrt auf dieses mütterliche Überengagement. Sie beginnen Kummer und Schmerzen mehr und mehr zu leugnen und ihre Gefühle zu verbergen, um nicht hilfsbedürftig zu erscheinen, selbst wenn es nötig wäre. Dies ist vielleicht eine Art und Weise, sich von der liebevollsten erwachsenen Person zu distanzieren, mit der sie die meiste Zeit verbringen: der Mutter und anderen Frauen, die sie betreuen<sup>(1, 9, 11)</sup>. Jungen, die in einer Einelternfamilie ohne Vater aufwachsen – weil er aufgrund beruflicher Verpflichtungen oder aus anderen Gründen nur selten anwesend ist –, bauen ihre männliche Identität noch stärker als andere über die Distanzierung vom Bild der Mutter auf. Das Bedürfnis, sich von dem, was in ihren Augen weiblich ist, zu distanzieren, kann sich auch in einer übertriebenen Inszenierung von typisch männlichen Verhaltensweisen äussern. Dazu gehört auch der Umgang mit der eigenen

*Bereits der ganz kleine Junge verinnerlicht, dass seine Gefühle für seine Bezugspersonen eine Last sein können*

Gesundheit, mit dem sie sich von weiblichen Verhaltensweisen distanzieren und eine klar männlich ausgerichtete Orientierung entwickeln. Durch geschlechterspezifische Spielzeuge, Spiele, Verhaltens- und Kommunikationsweisen fördern Erwachsene diese stereotype Entwicklung von Jungen und Mädchen zusätzlich <sup>(3)</sup>. So führt der geschlechterspezifische Erziehungsstil bei Jungen in Bezug auf die Identität zu einer Sozialisation, die auf Risikobereitschaft, Erfolg und Leistung ausgerichtet ist, während Mädchen in ihrer Sozialisation eher dazu „gedrängt“ werden, die Gesundheit zu schützen <sup>(7)</sup>.

*Eine allzu stereotype Erziehung nach Geschlechtern*

Später in ihrer Entwicklung werden männliche Jugendliche mit mannigfaltigen sozialen Erwartungen und männlichen Vorbildern konfrontiert und entwickeln daraus ihre eigene individuelle Identität. Auch wenn unsere Gesellschaft heute verschiedene „Männerbilder“ anbietet, (zwar sicherlich weniger zahlreiche und sozial anerkannte als jene für Frauen), die es Jungen erlaubt, sich ihr eigenes, unabhängiges Männerbild zu schaffen, haben die latenten Stereotype noch immer Gewicht. Sie werden in den Gruppen von Gleichaltrigen kultiviert, in denen die jungen Menschen einen Grossteil ihrer Zeit verbringen. Auf jeden Fall ist die Fähigkeit, eine eigene männliche Identität zu entwickeln und damit von einer neuen Sichtweise auf die Geschlechterrollen zu profitieren, wie oben dargestellt, eng mit der eigenen sozialen Umgebung und den individuellen Ressourcen verbunden. Das traditionelle soziale Männerbild postuliert jedoch, dass der Mann seine Unsicherheiten und Ängste nicht offen zeigen darf, da dies als „unmännlich“ gilt. Das führt bei manchen Jugendlichen dazu, dass sie Signale ihres Körpers und ihre Gefühle nicht mehr als Zeichen des Wohlbefindens oder des Unbehagens wahrnehmen wollen, und bringt sie dazu, ihre eigenen oder die von anderen gesetzten Grenzen zu überschreiten. Die negativen Folgen einer zu starken Verinnerlichung des traditionellen Männerbilds für die Gesundheit, das Sozialverhalten und die Beziehung zum anderen Geschlecht sind heute sehr gut dokumentiert <sup>(1, 9, 11)</sup>.

*Die Geschlechterstereotype werden in den Jugendgruppen gefestigt*

---

## **2.2 Die Konstruktion der Männlichkeit und ihr Einfluss auf die Gesundheit von Männern**

(Eine Literaturübersicht zu diesem Thema findet sich bei Courtenay <sup>(5)</sup>, aus dessen Arbeit der grösste Teil dieses Kapitels entnommen ist).

### **2.2.1 Einführung**

In der Schweiz ist die Lebenserwartung von Männern bei der Geburt um 7 Jahre geringer als die von Frauen (Durchschnitt von 1988 bis 2003) <sup>(2)</sup>. Männer suchen weniger häufig einen Arzt auf als Frauen, es sei denn, sie leiden an schwerwiegenden Krankheiten (siehe auch 2.2.4). Ihre Lebensweise ist mit erhöhten Gesundheitsrisiken verbunden, und sie betrachten ihren Körper als eine Art „Maschine“, die dazu dient, die ihnen auferlegten Leistungsanforderungen zu erfüllen, und die bei einer Panne mit Hilfe von Medikamenten repariert werden kann. In den Augen vieler

Männer ist es ein Zeichen von Schwäche, einen schlechten Gesundheitszustand zuzugeben, umso mehr, wenn es sich um die psychische Gesundheit handelt <sup>(13)</sup>. Während die Frau ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Familie auffallend viel Aufmerksamkeit widmet, nimmt der Mann häufig mit Risiken verbundene Verhaltensweisen an. Dazu zählt der Konsum von Alkohol, Tabak oder illegalen Drogen, schnelles Autofahren und/oder Fahren unter Alkoholeinfluss, nicht anlegen des Sicherheitsgurtes, aggressives oder gewalttätiges Verhalten usw. Auf diese Verhaltensweisen Einfluss zu nehmen, ist ein wichtiges Anliegen des Gesundheitswesens, denn sie gehören zu den entscheidenden Faktoren, die auf die Gesundheit des Individuums und der ganzen Gesellschaft einwirken. Gesundheitsgefährdende Einstellungen und Verhaltensweisen sind aber Mittel, die manche Männer anwenden, um ihre Männlichkeit, ihre Potenz, ihre Kraft und letztlich ihre Macht über die Frauen zu beweisen; das Eingehen von Risiken ermöglicht ihnen, ihren sozialen Status gegenüber den Frauen zu festigen. Das noch weitgehende Fehlen von wissenschaftlichen Studien, die diesen Sachverhalt untersuchen, deutet darauf hin, dass die für die Gesundheit der Männer schädlichen Verhaltensweisen als eine natürliche und unvermeidbare Tatsache betrachtet werden und damit die männliche Vorherrschaft aufrecht erhalten wird <sup>(4)</sup>. Erst unter dem Anstoss der feministischen Ansätze gibt es erste Untersuchungen, die sich diesen Fragen widmen. In, dass die für die Gesundheit der Männer schädlichen Verhaltensweisen als eine natürliche und unvermeidbare Tatsache betrachtet werden und damit die männliche Vorherrschaft aufrecht erhalten wird <sup>(4)</sup>. Erst unter dem Anstoss der feministischen Ansätze gibt es erste Untersuchungen, die sich diesen Fragen widmen.

*Männlichkeit und  
Gesundheitsverhalten:  
die Zusammenhänge*

### **2.2.2 Die Geschlechteridentität: ein konstruiertes Modell**

Feministische Ansätze haben dazu geführt, den Begriff „Geschlecht“ als konstruktivistisch zu verstehen. Dadurch lässt sich vermeiden, dass das Verhältnis zwischen Mann und Frau in einer deterministischen Geschlechterbeziehung erstarrt, die sich auf die Tatsache des Angeborensens stützt. Demnach handeln Männer und Frauen nach einem Verständnis von Männlichkeit oder Weiblichkeit, das sie in ihrer Kultur erworben und verinnerlicht haben. Das Geschlecht ist daher eine soziale Konstruktion, die sich mehr aus der Interaktion zwischen den Individuen als in den Individuen selbst entwickelt. Der feministische Ansatz schlägt daher eine dynamische, entwicklungsfähige und soziale Sichtweise der Geschlechter vor, die in einer Kultur und in einer Epoche verankert ist. Auch wenn jedes Individuum seine eigenen Eigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen besitzt, versucht es, sich dem sozialen Bild seines Geschlechts anzupassen, so wie es dieses verinnerlicht hat – oder es glaubt zumindest, dies tun zu müssen. So wiederholt es in einer mehr oder weniger bewussten Dynamik Stereotype, die das Bild anderer Individuen konstruieren. Gemäss dieser Theorie ist der Mann oder der Jugendliche weder das passive Opfer einer vorgeschriebenen sozialen Rolle, noch haben ihn die Kultur und die vorherrschenden sozialen Normen geformt. Vielmehr verhält er sich geschlechterkonform, und erhält das konstruierte Modell dadurch aufrecht (siehe auch Kapitel 2.1).

### 2.2.3 Mann sein: eine Form von Druck und eine Art Eigentor

Die Normen der männlichen Vorherrschaft werden über die Werbung durchgesetzt, aber auch über soziale Strukturen wie Schule, Arbeitswelt und Politik. Dies führt zu einer wechselseitigen Verstärkung der sozialen Vorstellungen (Erwartungen) und Reaktionen der Individuen. Dies kann auch als sozialer Druck verstanden werden, durch den das Kind, der Jugendliche und der Erwachsene aufgefordert oder angeregt wird, denjenigen sozialen Normen zu entsprechen, die ständig suggeriert und als dominant erlebt werden. Dennoch wollen viele Männer diesem vorgegebenen Bild nicht entsprechen, in dem sie sich nicht wieder erkennen. Sie wollen das männliche Stereotyp verändern, um ihre eigene Vorstellung von Männlichkeit ausleben zu können, ohne jedoch von anderen Männern und Frauen als „Schwächlinge“ wahrgenommen zu werden. Hier spielt die normative Wahrnehmung eine wichtige Rolle. Die Vorstellung, dass ein typisches Verhalten erwartet wird, führt dazu, dass sich Individuen nicht bemühen, diese Stereotypen zu überprüfen, und daher ein soziales Verhalten übernehmen, von dem sie glauben, dass es von ihnen erwartet wird. Sich nicht dem Stereotyp des starken, robusten, selbstsicheren Mannes anzupassen, würde in diesem Fall bedeuten, einen sozialen Ausschluss zu riskieren. Aber gibt es denn eine realistische Alternative, um nicht an der „sozialen Erwartung“ an einen Mann zu scheitern? Für beide Geschlechter bedeutet eine solche soziale Vorstellung eine Einengung und eine Falle, denn „Männer“ und „Frauen“ sind keine homogenen Kategorien. Es gibt genauso viele Arten von Männern oder Frauen wie Individuen und genauso viele Unterschiede zwischen dem soziokulturellen, ökonomischen, ethnischen usw. Status innerhalb einer Geschlechtergruppe wie zwischen den Geschlechtern. Einige Autoren <sup>(15)</sup> haben übrigens vielfältigere Typologien der Männlichkeit entwickelt, und Männer in vier Kategorien eingeteilt. Diese reichen von Individuen mit einem integrierten Konzept von traditioneller Männlichkeit bis hin zu Individuen, die den Status des „neuen Mannes“ fordern und sich nicht in diese Schemata zwingen lassen. Aus soziologischer Sicht dürfen die vorherrschenden Strömungen und Tendenzen bei den Geschlechtern jedenfalls nicht ignoriert werden.

*Die Spirale der Wiederholung von Stereotypen beim männlichen Geschlecht*

### 2.2.4 "Du bist ein Mann, du weinst nicht!"

In der Tat hat die Gesellschaft ihre Vorstellung von Gesundheit auf dem Bild eines virilen, starken, risikobereiten Mannes aufgebaut und so dominante, männliche Normen der Gesellschaft gestützt. Das Streben nach Macht und Vorherrschaft des männlichen Geschlechts führt bei manchen Männern zu riskanten Sozial- und Gesundheitspraktiken, die paradoxerweise ihrer Gesundheit schaden. So lässt sich eine Liste von verinnerlichten Geboten aufstellen, die mit der traditionellen sozialen Vorstellung von Männlichkeit in unseren industriellen westlichen Gesellschaften verbunden sind und die Männern erlauben, männlich zu sein:

- Du zeigst dich stark, robust, aggressiv und imponierst damit
- Du bist weder schwach noch verletzlich
- Du fühlst dich nie schlecht, du gibst deinen Schmerz nicht zu
- Du kontrollierst ständig deine Gefühle und deinen Körper

- Du achtest nicht auf deine eigenen Bedürfnisse
- Du brauchst niemals Hilfe

Sich nicht um die eigene Gesundheit zu kümmern, Sicherheitsvorschriften nicht zu beachten, sich zu weigern, bei Unwohlsein die Arbeit niederzulegen, wenig Schlaf, sich alkoholisiert ans Steuer zu setzen – all dies gilt als „normales“ männliches Verhalten, weil es erwartet oder gar gesellschaftlich verlangt wird. Für einen Mann bedeutet krank sein in den Augen anderer Männer Schwäche, was zu einem Machtverlust führt.

*Mann sein heisst, sich nicht um die eigene Gesundheit zu kümmern*

Die sozialen Gebote, auf denen männliche Identität aufgebaut ist, können verhindern, dass ein Mann sich traut, seine Schmerzen zu äussern und einen Arzt zu konsultieren, der ihm hilft, etwas für seine Gesundheit zu tun. Die Rolle der Selbstbeherrschung, die vom männlichen Geschlecht verlangt wird, nimmt einen wichtigen Stellenwert bei den Überlegungen zu den therapeutischen Ansätzen ein. Die Geschlechter-Statistik der Konsultationen von Patienten in Allgemeinpraxen <sup>(12)</sup> spricht für sich: Männer bis zum Alter von 74 Jahren suchen generell weniger häufig einen Allgemeinmediziner auf (59 %) als Frauen (63 %). Männer über 75 Jahre konsultieren allerdings häufiger als gleichaltrige Frauen mindestens einmal pro Jahr einen Allgemeinmediziner.

Bei Konsultationen aufgrund psychischer Störungen wenden sich Betroffene, die professionelle Hilfe suchen, zu etwa zwei Dritteln an eine Fachperson mit privater Praxis (Arzt, Psychiater, Psychologe und weitere Berufsgruppen) <sup>(10)</sup>. Das verbleibende Drittel lässt sich in Kliniken behandeln. Im Detail betrachtet scheint es, dass sich Männer (47.9 %) wesentlich häufiger als Frauen (34.9 %) an einen Spezialisten wenden, d. h. an einen Psychiater oder Psychologen. Frauen hingegen konsultieren eher Ärzte ausserhalb des psychiatrischen Fachgebiets (33.3 %), verglichen mit Männern (17.0 %). Das hängt damit zusammen, dass Männer bei schweren und offensichtlichen Beschwerden entsprechende Fachärzte aufsuchen, während Frauen sich frühzeitig um ihre Gesundheit kümmern und deshalb eher Allgemeinärzte konsultieren.

*Der Mann geht seltener zum Arzt, und wenn, dann bei relativ schwerwiegenden Krankheiten, die eine Fachbehandlung durch Spezialärzte erfordern*

### 2.2.5 Vom einheitlichen traditionellen Männerbild zur Vielfalt männlicher Geschlechterrollen

Der Ausdruck von Männlichkeit unterscheidet sich je nach Alter, Kultur, Sozial-, Wirtschafts- und Bildungsstatus sowie sexueller Orientierung. Gemäss diesen Kriterien demonstrieren Männer ihre Männlichkeit durch das Tragen einer Waffe, mit ihren Fäusten, in ihrer Sexualität, beim Sport, durch körperliche Stärke, durch Prestigeobjekte wie Autos oder durch ihre Finanzkraft. In unserer Gesellschaft, die sich wandelt und in der traditionelle Bezugsrahmen sich auflösen, ist die klassische Kernfamilie – ein Paar mit Kindern – nicht mehr unbedingt die Norm. Die Frauen bringen die traditionellen sozialen Rollen ins Wanken, indem sie sich beruflich engagieren und politisch aktiv sind. Manche Männer sehen sich dadurch selbst mit der Doppelbelastung „Familie und Arbeit“ konfrontiert, wobei die Ansicht vorherrscht, sie müssten sich im Beruf wesentlich stärker



engagieren als in der Familie. In dieser neuen Rolle erhalten Männer jedoch – ebenso wie die Frauen übrigens – nur wenig Anerkennung von ihrer Umgebung, wenn nicht gar Kritik oder Missfallen. Sie sind hin und her gerissen zwischen ihrer traditionellen Rolle als Geldverdiener und dem Wunsch, anwesende und aufmerksame Väter zu sein. Zwischen diesen beiden Rollen stehend wissen viele Männer nicht mehr, wie sie sich verhalten sollen, um ihre Macht und ihre Stellung zu bewahren und nicht die Rolle und die Stellung von Frauen übernehmen zu müssen. Weil ein klarer Bezugsrahmen fehlt, zweifeln sie an ihrem Selbstwert. Hinzu kommen Erwartungen und Bedürfnisse der Frauen, die die Männer überrollen, destabilisieren und ängstigen. Was bleibt von ihren traditionellen männlichen Rollen als Vater und Familienoberhaupt übrig? Welchen neuen Formen von Männlichkeit müssen oder können sie Ausdruck verleihen? Heute wissen die Männer nämlich, was sie nicht sein sollten, nämlich gebieterisch, gewalttätig, machtbesessen, omnipräsent usw. Weniger klar für sie ist dagegen zu erkennen, was sie eigentlich sein sollten.

*Es gibt nicht genügend Alternativen zu den traditionellen Formen von Männlichkeit*

## 2.2.6 Zusammenhang zwischen stereotyper männlicher Identität und dem Konsum psychoaktiver Substanzen

Einer bestimmten sozialen Klasse anzugehören, kann die Ausprägung bestimmter Formen von Männlichkeit erleichtern oder erschweren. Wenn die sozialen Ressourcen für die Entwicklung einer eigenen, männlichen Identität beschränkt sind, wie dies der Fall ist bei Männern einer ethnischen Minderheit, solchen, die sozial benachteiligt sind, einen niedrigen Bildungsstand oder eine abweichende sexuelle Orientierung (Homosexualität) haben, begünstigt dies die Entwicklung einer männlichen Identität, die stark von vorherrschenden Stereotypen geprägt ist. Nun aber zeigen immer mehr wissenschaftliche Untersuchungen, dass offensichtlich ein Zusammenhang besteht zwischen einer Verinnerlichung der vorherrschenden männlichen Normen und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Dazu gehören der Konsum von Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen.

*Individuelle und soziale Ressourcen ermöglichen eine Veränderung des traditionellen Männerbildes*

*Ein stereotypes Bild der Männlichkeit fördert gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen*

In der Tat ist der problematische Konsum psychoaktiver Substanzen bei manchen Männern als Ausdruck ihrer Männlichkeit zu verstehen <sup>(14)</sup>. Dieser Konsum erleichtert ihnen die soziale Integration und sie versuchen ihre Probleme zu lösen, indem sie diese aus ihrem Bewusstsein verdrängen und nach aussen tragen. Diese Ambivalenz wird durch das Bedürfnis, vollständige Kontrolle über die eigenen gefährdenden Verhaltensweisen auszuüben, zusätzlich verstärkt. Von diesem Standpunkt aus betrachtet sind das Ausüben von Extremsportarten, die Zugehörigkeit zu einer Jugendbande oder der übermäßige Konsum von Alkohol oder Drogen für einen Mann Ausdruck der Überlegenheit, der Fähigkeit, Grenzen zu überschreiten und der Kraft (auch in Bezug auf Gewalttätigkeit) – aber nur solange der Betreffende zeigt, dass er die Situation vollständig unter Kontrolle hat. Paradoxerweise gehört auch der Rausch zum Ausdruck von Männlichkeit. Sowohl die Zurschaustellung der eigenen Betrunkeneit als auch die Kontrolle über den eigenen, starken Alkoholkonsum sind typisch männliche Verhaltensweisen, die beide das Risiko einer Abhängigkeit bergen.

*Der Konsum psychoaktiver Substanzen als Zeichen von Männlichkeit*

Das Thema Geschlechtergesundheit fordert uns auf, den Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Männern unterschiedlicher Herkunft aus der Perspektive der Entwicklung des sozialen Geschlechts (Gender) zu betrachten. Diese Perspektive zeigt uns Möglichkeiten auf, Einstellungen und Verhaltensweisen von Männern frühzeitig (primärpräventiv) und in allen Bereichen der Hilfestellungen für von Abhängigkeitsproblemen Betroffenen zu verändern.

Die männliche Identität und ihre Auswirkungen auf das Verhalten im Alltag, das Verständnis von Gesundheit, die sozialen Erwartungen anderer Menschen und die Erwartungen an sich selbst zu hinterfragen, ist ein viel versprechender Ansatz, um männliches Dominanzverhalten und dessen negative Folgen für die Gesundheit zu verändern.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Brandes, H., & Bullinger, H. (1996). *Handbuch Männerarbeit*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
2. Bundesamt für Statistik (BFS). (2005). *Lebenserwartung*. Stand November 2005, on-line: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/stand\\_u\\_struktur/blank/kennzahlen0/lebenserwartung.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/lebenserwartung.html).
3. Clerget, S., & Leroy, P. (2005). *Elever un garçon aujourd'hui. En faire un homme, pas un macho*. Paris: Albin Michel.
4. Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Berkeley / Los Angeles: University of California Press.
5. Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
6. Faulstich-Wieland, H. (2000). Sozialisation von Mädchen und Jungen - Zum Stand der Theorie. *Diskurs*, 2, 8-14.
7. Gilles, E. (2005). Pourquoi les jeunes prennent des risques. *Allez savoir!*, 31, 17-23.
8. Kraemer, S. (2000). The fragile male. *BMJ*, 321, 1609-1612.
9. Rohrmann, T. (2002). Jungensozialisation. In D. Bange & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (pp. 261-269). Göttingen: Hogrefe.
10. Rüesch, P., & Manzoni, P. (2003). *La santé psychique en Suisse - Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (OBSAN).
11. Schnack, D., & Neutzling, R. (2000). *Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
12. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN). (2005). *Konsultationsrate Hausärzte*. Stand November 2005, on-line: [http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/6\\_5\\_1\\_1/2002/f/6511.pdf](http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/6_5_1_1/2002/f/6511.pdf).
13. Violi, E. (2003). Les hommes, la masculinité et la santé. *Infothèque*, 15(2), 18-23.
14. Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern - Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
15. Zulehner, P. (2004). Masculine identities: Quantitative evaluation of Germanic men's perspectives on their masculine identity. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(1), 118-124.

## 3. Aspekte und Mechanismen der Abhängigkeit

### 3.1 Entscheidende Faktoren für die Gesundheit und ihre Auswirkungen auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen

Im vorhergehenden Kapitel wurden die normativen und sozialen Aspekte dargestellt, nach denen die Vorstellungen von Männlichkeit verinnerlicht und verkörpert werden. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Entscheidung über den Konsum von psychotropen Substanzen. Für den Konsumeinstieg und die Entwicklung einer Abhängigkeit sind weitere Faktoren entscheidend. Dabei handelt es sich um individuelle Faktoren, die biologischen, genetischen und psychopathologischen Ursprungs sind und mit der eigenen Persönlichkeit (wie Selbstachtung, Selbstvertrauen, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit) zu tun haben. Aber auch die soziale, familiäre, schulische und berufliche Situation sowie gesellschaftliche Faktoren wie Zukunftsperspektiven, soziale Integration, Konsumverhalten, Ehrgeiz und schliesslich auch die Erhältlichkeit bestimmter Produkte spielen eine Rolle. Alle diese Faktoren beeinflussen auch die individuelle Wahrnehmung und das Erleben der eigenen Geschlechtsidentität. Doch darf nicht vergessen werden, dass diese Faktoren ebenso schützend wie gefährdend sein können. Je mehr Schutzfaktoren eine Person hat, desto weniger ist sie anfällig, psychotrope Substanzen in problematischer Weise zu gebrauchen. Es ist das Zusammentreffen von mehreren Faktoren, die über Gebrauch und Missbrauch entscheiden <sup>(6)</sup>. Diese Faktoren spielen bei der Art des Konsums eine Rolle (Experimentieren, gelegentlicher Konsum, chronischer Konsum, Abhängigkeit, gelegentlicher Missbrauch) ebenso wie das Entwicklungsstadium des Individuums. Sie werden in den folgenden Kapiteln dieses Berichts vorgestellt.

*Viele entscheidende Faktoren*

Es ist wichtig, zwischen den Substanzen und ihrer potenziellen Toxizität zu unterscheiden sowie zwischen Art und Kontext des Konsums. Für jede der hier behandelten psychoaktiven Substanzen wird in der Folge auf die verschiedenen Aspekte und assoziierten Risiken eingegangen, abhängig vom Alter der Konsumierenden und dem Kontext.

### 3.2 Das Belohnungssystem

Neueste Daten der Neurobiologie <sup>(8)</sup> zeigen, dass alle Substanzen, die beim Menschen zu einer Abhängigkeit führen (Amphetamin, Kokain, Morphin, Heroin, Cannabis, Nikotin, Alkohol usw.), das Gehirn anregen, Dopamin aus dem Nucleus accumbens, einer subkortikalen Struktur des Gehirns, freizusetzen. Dopamin wirkt im Belohnungszentrum, das die körperliche und psychische Befriedigung eines Individuums beeinflusst. Die psychoaktiven Substanzen regen über eine vermehrte Dopaminproduktion das Belohnungssystem an und führen zu einem Gefühl der Befriedigung.

Normalerweise wird dieses System jedoch ohne psychoaktive Substanzen, durch natürliche Belohnungen wie z.B. Nahrung, Getränke, Sexualität usw. aktiviert. Gemäss diesem Bericht (INSERM) <sup>(8)</sup> ist es mit zunehmender Erfahrung nicht mehr die Belohnung selbst, welche die dopaminspezifischen Neuronen aktiviert, sondern es sind die Signalreize, welche die Belohnung auslösen. Jedes Individuum bildet im Verlauf seiner Entwicklung einen Komplex von Signalreizen aus, die ihm eigen sind und es ihm erlauben, eine Befriedigung vorauszusehen und sich darauf einzustellen. Ein Signalreiz, auf den keine Belohnung folgt, löst Frustration aus. Beim Einnehmen von psychoaktiven Substanzen wird das dopaminspezifische System intensiv aktiviert. Als Folge speichert das Individuum Ereignisse und Konsumkontexte im Gedächtnis ab, die keine physiologische Realität besitzen, die jedoch abhängig machen, weil sie mit dem Konsum des Produkts verknüpft sind. Das dopaminspezifische Konzept der Abhängigkeitsprozesse stellt einen erheblichen Fortschritt beim Verständnis von Drogenabhängigkeit dar. Doch ist Dopamin wahrscheinlich nicht das letzte Glied in einer neuronalen Kette, die weitere Neuromodulatoren enthält. In diesem Expertenbericht konnten beim Belohnungsmechanismus keine geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt werden.

Allerdings lässt sich beobachten, dass Männer und Frauen unterschiedliche neuropsychologische Reaktionen auf Kokain zeigen, doch sind die Ergebnisse dieser Studien nicht übereinstimmend <sup>(13)</sup>. So wirkt Kokain einigen Studien zufolge bei Männern stärker euphorisierend, während bei Frauen die Auswirkungen auf das psychomotorische System deutlicher sind. Bei den Auswirkungen des Kokainmissbrauchs auf die Entwicklung einer Abhängigkeit wurden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern nachgewiesen.

---

### 3.3 Genetische und familiäre Vulnerabilität

Sämtliche Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien haben für Alkoholabhängigkeit einen Erbfaktor aufgezeigt. Obwohl die Faktoren für Vererbbarkeit ätiologisch sehr komplex sind, wird der Einfluss des genetischen Faktors bei Männern auf 40 bis 60 Prozent geschätzt. Bei den schwersten Formen der Abhängigkeit ist die Wahrscheinlichkeit einer genetischen Veranlagung am grössten <sup>(7)</sup>. Es muss allerdings betont werden, dass die Genetik ein Faktor unter vielen ist. Hinzu kommen weitere, entscheidende Faktoren wie die familiäre Umgebung, Ernährungsgewohnheiten, Begleiterkrankungen und die gesellschaftlichen Normen.

Für Kokain wird der Einfluss von genetischen Faktoren <sup>(9)</sup> bei gelegentlichem Konsum auf 39 %, bei Missbrauch auf 79 % und bei Abhängigkeit auf 65 % geschätzt. Kendler <sup>(9)</sup> zeigt, dass die Anfälligkeit für Kokainmissbrauch und -abhängigkeit insbesondere bei Frauen besonders stark von genetischen Faktoren beeinflusst wird.

Was das Rauchen betrifft, so wurde in einer aktuellen Studie <sup>(14)</sup> ein Zusammenhang zwischen Nikotinabhängigkeit und der Variation eines bestimmten Gens mit dem Namen CYP2A6 festgestellt. Dieses Gen kontrolliert die Geschwindigkeit, mit der Nikotin verstoffwechselt wird. Eine bestimmte Variante dieses Gens verlangsamt die Verstoffwechslung von Nikotin und führt dadurch wahrscheinlich dazu, dass die Substanz länger im Gehirn verbleibt. Hinweise auf Geschlechtsunterschiede sind in dieser Studie nicht zu finden.

---

### 3.4 Physiologische Unterschiede

Auf physiologischer Ebene lässt sich feststellen, dass Frauen empfindlicher auf Alkohol reagieren, was im Wesentlichen auf einen unterschiedlich grossen Anteil der Fett- und der Muskelmasse zurückzuführen ist. Das bedeutet, dass Frauen bei gleichem Körpergewicht einen geringeren Anteil an Körperflüssigkeit aufweisen als Männer. Deshalb ist bei der gleichen Menge Alkohol die Konzentration im weiblichen Körper höher als im männlichen, d.h. der Alkoholgehalt ist höher und die Wirkung des Alkohols stärker. Eine schwächere Enzymaktivität im Magen macht Frauen im Vergleich zu Männern noch empfindlicher für Alkohol. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass Frauen rascher und bei geringeren Alkoholmengen gesundheitliche und soziale Probleme entwickeln als Männer <sup>(1,12,15)</sup>. So ist das Risiko für eine Leberzirrhose bei Männern ab 40g Alkohol pro Tag signifikant erhöht, bei Frauen ist dies schon ab 20g der Fall <sup>(3)</sup>.

Bei gleichem Tabakkonsum ist das Risiko von Lungenerkrankungen für Frauen höher als für Männer, wahrscheinlich weil die Lungenoberfläche und das Lungenvolumen bei Frauen kleiner ist (möglicherweise spielen auch Östrogene eine Rolle) und weil Lungenerkrankungen bei ihnen etwa fünf Jahre früher auftreten als bei Männern <sup>(10)</sup>.

Cannabis, insbesondere THC, hat keine Auswirkungen auf die Konzentration des männlichen Testosterons; bei der Frau sind die Auswirkungen während des Menstruationszyklus hingegen sehr deutlich, wie ein Gutachten von Fischer et al. <sup>(5)</sup> zeigt.

Bei Kokain weist eine Studie <sup>(4)</sup> darauf hin, dass die durch die Einnahme ausgelöste Verengung der Blutgefässe im Gehirn der Frau vom Menstruationszyklus beeinflusst wird. Weitere Studien <sup>(2,11)</sup> haben ausserdem gezeigt, dass Frauen bei vergleichbarer Vorgeschichte weniger zerebrale Perfusionsdefekte sowie eine geringere frontale neuronale Schädigung aufweisen als Männer.

Studien, bei denen die Vorgänge im Gehirn mit bildgebenden Verfahren sichtbar gemacht wurden, haben interessante Unterschiede zwischen heroinabhängigen Frauen und Männern ergeben: in weiblichen Gehirnen wurde eine grössere Dichte von  $\mu$ -Opiod-Rezeptoren beobachtet, als in männlichen <sup>(16)</sup>.

## LITERATURVERZEICHNIS

1. Blume, A. (1986). Women and alcohol. *JAMA*, 256, 1467-1470.
2. Chang, L., Ernst, T., Strickland, T., & Mehringer, C. M. (1999). Gender effects on persistent cerebral metabolite changes in the frontal lobes of abstinent cocaine users. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 716-722.
3. Cyr, M. G., & Moulton, A. W. (1990). Substance abuse in women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 17(4), 905-925.
4. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., & Mader, R. (Hrsg.). (2005). *Männer, Frauen, Sucht*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
5. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
6. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
7. INSERM. (2003). *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendances - Expertise collective 2003*. Stand August 2005, on-line: [http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool\\_dom/alcooldom\\_ch15.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_ch15.pdf), <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivealcool.ht>.
8. INSERM. (2004). *Tabac : comprendre la dépendance pour agir - Expertise collective 2004*. Stand August 2005, on-line: <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivetabac.html>, <http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac-dependance.html>.
9. Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (1998). Cocaine use, abuse and dependence in a population-based sample of female twins. *British Journal of Psychiatry*, 173, 345-350.
10. Langhammer, A., Johnsen, R., Holmen, J., Gulsvik, A., & Bjerner, L. (2000). Cigarette smoking gives more respiratory symptoms among women than among men. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(12), 917-922.
11. Levin, J. M., Holman, B. L., Mendelson, J. H., Teoh, S. K., Garada, B., Johnson, K. A., et al. (1994). Gender differences in cerebral perfusion in cocaine abuse: Technetium-99m-HMPAO SPECT study of drug-abusing women. *Journal of Nuclear Medicine*, 35(12), 1902-1909.
12. Lieber, C. S. (1997). Gender differences in alcohol metabolism and susceptibility. In R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (Eds.), *Gender and alcohol: Individual and social perspectives* (pp. 77-89). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
13. Lukas, S. E., Sholar, M., Lundahl, L. H., Lamas, X., Kouri, E., Wines, J. D., et al. (1996). Sex differences in plasma cocaine levels and subjective effects after acute cocaine administration in human volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*, 125(4), 346-354.
14. O'Loughlin, J., Paradis, G., Kim, W., DiFranza, J., Meshfedjian, G., McMillan-Davey, E., et al. (2004). Genetically decreased CYP2A6 and the risk of tobacco dependence: A prospective study of novice smokers. *Tobacco Control*, 13, 422-428.
15. Schenker, S. (1997). Medical consequences of alcohol abuse: Is gender a factor? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(1), 179-181.
16. Zubieta, J. K., Dannals, R. F., & Frost, J. J. (1999). Gender and age influences on human brain mu-opioid receptor binding measured by PET. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 842-848.



## TEIL II

### Altersgruppen, Konsumverhalten, Konsumrisiken und -folgen



## 4. Kindheit und Jugend: Das Individuum und die Bedeutung der Gruppe

### 4.1 Die Stellung der Familie und die Rolle der Eltern in der frühen Kindheit

Der Einfluss des familiären Umfelds ist sowohl durch das Konsumverhalten der Eltern bestimmt als auch durch die Bindung der Eltern zu ihren Kindern. Je nach Qualität dieser Bindung nehmen die Kinder das elterliche Konsumverhalten an oder nicht <sup>(20)</sup>. Wenn Eltern psychoaktive Produkte konsumieren, beeinflusst dies signifikant den Cannabiskonsum ihrer Kinder. Wenn Eltern keine psychoaktiven Substanzen konsumieren, folgt daraus jedoch nicht automatisch, dass sich ihre Kinder abstinenter verhalten. Nahezu alle Studien, die den familiären Einfluss als Vorhersagefaktor für den späteren Substanzkonsum bei Kindern aufzeigen, sind in Nordamerika durchgeführt worden. Die soziokulturellen Verhältnisse dort sind nicht vollumfänglich mit den unseren vergleichbar. Auch der Bericht „Männer und Sucht“ <sup>(14)</sup> weist darauf hin, dass in Europa bisher nur eine entsprechende Studie durchgeführt wurde <sup>(25)</sup>. Bei Männern sind zwei entscheidende Faktoren (die in geringerem Mass auch bei Frauen eine Rolle spielen) die Konsumgewohnheiten der Eltern sowie das elterliche Beziehungs- und Erziehungsverhalten. So haben männliche Drogenkonsumenten überdurchschnittlich häufig einen Elternteil mit einem Drogenproblem, wobei die Probleme der Mutter den Konsum ausschlaggebend beeinflussen. Männer, die spät eine Abhängigkeit entwickeln, sind häufiger in getrennten oder geschiedenen Familien aufgewachsen. Der familiäre Zusammenhalt stellt zudem einen Schutzfaktor dar, da Kinder, die in einer Familie mit starkem Zusammenhalt aufgewachsen sind, signifikant weniger Drogenprobleme haben als andere Kinder. Empirisch-epidemiologische Studien <sup>(44)</sup> zeigen, dass die Möglichkeit, sich den Eltern anvertrauen zu können, einen Schutz gegen den Konsum psychoaktiver Substanzen darstellt. Dieser ist bei Jungen weit stärker zu erkennen als bei Mädchen.

*Familiärer Zusammenhalt und Dialog als Schutzfaktoren für Jungen*

*Die befragten Experten erachten auch die Rolle des Vaters als wichtigen Faktor in Phasen umfassender Veränderung, wie sie die Pubertät darstellt. Sehr oft wird der Vater als scheinbar abwesend wahrgenommen, d. h. als passiver Zeuge bei der Erziehung des Kindes. Daraus ergibt sich zusammen mit dem Fehlen einer männlichen Bezugsperson ein zerbrechliches Vaterbild. Diese Jungen wissen nicht wirklich, was es bedeutet, ein Mann zu sein.*

Die Forschergruppe des ISGF <sup>(14)</sup>, die sich auf die Studie von Kufner <sup>(25)</sup> stützt, stellt fest, dass „Männer ohne Drogenkonsum (...) vergleichsweise in der Kindheit eine sehr viel stärkere familiäre Kohäsion erlebt (haben). Kindheitstraumata wie körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch<sup>1</sup>, emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung traten bei allen untersuchten Männern sehr häufig auf, jedoch bei Drogenkonsumenten signifikant häufiger als bei den Männern

*Sexuellen und körperlichen Missbrauch gibt es auch bei Jungen*

1 Für die Definition von „emotionalem Missbrauch“ siehe: [http://en.wikipedia.org/wiki/Emotional\\_abuse](http://en.wikipedia.org/wiki/Emotional_abuse)

der Kontrollgruppe. Männer mit einer Suchtdiagnose unterschieden sich nur hinsichtlich eines Punktes signifikant von der Kontrollgruppe: sie waren in ihrer Kindheit häufiger emotional missbraucht worden. Die Autoren schliessen aus ihrer Studie, dass eine geringe familiäre Bindung zu einer stärkeren Peer-Gruppenorientierung führt. Dies wiederum erhöhe die Wahrscheinlichkeit der Übernahme von Peer-Gruppennormen und der Situationen, in denen Drogen angeboten werden."

In der zitierten Studie <sup>(25)</sup> wird der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch, körperlicher Vernachlässigung sowie Drogenkonsum und Abhängigkeit analysiert. Wenn auch der Anteil der Jungen, die solche Missbräuche erlebt haben, bei Drogenkonsumenten und abhängigen Personen höher ist als in anderen Gruppen, so lässt sich kein statistischer Zusammenhang nachweisen oder zumindest kein signifikanter. Bei zahlreichen Jungen ist jedoch festzustellen, dass sie von diesem in der Öffentlichkeit nicht wahrgenommenen, ja sogar tabuisierten Problem betroffen sind: Der Prozentsatz von sexuellem Missbrauch in der Kindheit beträgt bei männlichen Personen, die eine Abhängigkeit entwickelt haben, 26.2 %, bei Drogenkonsumenten 21.2 %. Diese Daten entsprechen den Ergebnissen mehrerer Studien, nach denen in Frankreich einer von zehn Männern <sup>(8)</sup> und in der Schweiz 10.9 % der Männer <sup>(15)</sup> als Kind oder Jugendlicher sexuell belästigt wurden. Während dieser Risikofaktor für Abhängigkeit bei Frauen eindeutig nachgewiesen ist, müssen die Auswirkungen bei Jungen noch genauer untersucht und sexuell missbrauchte Jungen so früh wie möglich erfasst werden. Die Störungen, die für sexuell missbrauchte Kinder beschrieben werden <sup>(3)</sup>, sind Besorgnis erregend: Ängste, Phobien, depressive Störungen vom frühesten Kindesalter an, geringes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Identitätsstörungen und emotionale Störungen bei Schulkindern; Suizidgedanken, gestörtes Sozialverhalten und psychische Schwierigkeiten bei Erwachsenen. Der Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren für Abhängigkeit ist offensichtlich; deshalb müssen entsprechende Strategien zur Früherkennung erarbeitet werden. Nur 41.7 % der betroffenen Jungen können sich jemandem anvertrauen <sup>(15)</sup>.

*Ein Tabu: sexueller Missbrauch bei Jungen*

*Missbrauch = erhöhtes Risiko für Konsum und Abhängigkeit auch bei Jungen*

Erforderlich sind speziell auf die Familie ausgerichtete Präventionsmassnahmen. Sie sind unverzichtbar in einer Familienpolitik, die auf die Verbesserung der Lebensqualität von Familien abzielt und auf eine Stärkung der Erziehungsrolle der Eltern, insbesondere derjenigen des Vaters.

Präventive Ansätze bei sexuellem Missbrauch müssen gefördert werden, zum Beispiel solche, die die Kinder dazu ermutigen, das Schweigen zu brechen und über die erlebten Misshandlungen zu sprechen. Eine Sensibilisierung der Fachpersonen für sexuellen Missbrauch bei Jungen muss erreicht werden, damit es leichter fällt, solche Situationen frühzeitig zu erkennen.

## 4.2 Zahlen zum Drogenkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### 4.2.1 Alkohol

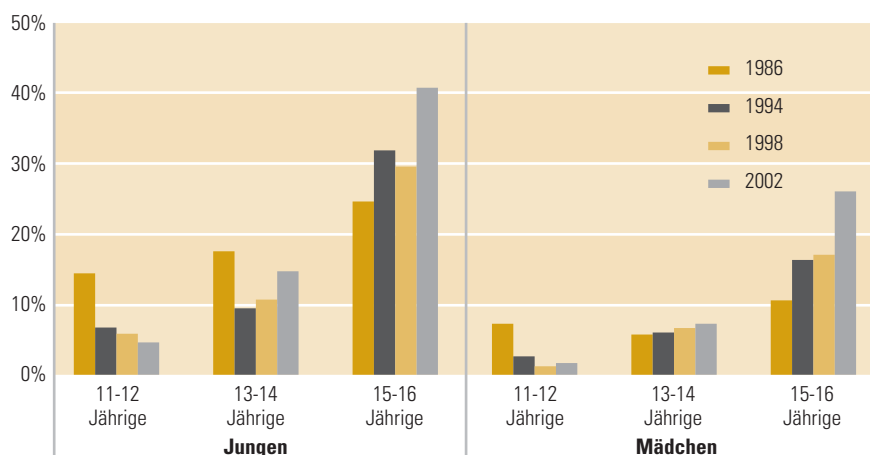
Vier von fünf 13-Jährigen haben bereits mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert; bei den 16-Jährigen sind es bereits 94 %. In der Regel handelt es sich jedoch um ein Ausprobieren aus Neugier. Knapp 10 % der 13-Jährigen haben vierzig Mal oder öfter Alkohol konsumiert. Diese Situation ist Besorgnis erregend, denn je früher ein Kind mit dem Konsum beginnt, desto grösser ist das Risiko, im Erwachsenenalter Probleme mit Alkohol zu entwickeln <sup>(6)</sup>. Dieser Zusammenhang ist bei Mädchen deutlicher ausgeprägt als bei Jungen <sup>(40)</sup>.

*Frühzeitiger Alkoholkonsum ist ein Problem*

Bei den 15- bis 16-Jährigen ist ein wöchentlicher Alkoholkonsum als Risikoverhalten zu betrachten. Seit 1986 nimmt der Anteil der Jugendlichen, die jede Woche Alkohol konsumieren, deutlich zu: Bei den Jungen stieg er von 24.3 % im Jahr 1986 auf 40.5 % im Jahr 2002 und bei den Mädchen von 10.3 % auf 25.8 % <sup>(24)</sup>. Der wöchentliche Konsum erhöht sich ab dem Alter von 13 bis 14 Jahren schneller (siehe Grafik 4.1). Bei den 16- bis 17-Jährigen verändert sich <sup>(34)</sup> der wöchentliche Alkoholkonsum hingegen kaum. Er erreicht bei den männlichen Lehrlingen 54.3 %, bei den weiblichen 31.6 %. Der Anteil bei Mittelschülern (Gymnasiasten) im selben Alter beträgt 68.6 % bei den Jungen und 39.6 % bei den Mädchen.

Grafik 4.1

Wöchentlicher Alkoholkonsum von 11- bis 16-Jährigen (HBSC-Studie 2002 <sup>(24)</sup>)



Bier ist bei den Jungen nach wie vor das bevorzugte alkoholische Getränk (32.9 %), vor Alcopops (21.5 %) und Spirituosen (11.9 %); bei den Mädchen hingegen stehen Alcopops an der Spitze (19.8 %) gefolgt von Bier (10.1 %) <sup>(42)</sup>.

Bei den 16-Jährigen ist der punktuelle übermässige Konsum ein Grund zu grosser Besorgnis. 31.8 % der 16-jährigen Jungen und 25.5 % der 16-jährigen Mädchen haben pro Anlass mindestens fünf Gläser konsumiert und dies ein- bis zweimal in dem Monat, welcher der Erhebung vorausging<sup>(13)</sup>. 19.7 % bzw. 9.7 % der Jugendlichen konsumierten diese Menge mindestens dreimal pro Monat.

Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Unterschiede beim Alkoholkonsum bereits deutlich ausgeprägt. Es müssen daher geschlechterspezifische Ansätze für die Primär- und Sekundärprävention entwickelt werden. Bei Jungen wird man unter anderem mit Vorteil auf das Männerbild eingehen, das mit Alkoholkonsum verknüpft ist, auf das Image des Alkohols als „cooles“ Produkt sowie auf das Rauschverlangen und dessen Bedeutung. Angesichts des wöchentlichen Alkoholkonsums bei 15- bis 16-Jährigen ist es notwendig, Präventivmassnahmen so früh wie möglich zu ergreifen.

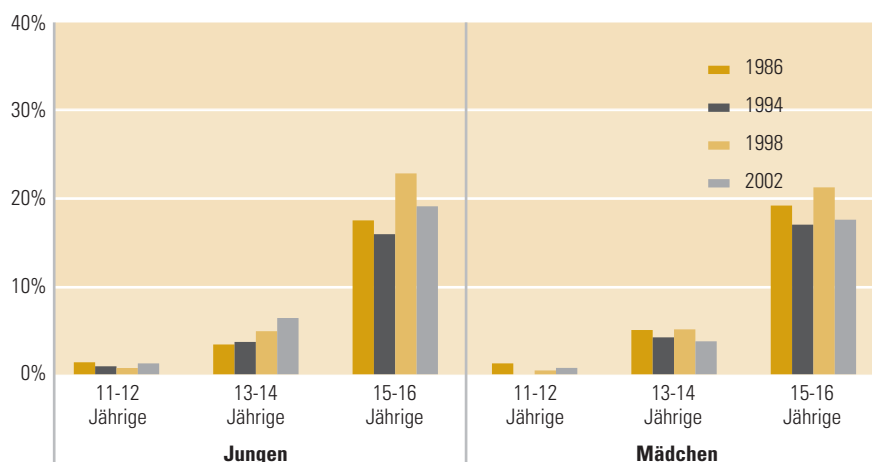
#### 4.2.2 Tabak

Die für den wöchentlichen Konsum von Alkohol beobachtete Beschleunigung ist auch beim Tabakkonsum deutlich zu beobachten: 9 % der 13- bis 14-jährigen Jungen rauchen mindestens einmal pro Woche, gegenüber 26,1 % bei den 15- bis 16-Jährigen<sup>(42)</sup>. Ähnlich verhält es sich bei den Mädchen, wo 7.9 % der 13-bis 14-Jährigen und 25.0 % der 15- bis 16-Jährigen mindestens einmal pro Woche rauchen. Gleiches gilt für den täglichen Tabakkonsum (siehe Grafik 4.2). Die ESPAD-Studie<sup>(13)</sup> ergibt bei den 16-Jährigen 7.8 % Konsumentinnen und 38.2 % Konsumenten. (Es wurde nach dem Konsum der letzten 30 Tage gefragt.)

Die fehlenden nennenswerten geschlechterspezifischen Unterschiede beim Tabakkonsum lassen darauf schliessen, dass sich das Konsumverhalten der Mädchen weiter dem der Jungen annähert. Dies könnte einige Jahre später bei den Erwachsenen zu einem gleichen Konsumverhältnis auf sehr hohem Niveau führen.

**Grafik 4.2**

*Tägliches Rauchen von 11- bis 16-Jährigen (HBSC-Studie 2002<sup>(24)</sup>)*



Die schweizerische Erhebung zur Gesundheit von Schülern <sup>(42)</sup> stellt fest, dass von 20'000 Jugendlichen im Alter von 15 bis 16 Jahren, die täglich Zigaretten rauchen, 69.2 % der Jungen und 70.7 % der Mädchen angeben, bereits morgens, bevor sie zur Schule gehen, zu rauchen; 48.3 % der Jungen und 59.2 % der Mädchen rauchen, weil sie es nicht schaffen, damit aufzuhören. Die Jungen rauchen im Durchschnitt 6.6 und die Mädchen 6.4 Zigaretten pro Tag; 57.3 % der Jungen und 59.0 % der Mädchen zeigen somit mindestens zwei nachgewiesene Symptome von Abhängigkeit.

Bei den 16- bis 20-Jährigen <sup>(34)</sup> treten Unterschiede nicht nur bei den Geschlechtern, sondern auch bei der Ausbildung zutage: Bei den Lehrlingen ist der Tabakkonsum von Mädchen und Jungen ähnlich, sowohl bei den 16 jährigen (29 % Mädchen vs. 25 % Jungen) als auch bei den 20 jährigen (41.3 % vs. 45.2 %). Allerdings steigt die Zahl der Raucher bei den Jungen stärker an. Dieser Unterschied ist bei den Studierenden noch deutlicher ausgeprägt, mit einem Anstieg bei den Mädchen von 17.4 % bei den 16-Jährigen auf 22.4 % bei den 20-Jährigen, wohingegen der Anteil bei den Jungen zwischen 16 und 20 Jahren von 18.4 % auf 34.4 % ansteigt.

Aus der praktisch identischen Konsumprävalenz bei den 15 jährigen Jungen und Mädchen lässt sich nicht unbedingt folgern, dass bei beiden Geschlechtern die gleichen Präventionsmassnahmen zu ergreifen sind. In dieser Hinsicht sind vielmehr die Motive für den Konsum entscheidend. Die in der Folge festgestellte unterschiedliche Entwicklung scheint auf soziale und strukturelle Faktoren hinzuweisen, die den Beginn und die Beendigung des Konsums beeinflussen. Erforderlich sind deshalb geschlechterspezifische Präventionsmassnahmen in den Ausbildungsbetrieben und Berufsschulen, die gemeinsam mit den jungen Erwachsenen getroffen werden.

#### 4.2.3 Medikamente

Zum Medikamentenkonsum von Jugendlichen gibt es nur wenige, allgemeine Angaben. Erfasst ist lediglich der Konsum von Medikamenten als Droge: 2 % der Jungen und 4 % der Mädchen im Alter von 11 bis 16 Jahren geben an, Medikamente wegen ihrer psychoaktiven Wirkung einzunehmen <sup>(42)</sup>.

Bei jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 20 Jahren <sup>(34)</sup> liess sich 2003 eine ähnliche Tendenz wie bei den Erwachsenen feststellen: Junge Frauen wenden Schmerzmittel häufiger an (17.3 %) als junge Männer (5.8 %). Ebenso verhält es sich mit den Schlafmitteln (1.4 % gegenüber 1.0 %). Noch deutlicher ist der geschlechterspezifische Unterschied bei Medikamenten gegen Nervosität und Angst: 7.7 % vs. 1.0 %.

Obwohl die Prävalenz bei den Jugendlichen niedrig ist, weist sie auf ein hohes künftiges Abhängigkeitsrisiko hin, das durch Daten von 16- bis 20-Jährigen gestützt wird. Auch wenn dieses Risiko bei Mädchen deutlicher ausgeprägt ist, sollten präventive Ansätze unbedingt auch Jungen berücksichtigen.

#### 4.2.4 Cannabis

Die beiden grossen Cannabisstudien bei Jugendlichen <sup>(13, 42)</sup> zeigen ähnliche Prävalenzraten: Etwa die Hälfte der Jungen und vier von zehn Mädchen im Alter von 15 bis 16 Jahren haben bereits einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Nahezu doppelt so viele Jungen wie Mädchen geben an, dass sie mindestens 40-mal Cannabis konsumiert haben <sup>(13)</sup>. 34.4 % der Jungen geben an, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung konsumierten und 6.8 %, dass sie dies nur einmal getan haben (HBSC) <sup>(42)</sup>. Das sind insgesamt also 41.2 % Cannabiskonsumenten – eine Zahl, die dicht bei den Ergebnissen der ESPAD-Studie <sup>(13)</sup> liegt (41.6 % der 16-Jährigen waren im Zeitraum der vorhergehenden zwölf Monate Konsumenten). Bei den Mädchen sind die Raten mit ungefähr einem Drittel Cannabiskonsumentinnen niedriger. 31.8 % der 16-jährigen Jungen <sup>(13)</sup> haben in den 30 Tagen vor der Befragung konsumiert, verglichen mit 18.4 % der Mädchen. Dies entspricht einem Anteil von insgesamt 25.8 % Konsumierenden unter den 16-Jährigen, von denen 23.1 % angeben, mindestens 20 mal konsumiert zu haben. Das bedeutet, dass 5.1 % der 16-Jährigen (Jungen und Mädchen zusammengefasst) fast jeden Tag Cannabis rauchen. Dieses Ergebnis ist äusserst Besorgnis erregend.

Diese Tendenz setzt sich bei den 16- bis 20-Jährigen <sup>(34)</sup> fort, bei denen 3.8 % der Mädchen und 12.7 % der Jungen angeben, jeden Tag Cannabis zu konsumieren.

Cannabiskonsum betrifft die Jungen stärker als die Mädchen: Sie konsumieren mehr und häufiger, manche von ihnen gar täglich. Notwendig sind spezifische Ansätze sowohl in der Primär- als auch der Sekundärprävention.

#### 4.2.5 Heroin und Kokain

Bei den 15- bis 16-Jährigen ist die Lebenszeitprävalenz des Heroinkonsums zwischen 1994 und 2002 <sup>(42)</sup> relativ stabil geblieben (allerdings sind diese Daten aufgrund der geringen Zahl Konsumierender statistisch nicht signifikant): Bei den Jungen stieg sie von 1.6 % auf 1.7 %, während sie bei den Mädchen mit 0.6 % unverändert blieb. Diese Rate verändert sich bei den 16- bis 20-Jährigen nicht <sup>(34)</sup>.

Beim Kokainkonsum der Jugendlichen ist die Tendenz von 1994 bis 2002 <sup>(42)</sup> steigend; die Lebenszeitprävalenz steigt bei den Mädchen von 0.7 % auf 1.7 % und bei den Jungen von 1.1 % auf 3.4 % an. Die Lebenszeitprävalenz bei den 16- bis 20-Jährigen <sup>(34)</sup> von 3.6 % bei den Mädchen und 8.1 % bei den Jungen zeigt eine erhöhte Tendenz zum Experimentieren, die bei Jungen stets ausgeprägter ist als bei Mädchen.

Der Heroinkonsum, der seit 1994 stabil ist, wie auch der Kokainkonsum, der bei den Jungen deutlich ansteigt und dreimal höher ist als bei den Mädchen, muss ernst genommen werden. Auch wenn es eine kleine Minderheit betrifft, müssen gezielte Präventionsmassnahmen gegen den Kokainkonsum entwickelt werden, die besonders auf die Jungen ausgerichtet sind.

### 4.3 Psychologische Faktoren

Die Massnahmen zur Vorbeugung von Drogenkonsum konzentrieren sich seit Jahren darauf, das Selbstwertgefühl, das Selbstvertrauen und die Stressbewältigung bei Jugendlichen zu stärken. Zahlreiche Studien belegen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen umso problematischer ist, je geringer das physische und psychische Wohlbefinden ist. Es lässt sich empirisch nachweisen <sup>(43)</sup>, dass ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand bei Jungen wie bei Mädchen ein Risikofaktor für den Konsum aller psychoaktiven Substanzen ist, während psychisches Unwohlsein den Alkoholkonsum von 14- bis 15-jährigen Mädchen steigert. Auf Jungen scheint dieser Faktor keine Auswirkungen zu haben. Fischer et al. <sup>(10)</sup> stellen Folgendes fest: „Wenn es scheint, dass die Mädchen mehr Cannabis konsumieren, um einen negativen Gefühlszustand zu vermindern, ist dies bei Jungen nicht der Fall. Diese konsumieren eher, um sich zu entspannen, sinnliche Wahrnehmungen zu verspüren und neue Erfahrungen zu machen, und um ihren psychischen Zustand positiv zu beeinflussen“.<sup>2</sup>

*Unwohlsein erhöht das Risiko, psychoaktive Substanzen zu konsumieren*

Besonders bei 14- bis 15-jährigen Mädchen lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem eigenen Körperbild und dem Konsum psychoaktiver Substanzen feststellen; Jungen sind in dieser Hinsicht weniger empfindlich <sup>(43)</sup>. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist bei 15- bis 16-jährigen Mädchen mit häufigem Rauscherleben verbunden wie auch mit täglichem Tabakkonsum (HBSC 2002, eigene Berechnungen); für Jungen trifft dies nicht zu, auch nicht für den Cannabiskonsum. Da viele Mädchen (und Frauen) Bedenken haben, dass sie zunehmen, wenn sie das Rauchen aufgeben, rauchen sie weiter. Mehr als vier von zehn 15-jährigen Mädchen (42 %) machen sich Sorgen, weil ihnen etwas an ihrem Körper nicht gefällt, während es bei den Jungen einer von sieben (15,2 %) ist. Nur 5.6 % der 16-jährigen Jungen möchten ihren Körper erheblich verändern, hingegen möchten dies 13.8 % der gleichaltrigen Mädchen <sup>(42)</sup>. Die Sorge

<sup>2</sup> Aus dem Englischen übertragen.

um das Gewicht hat bei Jungen eine andere Dimension als bei Mädchen: Fast jeder fünfte 16-jährige Junge fühlt sich zu dünn, während dies nur bei einem von 12 Mädchen der Fall ist <sup>(42, 34)</sup>. Hier lässt sich eine Verbindung herstellen zu dem Wunsch – und dem Zwang? – muskulös zu sein, um dem maskulinen Schönheitsideal von Werbung, Film und Gleichaltrigen zu entsprechen.

*Das maskuline Schönheitsideal als Risikofaktor*

Jungen haben grösseres Selbstvertrauen. In allen Altersstufen zwischen 11 und 16 Jahren halten sie sich für selbstsicherer als die Mädchen. Im Durchschnitt haben 85.7 % der 11- bis 16-jährigen Jungen gegenüber 70.5 % der Mädchen Selbstvertrauen. Diese Feststellung wird durch ein hohes männliches Selbstwertgefühl gestützt: 82 % der 11- bis 16-jährigen Jungen glauben, dass sie etwas wert sind, gegenüber 72 % der Mädchen <sup>(42)</sup>. Die Aussagen dieser Studie beruhen auf Selbsteinschätzungen (*self reporting*). Da stellt sich die Frage, ob Jungen nicht entsprechend dem vorherrschenden und erwünschten Männerbild antworten, und damit möglicherweise ein geringes Selbstwertgefühl verbergen. Kann sich ein Jugendlicher angesichts des herrschenden, traditionellen Männerbildes wirklich eingestehen, wenn es ihm schlecht geht?

*Die Jungen sind selbstsicherer*

*Jungen trauen sich nicht so leicht zuzugeben, dass es ihnen schlecht geht*

Beim Suizidverhalten ist bei Jungen zu befürchten, dass die Diskrepanz zwischen dem, was sie sagen und der erlebten Wirklichkeit besonders ausgeprägt und Besorgnis erregend ist. Sowohl in der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen <sup>(42)</sup> wie auch der 16- bis 20-Jährigen <sup>(34)</sup> ist der Anteil der Mädchen, die erklären, häufig an Suizid gedacht zu haben, signifikant höher als bei den Jungen. In Zahlen lautet dieses Verhältnis 3.6 % bei den Jungen und 8.2 % bei den Mädchen zwischen 14 und 16 Jahren und bei den 16- bis 20-Jährigen 13 % bzw. 21.6 %. Suizidversuche sind bei Mädchen in den untersuchten Altersgruppen ebenfalls häufiger (1.9 % der 14- bis 16-jährigen und 3.2 % der 16- bis 20-jährigen Jungen vs. 3.9 % und 8.2 % der Mädchen). Die Suizidrate bei Männern liegt in der Schweiz bei 29.3 pro 100'000 Einwohner und ist 2.5-mal höher als bei den Frauen <sup>(48)</sup>. Falls die Eigenschaft, fehlendes Interesse am eigenen Körper zu haben, was ja auch mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen assoziiert ist, eine typisch männliche Komponente ist, (wie Klingemann <sup>(23)</sup> mit Referenz auf Kilmartin <sup>(22)</sup> postuliert), hat sie sicher Einfluss auf das Suizidverhalten von erwachsenen Männern. Hier muss die Schwierigkeit, Gefühle und Unbehagen auszudrücken, besonders berücksichtigt werden um eine mänderspezifische Suizidprävention entwickeln zu können – was bisher vernachlässigt worden ist (vgl. Holenstein <sup>(19)</sup>).

*Suizid: Die Jungen schweigen das Thema tot...*

*... aber handeln eher.*



Traditionelle Bilder von Männlichkeit, das des starken Jungen wie das des Schwächlings, müssen hinterfragt und mit den Jungen selbst diskutiert werden. Sie sollen ermutigt werden, ihre Gefühle, Ängste und Zweifel auszudrücken. An einer solchen Diskussion müssen auch Mädchen beteiligt sein, denn es gilt, Stereotype zu differenzieren und vorgefasste Meinungen auf beiden Seiten zu revidieren.

Es ist jedoch darauf zu achten, dass den Jugendlichen keine neuen Normen auferlegt werden und dass sie das Recht und die freie Wahl haben, selbst zu entscheiden. Es geht also darum, jeder und jedem andere Standpunkte und neue Perspektiven anbieten zu können. Das Variablenmodell „balanciertes Junge- und Mannsein“<sup>(34)</sup> zeigt zahlreiche Wege auf, die zu diesem Ziel führen.

#### 4.4 Risikoverhalten und Männlichkeit

Risikoverhalten beginnt sich häufig in der Pubertät abzuzeichnen, einer Phase der Entwicklung, in der die Jungen besonders anspruchsvolle Ziele bewältigen müssen: die gefühlsmässige Trennung von den Eltern, das Erreichen von wirtschaftlicher Eigenständigkeit, die Herausbildung ihrer persönlichen Identität und einer sexuellen Orientierung – und dies in einer Gesellschaft ohne klare Bezugsrahmen, da heute sehr unterschiedliche Wertvorstellungen vorhanden sind.

Hin und her gerissen auf ihrer Suche nach Selbstwertgefühl und Zugehörigkeit zu einer Gruppe entwickeln die Jugendlichen, Mädchen wie Jungen, bestimmte Risikoverhaltensweisen, die den Willen ausdrücken, sich von Unbehagen zu befreien, sich zu wehren, um schliesslich ein eigenes Leben führen zu können<sup>(30)</sup>. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, wie sie dieses Unbehagen ausdrücken, sind bekannt: Mädchen richten ihr Leiden eher nach Innen und gegen sich selbst und tendieren zu psychischen Störungen wie Depressionen oder Angst, während Jungen ihr Unwohlsein eher ausagieren und durch Risikoverhaltensweisen ausdrücken (z.B. Provokationen, Herausforderungen und Grenzüberschreitungen), zu denen auch der Konsum von psychoaktiven Substanzen gehört<sup>(4)</sup>. Sie werden von Gleichaltrigen dazu angeregt, die in ihrer jugendlichen Vorstellung Risikoverhaltensweisen als Zeichen von Männlichkeit bewerten<sup>(30)</sup>. Es geht darum, zu zeigen, „was ein Mann drauf hat“ und dass man(n) kein Feigling ist. Bei Männern sind Verhaltensweisen wie der Konsum von psychoaktiven Substanzen wie z.B. Alkohol im Übrigen sozial akzeptiert und verbreitet. Zur Veranschaulichung sei das „Kampftrinken“ erwähnt, ein typisch männliches Initiationsritual, bei dem die Teilnehmer beweisen können, dass sie „echte Männer“ sind. Dasselbe Verhalten würde Mädchen in einer Gruppe sicher nicht als echte Frauen qualifizieren, ganz im Gegenteil<sup>(29)</sup>. In dieser Hinsicht scheint typisch männliches, extravertiertes

*Das Jugendalter:  
eine unglaubliche Herausforderung!*

*Jungen: extravertiert  
Mädchen: introvertiert*

*Risikoverhalten:  
Jungen wertet es auf, Mädchen ab*

Risikoverhalten als sozial „erwünschter“ als dies bei der weiblichen, introvertierten Rolle der Fall ist. So wird das Risikoverhalten der Jungen auch von Mädchen übernommen; umgekehrt trifft dies jedoch nicht zu. Die Annäherung des Verhaltens von Mädchen beim Konsum psychoaktiver Substanzen an das der Jungen veranschaulicht diese Tendenz <sup>(4)</sup>.

Risikoverhaltensweisen scheinen ausserdem Moden unterworfen, bei denen nicht geklärt ist, weshalb sie auftauchen und wieder verschwinden. Das Medienecho, das bestimmten Formen von Risikoverhalten zuteil wird, könnte zu einer Zunahme dieser Praktiken bei Jugendlichen führen, wenn diese Verhaltensweisen heroisierend dargestellt werden. Das bewusste oder unbewusste Verlangen, Spektakuläres zu zeigen, ist Bestandteil des Risikoverhaltens.

*Das positive Medienecho macht  
Risikoverhaltensweisen attraktiv*

Beim Konsum von psychoaktiven Substanzen haben Jungen ein geringeres Gefahrenbewusstsein als Mädchen <sup>(42)</sup>. Eine Ausnahme bildet das Rauchen, wo fast so viele Mädchen (13.4 %) wie Jungen (16.1 %) der Meinung sind, dass Rauchen nicht schädlich sei. Doppelt so viele Jungen wie Mädchen finden hingegen den Konsum von Alkohol (17 % vs. 7.9 %), Heroin (3 % vs. 1.5 %) und Cannabis (16.5 % vs. 8.7 %) nicht gefährlich. Die Tendenz der Jungen, Risiken zu unterschätzen, ist auch beim Autofahren (41.1 % vs. 28.6 %) und bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr (10.5 % vs. 3.5 %) zu finden.

*Risikoverhalten:  
bei Jungen anerkannter*

Aber unabhängig davon, ob das Risikoverhalten sozial anerkannt ist oder missbilligt wird, bedeutet es für die Jugendlichen auch Nervenkitzel und Vergnügen. Die Belohnung besteht zunächst im Erleben, dem Gefühl selbst, und anschliessend in der Tatsache, eine Herausforderung gemeistert zu haben <sup>(12)</sup>. Die eigenen Grenzen zu überschreiten bedeutet Selbstbestätigung, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von der Familie. Hinzu kommt ein Gefühl der Unverletzbarkeit, vom „Spielen mit dem Tod“. Jungen werden deutlich stärker von intensiven Erlebnissen angezogen als Mädchen <sup>(34)</sup>.

Das *sensation seeking* war Gegenstand zahlreicher Studien, die insbesondere versuchten, dessen Ursachen zu erklären <sup>(50)</sup>. Der *sensation seeker* wurde als Individuum mit einem Bedürfnis nach unterschiedlichen neuen und komplexen Erfahrungen und Erlebnissen definiert sowie dem Wunsch nach körperlich und sozial riskanten Aktivitäten, mit dem Ziel, ein hohes Erregungsniveau aufrechtzuerhalten. Ob das Erregungsniveau und die geistige Erregung individuell unterschiedlich sind und Risikoverhalten deshalb einen genetischen Aspekt aufweist, ist eine bisher nicht bestätigte Annahme. Es wurde jedoch eindeutig nachgewiesen, dass das *sensation seeking* eine Dimension ist, die bei mehreren Formen von Sucht eine Rolle spielt <sup>(50)</sup>. Es könnte daher einer der wichtigsten Faktoren sein, der insbesondere bei sehr jungen Menschen erste Rauschzustände mit Alkohol fördert <sup>(1)</sup>. Eine Studie zeigt <sup>(37)</sup>, dass junge, erwachsene Nichtraucher, die *sensation seeker* sind, anfänglich empfindlicher auf die subjektive Wirkung von Nikotin reagieren. Das *sensation seeking* ist im Übrigen ein Vorhersagefaktor für den Mehrfachkonsum von Alkohol, Tabak und Marihuana <sup>(32)</sup>.

*sensation seeking – ein Risiko für  
Abhängigkeit*

Einige Autoren vertreten jedoch die Ansicht, dass das *sensation seeking* auch zu risikoreichen Aktivitäten im positiven Sinn führen kann<sup>(17)</sup>. Dazu zählen Rafting, Sportklettern und andere Extremsportarten, die heute in sicherer Weise ausgeübt werden. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen jugendlichen Verhaltensweisen mit negativem Risiko und einem Mangel an Herausforderungen wie auch an sozialen und materiellen Ressourcen.

*Die befragten Experten greifen auch die Frage des Risikoverhaltens unter den Aspekten des so genannten „Risikomanagements“ oder des „kontrollierten Risikoverhaltens“ (siehe zum Beispiel das Konzept „risflecting.at“) sowie der Erlebnispädagogik auf. Übereinstimmend mit den Jugendlichen betonen sie, dass das Risikoverhalten – die Herausforderungen – auch in ihrem Alltag verankert ist. Beispiele dafür sind eine Prüfung abzulegen oder ein Vorstellungsgespräch bei einem möglichen Arbeitgeber zu führen.*

Der Zusammenhang zwischen dem *sensation seeking* und dem Konsum psychoaktiver Substanzen muss Fachleute dazu anregen, für diese Bevölkerungsgruppen spezielle, insbesondere männerspezifische Ansätze der Frühprävention zu entwickeln. Diese sollten auf das Risikoverhalten selbst wie auch auf den damit verbundenen Konsum von psychoaktiven Substanzen ausgerichtet sein. Das Konzept des Risikomanagements ist bei diesen Ansätzen mit einzu-beziehen.

So gesehen ist das Steuern von Erlebnissen und das Anbieten von Aktivitäten mit Nervenkitzel mit kontrolliertem Risiko eine Möglichkeit, die je nach Zielgruppe erwägenswert ist.

---

## 4.5 Die Gleichaltrigen

Die Jugend ist die Zeit der Cliques und Banden, der Freunde „auf ewig“, der Zugehörigkeit und der Unabhängigkeit, der ersten Liebesbeziehungen usw. Die Freizeit wird mit Freunden und Freundinnen verbracht<sup>(43)</sup>: 31 % der Jungen und 25 % der Mädchen verabreden sich vier bis fünf Mal pro Woche unmittelbar nach der Schule. Ist der abendliche Ausgang im Alter von 12 bis 13 Jahren noch die Ausnahme, nimmt die Häufigkeit mit 15 Jahren zu. In diesem Alter geben die Jugendlichen an, etwa zweimal pro Woche auszugehen. Dabei machen sich 5 % der Jugendlichen Sorgen, weil sie keine echten Freundinnen oder Freunde haben. Der Kontakt mit Gleichaltrigen ist notwendig, um Sozialkompetenzen zu erwerben. Männliche Jugendliche möchten einer Gruppe angehören und gleich wie die anderen sein, um ihre soziale Stellung zu stärken. Weibliche Jugendliche hingegen wenden sich lieber einer einzigen Freundin oder einem einzigen Freund zu. Es lässt sich feststellen, dass die Jungen die Erwartungen und das Verhalten Gleichaltriger häufig falsch einschätzen: So werden das Risikoverhalten und der Substanzkonsum der Gleich-

*Die Bedeutung von Freunden und Freundinnen*

altrigengruppe vom einzelnen meist überschätzt. Die meisten Jugendlichen glauben, dass die anderen bereits Alkoholexzesse erlebt, Cannabis geraucht, sich riskant verhalten haben oder sexuelle Beziehungen eingegangen sind, obwohl dies nicht unbedingt der Realität entspricht. Diese Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Wirklichkeit ist problematisch, weil sie eine falsche soziale Erwartung zur Folge hat, eine Art Druck hin zu einer Norm, die es in Wirklichkeit gar nicht gibt. Wenn ein Jugendlicher davon ausgeht, dass „es alle anderen auch schon getan haben“, wird er sehr viel eher bereit sein, dies bei Gelegenheit ebenfalls zu versuchen <sup>(18)</sup>.

*Normative Vorstellungen:  
eine Art Eigenton*

Dieser Ansatz wird empirisch gestützt <sup>(26)</sup>: Sowohl für Rauschzustände wie beim Cannabiskonsum bestätigt sich ein Zusammenhang zwischen individuellem Konsum und dem Konsumverhalten der gleichaltrigen Bezugsgruppe. Wenn die Schüler, die auf dem Pausenhof oder kurz vor Schulbeginn Cannabis konsumieren, zahlreich sind, scheinen sie eine soziale Norm zu schaffen, die den Cannabiskonsum nicht nur in der Gruppe der Cannabiskonsumierenden, sondern auch bei den übrigen Schülern fördert.

*Der Einfluss der Gruppe  
auf den Konsum*

Andere Daten stützen den Zusammenhang zwischen der Gruppe und dem Individuum, wenn es darum geht, ob psychoaktive Substanzen konsumiert werden oder nicht. Jugendliche, die Alkohol bis zum Rausch konsumieren, täglich Zigaretten oder häufig Cannabis rauchen, haben mehr Freunde und Freundinnen, die ebenfalls konsumieren. Diesbezüglich gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Jungen in dieser Studie (HBSC 2002, eigene Berechnungen), was von zahlreichen anderen Studien im Übrigen erhärtet, und auch von Fischer et al. aufgezeigt wird <sup>(10)</sup>. Dieselben Autoren haben auch mehrere Studien rezensiert, die zeigen, dass Jungen mit Freunden, die Cannabis rauchen, eher dazu neigen, selbst zu konsumieren <sup>(33)</sup> und dass es für sie wichtig ist, von den Gleichaltrigen akzeptiert zu werden <sup>(31)</sup>. So zitieren sie eine australische Studie <sup>(5)</sup>, die nachgewiesen hat, dass 14- bis 15-jährige Jugendliche, bei denen die Mehrzahl der Freunde Cannabis konsumiert, ein 6-fach höheres Risiko aufweisen, täglich zu konsumieren, während dieser Effekt bei den Mädchen vernachlässigt werden kann.

*Die Gruppe der Gleichaltrigen:  
wichtig für die Entscheidungen  
der Jungen*

Beim Tabakkonsum haben Studien gezeigt, dass Mädchen, die rauchen, glauben, dass sie schneller Freunde <sup>(2)</sup> bzw. leichter soziale Anerkennung finden <sup>(21)</sup>. Die Häufigkeit des Ausgehens scheint beim Konsum eine Rolle zu spielen, und zwar wesentlich stärker bei den Jungen als bei den Mädchen <sup>(43)</sup>: Jugendliche, die zweimal oder öfter pro Woche ausgehen, konsumieren mehr als solche, die seltener ausgehen. Fast 30% der Jungen geben an zu rauchen, weil die anderen es tun; dies ist bei Mädchen etwas seltener der Fall (24.9 %) <sup>(42)</sup>. Je älter die Jugendlichen sind, desto weniger beeinflussen Gleichaltrige ihre Entscheidung zu rauchen. Dies trifft für Jungen wie für Mädchen zu.

Bei Alkohol und Drogen nimmt die Bedeutung der Freunde hingegen mit dem Alter eindeutig zu, jedenfalls bei den Jungen: Ein Viertel der 14-Jährigen gibt an, Alkohol zu trinken, weil ihre Freunde, mit denen sie zusammen sind, trinken; bei den 16-Jährigen ist es ein Drittel. Mädchen lassen sich beim Alkoholkonsum weniger von Gleichaltrigen beeinflussen. Bei ihnen sind es im Durchschnitt 22.6 % gegenüber 29.4 % bei den Jungen. Beim Drogenkonsum spielen Gleichaltrige bei Jungen und Mädchen dieselbe Rolle. Ihr Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen Drogenkonsum steigt mit zunehmendem Alter, wobei im Durchschnitt 30 % der 14- bis 16-Jährigen angeben, dass sie Drogen konsumieren, weil ihre Freunde es tun. Das jeweilige Alter innerhalb einer Klasse scheint einen Einfluss auf das Konsumverhalten zu haben <sup>(26)</sup>. Für die 13- bis 15-Jährigen gilt: je älter ein Kind innerhalb seiner Klasse ist, desto häufiger sind seine punktuellen Rausche im Vergleich zu den Jüngeren. In der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren lässt sich dieser Effekt nicht mehr beobachten, so als ob die Jüngeren im Laufe der Zeit „aufgeholt“ hätten. Hingegen gibt es dann einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern, wobei die 15- bis 17-jährigen Jungen mehr Rauschzustände erleben als die Mädchen. Älter zu sein als die anderen Mitglieder einer Klasse stellt also einen Risikofaktor für übermäßigen punktuellen Alkoholkonsum dar.

In den Gruppen der 13- bis 15-Jährigen scheinen Strategien des Widerstands gegen den Gruppendruck notwendig zu sein, um zu vermeiden, dass die Jüngeren durch das Verhalten der Älteren beeinflusst werden. Letztere wiederum benötigen Ansätze für ein Risikomanagement und die Wahrnehmung von Risiken. Bei den jüngsten Altersgruppen, d. h. den 15-Jährigen, müssen Geschlechterunterschiede stärker berücksichtigt werden.

Bei genauerer Betrachtung scheint es, wie Güttinger et al. <sup>(14)</sup> feststellen, dass die Jungen von ihren gleichaltrigen Freunden in den Substanzkonsum eingeführt werden, während die Mädchen „als Paar“ zusammen mit ihrem Freund zu konsumieren beginnen <sup>(45)</sup>. Dies gilt bei Jungen auch für den Konsum von Opiaten <sup>(7)</sup>, wo der Einfluss von Gleichaltrigen und der Gruppendruck einen Vorhersagefaktor darstellen, der bedeutender ist als Neugier oder das Verlangen, Stress abzubauen (dies ist ein eher weibliches Verhalten) <sup>(46)</sup>.

Güttinger et al. <sup>(14)</sup> stellen im Übrigen fest, dass bei Jungen der Kontext des Konsums, wenn dieser als angenehm und positiv erlebt wird, wie auch die Beziehungen innerhalb der Gruppe bei der Entwicklung einer Abhängigkeit entscheidender sind als die Wirkung der Substanz als solche <sup>(46)</sup>. Die Frauen werden eher durch die individuelle Beziehung zu einer einzelnen Person beeinflusst <sup>(7, 49)</sup>.

*Die Gruppe beeinflusst die Jungen...*

*... genauso wie der Kontext des Konsums*

Diese Feststellung wird durch andere Studien untermauert. Sie zeigen, dass die Art, wie jemand eine soziale Beziehung herstellt und zu führen gelernt hat, ein entscheidender Faktor für Drogenkonsum ist. (Siehe zum Beispiel die qualitative Studie von Hänninen und Koski-Jännes <sup>(16)</sup>.)

Die Bedeutung der Gleichaltrigengruppe bei der männlichen Identitätsbildung und der Verankerung des Konsumverhaltens bei psychoaktiven Substanzen muss Fachleute dazu anregen, Massnahmen der Primär- und der Sekundärprävention auch für gleichgeschlechtliche Gruppen zu erarbeiten.

Normative Vorstellungen zu durchbrechen, über den Einfluss der Gruppe bei persönlichen Entscheidungen und über die Stellung des Einzelnen in der Gruppe zu sprechen, sind ebenfalls Präventivmassnahmen, die sowohl für gleichgeschlechtliche wie gemischte Gruppen entwickelt werden müssen. Themen wie die Beziehung zwischen Jungen und Mädchen und die zugrunde liegenden Aspekte der Selbstwahrnehmung, der Rivalität und der Verführung sind in diese Konzepte mit einzubeziehen.

## 4.6 Schule und Ausbildung

Eine gelungene Anpassung an das schulische Umfeld, die zum Teil die Annahme anerkannter sozialer Normen bedeutet, kann sich auf das Verhalten gegenüber Drogen, insbesondere Cannabis, auswirken: Je besser Jugendliche schulisch angepasst sind, desto weniger haben sie Beziehungen zu Gleichaltrigen, die Drogen konsumieren <sup>(20)</sup>. Die Jungen scheinen sich weniger gut an die Schule anzupassen als die Mädchen. Dies zeigt sich beim Indikator Schulleistung, der, soweit die pädagogische Forschung zurückreicht, darauf hinweist, dass bei Gleichaltrigen Mädchen im Durchschnitt stets bessere Leistungen erbringen als Jungen. Letztere sind bei den Kindern, die eine Klasse wiederholen, überrepräsentiert <sup>(47)</sup>. Jungen haben im Übrigen wegen mangelnder Disziplin, Vandalismus und Gewalt häufiger Probleme in der Schule als Mädchen. Natürlich sind die Jungen in der überwiegenden Mehrzahl unauffällig. Würde die Meinung von Jungen über die Schule stärker berücksichtigt, hätte dies jedoch präventive Auswirkungen auf ihren Konsum psychoaktiver Substanzen. Es ist bekannt, dass Jungen besser durch Handeln lernen <sup>(39)</sup>. Im Gegensatz zu den Mädchen beweisen sich Jungen häufig durch andere Aktivitäten als schulische Leistungen, etwa durch Sport, Freizeitaktivitäten, körperliche Kraft. Von Gleichaltrigen für unangemessenes Verhalten Anerkennung zu bekommen, könnte für manche Jungen eine grössere Aufwertung darstellen als gute Schulnoten. Der Einfluss der männlichen Gleichaltrigen ist gewiss gross. Man könnte daher glauben – und dabei Gagnon <sup>(11)</sup> folgen –, dass Schulerfolg die Jungen dann interessiert, wenn er einer Herausforderung oder einem konkreten Vorhaben gleichkommt, das

*Die Schule scheint nicht ideal auf die Jungen ausgerichtet zu sein*

*Die Schule: für Jungen nicht der beste Ort, um sich zu beweisen*

einen Bezug zum Alltag aufweist. Die Jungen müssten wissen, wozu ihnen die Schule nützt, damit sie zufrieden wären.

Ein solches Vorgehen wäre umso nützlicher, als ein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit in der Schule und dem Konsum psychoaktiver Substanzen besteht, und zwar bei allen Altersstufen <sup>(43)</sup>. Jugendliche, die rauchen, Alkohol trinken oder Cannabis konsumieren, sind doppelt so häufig mit der Schule unzufrieden wie die anderen. Der Anteil der Jungen, die mit der Schule unzufrieden sind und psychoaktive Substanzen konsumieren, ist jeweils deutlich höher als bei den Mädchen.

*Unzufriedenheit und  
Substanzkonsum: ein offensichtlicher  
Zusammenhang vor allem bei den  
Jungen*

Handelt es sich also um die Ursache oder um die Folge? Fängt jemand, der sich in der Schule nicht wohl fühlt, zu trinken und zu rauchen an oder fühlt sich jemand, der raucht oder trinkt, in der Schule nicht anerkannt? Es lässt sich feststellen, dass das Verhältnis zur Schule in der Entwicklung von Jugendlichen vor dem Konsum steht. Das würde bedeuten, dass eher die schulische Umgebung den Konsum beeinflusst als umgekehrt. Diese Erkenntnis ist insofern nützlich, als sie erlaubt, das positive Potenzial des schulischen Umfelds zu betonen und damit ein günstiges Klima für den Nicht-Konsum psychoaktiver Substanzen zu schaffen, indem Kinder dazu „gebracht“ werden, gerne in die Schule zu gehen. Die Jugendlichen selbst betonen, dass Beteiligung, Zuwendung und Verantwortung ihnen das Gefühl geben, die Aktivitäten im Klassenzimmer etwas beeinflussen zu können. Das wertet sie auf und – dies sei hinzugefügt – vermindert die Risiken des Konsums. Eine allgemeine Prävention, die auf empowerment aufbaut, kann von Schülerinnen und Schülern gemeinsam mit den Lehrpersonen entwickelt werden. Es ist auch festzustellen, dass die Schule, insbesondere die Primarstufe, stark von Frauen geprägt ist: In der Vorschul- und der Primarstufe beträgt ihr Anteil bei den Lehrpersonen 86.9 %, in der Volksschule insgesamt beträgt der Anteil Lehrerinnen 61.2 % <sup>(36)</sup>.

*Die Beteiligung der Jugendlichen im  
Schulleben ist ein Schutzfaktor...*

In jedem Fall sind Schul- und Ausbildungsabbrüche (Drop out) sehr ernst zu nehmen, da sie einen starken Vorhersagefaktor für problematischen Drogenkonsum darstellen, wie eine Studie <sup>(9)</sup> nachgewiesen hat. Der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis ist in der Gruppe der Jugendlichen, welche die Schule oder Ausbildung abgebrochen haben, signifikant höher, ohne dass sich ein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen lässt. Die Aufmerksamkeit, die Lehrpersonen und Vorgesetzte den Jugendlichen entgegenbringen, ist besonders bei Jungen ein wichtiger Faktor für ihre Motivation in der Ausbildung. Die Wiederaufnahme einer Ausbildung beeinflusst den Konsum und das Gefühl des Wohlbefindens stärker als umgekehrt. Diese Tatsache untermauert die Notwendigkeit, Präventionsmassnahmen gegen den Abbruch einer Ausbildung zu ergreifen, um dem Konsum psychoaktiver Substanzen vorzubeugen.

*... auch während der Ausbildung*

Das Schulklima zu verbessern, indem die Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigt werden, geniesst bei der Prävention Vorrang und wird Auswirkungen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen haben. Dieser Ansatz muss im Sinne des *empowerment* in Abstimmung mit den Jugendlichen selbst erfolgen. Dies bietet Gelegenheit, Fragen zu Sinn, Zweck und Rolle der Schule zu stellen. Dadurch könnten die Probleme der Jugendlichen besser verstanden und die Jungen könnten motiviert werden, sich in der Schule zu engagieren. In diesem Sinn wären auch präventive Massnahmen, um Schulversagen und Ausbildungsabbrüchen vorzubeugen.

In der Institution Schule widerspiegeln sich Risikosituationen von Jugendlichen: geringe Motivation, schlechte Schulleistungen und fehlende Disziplin sind alles Anzeichen, die auch im Hinblick auf den Konsum psychoaktiver Substanzen frühzeitig erkannt und ernst genommen werden müssen.

Die Schule bietet auch einen geeigneten Rahmen, um spezifische Präventionsmassnahmen gegen die Probleme des Konsums psychoaktiver Substanzen einzuführen. Solche Massnahmen können sich positiv auswirken, vorausgesetzt sie werden in Absprache mit den Lehrpersonen und den Eltern durchgeführt. Es ist auch wichtig, über geschlechterspezifische Aspekte solcher Massnahmen nachzudenken. Geschlechterspezifischen Ansätzen ist dabei der Vorzug zu geben, ergänzt mit gelegentlichen Begegnungen beider Geschlechter. Jungengruppen sollten von Männern organisiert werden und Mädchengruppen von Frauen, um beiden Gruppen zu ermöglichen, sich einzubringen, ohne Rivalität, Angeberei und Angst, sich lächerlich zu machen. Für die Jungen bieten solche Gruppen zusätzlich Gelegenheit, eine Beziehung zu einem anderen Mann aufzubauen und ein anderes Vater- oder Autoritätsbild kennen zu lernen.

---

## 4.7 Assoziierte problematische Verhaltensweisen

Wie Güttinger et al. <sup>(14)</sup> hervorheben, sind einige Konsumarten eindeutig mit problematischen sozialen Verhaltensweisen verbunden. Auch der umgekehrte Zusammenhang wurde festgestellt. Die persönliche Abwertung (Unzufriedenheit und schwaches Selbstwertgefühl) bewirken, dass sich Jugendliche Gleichaltrigen anschliessen, die abweichendes Verhalten zeigen und einen hohen Konsum von Zigaretten und Spirituosen aufweisen <sup>(45)</sup>. Jungen und Mädchen reagieren dabei in gleicherweise <sup>(28)</sup>. Die Tatsache, in einer abweichenden Gruppe akzeptiert zu werden, scheint eine Möglichkeit zu sein, das Selbstwertgefühl zu steigern. Frühzeitige abweichende Verhaltensweisen sind in der Tat Vorhersage-

*Risikofaktor: sich einer Gleichaltrigengruppe mit abweichendem Verhalten anschliessen*



faktoren für künftigen Drogenkonsum <sup>(25)</sup>; doch trifft dies nicht immer zu. In der genannten Studie hatten 59 % der drogenabhängigen Männer Ärger mit der Polizei, bevor sie zu Konsumenten wurden, während es bei den männlichen Nicht-Konsumenten nur 29 % waren<sup>3</sup>. Auch die Zugehörigkeit zu Banden oder anderen Randgruppen sowie aggressives Verhalten stellen nach Fischer et al. <sup>(10)</sup> bei den Jungen einen Risikofaktor für den Konsum von Cannabis dar.

Ausserdem ist der frühzeitige Konsum psychoaktiver Substanzen ein Risikofaktor für einen problematischen Konsum noch vor dem Erwachsenenalter <sup>(41)</sup> Allerdings ist dies kein Vorhersagefaktor für eine Abhängigkeit, jedenfalls nicht bei Männern (bei Frauen ist dieser Zusammenhang offensichtlicher) <sup>(25)</sup>.

Bei den 15-Jährigen <sup>(13)</sup> ist der Alkoholkonsum eindeutig mit einer Vielzahl sozialer Probleme verbunden. Bei den Jugendlichen, die im Monat vor der Befragung mehr als zwei punktuelle Rausche hatten, sind assoziierte soziale Probleme am häufigsten. Zwischen Jungen und Mädchen ist jedoch kein signifikanter Unterschied festzustellen, mit Ausnahme der Schlägereien (13.5 % der Jungen vs. 4.9 % der Mädchen) und von Problemen mit der Polizei (8.6 % vs. 5.9 %). Es handelt sich dabei um zwei Verhaltensweisen, die typischerweise mit einem maskulinen und starken Männerbild verknüpft sind, die bei Mädchen aber stark missbilligt werden („das tut man nicht!“). Zwischen 16 und 20 Jahren <sup>(3)</sup> verstärkt sich diese Tendenz, bis es fast doppelt so viele Jungen wie Mädchen sind, die über persönliche Probleme (33 % vs. 17 %), Beziehungsprobleme (27 % vs. 15 %) oder sexuelle Probleme (15 % vs. 8 %) im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum berichten.

*Bei den Jungen: identische Probleme wie bei den Mädchen, aber mehr Gewalt*

*Die Probleme der Jungen nehmen zu*

Die mit häufigem Cannabiskonsum (mindestens 20-mal im vorausgegangenen Monat) verbundenen sozialen Probleme sind bei den 15-jährigen Jungen häufiger als bei den Mädchen <sup>(13)</sup>, mit Ausnahme von schlechteren Schulleistungen und Streitigkeiten, die bei jeweils einem Viertel der Jugendlichen beiderlei Geschlechts auftreten. In anderen Studien ist jedoch festzustellen <sup>(10)</sup>, dass schlechte Schulleistungen einen männlichen Risikofaktor darstellen. Zwischen 16 und 20 Jahren <sup>(34)</sup> sind die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Probleme weniger häufig als beim Alkohol, bei den Jungen aber häufiger als bei den Mädchen.

*Cannabis und häufige soziale Probleme bei den Jungen*

Die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbundenen problematischen sozialen Verhaltensweisen sind allesamt Hinweise auf ein Unbehagen der Jugendlichen, besonders bei Jungen. Eine frühzeitige Prävention, die delinquente Handlungen als Anzeichen von Unbehagen und eventuell damit verbundenem Konsum versteht, muss intensiviert werden. Die Schule und die Ausbildungsstelle sind, wie zu sehen war, bevorzugte Orte, um solche Situationen zu erkennen und entsprechend zu handeln.

3 Wiedergabe einiger Passagen aus dem Bericht, hier zusammengefasst

Ansätze der Sekundärprävention sind ebenfalls unerlässlich und müssen für diese Zielgruppe intensiviert werden. Sie berücksichtigen das Individuum und seine Probleme allgemein und tragen dazu bei, diese Schwierigkeiten gemeinsam zu lösen. Jungen mit sozialen oder schulischen Problemen müssen von angemessenen niederschweligen Angeboten profitieren können. Das Projekt *supra-f*, das unter der Schirmherrschaft des BAG durchgeführt wird, ist ein Modell, das es weiterzuentwickeln gilt.

Die punktuellen Betreuungs- und Beratungsstrukturen wie die Unité multidisciplinaire de santé des adolescents [Multidisziplinäre Abteilung für die Gesundheit Jugendlicher] (UMSA) ([www.umsa.ch](http://www.umsa.ch)) oder das Projekt DEPART (dé pistage, évaluation et parrainage d'adolescents consommateurs de substances [Erkennung, Untersuchung und Patenschaft jugendlicher Substanzkonsumenten], unter [http://www.umsa.ch/umsa\\_lien\\_internet\\_depart.pdf](http://www.umsa.ch/umsa_lien_internet_depart.pdf)) sind nachahmenswerte Beispiele.

---

## 4.8 Die Rekrutenschule

Die Rekrutenschule ist ein weiterer, sozusagen unumgänglicher Abschnitt auf dem Lebensweg eines Mannes. Der besondere Umstand, nahezu ausschliesslich unter Männern zu sein, wo die Aktivitäten und die Mentalität durch Männlichkeit gekennzeichnet sind, stellt ein einheitliches Umfeld dar, das wahrscheinlich die traditionellen männlichen Verhaltensweisen vieler Rekruten beeinflusst. Entsprechen der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen diesen Verhaltensmustern oder entziehen sie sich ihnen?

Die Erhebungen zum Konsum bei Rekruten, von denen es generell zu wenige und kaum aktuelle gibt (1991/92 und 1999, unveröffentlicht), scheinen dieser Hypothese zu widersprechen: 1991/92 erklärten nur 3.5 % der befragten Rekruten, in der Rekrutenschule erstmals geraucht haben, gleich viele gaben an, in der Armee zum ersten Mal Alkohol getrunken zu haben, und weniger als ein halbes Prozent begann in diesem Umfeld, illegale Drogen zu konsumieren. Die Daten der Erhebung von 1999 sind identisch. Die Rekrutenschule scheint kein Auslöser für den Konsum psychoaktiver Substanzen zu sein.

Es ist jedoch zu befürchten, dass in dieser besonderen Lebensphase bereits erworbene Verhaltensweisen verstärkt oder gar erweitert werden. Die Situation in der Gruppe, der soziale Druck, Stress oder Ärger sowie der ungewohnte Tagesrhythmus können zu einer Zunahme des Konsums führen. So hat ein Viertel der befragten Rekruten (1991/92), die bereits illegale Drogen konsumierten, ihren Konsum während der Rekrutenschule signifikant erhöht. Die Erhebung von 1999 zeigt, dass der Substanzkonsum mindestens so hoch wie früher, wenn nicht gar ange-

*Die Rekrutenschule verstärkt das Konsumverhalten*

stiegen war. Genaue Zahlen fehlen, um diese Fakten zu quantifizieren, die von verantwortlichen Militärangehörigen berichtet werden <sup>(38)</sup>.

Die Folgen für den künftigen Konsum sind nicht klar absehbar. Doch ist zu befürchten, dass die Männer, die vom Militärdienst am stärksten destabilisiert werden, diese Verhaltensweisen langfristig beibehalten. Die Armee trägt daher eine Verantwortung bei der Prävention des Konsums psychoaktiver Substanzen. Mit dem Inkrafttreten des Konzepts „Armee ohne Drogen“ im Jahr 2003 hat sie diese Rolle eindeutig übernommen.

Der Militärdienst und die damit verbundenen traditionellen männlichen Verhaltensweisen sind Teil eines funktionierenden Systems, das untrennbar mit der Armee und ihren Prinzipien verbunden ist. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich dieses System künftig grundlegend ändern wird. Die jungen Männer, die durch diesen veränderten Lebensstil temporär destabilisiert werden und zu legalen oder illegalen Drogen greifen könnten, um Spannungen auszuhalten, müssen davor geschützt werden. Ausserdem ist es dringend erforderlich, dass die Führungskräfte der Schweizer Armee alles unternehmen, um den Zugang zu allen psychoaktiven Substanzen während der Rekrutenschule drastisch zu reduzieren. Indem ein sicherheitsgefährdender Gebrauch von illegalen Drogen und teilweise auch Alkohol untersagt wird, erfüllt die Armee diese Rolle zum Teil. Die Frage des Tabakkonsums ist sowohl im Zusammenhang mit der Forderung nach einer rauchfreien Umgebung wie auch mit einer aktiven Prävention gegen die Verankerung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen anzugehen. Diese Massnahmen sind zur Abschwächung des Konsumdrangs bei den anfälligsten Individuen als wirksam anerkannt.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Adès, J. (1995). Conduites de dépendance et recherche de sensations. In D. Bailly & J.-L. Vénisse (Eds.), *Dépendance et conduites de dépendance* (pp. 147-166). Paris: Editions Masson.
2. Aloise-Young, P., Hennigan, K., & Graham, J. (1996). Role of the self-image and smoker stereotype in smoking onset during early adolescence: A longitudinal study. *Health Psychology, 15*(6), 494-497.
3. Born, M., Delville, J., Mercier, M., Sand, E. A., & Beekmans, M. (1996). *Les abus sexuels d'enfants - Interventions et représentations*. Liège: Editions Mardaga.
4. Choquet, M. (2004). Des troubles différenciés à l'adolescence. *La Santé de l'homme, 37*(2), 6-7.
5. Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, M., & Patton, G. C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction, 95*(11), 1679-1690.
6. DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*, 745-750.
7. Dobler-Mikola, A. (1992). Drogenabhängigkeit bei Frauen. Einige empirische Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. In C. Bendel, A. Brianza & I. Rottenmanner (Hrsg.), *Frauen sichten Süchte*. Lausanne: ISPA-Press.

8. Dorais, M. (1997). *Ça arrive aussi aux garçons - L'abus sexuel au masculin*. Montréal: VLB Editeur.
9. Ferron, C., Cordonier, D., Schalbetter, P., Delbos-Piot, I., & Michaud, P.-A. (1997). *La santé des jeunes en rupture d'apprentissage*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
10. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
11. Gagnon, C. (1999). *Pour réussir dès le primaire: filles et garçons face à l'école*. Montréal: Les éditions du remue-ménage.
12. Gilles, E. (2005). Pourquoi les jeunes prennent des risques. *Allez savoir!*, 31, 17-23.
13. Gmel, G., Rehm, J., Kuntsche, E. N., Wicki, M., & Grichting, E. (2004). *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen* (Forschungsbericht). Lausanne / Zürich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme / Institut für Suchtforschung.
14. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (unveröffentlicht). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
15. Halpérin, D., Bouvier, P., & Rey Wicky, H. (Eds.). (1997). *A contre-cœur, à contre-corps - Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants*. Genève: Editions Médecine et Hygiène.
16. Hänninen, V., & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1837-1848.
17. Hansen, E. B., & Breivik, G. (2001). Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 627-640.
18. Hansen, W. B., & Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20(3), 414-430.
19. Holenstein, P. (2004). Der Freitag hat einen hohen Preis. *Neue Zürcher Zeitung* 20./21.11.04, 79.
20. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
21. Killen, J. D., Robinson, T. N., Haydel, K. F., Hayward, C., Wilson, D. M., Hammer, L. D., et al. (1997). Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1011-1016.
22. Kilmartin, C. T. (1994). *The masculine self*. New York: Macmillan.
23. Klingemann, H. (unveröffentlicht). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
24. Kuendig, H., Kuntsche, E. N., Delgrande Jordan, M., & Schmid, H. (2003). *Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern - Deskriptive Statistik der 2002 erhobenen Daten*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
25. Küfner, H., Duwe, A., Schumann, J., & Bühringer, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46(1), 32-53.
26. Kuntsche, E., & Delgrande Jordan, M. (soumis). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*.
27. Kuntsche, E., Gmel, G., Wicki, M., Rehm, J., & Grichting, E. (submitted). Disentangling gender and age effects on risky single occasion drinking over the adolescent years. *European Journal of Public Health*.
28. Kuntsche, E. N., Reitzle, M., & Silbereisen, R. K. (2001). Selbstabwertung und Substanzkonsum im Jugendalter - Die Rolle von Gleichaltrigen, Substanzart und Geschlecht. *Abhängigkeiten*, 2, 44-56.
29. Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, & Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (Eds.). (2003). *Grenzen und Brücken - Arbeitsmaterialien zu Prävention und Geschlecht*. Hannover: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen.
30. Le Breton, D. (2004). Conduites à risque, le grand écart. *La Santé de l'homme*, 372, 8-10.
31. Luthar, S., & D'Avanzo, K. (1999). Contextual factors in substance use: A study of suburban and inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 11(4), 845-867.
32. Martin, C. S., Clifford, P. R., & Clapper, R. L. (1992). Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students. *Journal of Substance Abuse*, 4, 319-326.

33. Miles, D., van den Bree, M., & Pickens, R. (2002). Sex differences in shared genetic and environmental influences between conduct disorder symptoms and marijuana use in adolescents. *American Journal of Medical Genetics. (Neuropsychiatric Genetics)*, 114(2), 159-168.
34. Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2003). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent study on health 2002*. Lausanne / Bern / Bellinzona: Institut universitaire de médecine sociale et préventive / Institut für Psychologie / Sezione sanitaria.
35. Neubauer, G., & Winter, R. (2001). *Dies und Das. Das Variablenmodell «balanciertes Junge- und Mannsein» als Grundlage in der pädagogischen Arbeit mit Jungen und Männern*. Tübingen: Neuling Verlag.
36. Office fédéral de la statistique (OFS)/ (BFS). (2005). *Lehrkräfte und Hochschulpersonal nach Geschlecht, Nationalität und Schulstufe*. Stand November 2005, on-line: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bildung\\_und\\_wissenschaft/bildung/bildungssystem/kennzahlen0/lehrkraefte\\_r/uebersicht.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bildung_und_wissenschaft/bildung/bildungssystem/kennzahlen0/lehrkraefte_r/uebersicht.html)
37. Perkins, K. A., Gerlach, D., Broge, M., Grobe, J. E., & Wilson, A. (2000). Greater sensitivity to subjective effects of nicotine in nonsmokers high in sensation seeking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 462-471.
38. Pfluger, T. (2005). Schweres Geschütz im Kampf gegen Drogen. *Standpunkte*, 4, 3-4.
39. Pollack, W. (1999). Le massacre des garçons. *L'Actualité*, 24(6), 12-14.
40. Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Age of first drink and risk for alcoholism: A noncausal association. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 101-107.
41. Reynaud, M. (2005). Mieux comprendre pour mieux traiter. In M. Reynaud (Ed.), *Addictions et psychiatrie* (pp. 3-48). Paris: Masson.
42. Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., & Kuendig, H. (2003). *Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* (Forschungsbericht 39). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
43. Schmid, H., Graf, M., Kuntsche, E. N., Delgrande, M., & Knaus, A. (2001). *Alkohol, Tabak und Cannabis im Alltag der 12- bis 15-Jährigen*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)
44. Schmid, H., Graf, M., Kuntsche, E. N., Delgrande, M., & Knaus, A. (2001). Jugend - Gesundheit - Drogen. *Standpunkte*, 2, 1-23.
45. Schmidt, B. (1999). Wie kommt es zum Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen. In B. Baacke, W. Heitmeyer, K. Hurrelmann & J. Manse (Eds.), *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*. Weinheim/München: Juventa.
46. Schumann, J., Augustin, R., Duwe, A., & Küfner, H. (2000). Welchen Einfluss haben erste Erfahrungen und Begleitumstände zu Beginn des Drogenkonsums auf den weiteren Verlauf? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(2), 69-82.
47. Wettstein, F. (2004). Les garçons - tous des "vilains garnements"? *Lettre d'information du Réseau suisse d'écoles en santé*, 28, 7.
48. World Health Organization (WHO). (2002). *Suicide*. Stand Oktober 2005, on-line: <http://www.who.int/topics/suicide/en/>.
49. Zimmer-Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss Heroin-Addicted Females. Career and Social Adjustment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 159-170.
50. Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: Cambridge University Press.

## 5. Männer im Erwachsenenalter: verschiedene Facetten mit vielen Gemeinsamkeiten

### 5.1 Der Konsum in Zahlen

#### 5.1.1 Alkohol

In allen Erhebungen zum Alkoholkonsum zeigt sich, dass Männer mehr trinken als Frauen. Der Anteil der abstinenten Männer bzw. der Männer, die selten konsumieren, hat jedoch seit 1975 konstant zugenommen. Damals betrug er 24 % und erreichte 2002 31 % <sup>(3)</sup>. Bei den Frauen ist der Anstieg weniger ausgeprägt (von 52 auf 57 %). 2002 waren 14 % der abstinenten Personen Männer und 29 % Frauen.

Allgemein nahm der Anteil der Personen, die jeden Tag Alkohol konsumierten, im selben Zeitraum bei den Männern von 40 % auf 20 % ab und bei den Frauen von 17 % auf 9 %.

*Abnahme des täglichen  
Alkoholkonsums, insbesondere bei  
Männern*

Annaheim und Gmel <sup>(2)</sup> stellen zwischen 1975 und 2002 einen deutlichen Anstieg des wenig riskanten Alkoholkonsums fest (in ihrer Studie definiert mit weniger als 20 g Alkohol pro Tag für Frauen wie für Männer), wobei dieser Trend bei den Männern besonders deutlich ausgeprägt ist. 2002 wiesen 71.5 % der Konsumenten und 82.4 % der Konsumentinnen einen wenig riskanten Konsum auf <sup>(26)</sup>. In allen Altersgruppen sind weniger Männer als Frauen vertreten. Unter den 105'000 Personen, die mit mittlerem Risiko Alkohol konsumieren (2.4 % der Alkoholkonsumierenden), sind die Frauen in der Mehrheit, während die Männer häufiger einen hohen Risikokonsum haben. Wenn chronischer Konsum und punktuelle Exzesse zusammentreffen (3.5 % der Konsumierenden), ist der Anteil der Männer stets höher als derjenige der Frauen.

*Es sind stets mehr Männer als  
Frauen, die einen chronisch  
risikoreichen Konsum aufweisen*

In der Schweiz erleben fast 782'000 Personen im Alter von 15 bis 74 Jahren punktuelle Alkoholräusche, ohne dass sie bei anderen Gelegenheiten Alkohol konsumieren. Es sind doppelt so viele Männer wie Frauen vertreten und zwar in allen Altersgruppen. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter ab, von einem Drittel der Männer zwischen 15 und 24 Jahren, auf einen Fünftel der Männer zwischen 35 und 64 Jahren.

*Männer haben auch häufiger  
Räusche*

Die häufigste Risikosituation im Zusammenhang mit Alkohol ist das Führen eines Kraftfahrzeugs. Die aktuellsten Untersuchungen dazu stammen aus dem Jahr 1998 <sup>(19)</sup>. Die Limitierung des erlaubten Blutalkoholgrenzwertes auf maximal 0.5 ‰ im Januar 2005, scheint einen Drittel der Verkehrsteilnehmenden in ihrem Verhalten beeinflusst zu haben, wie eine aktuelle Umfrage zeigt <sup>(1)</sup>. Doch handeln Männer seltener nach dem Grundsatz „Wer fährt, trinkt nicht!“. Es sind nur 37 % der Männer gegenüber 49.2 % der Frauen, die sich an dieses Motto halten. Beim Konsum mit hohem Risiko, d. h. mindestens drei Gläser vor dem Fahren, ist der Männeranteil wesentlich höher (14.2 % vs. 8.5 %).

*Risikosituation für Männer:  
Trinken und Fahren*

In der Schweiz wird die Zahl der alkoholabhängigen Personen auf mindestens 300'000 geschätzt, davon sind zwei Drittel Männer.

Auch wenn Abstinenz und der Alkoholkonsum mit geringem Risiko bei Männern in den letzten 25 Jahren stark zugenommen haben, kommt das riskante Konsumverhalten (Häufigkeit, Menge und Kontext) bei Männern prozentual deutlich häufiger vor als bei Frauen.

Die soziale Verankerung des Alkoholkonsums, das männliche Image des Produkts, die Betrachtung des Rausches als alltägliches Mittel, um sich zu entspannen und zu amüsieren, wie auch die soziale Missbilligung von Rauschen bei Frauen, dürfen nicht vergessen lassen, dass die Risiken des Alkoholkonsums bei Männern unbedingt thematisiert werden müssen, da Männer die Tendenz haben, den Konsum stark zu banalisieren oder positiv zu bewerten.

### 5.1.2 Tabak

Seit 1992 ist der Anteil der Tabakkonsumierenden auf hohem Niveau ziemlich stabil geblieben, mit einem höheren Anteil Männer (36 %) gegenüber 25.5% Frauen im Jahr 2002 <sup>(12)</sup>. Bei beiden Geschlechtern sinkt der Konsum mit dem Alter, bleibt aber bei den Männern stets höher, und dies in allen Altersgruppen. Der grösste Unterschied wurde in den Altersgruppen über 65 Jahren ermittelt, wo der Anteil Männer, die rauchen, doppelt so hoch ist wie jener der Frauen (SFA, Zahlen anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 berechnet). Ein Kohorteneffekt ist hier nicht auszuschliessen, da die Männer historisch gesehen früher mit dem Rauchen begonnen haben als die Frauen. Hoher Zigarettenkonsum (mindestens 16 Zigaretten pro Tag) ist bei Männern wesentlich häufiger als bei Frauen, besonders bei einem Konsum von mehr als einem Päckchen pro Tag (20 % der Männer vs. 9 % der Frauen) <sup>(14)</sup>. Gilt der Konsum von 20 Zigaretten pro Tag als Mass, gibt es in der Schweiz 34.2 % Raucher und 27.3 % Raucherinnen, die nikotinabhängig sind (SFA, Zahlen anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 berechnet).

*Mehr Männer als Frauen rauchen*

*Männer rauchen mehr Zigaretten als Frauen*

Obwohl sich die Frauen beim Tabakkonsum den Männern annähern, darf weder die starke Verbreitung des Rauchens bei Männern vergessen werden, noch die sehr hohe Zahl von Zigaretten, die sie jeden Tag rauchen. Die mit dem Rauchen verbundene vorzeitige Mortalität sowie die Morbidität müssen dazu anregen, männerspezifische Raucherentwöhnungen anzubieten.

### 5.1.3 Psychoaktive Medikamente

5.6 % der Männer und 9.1 % der Frauen erklärten, dass sie in der Woche vor der Befragung täglich ein Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- oder stimu-

*Konsum psychoaktiver Medikamente: weniger Männer als Frauen*

lierendes Mittel eingenommen hatten. Der grösste Teil dieser Medikamente ist rezeptpflichtig. Frauen setzen diese Medikamente häufiger ein als Männer und riskieren also davon abhängig zu werden <sup>(12)</sup>.

Der wöchentliche Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum ist bei Männern nur halb so hoch wie bei Frauen. Der Konsum steigt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern an. Der Anteil Männer ist jedoch stets niedriger als jener der Frauen (SFA, Zahlen anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 berechnet).

Der gleichzeitige Konsum von Schlafmitteln und Alkohol bedeutet ein Risiko, da die schlaffördernde Wirkung der Medikamente durch Alkohol verstärkt werden kann. Bei den Männern steigt mit dem wöchentlichen Alkoholkonsum auch jener von Schlafmitteln; dies trifft auf Frauen nicht zu. Bei ihnen scheint es keinen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Einnahme von Schlafmitteln zu geben, da der Medikamentenkonsum unabhängig vom Alkoholkonsum stabil bleibt (zwischen 6.9 % und 8.3 %) <sup>(16)</sup>.

*Chronischer Alkoholkonsum und  
Schlafmittel: ein Risikofaktor  
für Männer*

Der Anteil Männer, die wöchentlich Schmerzmittel einnehmen, ist niedriger (12.3 %) als der Anteil Frauen (18.4 %) <sup>(16)</sup>. Langzeiteinnahmen von über einem Jahr sind bei Frauen (3.9 %) ebenfalls häufiger als bei Männern (2.5 %) <sup>(12)</sup>. Der tägliche Konsum steigt mit dem Alter; dabei bleibt der Anteil Männer in jeder Alterskategorie unter dem der Frauen. Ab 65 Jahren wird der Unterschied noch deutlicher und ab 75 Jahren ist die Zahl der täglich Konsumierenden bei den Frauen fast doppelt so gross (10.6 % vs. 5.6 %) (SFA, Zahlen anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 berechnet).

Die Gefahr, das Verhalten der Frauen beim Medikamentenkonsum zu stigmatisieren und das Problem bei Männern zu übersehen (und dadurch die Tabuisierung des Medikamentenkonsums bei Männern zu verstärken), ist gross. Durch die Sensibilisierung der Ärzte für das Problem möglicher Missbräuche soll erreicht werden, dass Medikamentenmissbrauch bei routinemässigen Konsultationen thematisiert wird.

#### 5.1.4 Cannabis

Die am häufigsten konsumierte illegale Droge in der Schweiz ist Cannabis. 2002 hatten mehr als jeder dritte Mann und jede fünfte Frau in der Altersgruppe der 15- bis 39-Jährigen mindestens einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert; am häufigsten handelte es sich dabei um Cannabisprodukte <sup>(3)</sup>. Verglichen mit den Daten von 1992 zeigt sich ein merklicher Anstieg der Anzahl Personen, die bereits Cannabis konsumiert haben, und dies bei Frauen wie bei Männern: Von 1992 bis 2002 stieg der Anteil der 15- bis 34-jährigen Frauen, die Cannabis ausprobiert haben, von 11.1 % auf 21.5 % und bei den Männern von 21.5 % auf 34.2 %. In



der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen haben 36 % der Männer und 24 % der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert.

2002 gaben 4.7 % der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren an, zum Zeitpunkt der Befragung Cannabis zu konsumieren; dies entspricht etwa 225'000 Personen <sup>(3)</sup>. In der Regel stimmen die Daten aus den Befragungen zum aktuellen Konsum mit denen des Konsums der letzten 12 Monate überein. Daraus ergibt sich, dass der Anteil Cannabis konsumierender Männer deutlich höher liegt (6.6 %) als der von Frauen (2.9 %). Unter den 15- bis 24-Jährigen ist der Konsum mit 12 % aktuellen Konsumenten am weitesten verbreitet. In dieser Altersgruppe hat sich der Prozentsatz seit 1992 nahezu verdoppelt, sowohl bei den Männern (1992: 9.8%, 2002: 16.3 %), als auch bei den Frauen (1992: 4.3 %, 2002: 7.7 %).

*Cannabis wird im Wesentlichen von Männern konsumiert*

Die Zielgruppe der 15- bis 24-jährigen Männer muss vorrangig therapeutische Angebote erhalten, die idealerweise auf den Verzicht des Cannabiskonsums ausgerichtet sind oder – was realistischer ist – auf eine Verminderung des Konsums, um eine Verfestigung des problematischen Konsummusters zu vermeiden. Auch für Frauen müssen Präventionsbotschaften entwickelt werden, da bei ihnen die Zunahme des Konsums Besorgnis erregend ist. Es ist notwendig, über geschlechterspezifische Botschaften für die verschiedenen Gruppen nachzudenken.

### 5.1.5 Heroin

Aufgrund von Statistiken zur Methadonbehandlung, der Zahl der Drogentoten und Verzeigungen wegen Heroinkonsums wird die Anzahl der Heroinsüchtigen (Männer und Frauen) in der Schweiz für 2002 auf 18'500 bis 25'500 geschätzt. Dieser Schätzwert sinkt seit 1994 konstant <sup>(23)</sup>. Aufgrund der aktuellen Daten zum Konsum bei den 15- bis 39-Jährigen lässt sich schätzen, dass es doppelt so viele Konsumenten wie Konsumentinnen gibt (siehe auch 25). Eine Abnahme der Anzahl Heroinkonsumierender ist auch bei der Lebenszeitprävalenz zu beobachten (Frauen 1992-2002: 0.7 % - 0.5 % n.s. / Männer 1992-2002: 1.9 % - 1.3 %), sowie beim Konsum in den letzten 12 Monaten, der bei Frauen von 0.2 % auf 0.1 % und bei Männern von 0.3 % auf 0.2 % gesunken ist (auf die Erwachsenenbevölkerung bezogen). Auffallend ist, dass alle männlichen Konsumenten angeben, mindestens jede Woche zu konsumieren, bei den Frauen hingegen ist es knapp die Hälfte (46.7 %) <sup>(23)</sup>. Die statistische Verlässlichkeit dieser Daten ist aufgrund der kleinen Fallzahlen allerdings schwach.

*Bei den Männern sinkt der Konsum, jedoch nicht die Häufigkeit*

Die Mehrheit der Erwachsenen, die regelmässig Heroin konsumieren, sind Männer. Es müssen daher therapeutische Ansätze zur Risikominderung sowie präventive Ansätze speziell für Männer ausgearbeitet werden. Die aktuellen Konzepte sind auf ihre männer-spezifische Wirksamkeit zu überprüfen, um sie dann entweder weiter zu führen oder entsprechend zu modifizieren.

### 5.1.6 Kokain

Von 1992 bis 2002 ist die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums bei den 15- bis 39-jährigen Frauen leicht (1.8 % - 1.9 %) und bei den Männern deutlicher gestiegen (3.5 % - 4.0 %) und erreicht damit einen doppelt so hohen Anteil wie bei den Frauen. Es lässt sich feststellen, dass viermal mehr Männer (0.4 %) als Frauen (0.1 %) aktuell konsumieren (im Verlaufe der letzten 12 Monate), und dass dieser Konsum eher episodisch als regelmässig ist: Nur 13.8 % der Frauen, die aktuell konsumieren und kein männlicher Konsument geben an, wöchentlich zu konsumieren <sup>(23)</sup>. Die statistische Verlässlichkeit dieser Daten ist aufgrund der kleinen Fallzahlen allerdings schwach.

Die Problematik des Kokainkonsums ist schwer zu fassen, da der Konsum eher episodisch als regelmässig erfolgt. Die statistischen Daten spiegeln die reale Situation daher wahrscheinlich nicht wieder. Auf jeden Fall ist dieses Konsumverhalten bei Männern deutlich ausgeprägter, während bei Frauen eher zu befürchten ist, dass sie beginnen, regelmässig zu konsumieren. Die Gründe für den Konsum müssen untersucht werden, um differenzierte Ansätze der Primär- und Sekundärprävention sowie entsprechende Behandlungsstrategien zu entwickeln.

*Kokain und Leistungsstreben:  
eine Substanz für Männer?*

---

## 5.2 Die Berufswelt

Männer engagieren sich bevorzugt im Beruf; dies ist eine weithin anerkannte Tatsache. Eine Studie <sup>(27)</sup> hat nachgewiesen, dass Männern ihre Arbeit wichtiger ist als ihre Gesundheit, und dies unabhängig vom Männerbild, das sie verinnerlicht haben. Nicht ganz überraschend war, dass 72 % der Männer mit traditionellem Männerbild diese Haltung haben, doch sind es immerhin 50 % der „neuen“ Männer, die ebenfalls so denken. In derselben Studie bleiben 22 % der Männer gegenüber 17 % der Frauen praktisch nie zuhause, wenn sie krank sind, da die Arbeit für sie sehr wichtig ist. In einer anderen Studie <sup>(11)</sup> erklärten 55 % der Männer, dass sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie sich krank fühlten. Dies hätten sie in erster Linie, getan, weil sie glaubten, sich selbst kurieren zu können und dass es ihnen bald wieder besser gehen würde (58 %). Gleich darauf folgen Gründe, die mit dem Beruf zusammenhängen: dringend zu

*Die Arbeit? Für die Männer wichtiger  
als die Gesundheit!*

erledigende Aufgaben (55 %), die Kollegen nicht zusätzlich belasten (45 %). Die Befürchtungen den Arbeitsplatz zu verlieren sowie von Vorgesetzten oder Mitarbeitenden schlecht angesehen zu werden, folgen weitaus später (etwa 20 % bei jedem Item).

Die Arbeit ist für Männer ein sehr wichtiger Teil ihres Lebens, der viel zu ihrem Selbstvertrauen beiträgt: Für sieben von zehn Männern ist die Tatsache, einen Arbeitsplatz zu haben, ein zentraler Punkt für ihr Selbstwertgefühl <sup>(27)</sup>. Nur Frauen mit einem fortschrittlichen Frauenbild glauben ebenso häufig, dass es für ihr Selbstwertgefühl wichtig ist, einen Arbeitsplatz zu haben. Die anderen typologischen Profile dieser Studie werten die Arbeit hingegen deutlich weniger hoch. Einer Mehrheit (69 %) der Männer mit traditionellem Männerbild gibt die Arbeit einen Lebenssinn, während dies nur bei 20 % der „neuen“ Männer der Fall ist. Je nach Männerbild ist der Beruf also von unterschiedlicher Bedeutung. Allerdings ist die Arbeit für alle Männertypen die entscheidende Einkommensquelle, um für den Lebensunterhalt der Familie aufzukommen. Die männliche Identität ist daher eindeutig mit der Rolle des Ernährers verbunden, der die Familie versorgt. Und auch wenn die meisten Männer mit ihrer Arbeit nicht zufrieden sind <sup>(10)</sup>, sind sie trotzdem der Ansicht, dass einen Beruf zu haben eine Frage der männlichen Identität ist <sup>(21)</sup>. In unserer Kultur ist die berufliche Tätigkeit sicher zu einem Ausdruck von Männlichkeit geworden, der von den Männern selbst anerkannt und gefordert wird. Berufstätigkeit trägt damit zur Aufrechterhaltung der männlichen Vorherrschaft in unseren Gesellschaften bei.

Doch deswegen vernachlässigen Männer ihre Rolle in der Partnerschaft und in der Familie nicht vollständig. Eine deutsche Studie <sup>(5)</sup> hat nachgewiesen, dass sich Männer, auch wenn sie im Allgemeinen mehr Zeit in ihre Berufstätigkeit investieren als Frauen, auch an der Hausarbeit und den Erziehungsaufgaben beteiligen und in der Freizeit aktiv sind. Die Aufgabenverteilung lässt sich jedoch nicht verallgemeinern, da sie ebenso vom Lebensstil eines Paares, wie von den persönlichen Ansichten zur männlichen und weiblichen Rolle abhängt. Die Autoren stellen fest, dass das soziale und familiäre Leben der Männer in der Realität weit vielfältiger ist als die verbreiteten klassischen Vorstellungen von männlicher Vorherrschaft. Sie halten es daher für wesentlich wichtiger, strukturelle Massnahmen zu ergreifen, die es Männern ermöglichen, sich stärker in der Familie zu einzubringen, als sich damit zu begnügen, Männer zu mehr Engagement in Familie und Haushalt aufzurufen.

Es ist davon auszugehen, dass der Arbeitsplatz angesichts des hohen Stellenwerts im Leben von Männern Auswirkungen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen hat. Henkel <sup>(9)</sup> (zitiert in Güttinger et al. <sup>(8)</sup>) stellt fest, dass arbeitslose Männer signifikant mehr Probleme mit dem Alkoholkonsum haben als berufstätige Männer. In einer Metaanalyse von Studien, die in mehreren Ländern durchgeführt wurden, lässt sich auch empirisch feststellen, dass lange Arbeitslosigkeit das Risiko von problematischem Alkoholkonsum und Abhängigkeit deutlich erhöht. Bei manchen

*Der Mann: dennoch bei der Hausarbeit und den familiären Aufgaben präsent*

Männern liess sich jedoch kein linearer Kausalzusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und chronisch hohem Konsum nachweisen; bei ihnen kann aber bereits bei Beginn der Arbeitslosigkeit ein hoher chronischer Konsum vorhanden gewesen sein. In den letzten Jahren ist in der Schweiz ein enger Zusammenhang zwischen der Zunahme von Arbeitslosigkeit und vermehrten Aufhalten von arbeitslosen Männern in Suchtkliniken festzustellen <sup>(22)</sup>. Tiefergehende Studien zu diesem Thema fehlen hierzu-lande. Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 geht jedoch hervor, dass arbeitslose Männer eine um 48% höhere Wahrscheinlichkeit haben, chronische Risikokonsumenten zu sein als Männer, die berufstätig sind (Voll- oder Teilzeit) (11.4 % vs. 7.7 %) <sup>(3)</sup>. Dabei handelt es sich im Übrigen um jene Kategorie, in welcher der Unterschied von Risikokonsumierenden zwischen Männern und Frauen am höchsten ist (Quotient Männer/Frauen: 6.0). Ausserdem ist festzustellen, dass die Arbeitslosigkeit bei Frauen umgekehrt korreliert: Es gibt dreimal so viele berufstätige Frauen mit einem problematischen Alkoholkonsum wie arbeitslose. Diese deutlichen geschlechterspezifischen Unterschiede sind wahrscheinlich der Beweis für ein Unbehagen der Männer in prekären Arbeitssituationen oder bei Arbeitslosigkeit und stützen die Hypothese der Bedeutung der Berufstätigkeit für das männliche Selbstbewusstsein.

*Die Arbeitslosigkeit bringt die Männer zum Trinken...*

Auch wenn in allen Berufskategorien und für alle Beschäftigungsverhältnisse gilt, dass der Anteil Männer mit erhöhtem Risikokonsum grösser ist als der von Frauen, so ist doch festzustellen, dass Hausmänner einen fast doppelt so hohen chronischen Risikokonsum (11.4 %) haben wie Hausfrauen (5.9 %). Hausmann zu sein ist offensichtlich ein Status, der aus Männersicht negativ bewertet wird. Diese Tätigkeit scheint daher für Männer ein Risiko für problematischen Alkoholkonsum darzustellen. So hat eine Studie <sup>(20)</sup>, von Güttinger et al. zitiert <sup>(8)</sup>, einen Zusammenhang zwischen dem subjektiven Druck, sich einem konservativen Männerbild anzupassen und den Formen von Alkoholkonsum nachgewiesen: Je konservativer das verinnerlichte Männerbild ist, desto weniger sind die betroffenen Männer abstinent und desto problematischer ist ihr Konsum hinsichtlich Häufigkeit und Menge. Das Bildungsniveau scheint bei der Entwicklung dieses Männerbildes und davon ausgehend auch beim Alkoholkonsum eine Rolle zu spielen. Ein hohes Bildungsniveau ist bei Männern mit einem niedrigeren Risikokonsum verbunden als bei den Frauen. Diese Tatsache wird durch die Daten der SGB 2002 bestätigt: Der Anteil Männer, die eine Ausbildung im tertiären Sektor und einen chronischen Risikokonsum haben, ist niedriger (6.6 %) als der von Frauen (7.6 %), während bei allen anderen Bildungsniveaus der Anteil Männer, die chronisch zuviel trinken, höher ist als der von Frauen <sup>(3)</sup>.

*Die Arbeit: von zentralem Wert für die Männer*

*Hausmann: eine schwache soziale Stellung in den Augen der anderen Männer... und der Betroffenen selbst*

Verantwortung zu tragen scheint beim problematischen Alkoholkonsum ebenfalls eine Rolle zu spielen, da der grösste Teil der Konsumierenden mit erhöhtem Risiko sowohl bei Männern (11.1 %) als auch bei Frauen (8.1 %) auf die Chefs kleiner Betriebe entfällt. Gemäss einer Studie, die in Grossbritannien mit Beschäftigten des tertiären Sektors durchgeführt

*Ein Risikofaktor für Alkoholkonsum bei Männern: eine grosse Verantwortung im Betrieb*

wurde, und die von Güttinger et al. <sup>(8)</sup> zitiert wird, gleicht sich das Alkoholkonsumverhalten von Männern und Frauen mit steigendem beruflichen Status immer mehr an <sup>(6)</sup>.

Auch wenn in allen Kategorien der Berufstätigkeit und der Beschäftigungsverhältnisse mehr Männer als Frauen rauchen, so wirken sich ein instabiles Arbeitsverhältnis oder Arbeitslosigkeit weniger deutlich als beim Alkohol auf das Konsumverhältnis zwischen Männern und Frauen aus (Quotient Männer/Frauen 1.34). Gleiches gilt für Hausmänner (Quotient Männer/Frauen 1.22). Der Status der beruflichen Tätigkeit scheint ein spezifisch männlicher Faktor zu sein, der für den Tabakkonsum weniger ausschlaggebend ist als für den Alkoholkonsum. Der Anteil Rauchender ist bei handwerklichen Berufen am grössten; dies trifft auf Männer deutlich mehr zu als auf Frauen (Quotient Männer/Frauen 1.5).

Beim Medikamentenkonsum sind es proportional mehr arbeitslose Männer als arbeitslose Frauen, die regelmässig Medikamente einnehmen: Der Anteil ist bei Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln doppelt so hoch und bei Schlafmitteln um 20 % höher <sup>(3)</sup>. Arbeitslos zu sein ist das einzige Kriterium, bei dem die Männer ein grösseres Risiko für Medikamentenkonsum aufweisen als Frauen. Dies wird durch eine weitere Analyse <sup>(7)</sup> bestätigt, die darüber hinaus feststellt, dass Männer die Einnahme von Benzodiazepinen vor allem mit Schwierigkeiten bei der Arbeit rechtfertigen. Auch diese Faktoren scheinen auf die Bedeutung des beruflichen Status für das Wohlbefinden der Männer hinzuweisen.

*Arbeitslosigkeit ist ein Risikofaktor  
für Medikamentenkonsum  
bei Männern*

Zum Konsum illegaler Drogen in der Berufswelt liegen keine Daten vor. Es ist jedoch zu befürchten, dass der Kokainkonsum in einer Gesellschaft, die immer höhere Anforderungen stellt, im Steigen begriffen ist.

#### **Der Arbeitsplatz: ein Ort, um mit den Männern über Gesundheit zu sprechen**

Da die Berufstätigkeit für Männer so bedeutend ist, muss die Arbeitswelt in die Prävention und die Gesundheitsförderung mit einbezogen werden, damit dort Botschaften vermittelt und Massnahmen ergriffen werden können. Es geht nicht nur darum, Sensibilisierungskampagnen zu lancieren, sondern in erster Linie darum, über die Stellung des Beschäftigten bei organisatorischen Entscheidungen im Betrieb, der Arbeitsgestaltung, der Übernahme von Verantwortung und der Teilnahme am Alltagsleben nachzudenken.

Tatsächlich kann Berufstätigkeit ein Risikofaktor für den Substanzkonsum darstellen, wenn sie mit Erfolgsdruck verbunden ist, die Verantwortung als sehr gross empfunden wird und Gefühle der Ohnmacht hervorruft.

Zu diesem Thema haben sich in der Schweiz gute Projekte entwickelt; sie beziehen in ihre Überlegungen sowohl die Elternrolle als auch den familiären Bereich mit ein. Dies ist eine Möglichkeit, das traditionelle Männerbild weiterzuentwickeln und den Männern bei gesundheitlichen Problemen eine wirkungsvolle Unterstützung anzubieten.

## 5.3 Das Alter: neue Probleme für die Männer

### 5.3.1 Fakten und Zahlen zum Konsum

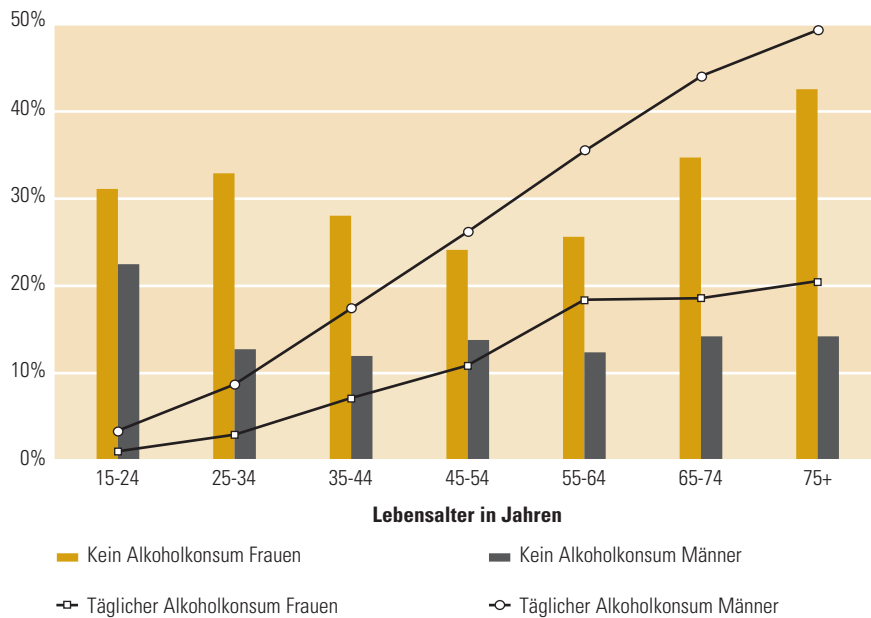
Die Gesundheitsbefragung, die 2002 in der Schweizer Bevölkerung durchgeführt wurde <sup>(3)</sup>, zeigt, dass der Anteil Männer, die täglich Alkohol konsumieren, mit dem Alter zunimmt, obwohl die Abstinenzrate stagniert. Der tägliche Alkoholkonsum darf jedoch nicht mit schädlichem Alkoholkonsum gleich gesetzt werden. Zwar nimmt die Zahl der täglich Alkoholkonsumierenden mit dem Alter zu (siehe Grafik 5.1), die konsumierte Alkoholmenge nimmt jedoch ab. 80.5 % der 65- bis 74-jährigen männlichen Alkoholkonsumenten (und 87.0 % der weiblichen) konsumieren mit geringem Risiko, d. h. weniger als 40 g (bzw. 20 g) pro Tag. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass ein moderater Alkoholkonsum die Lebensqualität älterer Menschen verbessern kann, sei es in sozialer Hinsicht oder hinsichtlich kardiovaskulärer Risiken. Gleichzeitig muss erwähnt werden, dass nahezu jeder fünfte ältere Mann einen episodisch oder chronisch risikoreichen Alkoholkonsum aufweist.

Im Einzelnen betrachtet <sup>(26)</sup> haben 11.8 % der 65- bis 74-jährigen Männer (vs. 5.3 % der Frauen) punktuelle Alkoholräusche (mindestens 5 Gläser pro Gelegenheit und dies mindestens zweimal pro Monat) ohne chronischen Konsum. Die Risiken dieser Konsumform sind für ältere Menschen grösser als für jüngere, denn sie reagieren empfindlicher auf Alkohol. Wegen des veränderten Anteils an Flüssigkeit und Fett im Körper und des verlangsamten Stoffwechsels, kann eine vergleichsweise geringe Alkoholmenge bei älteren Menschen zu einer höheren Blutalkoholkonzentration führen. Diese geringere Verträglichkeit beginnt bereits im Alter von etwa fünfzig Jahren. Es besteht daher ein erhöhtes Risiko für Unfälle und Stürze, die für ältere Menschen häufig schwerwiegende Folgen haben. Ausserdem hat die höhere Blutalkoholkonzentration schädlichere Auswirkungen und das Risiko für Organschäden steigt (z. B. Schädigungen der Leber).

*Jeder zehnte ältere Mann ist mindestens zweimal pro Monat betrunken*

**Grafik 5.1**

**Konsumhäufigkeit (in %) nach Alter und Geschlecht (SGB 2002 <sup>(2)</sup>)**



Der übermässige chronische Alkoholkonsum führt bei älteren Menschen, neben dem erhöhten Abhängigkeitsrisiko, zu weiteren sekundären Problemen, wie Blasenschmerzen oder Inkontinenz, vorzeitiger und ausgeprägter Alterung, Vernachlässigung der Körperhygiene und unausgewogener Ernährung. Bei älteren Männern fallen die Risiken des chronischen Konsums und des punktuellen Missbrauchs zusammen: Bei 4.3 % der 65- bis 74-Jährigen treffen ein chronischer Alkoholkonsum mit mässigem oder erhöhtem Risiko und punktuelle Rausche aufeinander, verglichen mit 1.9 % bei den Frauen <sup>(26)</sup>. Dies entspricht mehr als 10'000 Männern, die ein für ihre körperliche, psychische und soziale Gesundheit hoch riskantes Verhalten aufweisen.

*Summierung der Risiken: ebenfalls ein Problem bei älteren Männern*

Der Anteil der Rauchenden nimmt mit dem Alter deutlich ab und sinkt von 39.8 % bei Männern in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen auf 15.1 % bei den über 75-Jährigen <sup>(3)</sup>. Der Anteil der rauchenden Männer bei den 65- bis 74-Jährigen ist jedoch fast doppelt so hoch wie der von Frauen (24.6 % vs. 12.8 %) und ab 75 Jahren fast dreimal so hoch (6.1 % Frauen). Der Tabakkonsum bleibt bei den Ältesten ein männerspezifisches Problem.

*Wesentlich mehr ältere Männer als Frauen rauchen*

Der Medikamentenkonsum nimmt mit dem Alter stark zu. Diese Feststellung erscheint ziemlich logisch, da Medikamente eine notwendige Unterstützung bei der Behandlung von zahlreichen altersbedingten Krankheiten sind. Doch lässt sich berechtigterweise die Frage einer vernünftigen Medikation stellen, besonders bei Benzodiazepinen. Studien haben nämlich gezeigt, dass bei vergleichbaren Symptomen der Konsum von Benzodiazepinen bei älteren Menschen höher ist als bei jüngeren <sup>(18)</sup>. So steigt der Anteil der Konsumenten von Beruhigungsmitteln von 2.2 %

*Zunahme des Medikamentenkonsums*

bei 45- bis 54-jährigen Männern auf 3.8 % in der Altersgruppe der über 75-jährigen. Der wöchentliche Konsum beträgt bei 65- bis 74-jährigen Männern 6.0 %, wobei der Männeranteil stets niedriger ist als der von Frauen.

Der tägliche Schlafmittelkonsum nimmt zwischen 55 und 64 Jahren (1.5 % der Männer) und 65 bis 74 Jahren massiv zu, nämlich um mehr als das Doppelte (3.2 %). Ab 75 Jahren steigt dieser Anteil weiter an (8.7 %). Auch hier ist der Männeranteil jeweils niedriger als der von Frauen, bei denen ein ähnlicher Trend festzustellen ist. Der wöchentliche Konsum folgt dem gleichen Muster.

Bei den Schmerzmitteln ist die Zunahme am geringsten, sie steigt aber dennoch von 9.9 % bei den 45- bis 54-jährigen Männern auf 14.4 % bei den über 75-Jährigen an.

Die Daten zum Konsum illegaler Drogen älterer Menschen sind lückenhaft, da die Zahl der betroffenen Personen zu niedrig ist, um sie in der Statistik der über 39-Jährigen berücksichtigen zu können. Es ist jedoch bekannt, dass mit dem Altern der Allgemeinbevölkerung auch die Konsumierenden illegaler Drogen altern. Die Daten zu ambulanten Behandlungen <sup>(17)</sup> zeigen, dass 2.5 % der behandelten Männer 45 Jahre und älter sind, gegenüber 0.8 % bei den Frauen. Die noch lebenden Konsumierenden der 70er und 80er Jahre sind heute zwischen 45 und 60 Jahre alt. Sind sie heute immer noch aktive Konsumenten? Bereiten sie der Gesellschaft Probleme? Wird es nötig sein, wie manche Fachleute vorausagen, demnächst Alters- und Pflegeheime für Drogenabhängige zu eröffnen?

### 5.3.2 Die Motive älterer Männer für den Konsum

In Fachkreisen <sup>(18)</sup> wird angenommen, dass etwa zwei Drittel der älteren Menschen mit Alkoholproblemen bereits früher mit dem Alkoholmissbrauch begonnen haben, was als „early-onset“ bezeichnet wird. Es handelt sich in diesem Fall um Personen mit erhöhtem Konsum, die trotz der Gesundheitsrisiken, die sie eingingen, bis ins Alter überlebt haben. Bei ihnen lassen sich die Gründe für den Konsum nicht auf den Eintritt in das Pensionsalter zurückzuführen.

Etwa ein Drittel der Personen beginnt mit dem missbräuchlichen Alkoholkonsum jedoch erst nach 65, was als „late-onset“ bezeichnet wird. Zu Recht lässt sich hier fragen, ob der Übergang vom aktiven Berufsleben in den Ruhestand eine entscheidende Rolle bei diesem veränderten Konsumverhalten spielt, besonders bei Männern. Angesichts der grossen Bedeutung, die viele Männer der beruflichen Tätigkeit beimessen und der sozialen Strukturierung, welche die Arbeitssituation mit sich bringt, kann der Ruhestand für manche Männer ein Strukturverlust bedeuten. Neben dem fehlenden Tagesrhythmus sind es die beruflichen Herausforderungen, die für Männer oft aufwertend sind. Diese fehlen nun und können zu depressiven Verstimmungen führen sowie Stress erzeugen, wie

*Die Bedeutung des Ruhestandes für den Alkoholkonsum*



Klingemann in seinem Bericht <sup>(15)</sup> feststellt, in dem er Jacobi zitiert <sup>(13)</sup>. Ausserdem ist der Wegfall bestimmter beruflicher Aufgaben wie zum Beispiel des Autofahrens oder anderer Anforderungen, die mit Alkoholkonsum nicht vereinbar sind, vielleicht ein Grund, sich nun zu erlauben, ungehindert zu trinken. Schliesslich verliert der Mann mit dem Ruhestand auch die soziale Rolle des Geldverdieners, was sein Selbstwertgefühl schwächen kann. Das niedrige Einkommen könnte aber auch – aufgrund fehlender Geldmittel – ein Hindernis für übermässigen Alkoholkonsum darstellen. Diese gegenläufigen Hypothesen sind empirisch nicht überprüft und bedürfen fundierter Studien. Es ist dringend erforderlich, die Motive eines spät beginnenden problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen genauer zu untersuchen, um diesem Problem, das angesichts der aktuellen demografischen Entwicklung noch zunehmen wird, besser vorbeugen zu können.

Indem Klingemann <sup>(15)</sup> sich auf eine qualitative Studie <sup>(4)</sup> stützt, unterstreicht er, „dass beim Alkohol- und Zigarettenkonsum, aber auch bei allgemeinen gesundheitsrelevanten Einstellungen (...) sich ein klarer protektiver Effekt bei den verheirateten Männern (zeigt). Während bei dieser Gruppe der Konsum kontinuierlich über die Altersklassen sinkt, ist dies insbesondere bei den geschiedenen, daneben aber auch den verwitweten und alleinstehenden Männern weit weniger der Fall.“ Diese Feststellung entspricht der Aussage, wonach die Ehefrau ihren Mann beim Übergang vom aktiven Berufsleben in den Ruhestand sozial wie auch emotional stärkt <sup>(24)</sup>. Indem die Frau dem Mann die Anpassung an das Leben als Rentner erleichtert, stellt sie wahrscheinlich einen entscheidenden Schutzfaktor dar, insbesondere in Bezug auf den Alkoholkonsum ihres Mannes.

*Verheiratet sein:  
ein Schutzfaktor für den Mann*

Männer auf den Ruhestand vorzubereiten, ist für die Prävention eines problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen im Alter ein äusserst sinnvolles Vorgehen. Pro Senectute bietet zum Beispiel in Betrieben Vorbereitungsseminare für den Ruhestand an. Diese meist 3-tägigen Seminare sind darauf ausgerichtet, neue Aktivitäten, Hobbys und andere Beschäftigungen zu fördern, beim Aufbau eines neuen sozialen Netzes zu helfen, einen neuen Lebensrhythmus zu erlernen, mit beschränkten finanziellen Mitteln auszukommen sowie eine Partnerschaft zu führen, in der mehr Zeit gemeinsam verbracht wird. Solche Seminare müssen in den Betrieben intensiv gefördert werden.

Ausserdem ist es dringend erforderlich, die Motive des späten problematischen Alkoholkonsums im Alter besser zu verstehen, um diesem Phänomen, das bei der aktuellen demografischen Entwicklung noch zunehmen wird, wirksam vorzubeugen.

## LITERATURVERZEICHNIS

1. amPuls Market Research. (2005). *Repräsentative Marktstudie 0,5 Promille - Update-Studie 2005*. Stans: amPuls.
2. Annaheim, B., & Gmel, G. (2004). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ein Synthesebericht zum Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002 - Forschungsbericht*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
3. Bundesamt für Statistik (BFS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BFS.
4. Davidson, K. D., & Arber, S. (2003). Older men's health: A life course issue? *Men's Health Journal*, 2(3), 72-75.
5. Döge, P., & Volz, R. (2004). Männeralltag unter der Lupe - Weder Pascha noch Nestflüchter. *Männer Zeitung*, 4, 22-26.
6. Emslie, C. K., Hunt, K., & Macintyre, S. (2002). How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs. *European Journal of Public Health*, 12, 22-28.
7. Gmel, G. (1997). Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz. Nehmen mehr Frauen Medikamente oder sind mehr Männer erwerbstätig? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(1), 14-31.
8. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (unveröffentlicht). Männer und Sucht. Zürich: Institut für Suchtforschung.
9. Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. *Abhängigkeiten*, 4(3), 9-29.
10. Hollstein, W. (1990). *Die Männer. Vorwärts oder zurück*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
11. Institut für Demoskopie Allensbach. (2001). *Wie krank ist der Mann? Men's-Health-Studie zur Männergesundheit 2001*. Stand November 2005, on-line: [http://www.menshealth.de/sixcms/media.php/10/mh\\_pr\\_sentation00.pdf](http://www.menshealth.de/sixcms/media.php/10/mh_pr_sentation00.pdf).
12. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). (2004). *Zahlen und Fakten*. Lausanne: SFA.
13. Jacobi, G. H. (2003). Stress und Burnout bei Männern. In G. H. Jacobi (Ed.), *Praxis der Männergesundheit* (pp. 139-145). Stuttgart: Thieme.
14. Keller, R., Krebs, H., & Hornung, R. (2003). *Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut.
15. Klingemann, H. (unveröffentlicht). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
16. Maffli, E., & Bahner, U. (1999). *Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential in der Schweiz*. (Forschungsbericht 33). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
17. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Ambulante Suchtberatung 2002 - Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
18. Müller, R. (2005). Alter schützt vor Drogen nicht. *Standpunkte*, 1, 10-11.
19. Müller, R., Klingemann, S., Gmel, G., & Brenner, D. (1999). *Risikoreiches Alkoholtrinken in der Schweiz. Base-line Untersuchung für das Alkoholpräventionsprogramm des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV) und der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
20. Neve, R. J., Lemmens, P. H., & Drop, M. J. (1997). Gender Differences in Alcohol Use and Alcohol Problems: Mediation by Social Roles and Gender-Role Attitudes. *Substance Use & Misuse*, 32(11), 1439-1459.
21. Pross, H. (1978). *Die Männer - Eine repräsentative Untersuchung über die Selbstbilder von Männern und ihre Bilder von der Frau*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
22. Sieber, M. (1998). Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. *Abhängigkeiten*, 4(3), 4-8.
23. Spinatsch, M. (2004). *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?* Stand November 2005, on-line: <http://www.suchtundaid.sbag.admin.ch/imperia/md/content/drogen/48.pdf?PHPSESSID=3086f844a2f548b4ab73dc4e7a598ebe>.
24. Stuckelberger, A., & Höpflinger, F. (1996). *Viellissement différentiel: hommes et femmes*. Zurich: Editions Seismo.
25. Vogt, I. (1998). Gender and drug treatment systems. In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 281-197). London: Sage Publications.

26. Wicki, M., & Gmel, G. (2005). *Rauschtrinken in der Schweiz - Eine Schätzung der Prävalenz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997* (Forschungsbericht Nr. 40). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
27. Zulehner, P., & Volz, R. (1998). *Männer im Aufbruch. Wie Deutschlands Männer sich selbst und wie Frauen sie sehen*. Ostfildern: Schwabenverlag.

## 6. Migration, Geschlecht, Sucht

---

### 6.1 Einführung

Unter dem Begriff „Migration“ (lat. *migratio*: Wanderung) wird im Folgenden der Wechsel der Heimat mit Überschreitung einer Ländergrenze verstanden. Mit „Migranten“ bzw. „Migrantinnen“ werden nicht nur alle Personen zusammengefasst, die selbst migriert sind, sondern auch deren Nachkommen, unabhängig von den konkreten Migrationsgründen und dem jeweiligen Aufenthaltsstatus (niedergelassene Ausländer, Saisonarbeiter, Flüchtlinge etc.).

Ausführliche Literaturrecherchen in verschiedenen internationalen elektronischen Datenbanken (Medline, Current Contents, PsycINFO, ETOH) wie auch Recherchen in den Katalogen der Stadt- und Universitätsbibliothek Bern bzw. der Bibliothèque Cantonale et Universitaire Fribourg sowie der Bibliothek der SFA führten zu kaum einer Studie, welche die Thematik von Sucht und Migration in oben definiertem Sinne, aus einer geschlechterspezifischen Perspektive, behandeln würde. Im Gegensatz dazu besteht eine relativ grosse Anzahl an Studien und theoretischen Abhandlungen zur Thematik von „Migration und Gesundheit“ einerseits und zu „Migration und Geschlecht“ andererseits, wobei sich hier nahezu alle Arbeiten auf die Situation der Frauen konzentrieren.

---

### 6.2 Migration als Gesundheitsrisiko?

In einer weitgehend globalisierten Welt ist der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden einer zunehmenden Anzahl von Migranten und Migrantinnen von grosser Wichtigkeit. Migrationsbewegungen können Auswirkungen auf die Gesundheit der migrierenden Personen und deren Nachkommen haben und stellen somit eine Herausforderung dar, welche adäquate Public Health Strategien im Aufnahmeland notwendig macht <sup>(11)</sup>.

Nebst prä- und transmigratorischen Belastungen (Kriegs-, und Gewalterfahrungen, Traumata) sind Immigranten und Immigrantinnen bei ihrer Ankunft in der neuen Gesellschaft verschiedenen Problemen ausgesetzt. Kommunikations- bzw. Sprachschwierigkeiten, kulturelle Unterschiede, ethnische, religiöse und ökonomische Diskriminierungen, Statusverlust, Verlust sozialer Netzwerke, Familientrennung sowie Verlust von stabilen sozialen Rollen, Identitäten und beruflichen Positionen, schlechte Wohnverhältnisse, unsichere Arbeitsbedingungen und ein oftmals ungeklärter Aufenthaltsstatus sind nur einige der Schwierigkeiten, mit welchen immigrierte Personen im Aufnahmeland konfrontiert werden <sup>(12, 20, 22)</sup>. Jugendliche mit Migrationskontext sind in besonderem Masse Problemen bei der Identitäts- und Rollenfindung, schlechterer Ausbildung, beruflicher Perspektivlosigkeit, fehlender sozialer Anerkennung etc. ausgesetzt <sup>(5)</sup>.

*Migranten und Migrantinnen:  
ein unsicherer Status...*

Diese durch einen Migrationsprozess ausgelösten Belastungen können sich negativ auf die körperliche und psychosoziale Gesundheit der Betroffenen auswirken <sup>(22)</sup>. Sie sind oft – nebst anderen Faktoren – Auslöser für riskante Verhaltensweisen mit dem Ziel der Problemkompensation. Solche Verhaltensweisen können übermässiger Alkohol- und Tabakgebrauch sowie der Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen sein. Das Herbeiführen eines Rausches führt zu einer spontanen Verbesserung des momentanen Wohlbefindens. Ausserdem kann das Zurschaustellen der riskanten Verhaltensweisen (bei Jugendlichen) zu sozialer Anerkennung und Erhöhung des sozialen Status führen <sup>(9, 19)</sup>.

*... der mit Risikosituationen, wie dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen, verbunden ist*

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Personen mit Migrationshintergrund versuchen, ihren Substanzmissbrauch oder die Suchtproblematik eines Familienmitgliedes so lange als möglich zu verbergen. Im Vergleich zu Personen schweizerischer Herkunft wird eher versucht, die Suchtproblematik innerhalb der Familie zu lösen. Auch wird Migranten und Migrantinnen zum Teil der Zugang zu den Institutionen der Suchthilfe durch verschiedene Hindernisse erschwert (z.B. Sprache). Geht man also davon aus, dass migrierte Personen die bestehenden Angebote zu wenig benutzen, werden sie in den entsprechenden Statistiken auch nicht erfasst, was dazu führt, dass letztlich kaum gültige Aussagen über deren effektive Anteile gemacht werden können <sup>(6, 9)</sup>. Jugendliche und junge Erwachsene der zweiten Generation scheinen vor allem Probleme mit illegalen Substanzen (Heroin, Kokain etc.) zu zeigen, während Migranten und Migrantinnen der ersten Generation eher an Alkoholproblemen leiden <sup>(2, 21)</sup>.

*Die Familie als Unterstützung*

*Kulturelle Barrieren bei der Behandlung*

*Migrantinnen und Migranten der zweiten Generation: illegale Drogen*

*Alkohol bei der ersten Generation*

Die Untersuchung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz <sup>(18)</sup> ist eine repräsentative Studie, die bei 11- bis 15-Jährigen unter anderem Konsumverhalten und Wohlbefinden erfasst. Anhand der Studie kann gezeigt werden, dass – in den jüngeren Altersgruppen – Jugendliche nicht schweizerischer Nationalität eher die Tendenz haben, wöchentlich zu rauchen, Bier oder Wein zu trinken und schon mal betrunken gewesen zu sein als Schweizer Jugendliche. Letztere hingegen geben häufiger an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis genommen zu haben. Mit 15 Jahren unterschieden sich die beiden Gruppen, mit Ausnahme des höheren Cannabisgebrauchs bei Schweizern, nicht mehr voneinander. In der Schweiz wohnhafte ausländische Jugendliche, scheinen ein leicht schlechteres Wohlbefinden (Einschätzung der eigenen Gesundheit, Zufriedenheit mit seinem Körper, gesundheitliche Beeinträchtigungen) aufzuweisen als Schweizer Jugendliche <sup>(18)</sup>.

*Weniger Cannabiskonsum als Schweizer Jugendliche*

*Schlechteres Wohlbefinden als Schweizer Jugendliche*

Ebenso konnte eine andere Schweizer Untersuchung aufgrund von Daten aus niederschweligen Einrichtungen kaum eine höhere Suchtgefährdung von Migranten und Migrantinnen im Vergleich mit Schweizern und Schweizerinnen feststellen. Betont wird hier jedoch das Problem der möglicherweise geringeren Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch Personen mit Migrationshintergrund <sup>(21)</sup>.

Von 1168 Personen, die sich im Jahre 2004 in einer stationären Alkohol- oder Medikamententherapie befanden (nicht repräsentative Erhebung), waren 14.1 % ausländischer Nationalität <sup>(8)</sup>. Diese Zahl liegt unter dem durchschnittlichen Ausländeranteil von rund 20 % in der Schweizer Wohnbevölkerung <sup>(17)</sup>. Die Statistik der ambulanten Beratungsstellen im Alkohol- und Drogenbereich weist für das Jahr 2002 etwas andere Prävalenzen auf: Bei den 2452 männlichen Ratsuchenden mit eigenen Substanzproblemen betrug der Anteil derjenigen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft 26.5 %, bei den 1046 weiblichen Ratsuchenden belief sich der Ausländeranteil auf 20.4 % <sup>(14)</sup>.

---

### 6.3 Wirkt der Migrationskontext anders auf Männer als auf Frauen?

Migranten und Migrantinnen sind mehr oder weniger gezwungen, sich mit der Kultur bzw. der Gesellschaft des Aufnahmelandes auseinander zu setzen, sich anzupassen und zu integrieren. In diesem Prozess der Auseinandersetzung und der Integration spielt das Geschlecht eine wichtige Rolle. Die Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie Geschlechterrollen und Geschlechterbeziehungen sind gesellschaftliche Konstrukte und somit – wie bereits in Kapitel 2 erwähnt – kultur- bzw. gesellschaftsspezifisch und wandelbar. Migrierende Personen werden im Aufnahmeland mit ihnen bisher unvertrauten Geschlechterrollen konfrontiert. Das Leben in der neuen Gesellschaft verlangt von ihnen ein Aushandeln von neuen Geschlechterrollen und Geschlechterbeziehungen <sup>(13)</sup>.

*Das Konzept von Männlichkeit ist auch kulturspezifisch*

Von diesem Aushandlungs-, Anpassungs- und Integrationsprozess sind nicht nur die Migranten und Migrantinnen selber betroffen, sondern auch deren Nachkommen. Oftmals versucht die migrierte Generation traditionelle Muster und bisherige geschlechterspezifische Rollenbilder im Aufnahmeland so lange und so weit als möglich aufrecht zu erhalten. Ihre Kinder hingegen, die in einer anderen Gesellschaft aufwachsen, sind durch die Strukturen des Aufnahmelandes geprägt und fühlen sich durch die traditionellen Muster der Eltern eingeschränkt. Deshalb sind Spannungen zwischen den Generationen in Familien mit Migrationshintergrund – insbesondere was die Geschlechterrollen betrifft – besonders häufig und intensiv <sup>(22)</sup>.

*Über ein traditionelles Männerbild die Verbindung zur Herkunftskultur aufrecht erhalten*

*Die Kinder der zweiten Generation befinden sich in einer andern Situation als ihre migrierten Eltern*

Auf männliche Migranten scheinen sich diese Spannungen und Konflikte in zum Teil anderer Form auszuwirken als auf Migrantinnen. Eine ausführliche Beschreibung der unterschiedlichen Auswirkungen wäre aufgrund mangelnder Literatur sehr aufwändig und würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Im Folgenden sind nur Beispiele für geschlechterspezifische Konflikte im Zusammenhang mit Migration der ersten Generation aufgeführt.

Männer migrieren häufig als erstes Mitglied einer Familie in ein fremdes Land. Sie beklagen sich gemäss einer niederländischen Studie oft über emotionale und sexuelle Entfremdung gegenüber den später nachgereisten Ehefrauen <sup>(7)</sup>. Auch droht Männern, die unter teilweise sehr eingeschränkten Bedingungen für ihre Familie im Herkunftsland gearbeitet haben und im Aufnahmeland in einfachen Verhältnissen leben, ein Gesichtsverlust, wenn Ehefrau und Kinder nachreisen, die sich eine schönere Wohnsituation ausgemalt haben <sup>(4)</sup>.

Männliche Migranten erleiden in der Folge des Migrationsprozesses oftmals einen Statusverlust, da sie beruflich eine schlechtere Position einnehmen müssen und innerhalb der Familie eine weniger ausgeprägte Machtposition einnehmen können als in ihrem Herkunftsland <sup>(2)</sup>.

*Statusverlust*

*Machtverlust in der Familie*

Bei weiblichen Migrantinnen hingegen kommen beispielsweise gesellschaftliche Benachteiligungen, wie niedrigerer sozioökonomischer Status und finanzielle Abhängigkeit sowie Prostitution und Frauenhandel häufiger vor <sup>(22)</sup>. Gemäss einem Bericht des BAG <sup>(16)</sup> ist der Gesundheitszustand von Migrantinnen deutlich schlechter als derjenige von Migranten.

*Der Gesundheitszustand von Migrantinnen ist schlechter als der von Migranten*

---

## 6.4 Migration, Geschlecht und Sucht

Nachdem nun einerseits die Migrationsthematik in Zusammenhang mit Gesundheit bzw. Sucht und andererseits in Zusammenhang mit Geschlecht betrachtet worden ist, soll nun der Frage nachgegangen werden, ob sich Migranten in Bezug auf die Suchtproblematik von Migrantinnen unterscheiden und ob Männer durch den Migrationskontext mehr gefährdet werden als Frauen. Da jegliche Studien zur Thematik fehlen, beruhen die folgenden Ausführungen auf Aussagen von Experten und Expertinnen.

In einem Interview in der Zeitschrift „Standpunkte“ äusserte sich Herr Luigi Bertoli, der auf „Migration, Sucht und Familie“ spezialisierte stellvertretende Leiter des Drop-In Biel, zur spezifischen Problematik von männlichen Migranten im Zusammenhang mit Sucht. *Er stellt fest, dass bei der Migration in manchen Familien ein Rollenwechsel stattfindet, wobei die Frauen an Status gewinnen und teilweise erwerbstätig werden, während die Männer eher an Status einbüßen und oft eine Arbeit verrichten müssen, die sie in ihrer Würde verletzt. Er sieht hier eine mögliche Ursache für einen erhöhten Substanzmissbrauch bei Männern mit Migrationshintergrund* <sup>(2)</sup>.

*Verlust des (beruflichen) Status und der zentralen Rolle in der Familie = eine mögliche Ursache für den Missbrauch von psychoaktiven Substanzen*

Herr Umberto Castra, Leiter des Projektes „Migration und Sucht“ vom Contact Netz Bern, *erachtet die Frage nach geschlechterspezifischen Aspekten im Zusammenhang mit Migration und Sucht als äusserst interessant. Er geht davon aus, dass sich Männer von Frauen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Suchtproblematik unterscheiden. Da diese spezifische Thematik noch kaum untersucht ist, sieht Herr Castra einen dringenden Forschungsbedarf* (U. Castra, persönliche Mitteilung vom 10.08.2005).

Frau Nella Sempio, von der Multikulturellen Suchtberatungsstelle beider Basel (MUSUB), bedauert, dass es kaum Literatur zum Thema Männer und Migration gibt. Aus ihrer jahrelangen Erfahrung als italienischsprachige Familienberaterin weiss sie, dass die Rollen in Familien mit Migrationshintergrund häufig durcheinander geraten. Die Ehefrauen werden erwerbstätig und somit selbstsicherer und die Kinder müssen als Vermittler bzw. Übersetzer eingesetzt werden, während die Männer oft an Autorität und Status einbüßen. Es findet eine „soziale Entwertung“ der Männer statt, diese fühlen sich oftmals nicht mehr als „richtige“ Männer. In Zusammenhang mit Sucht kann diese Konstellation zu Gewalt führen. Gemäss Frau Sempio bleiben Männer rigider ihrer traditionellen Rolle verhaftet, während Frauen viel flexibler reagieren und über mehr Ressourcen verfügen. Oftmals übernehmen auch die Söhne aus der zweiten Generation die traditionellen Rollenmuster ihrer migrierten Väter, womit dann dieselbe Problematik in der zweiten Generation weiter besteht. Was die Beratung von Migranten und Migrantinnen aus spanisch- und portugiesischsprachigen Ländern betrifft, gibt es heute mehr Männer, die ohne Arbeitsbewilligung in der Schweiz sind und in die Prostitution abgleiten, während sich früher diese Problematik nur bei Migrantinnen vorfand (N. Sempio, persönliche Mitteilung vom 11.08.2005).

*Substanzmissbrauch = Gewaltrisiko*

*Männer sind stärker in traditionellen Rollen verhaftet als Frauen*

Der deutsch-türkische Kinderarzt Fikret Cerci, Spezialist auf dem Gebiet Migration und Gesundheit, geht davon aus, dass Jungen aus Migrationsfamilien weniger ausgeprägt durch die Eltern und die älteren Geschwister beaufsichtigt bzw. geschützt werden und somit ein höheres Risiko für den Drogengebrauch aufweisen als Mädchen mit Migrationshintergrund <sup>(5)</sup>.

*Junge Migranten: weniger beaufsichtigt = höheres Risiko für Missbrauch psychoaktiver Substanzen*

Die wenigen bestehenden empirischen Studien, welche Hinweise auf die Thematik von „Migration, Sucht und Geschlecht“ geben könnten, lassen keine eindeutigen Schlüsse auf überproportionale Anteile an männlichen Migranten mit Substanzmissbrauch zu:

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung <sup>(3)</sup> wurde unter anderem der Anteil an Personen, die chronisch-risikoreich Alkohol konsumieren, erfasst. Die Analysen – getrennt nach Geschlecht und Nationalität – ergaben, dass sich in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen in Bezug auf den Risikokonsum nicht von Schweizerinnen unterscheiden. Auch Ausländer erwiesen sich als kaum häufigere Risikokonsumenten als Schweizer (9 % vs. 8 %) <sup>(1)</sup>.

*Alkohol: kaum Unterschiede zur Schweizer Bevölkerung*

Was den Tabakgebrauch betrifft, weisen Männer und Frauen ausländischer Nationalität etwas höhere Prävalenzen auf als Schweizer und Schweizerinnen. Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1997/98) sind 47.0 % der in der Schweiz wohnhaften Ausländer Raucher, während sich nur 37.2 % der Schweizer als Raucher bezeichnen. Bei den Frauen sind 31.5 % ausländischer Nationalität und 26.9 % schweizerischer Nationalität Raucherinnen <sup>(15)</sup>.

*Tabak: höhere Prävalenzen als in der Schweizer Bevölkerung, insbesondere bei Männern*

Eine Untersuchung bei 1200 ausländischen Jugendlichen in der Schweiz kam zum Ergebnis, dass junge ausländische Männer mehr Suchtmittel (Tabak, Kokain, Heroin) nehmen als junge Schweizer Männer. Die jungen Frauen hingegen unterscheiden sich nicht in Bezug auf ihren Suchtmittelgebrauch <sup>(15)</sup>.

*Missbrauch psychoaktiver Substanzen: ein Problem bei jungen Migranten*



Da der Anteil eingewanderter Personen in der Schweiz relativ hoch ist, sollte dem Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe, insbesondere was den Gebrauch psychoaktiver Substanzen betrifft, besondere Beachtung geschenkt werden. Migranten und Migrantinnen sind wegen ihrer oftmals mit Unsicherheiten behafteten Lebenssituation einem erhöhten Risiko für Substanzmissbrauch ausgesetzt. In erster Linie sind die Männer betroffen.

Präventionsmassnahmen mit und innerhalb der Migrationsbevölkerung sind unbedingt notwendig und sollten eher allgemein, denn spezifisch sein, d.h. die Lebensbedingungen, die Lebensqualität, die Integration sowie den sozialen Status umfassen. Die Problematik des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen müsste im Zusammenhang mit dem Geschlechterrollen-Konzept betrachtet werden. An erster Stelle käme dabei die Tabakprävention.

In Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung und den Akteuren der öffentlichen Gesundheit, müssen Strategien entwickelt werden, welche eine frühzeitige Behandlung von Problemen aufgrund des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen ermöglichen, indem Migranten und Migrantinnen den Zugang zu Beratungs- bzw. Behandlungsstellen erleichtert wird.

Die Gesamtheit solcher Bemühungen sollte mit anderen migrationspezifischen Massnahmen und Programmen koordiniert werden. Geschlechterspezifische Behandlungskonzepte müssen in allen Gesundheitsprogrammen, die sich an die Migrationsbevölkerung richten, gefördert werden.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Annaheim, B., & Gmel, G. (2004). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ein Synthesebericht zum Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002* - Forschungsbericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
2. Bertoli, L. (2004). Starke Familienbande können bei Suchterkrankungen zur Falle werden. *Standpunkte*, 4(5), 8-9.
3. Bundesamt für Statistik (BFS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BFS.
4. Carballo, M., Divino, J. J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health*, 3(12), 936-944.
5. Cerci, F. (2005). *Suchtproblematik bei jugendlichen MigrantInnen*. Stand November 2005, on-line: <http://www.kinderaerzte-lippe.de/Sucht%20bei%20jugendl.%20Migranten.htm>.
6. Dahinden, J. (2005). Die Integration von Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund in die Institutionen der Suchthilfe. Theoretische und praktische Überlegungen. *Abhängigkeiten*, 1(5), 5-17.
7. De Jong, J. T. V. M. (1994). Ambulatory mental health care for migrants in the Netherlands. *Curare*, 17(1), 25-34.
8. Delgrande Jordan, M. (2005). *act-info im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich - Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2004 - Deskriptive Statistik*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

9. Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz*. Bern: Hans Huber.
10. Ferron, C., Haour-Knipe, M., Tschumper, A., Narring, F., & Michaud, P.-A. (1996). Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 127, 1419-1429.
11. Gushulak, B. (2001). Health Determinants in Migrants: The Impact of Population Mobility on Health. In P. J. van Krieken (Ed.), *Health, Migration and Return* (pp. 255-256). Den Haag: Asser Press.
12. Johnson, T. P. (1996). Alcohol and Drug Use among Displaced Persons: An Overview. *Substance Use & Misuse*, 31(13), 1853-1889.
13. Krulfeld, R. M. (1999). Changing concepts of gender roles and identities in refugee communities. In L. A. Camino & R. M. Krulfeld (Eds.), *Reconstructing lives, recapturing meaning. Refuge identity, gender, and culture change* (pp. 71-74). Australia: Gordon and Breach Publishers.
14. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Ambulante Suchtberatung 2002 - Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
15. Müller, S., & Gmel, G. (2001). *Legale und illegale Drogen: Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997* (Tabellenband). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
16. Office fédéral de la santé publique (OFSP / BAG). (2002). *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern: BAG. Stand November 2005, on-line: <http://www.suchtunddaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/strategie/4.pdf>.
17. Office fédéral de la statistique (OFS / BFS). (2005). *Bevölkerung - Wichtigste Kennzahlen*. Stand November 2005, on-line: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/uebersicht/blank/wichtigste\\_kennzahlen.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/bevoelkerung/uebersicht/blank/wichtigste_kennzahlen.html).
18. Schmid, H., Gaume, J., Annaheim, B., Kuntsche, E. N., Kuendig, H., & Delgrande Jordan, M. (2004). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Entwicklungen, Trends und internationale Vergleiche*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
19. Settertobulte, W. (2001). Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In P. Marschalck & K. H. Wiedl (Eds.), *Migration und Krankheit* (pp. 171-173). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.
20. Spang, T., & Hanselmann, V. (2004). Migrationsgerechte Suchtarbeit ist eine Querschnittsaufgabe. *Suchtmagazin*, 30(2), 9-11.
21. Uchtenhagen, A. (2000, Mai). *Zur Bedeutung und Notwendigkeit eines migrationsspezifischen Therapieansatzes in stationären Einrichtungen*. Paper presented at the Tagung Migration und stationäre Drogentherapie, Olten.
22. Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.



## TEIL III

Wenn der Konsum ausser Kontrolle gerät  
und zu Problemen führt

## 7. Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum

### 7.1 Morbidität und Mortalität: Unterschiede zwischen Männern und Frauen

#### 7.1.1 Alkohol

Die physiologischen Beeinträchtigungen durch Alkohol sind heute allgemein bekannt. Alkohol hat negative Auswirkungen auf Organe wie die Leber, das Verdauungssystem, das zentrale Nervensystem und das Herz-Kreislauf-System sowie auf zahlreiche Krebsleiden. In der Schweiz fallen 40 % der alkoholbedingten Todesfälle <sup>(15)</sup> auf Krankheiten des Verdauungssystems wie Bauchspeicheldrüsenentzündung und Leberzirrhose. Die endokrinen und reproduktiven Funktionen können ebenfalls gestört sein und das Immunsystem durcheinander bringen. Bei arterieller Hypertonie und Störungen des peripheren Nervensystems ist häufig ein übermässiger Alkoholkonsum die Ursache. Der Alkoholkonsum führt auch zu Unfällen und Stürzen, spielt bei Suiziden eine Rolle und ruft akute Krankheiten hervor. 3.9 % der Behandlungstage in den Schweizer Spitälern und 3.4 % der Todesfälle stehen in Zusammenhang mit Alkoholproblemen <sup>(15)</sup>.

*Alkohol: zahlreiche negative Auswirkungen*

Was die potenziell verlorenen Lebensjahre betrifft, so machen die speziell durch den Alkoholkonsum ausgelösten chronischen Krankheiten (Zirrhose, Abhängigkeit, Krankheiten des zerebrovaskulären Systems und andere chronische Krankheiten) 54 % der Belastung bei den Männern gegenüber 73 % bei den Frauen aus. Am häufigsten treten Zirrhosen auf (28.3 % der gesamten Krankheiten bei den Männern und 34.7 % bei den Frauen). Auch wenn die Männer proportional weniger an chronischen Krankheiten leiden als die Frauen (zu diesem Thema siehe auch Kapitel 3 „Physiologische Unterschiede“), sind sie von Verkehrsunfällen und Suiziden stark betroffen, die beide zusammengenommen 44 % der Gesamtbelastung ausmachen, gegenüber 17.5 % bei den Frauen. Der wichtigste Faktor für Schäden durch Alkohol bei Männern ist das Risikoverhalten. Bei den 15- bis 24-jährigen Männern ist der Anteil der alkoholbedingten Todesfälle fast doppelt so hoch (12.1 %) wie bei den Frauen (6.7 %). Es handelt sich dabei ausschliesslich um akute, unfallbedingte Todesfälle. Die alkoholbedingten Todesfälle betragen bei den Männern insgesamt 4.2 % der gesamten Todesfälle, bei den Frauen sind es 2.7 %. Nahezu ein Zehntel (9.7 %) der verlorenen Lebensjahre bei den Männern ist auf Alkohol zurückzuführen gegenüber 6.9 % bei den Frauen <sup>(15)</sup>.

*Frauen leiden häufiger an chronischen Krankheiten, bei Männern ist hingegen das Risikoverhalten deutlich ausgeprägter*

Die Alkoholabhängigkeit betrifft, wie bereits erwähnt, in der Schweiz etwa 300'000 Personen, davon sind zwei Drittel Männer. Diese Schätzung bestätigen die in den Schweizer Spitälern gestellten Diagnosen <sup>(24)</sup>. So wird die Alkoholabhängigkeit als Haupt- oder Nebenursache bei durchschnittlich 3.8 % der Männer und 1.3 % der Frauen diagnostiziert, mit einer Spitze bei Frauen im Alter zwischen 45 und 49 Jahren (2.4 %) und bei Männern zwischen 50 und 54 Jahren (4.9 %). Lautet die Hauptdiagnose auf

*Alkoholabhängigkeit: ein ausgeprägt männliches Problem*

Alkoholabhängigkeit, rangiert sie bei 40- bis 69-jährigen Männern an vierter Stelle und bei Frauen derselben Altersgruppe an vierzehnter Stelle <sup>(24)</sup>. Bei beiden Gruppen ist die Alkoholabhängigkeit für die meisten Hospitalisierungstage pro Person verantwortlich, in der Grössenordnung von 26.5 Tagen bei den Männern und 28.3 Tagen bei den Frauen <sup>(4)</sup>.

Die Statistik der Fahrausweiszüge <sup>(38)</sup> liefert einen interessanten Hinweis auf die üblichen Verhaltensweisen von Männern und Frauen im Strassenverkehr. Diese Statistik zeigt jedoch kein genaues Abbild, da sich die unterschiedliche Anzahl der Verkehrskontrollen auf das Ergebnis auswirkt. Der jährliche Anstieg ist daher weniger ein Indikator für eine Verhaltensänderung der Strassenverkehrsteilnehmenden als für eine Verschärfung der Kontrollen. Im Vergleich zu 2003 sind die Ausweiszüge wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand im Jahr 2004 um 13.9 % gestiegen, diejenigen wegen Fahrens unter Einfluss von Medikamenten und Drogen um 47.8 % und wegen Drogensucht um 27.8 %. Hingegen sind die Ausweiszüge wegen Alkoholismus um 3.1 % gesunken <sup>(37, 38)</sup>.

Bei Männern und Frauen zeigen sich erhebliche Unterschiede: Nahezu alle Fahrausweiszüge wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand betreffen Männer. Bei den 20- bis 24-Jährigen ist der Anteil Männer bei Ausweiszügen am höchsten, er beträgt 92.7 %. In dieser Altersgruppe erfolgt ein Fünftel aller Ausweiszüge bei Männern wegen Alkohol am Steuer. Es ist nach Geschwindigkeitsüberschreitungen der zweithäufigste Grund. Auch wegen Alkoholismus werden Männer häufiger bestraft als Frauen. Am häufigsten sind es Männer im Alter von 40 bis 50 Jahren (230 Fälle, d. h. 2.3 % der Ausweiszüge in dieser Altersgruppe); ihr Anteil beträgt 82.7 % <sup>(37, 38)</sup>.

*Risikoverhalten ist männlich*

Ein ähnliches Bild, wenn auch mit deutlich weniger Fällen, ergibt das Fahren unter Einfluss von Medikamenten und Drogen: In der am stärksten betroffenen Altersgruppe, d.h. den 20- bis 24-Jährigen (344 Personen), beträgt der Anteil Männer 92.2 %. Dieses Ergebnis trifft auch für die Drogensucht zu. Der Anteil an Ausweiszügen in derselben Altersgruppe beträgt dort 88.5% bei Männern (von insgesamt 408 Fällen).

Alkoholabhängigkeit muss Thema von Sensibilisierungskampagnen in der breiten Öffentlichkeit sein, mit Schwerpunkt auf den Männern. Die Banalisierung des Alkoholkonsums – insbesondere bei Männern – und das beim Konsum noch stark männlich geprägte Bild, stehen zur Debatte. Indem parallel dazu die typisch männlichen und die eher weiblichen Risiken thematisiert werden, sollte es gelingen, beide Zielgruppen anzusprechen.

Besondere Aufmerksamkeit muss auf den riskanten Konsum bei Männern, hauptsächlich im Strassenverkehr, gelegt werden. Auch hier sollten Präventionskampagnen das geschlechterspezifische Verhalten von Männern und Frauen berücksichtigen.

### 7.1.2 Tabak

Der Tabak verursacht und fördert zahlreiche Krankheiten. Er stellt einen wichtigen Risikofaktor für Krebs, Durchblutungsstörungen in Gliedmassen, Herz und Gehirn sowie für chronische Lungenkrankheiten (Bronchitiden, Emphyseme) dar. Über 40-jährige Männer, die in Schweizer Spitälern eingewiesen werden, leiden häufig an einer Krankheit in Zusammenhang mit Tabakkonsum. Der Infarkt ist im Übrigen eine der Hauptursachen für Spitäleinweisungen bei 40- bis 79-jährigen Männern. Weitere mit dem Rauchen verbundene Krankheiten sind in dieser Alterskategorie ebenfalls häufig <sup>(24)</sup>. Die Überrepräsentation von Männern lässt sich darauf zurückführen, dass Krebserkrankungen im Durchschnitt 20 Jahre nach Beginn des Tabakkonsums auftreten; die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken hinken den aktuellen Konsumstatistiken deshalb 20 Jahre hinterher. Dieses sehr düstere Bild, das die Konsumgewohnheiten der Männer bietet, wird bei den Frauen folglich in einigen Jahren ähnlich aussehen, wenn die Fachleute nichts dagegen unternehmen. Es sollte versucht werden, den Konsumtrend bei jungen Menschen umzukehren und Entwöhnungsmethoden für Personen, die heute rauchen, anzubieten.

*Tabak: Noch ein grösseres Problem bei Männern*

Der Anteil Diagnosen, die in Schweizer Spitälern in Verbindung mit Tabak stehen, beträgt bei den Männern 8.8 % und bei den Frauen 3.1 %; dies ergibt einen Anteil Behandlungstage bei Männern von 11.5 % und bei Frauen von 3.9 % <sup>(24)</sup>.

Die Mortalität durch Lungenkrebs bei Männern nimmt weltweit ab, oder es lässt sich zumindest eine verlangsamte Zunahme feststellen, während bei Frauen das Gegenteil geschieht. In der Schweiz sind 8.6% der Todesfälle bei Männern durch Krebs bedingt, gegenüber 2.05 % bei den Frauen. Dieser Trend wird bei den Frauen noch stark zunehmen, da bekannt ist, dass Frauen bei gleichem Konsum ein höheres Risiko für Lungenerkrankungen aufweisen (siehe auch Kapitel 3.4). Im Übrigen überleben Männer eine Lungen- oder Krebserkrankung weniger lang als Frauen. Schliesslich scheint der Mann vom Nichtraucherkrebs (=nicht tabakbedingte Ursachen) weniger betroffen zu sein als die Frau.

*Verbesserung der Lage in Sicht..., aber Verschlechterung bei den Frauen*

In der Schweiz sind 14 % der Todesfälle auf das Rauchen zurückzuführen: 20 % bei den Männern und 7 % bei den Frauen <sup>(24)</sup>.

Es ist notwendig, die Angebote zur Raucherentwöhnung zu verstärken, indem speziell männliche Zielgruppen angesprochen werden, damit die Zahl der Raucher reduziert werden kann.

Ebenso wichtig ist es, den Konsumbeginn bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, herauszuzögern, um den Trend in dieser Zielgruppe umzukehren.

### 7.1.3 Cannabis

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des Cannabiskonsums sind inzwischen besser bekannt <sup>(31)</sup>: Erhöhtes Risiko für Lungenkarzinome und andere Atemwegserkrankungen, erhöhtes Risiko für eine frühzeitige Entwicklung von Schizophrenie und latenten Depressionen, Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der Wahrnehmung, psychische Abhängigkeit und mässig ausgeprägte körperliche Entzugssymptome. Einige amerikanische Untersuchungen <sup>(22)</sup> schätzen den Anteil in der Allgemeinbevölkerung, bei der die Gefahr einer Cannabisabhängigkeit besteht, auf etwa 5 %. Diese Prävalenz dürfte bei den Konsumierenden 10 % betragen, es fehlen jedoch Studien, die diese Hypothese bestätigen. Ob ein lang anhaltender Konsum genetische Veränderungen bewirken kann, ist ebenfalls umstritten. Auch akute Folgen wie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Verminderung der motorischen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses sind zu berücksichtigen. Bisher konnten bei den Folgen keine geschlechterspezifischen Unterschiede festgestellt werden.

*Langfristige Risiken*

Der Anteil Männer, die aktuell Cannabis konsumieren, ist höher als der von Frauen, und dies in allen Altersgruppen. Es ist deshalb zu befürchten, dass sich die negativen Folgen des chronischen Cannabiskonsums erst in der Zukunft zeigen und im Wesentlichen Männer betreffen werden. Anhand von Entwicklungsstudien lässt sich aufzeigen, dass die meisten Erwachsenen nach dem 30. bis 35. Lebensjahr den Konsum aufgeben <sup>(22)</sup>. Laut dieser Studie erhöht sich mit der Übernahme von konventionellen sozialen Rollen (durch Heirat und Familiengründung) die Wahrscheinlichkeit, dass der Cannabiskonsum aufgegeben wird. Interessant wäre zu erfahren, ob dieser Trend bei den heutigen jungen Konsumenten anhalten wird, angesichts der 1968er Generation, bei der sich ab und zu beobachten lässt, wie sie in Anwesenheit ihrer Kinder Cannabis raucht...

*Die Übernahme herkömmlicher sozialer Rollen begünstigt die Aufgabe des Konsums*

Schwerpunkt sollten Entwöhnungsangebote sein, die bei den jungen Erwachsenen, insbesondere den Männern, idealerweise zur Aufgabe des Cannabiskonsums führen. Ziel ist es, eine Verfestigung des Konsumverhaltens zu verhindern. Doch scheinen Massnahmen zur Verringerung des problematischen Cannabiskonsums realistischer zu sein und diese tragen bereits eindeutig zu einem Rückgang der Konsumrisiken bei.

Es ist notwendig, die Cannabiskonsumierenden zu sensibilisieren, um – vor allem bei Männern – zukünftige Risiken zu vermeiden. Dazu müssen die Risiken eines chronischen, langfristigen Konsums bekannt gemacht werden.

### 7.1.4 Heroin und Kokain

Beim intravenösen Heroinkonsum besteht ein grosses Risiko in der Übertragung von Hepatitis- und AIDS-Viren. So waren oder sind 40 % der

*Hohes Risiko: HIV/AIDS und Hepatitis*



Drogenkonsumierenden mit Hepatitis B infiziert. Rund die Hälfte hat sich mit dem Hepatitis C-Virus angesteckt, bei langjährigen Konsumierenden beträgt der Anteil sogar über 80 % <sup>(21)</sup>. Die Ursachen von neu diagnostizierten AIDS-Erkrankungen haben sich im Laufe der Zeit verändert. Bis 1996 waren hauptsächlich Personen betroffen, die sich mit kontaminiertem Injektionsbesteck infiziert hatten <sup>(36)</sup>, dann waren es Männer mit homosexuellen Kontakten und danach Personen, die sich bei heterosexuellen Kontakten infiziert hatten. 2004 hatten sich von allen an AIDS erkrankten Personen 17.9 % der Männer und 17.8 % der Frauen durch kontaminiertes Injektionsbesteck infiziert (Berechnungen der SFA) <sup>(36)</sup>. Heterosexuelle Kontakte sind die wichtigste Infektionsquelle bei Männern (41.7 %), gefolgt von homosexuellen Kontakten (36.9 %). Bei Frauen sind heterosexuelle Kontakte die überwiegende Ursache für eine Ansteckung (78.1 %).

Beim Kokainkonsum besteht ein enger Zusammenhang mit einer gestörten Blutzirkulation des Herzmuskels und mit Myokardinfarkten <sup>(46)</sup>. Andere kardiovaskuläre Vorfälle sind deutlich mit Kokainkonsum verbunden, wie zum Beispiel Kardiomyopathien, Angina pectoris und plötzliche Todesfälle durch Herzstillstand. In der wissenschaftlichen Literatur ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern nachgewiesen.

*Kardiale Risiken*

Es wäre nützlich, mögliche Verbindungen zwischen den verschiedenen Komplikationen des Kokainkonsums und den Absichten und Erwartungen der Anwender und Anwenderinnen besser zu kennen. Dies würde erlauben, differenzierte Ansätze entsprechend der Art und dem Kontext des Konsums zu entwickeln, die sicher geschlechterspezifische Eigenheiten aufweisen.

Die Anzahl Todesfälle durch Drogenkonsum (die Statistik berücksichtigt nur die Fälle mit direkter Todesursache) sinkt seit 1994 kontinuierlich <sup>(24)</sup>; das war der Zeitpunkt, als die ärztlich kontrollierte Heroinabgabe eingeführt wurde. Dieser Trend ist bei Männern ausgeprägter. Die Zahl der Todesfälle bei Männern ist von 1994 bis 2003 von 327 auf 148 gesunken, das entspricht einer Reduktion um 54.7 % im Vergleich zu 1994. Die Anzahl Todesfälle bei Frauen nahm im gleichen Zeitraum von 72 auf 46 ab, was einer Senkung von 36 % entspricht. Die Mortalitätsrate ist bei den Drogenkonsumentinnen jedenfalls geringer als bei den Männern. Wie auch Güttinger et al. <sup>(16)</sup> feststellen, versuchen drogenabhängige Frauen aber häufiger als Männer, sich das Leben zu nehmen <sup>(7, 51)</sup>.

*Deutlichere Abnahme der Todesfälle bei Männern*

Es müssen Anstrengungen unternommen werden, um die durch illegale Drogen bedingten Todesfälle weiter zu verringern.

### 7.1.5 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG)

Neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind hauptsächlich soziale und juristische Probleme die Folgen des chronischen, illegalen Drogenkonsums. Die statistischen Daten <sup>(35)</sup> zeigen für die Jahre 1997 bis 2003 einen konstanten Anteil von Männern, die gegen das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) verstossen haben. Dieser beträgt rund 85 %, der häufigste Grund ist Cannabiskonsum. Die 18- bis 24-jährigen Männer sind dabei am häufigsten vertreten. Kokain folgt in der Altersgruppe ab 30 Jahren an zweiter, und Heroin an dritter Stelle. Bei den Frauen sind es die 18- bis 24-jährigen Marihuanakonsumentinnen und die Kokainkonsumentinnen ab 30 Jahren, die am stärksten vertreten sind. Allerdings ist der Anteil Frauen insgesamt wesentlich niedriger: Bei Cannabis entsprechen die von Frauen begangenen Verstöße etwa einem Zehntel von jenen der Männer, bei Kokain sind es etwas weniger als ein Drittel. Auch wenn der Quotient Männer/Frauen bei Verstössen wegen Kokain dem für Konsum sehr ähnlich ist (etwa 4 Männer auf eine Frau), ist der Quotient für Cannabis mit etwa 10:1 wesentlich höher, obwohl es mehr als doppelt so viele Konsumenten wie Konsumentinnen gibt. Es lässt sich die Hypothese aufstellen, dass öffentlicher Cannabiskonsum ein eher männliches Verhalten ist, in Verbindung mit einer Suche nach Risiko und Nervenkitzel. Eine ergänzende Hypothese lautet, dass der Konsum bei Frauen der Polizei weniger auffällt, und sie demnach seltener kontrolliert werden.

*Anteil der Männer: 85 %*

### 7.1.6 Männliche Prostitution und Konsum psychoaktiver Substanzen

Die männliche Prostitution ist heute noch ein Tabu; die spärlichen Daten aus diesem Milieu beweisen es. Bekannt ist, dass dieses Milieu erheblich durch Migranten und eine sehr hohe Fluktuation gekennzeichnet ist. Schätzungen zufolge gibt es heute 1'000 bis 2'500 Sexarbeiter in der Schweiz. Nach Angaben der Präventionsorganisation „malesexwork“ prostituieren sich 10 bis 30% dieser Männer, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Die Mehrheit der Abhängigen finanziert sich den Drogenkonsum jedoch mit anderen Mitteln: Handel, Tausch, Einbruch, Diebstahl usw. Prostitution als ausschliessliche Motivation, um den Konsum zu finanzieren, ist eher selten. Diese Männer finden ihre Klientel am häufigsten an öffentlichen Orten wie Parks, Toiletten usw. <sup>(25)</sup>.

*Die männlichen Prostituierten, die Drogen konsumieren, machen 10 bis 30 % aller Sexarbeiter aus*

Eine französische Studie <sup>(5)</sup>, durchgeführt in Paris, zeigt, dass der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis bei Prostituierten deutlich höher ist als in der männlichen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 40 Jahren (über 75 % regelmässig Alkoholkonsumierende und über 55 % täglich Rauchende). Das gilt auch für den Konsum von Kokain, Ecstasy und Poppers. Bei den drei letztgenannten Substanzen hält die Studie fest, dass es sich hauptsächlich um einen gelegentlichen Konsum handelt. In der Schweiz lässt sich dieselbe Feststellung machen, ohne dass jedoch genaue Zahlen genannt werden könnten. Betont wird dabei der erhebliche Anteil von punktuelltem Alkoholmissbrauch in dieser Bevölkerungsgruppe <sup>(1)</sup>. Es ist festzustellen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen bei

*Ein höherer Konsum psychoaktiver Substanzen als in der Allgemeinbevölkerung*

Männern, die sich prostituieren, einen bestimmten Zweck erfüllt und daher einen wichtigen Platz einnimmt: Substanzen, die z.B. aphrodisierende oder stimulierende Wirkung haben, erleichtern den Sexualverkehr und das Verdrängen der Realität. Heroin, das eine sedierende Wirkung hat, ist in dieser Bevölkerungsgruppe wenig verbreitet. Die Begleitererscheinungen dieser Droge scheinen mit dem Prostitutionsmilieu unvereinbar zu sein, da für den Kontakt mit Kunden Aussehen und Benehmen wichtig sind. Laut der französischen Studie kommt Cannabis bei männlichen Prostituierten eine besondere Stellung zu. Es gilt als Beruhigungsmittel gegen Angst, das manchen geholfen hat, von Crack oder Heroin loszukommen. Es ist jedoch festzuhalten, dass 30 % der Cannabisanwender angeben, von Cannabis abhängig zu sein.

Das grösste gesundheitliche Problem bei dieser Bevölkerungsgruppe ist die Prävention von HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Eine neue Studie <sup>(25)</sup> weist die Zunahme von sexuellen Risikoverhaltensweisen in der männlichen homosexuellen Population nach (Zunahme der Partner, der analen Penetration mit festen und wechselnden Partnern sowie eine deutlich weniger regelmässige Verwendung von Präservativen bei Gelegenheitskontakten). Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung auch im männlichen Prostitutionsmilieu widerspiegelt. Die Anzahl ungeschützter Kontakte nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen wurde in den beigezogenen Studien nicht untersucht. Es ist jedoch zu befürchten, dass der Konsum legaler und illegaler Drogen die Vorsicht gegenüber Infektionsrisiken senkt, was im Übrigen auch auf die Allgemeinbevölkerung zutrifft.

*AIDS und andere sexuell  
übertragbare Krankheiten*

Präventionsmassnahmen, die auf männliche Prostituierte ausgerichtet sind, sollten einen allgemeinen Ansatz bevorzugen, der auf alle sich stellenden Probleme Bezug nimmt: Auch wenn die Prävention von Infektionsrisiken Vorrang hat, sollten auch die Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen thematisiert werden. Die Sprache ist dabei so einfach und direkt zu wählen, wie dies beim Thema Sexualität geschieht. In diesem Sinn sind Projekte wie HERRMANN oder malesexwork, die in den Alltag der Prostitution eingreifen, aktiv zu unterstützen. Deshalb sollten Fachleute für AIDS-Prävention und Drogenfachleute weiterhin intensiv zusammenarbeiten und Synergien in der Gesundheitsförderung schaffen (siehe Schlussfolgerungen des Berichts sfinx 2000 zu MSW <sup>(45)</sup>).

## 7.2 Psychische Komorbidität: Was ist bekannt über die mänderspezifischen Aspekte?

Mehrere neue Studien <sup>(33)</sup> weisen einen starken Zusammenhang zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) in der Kindheit und dem

Konsum von Alkohol oder Drogen, insbesondere Kokain nach. Diesen Studien zufolge leiden 30 bis 60 % der Personen mit problematischem Konsum psychoaktiver Substanzen zusätzlich an einer Komorbidität vom Typ der PTSD. Die Traumata bei Männern sind eher mit Kindheits-erfahrungen körperlicher Gewalt verbunden, jene bei Frauen eher mit sexuellem Missbrauch.

### 7.2.1. Alkohol

In der wissenschaftlichen Literatur ist ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen problematischem Alkoholkonsum und psychischen Erkrankungen festzustellen: 37 % der alkoholabhängigen Personen haben mindestens eine assoziierte psychiatrische Diagnose <sup>(41)</sup>. Bei allen psychiatrischen Diagnosen ist die Wahrscheinlichkeit betroffen zu sein bei alkoholabhängigen Personen höher als in der Allgemeinbevölkerung <sup>(27,41)</sup>. Den stärksten Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit weisen jedoch andere Formen von Abhängigkeit auf, besonders die von Nikotin (fast 80 % der alkoholabhängigen Personen).

Persönlichkeitsstörungen sind besonders häufig mit Alkoholabhängigkeit verbunden. Dazu zählt die asoziale Persönlichkeit, die ab dem Jugendalter gekennzeichnet ist durch Gleichgültigkeit und Missachtung der Rechte von Mitmenschen und von Normen, durch eine niedrige Hemmschwelle für aggressive Handlungen und die Unfähigkeit Schuld zu empfinden. Unter Alkoholabhängigen sind 4- bis 8-mal mehr asoziale Persönlichkeiten zu finden als in der Allgemeinbevölkerung. Schätzungen zufolge haben 4 % der Männer und 0.8 % der Frauen eine asoziale Persönlichkeit; bei Alkoholabhängigen beträgt dieser Anteil hingegen 15 % bei den Männern und 10% bei den Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, eine asoziale Persönlichkeit zu entwickeln, ist bei Frauen also grösser als bei Männern (OR Frauen 12.2 vs. OR Männer 3.9), auch wenn insgesamt mehr Männer davon betroffen sind <sup>(19)</sup>.

*Persönlichkeitsstörungen:  
mehr Männer betroffen,  
aber geringeres Risiko als Frauen*

Depressionen treten bei Alkoholabhängigen in der Entwöhnung häufig auf: 80 % zeigen depressive Symptome, ein Drittel von ihnen eine schwere Depression <sup>(43)</sup>. Bei Männern sind Depressionen in der Regel eine Folge der Alkoholabhängigkeit (78 %), während sie bei Frauen häufiger primär auftreten, d. h. sie gehen der Alkoholabhängigkeit voraus (66 % der Fälle) <sup>(17, 18)</sup>. Bei Frauen ist das Risiko, aufgrund von Alkoholabhängigkeit depressiv zu werden, daher gering.

*Die Depression verleitet Männer  
weniger zum Trinken als Frauen*

### 7.2.2 Tabak

Zahlreiche Studien bestätigen, dass Rauchen und psychische Störungen eng miteinander verknüpft sind: schwere Depressionen, Angststörungen, Hyperaktivitätsstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite bei Erwachsenen wie auch Schizophrenie sind an der Aufnahme des Tabakkonsums beteiligt. Darüber hinaus ist bekannt, dass Nikotin zu Angststörungen und depressiven Störungen führen kann. Welchen Einfluss diese Störungen auf das Rückfallrisiko haben, wurde jedoch nicht eindeutig bestimmt. Bei den Rauchern und Raucherinnen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

*Rauchen und psychische Störungen:  
ein Zusammenhang*

auch ein erhöhtes Suizidrisiko festzustellen. Diese Komorbidität scheint bisher nicht unter dem geschlechterspezifischen Aspekt untersucht worden zu sein.

### 7.2.3 Cannabis

Man weiss erst wenig über die psychische Komorbidität beim Cannabiskonsum, besonders, was die Kausalität betrifft: Die aktuellen epidemiologischen Studien verwenden nämlich die Lebenszeitprävalenz oder die 12-Monats-Prävalenz, um den Cannabiskonsum zu erfassen. Doch sind dies keine geeigneten Indikatoren, um Kausalzusammenhänge<sup>(30)</sup> bei klinischen Patientengruppen mit affektiven Störungen zu untersuchen. In den klinischen Patientenpopulationen mit affektiven Störungen liegt bei 4.0 bis 19.6 % der Fälle die Diagnose eines Missbrauchs oder einer Cannabisabhängigkeit vor<sup>(22)</sup>, wobei der Missbrauch dem depressiven Zustand bei einem Drittel der Fälle vorausgegangen ist. Bei den Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen weisen 13.4 bis 64 % einen Cannabismissbrauch auf. Die Suizidrisiken korrelieren ebenfalls mit dem Cannabiskonsum: Bei den Patientinnen und Patienten, die einen Suizidversuch unternommen haben, sind signifikant mehr Personen mit Cannabismissbrauch als in der Allgemeinbevölkerung zu finden; umgekehrt ist die Prävalenz von Suizidversuchen bei Personen mit Cannabismissbrauch ebenfalls signifikant höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Der Cannabiskonsum scheint sich auf verschiedene psychische Störungen negativ auszuwirken<sup>(22)</sup>. Eine australische Studie bei Jugendlichen, die von Fischer et al. zitiert wird<sup>(10)</sup>, zeigt, dass die Prävalenz von depressiven Zuständen und Angstzuständen mit zunehmendem Cannabiskonsum ansteigt, dass dieser Zusammenhang bei weiblichen Jugendlichen jedoch stärker ist. Insbesondere leiden junge Frauen, die täglich Cannabis konsumieren, 5-mal häufiger an Depression und Angst als junge Frauen, die nicht konsumieren<sup>(40)</sup>. Ausserdem ist der wöchentliche oder häufigere Cannabiskonsum bei Jugendlichen mit einem doppelt so hohen Risiko für Depression und Angst im Erwachsenenalter verbunden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass häufiger Cannabiskonsum bei Frauen ein höheres Risiko für affektive Störungen bedeuten kann<sup>a</sup>. Fachleute vertreten jedoch relativ einhellig die Ansicht, dass Cannabiskonsum an sich nicht zu einer chronischen Psychose führt: „Allerdings ist die Diagnostik relativ schwierig, da eine chronische Cannabispsychose schwer von einer funktionalen Psychose wie Schizophrenie mit gleichzeitigem Cannabiskonsum unterschieden werden kann. Es wird ebenfalls kontrovers diskutiert, ob Cannabis Schizophrenie vorzeitig auslösen kann. Deutlich dafür sprechen zwei neuere Studien. Kritische Stimmen dagegen schreiben dem Cannabisgebrauch nur die Funktion einer Selbstmedikation gegen die Symptome der Schizophrenie zu. Die langzeitliche Analyse von Cannabiskonsumraten und von Neuerkrankungsraten an Schizophrenie zeigt, dass der Cannabiskonsum kaum in kausaler Weise mit der Neuerkrankungsrate an Schizophrenie verknüpft ist. Mehr Konsens besteht darüber, dass Cannabis den Verlauf von Schizophrenie verschlimmern oder zu Rückfällen führen kann. In neuesten Forschungsberichten

a Frei ins Deutsche übernommen nach dem Originaldokument in englischer Sprache

werden direkte und indirekte Auswirkungen eines chronischen Cannabisgebrauchs auf Paranoia, Angstzustände, Depressionen und Suizid angenommen. Diese Effekte sind jedoch deutlich weniger stark abgesichert als der Zusammenhang mit Schizophrenie. Eine neue Übersichtsarbeit kommt zum Schluss, dass Cannabiskonsum weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für die Entwicklung einer Psychose ist. Cannabis ist vielmehr eine Verursachungskomponente in einer komplexen Konstellation von Faktoren, die zu einer psychischen Erkrankung führen können“ (Müller et al. <sup>(31)</sup>). In den publizierten Studien ist kein Hinweis auf mögliche geschlechterspezifische Unterschiede zu finden.

#### 7.2.4 Heroin und Kokain

Der Anteil Personen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, ist bei Konsumenten und Konsumentinnen von Heroin (19 %) und Kokain (17 %) höher als bei Alkohol <sup>(2)</sup>.

Obwohl der Anteil Individuen in der Allgemeinbevölkerung, die an einem Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom leiden (Quotient Männer/Frauen: 4), bei Kindern auf 6% und bei Erwachsenen auf 4% geschätzt wird, stellen mehrere Studien bei Drogenabhängigen Raten von 14 bis 33 % fest <sup>(2)</sup>, mit einer höheren Prävalenz bei den Kokainabhängigen <sup>(49)</sup>.

Affektive Störungen stellen die häufigste Diagnose bei Kokainabhängigen dar. Verschiedene epidemiologische Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und einem künftigen problematischen Konsum. 30 bis 45 % der Männer und 45 bis 55 % der Frauen berichten, bereits vor Konsumbeginn an depressiven Störungen gelitten zu haben.

Es besteht vermehrter Bedarf an Forschung zu geschlechterspezifischen Aspekten von psychiatrisch diagnostizierter Komorbidität, um bei Fragen zur Behandlung, Entwöhnung und Rückfallprävention geschlechterbedingte Unterschiede besser erfassen zu können.

Es besteht vermehrter Bedarf an Forschung zu geschlechterspezifischen Aspekten von psychiatrisch diagnostizierter Komorbidität, um bei Fragen zur Behandlung, Entwöhnung und Rückfallprävention geschlechterbedingte Unterschiede besser erfassen zu können.

---

## 7.3 Gewalt in Paarbeziehungen

### 7.3.1 Zusammenhänge zwischen Gewalt und dem Konsum psychoaktiver Substanzen

In den vorhergehenden Kapiteln wurden Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen und damit verbundener Kriminalität sowie Suizidrisiken aufgeführt. Solche Verhaltensweisen sind in wissenschaftlichen Studien meist unter dem Oberbegriff Gewalt zusammengefasst. Allgemein ist festzustellen, dass tendenziell eher Männer als Frauen zu solchen Verhaltensweisen neigen.

Zahlreiche Studien weisen einen Zusammenhang zwischen dem Konsum von psychoaktiven Substanzen und gewalttätigem Verhalten nach. Es lässt sich feststellen, dass die akute Wirkung solcher Substanzen körperliche Aggressionen steigern <sup>(47, 48)</sup>. Ein positiver Zusammenhang besteht auch zwischen dem problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen und gewalttätigen Handlungen <sup>(11)</sup>. Die meisten Studien deuten darauf hin, dass Alkohol an 40 bis 50 % der Gewaltverbrechen und an einem niedrigeren, aber substanziellen Anteil anderer Verbrechen beteiligt ist <sup>(14)</sup>. Eine Zunahme der Gewalt aufgrund von Kokain- und Crackkonsum wurde ebenfalls nachgewiesen <sup>(6)</sup>. Es scheint, dass der Cannabiskonsum wie auch der Opiatkonsum nur sehr wenig mit der Zunahme körperlicher Gewalthandlungen zusammenhängt. Die psychoaktiven Effekte dieser beiden Substanzen erklären diese Feststellung zumindest teilweise.

*Psychoaktive Substanzen  
und Gewalt: ein eindeutiger  
Zusammenhang...*

Tatsächlich ist der Zusammenhang zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und gewalttätigen Handlungen von mehreren Faktoren und Einflüssen abhängig. Graham und West <sup>(14)</sup> nennen drei Prozessebenen, die Gewaltausübung beeinflussen:

- Der kulturelle Kontext, der die vorherrschenden sozialen Normen und die kulturelle Verankerung des konsumierten Produkts beinhaltet;
- Der Konsumkontext mit den assoziierten Gruppeneffekten;
- Das Individuum in seiner Abhängigkeit von persönlichen (physiologischen und psychologischen) Merkmalen und der Wirkungsweise des Produkts, die vom Produkt selbst und der konsumierten Menge abhängt.

Die unterschiedlichen Faktoren, die beim Konsum psychoaktiver Substanzen und Gewalt beteiligt sind, lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen über Kausalzusammenhänge zu. Der mögliche Einfluss psychoaktiver Substanzen beim Ausüben von Gewalt steht gemäss vielen Autoren in Verbindung mit psychischen und soziologischen Faktoren. Ein möglicher Kausalzusammenhang zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und gewalttätigem Verhalten wurde nicht nachgewiesen. Beim Alkohol etwa sind individuelle Faktoren wie die Veranlagung zu Gewalt und/oder Erwartungen an den Alkoholkonsum

*...aber keine wissenschaftlich  
nachgewiesene Kausalität*

besonders wichtig <sup>(23)</sup>. Es scheint, dass sie die Art, wie sich die pharmakologische Wirkung des Alkohols ausdrückt, stark beeinflussen, das bedeutet, dass die Wirkungen des Alkohols je nach individuellen Faktoren unterschiedlich sind <sup>(44)</sup>. Beim Kokainkonsum sind es Lebensumstände Kokainabhängiger wie latente Aggressivität auf dem Schwarzmarkt, die einen Gewaltfaktor darstellen können. Zudem konnten die pharmakologischen Wirkungen von Kokain in Laborstudien eindeutig mit einer Zunahme der körperlichen Gewalt in Zusammenhang gebracht werden <sup>(29)</sup>.

Beim Alkoholkonsum deuten wissenschaftliche Erkenntnisse <sup>(10)</sup> darauf hin, dass die Alkohol-Intoxikation eine wichtige Rolle bei Aggressionen und anderen kriminellen Verhaltensweisen spielt und wahrscheinlich Gewalteskalationen verstärkt. Die Wirkungen des Alkohols auf das Risikoverhalten, die Fähigkeit zu Problemlösungen, die Bewältigung von Gefühlen und das Verhältnis zur Macht erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Individuen in bestimmten Situationen aggressiv oder gewalttätig reagieren. Die Frage der zeitlichen Abfolge „Alkoholisierung → Gewalt“ ist jedoch nicht geklärt, denn das gewalttätige Verhalten könnte bereits vor dem Konsum geplant worden sein. Alkohol verstärkt dann nur eine vorhandene Absicht. Die gleiche Frage stellt sich auch im Fall des Konsums anderer psychoaktiver Substanzen. Dort bestätigen zahlreiche Studien, dass wenn der Konsum psychoaktiver Substanzen auch nicht die Ursache für die Gewalt ist, er doch in vielen Fällen mit ihr verbunden ist.

*Der Alkohol:  
ein Störfaktor, der Gewalt fördert...*

*...ohne dass die Ursachen eindeutig  
geklärt sind*

### 7.3.2 Der gewalttätige Mann in der Partnerschaft

Laut Welzer-Lang <sup>(50)</sup> werden gewalttätige Männer in gängigen Darstellungen allgemein als Karikaturen gezeigt, als Monster, Dreckskerle, Rohlinge, Alkoholiker, die einer niedrigen sozialen Schicht angehören oder als Männer in Rage, die völlig die Kontrolle über sich verlieren. Laut diesem Autor ist männliche Gewalt in der Partnerschaft in erster Linie Machtausübung und Kontrolle, die es dem Mann ermöglicht, seinen Willen gegenüber der Partnerin durchzusetzen. Im Grunde dient solche Gewalt dazu, die männliche Vorherrschaft zu stärken, die den Männern im häuslichen und öffentlichen Bereich sowohl individuell wie kollektiv zugestanden wird. Gemäss diesem Autor müssen auf jeden Fall auch psychologische Erklärungen mitberücksichtigt werden. Ohne eine Typologie im engen Sinn zu erstellen, listet er verschiedene allgemeine Charaktereigenschaften auf, die in verschiedenen Studien erwähnt sind. Dazu gehören:

*Gewaltanwendung in der  
Partnerschaft:  
mehrheitlich eine Männersache*

- Der Wunsch zu beherrschen, oft mit den traditionellsten männlichen Stereotypen verbunden;
- Die Furcht vor Abhängigkeit von der Partnerin – was ihn in seinen Augen verletzbar macht;
- Eine geringe Fähigkeit, Gefühle wie Trauer, Schmerz, Verletzbarkeit auszudrücken, wobei dann Körperlichkeit die einzige Ausdrucksmöglichkeit ist;
- Eine geringe Selbstachtung;
- Eine hohe Zustimmung zu traditionell männlich-stereotypen



Vorstellungen wie die Rollenaufteilung im Haushalt sowie im sozialen und beruflichen Leben.

Doch warnt der Autor davor zu verallgemeinern. Den Typ des „gewalttätigen Mannes“ gäbe es nicht, es handle sich vielmehr um eine Kombination psychosozialer Effekte, entstanden durch die Wechselwirkung zwischen der sozialen Konstruktion von Männlichkeit und der Partnerbeziehung, vor der sich der Mann fürchtet.

Das Ausmass der ehelichen Gewalt der Männer gegenüber den Frauen wurde in einer Studie <sup>(12)</sup> erfasst, die bei 1'500 Frauen in der Schweiz durchgeführt wurde. Die Studie hat nachgewiesen, dass:

- mehr als jede fünfte Frau (21 %) im Laufe ihres Lebens körperliche und/oder sexuelle Gewalt in einer Partnerschaft erlebt hat;
- im Laufe der zwölf Monate vor der Befragung eine von 16 Frauen körperliche und/oder sexuelle Gewalt in ihrer Partnerschaft erlebt hat. Bei den Frauen, die sich in diesem Zeitraum von ihrem Partner getrennt hatten, betrug der Anteil vergewaltigter Frauen 20 %.
- zwei von fünf Frauen im Laufe ihres Lebens psychische Gewalt erfahren haben. Mehr als eine von vier Frauen (26 %) hat in den zwölf Monaten vor der Befragung psychische Gewalt erlebt.

Diese Zahlen stellen Mindestwerte dar. Laut den Forscherinnen sind gewalttätige Handlungen von Männern gegenüber ihren Partnerinnen wahrscheinlich höher. Hinter jeder Frau, die eheliche Gewalt erfahren hat, steht ein Mann.

### 7.3.3 Gewalt in der Partnerschaft und Konsum psychoaktiver Substanzen

Mit denselben methodologischen Vorbehalten wie bei der Analyse der Gewalt im Allgemeinen (siehe unter 7.3.1) zeigen Studien, dass der problematische Alkoholkonsum und -missbrauch mit der Zunahme von körperlichen Aggressionen in den Partnerschaften zusammenhängt <sup>(26, 28)</sup>. Eine nationale Studie aus den USA <sup>(42)</sup> zeigt, dass die Prävalenz von ehelichen Gewalthandlungen bei Paaren wesentlich höher ist, wenn einer oder beide Partner Alkohol oder andere Drogen missbrauchen. Dies lässt sich besonders eindeutig bei Männern feststellen, die sich wegen ihres Alkoholproblems in Behandlung begeben. Bei ihnen ist die Prävalenz von körperlichen Aggressionen in der Partnerschaft sechsmal höher als in der nicht konsumierenden Vergleichspopulation <sup>(32)</sup>. Eine ähnliche Prävalenz ist bei Aggressionen zwischen Männern und Frauen wie auch unter Männern auszumachen, die sich aufgrund von Problemen mit anderen psychoaktiven Substanzen in Behandlung begeben <sup>(9)</sup>. In einer ähnlich angelegten Studie <sup>(8)</sup> wird festgestellt, dass das Risiko von schwerwiegenden körperlichen Gewalthandlungen, die Männer gegenüber ihren Partnerinnen ausüben, an Tagen mit Kokainkonsum um mehr als das Dreifache zunimmt und um mehr als das Fünffache an Tagen mit Alkoholkonsum (verglichen mit den Tagen ohne Konsum). Andere Studien zeigen, dass alkoholabhängige Männer, die eine Therapie gemacht haben, eine Rate häuslicher Gewalt aufweisen, die einem

*Der Konsum psychoaktiver Substanzen und eheliche Gewalt: ein offensichtlicher Zusammenhang und...*

*...ein männliches Verhalten*

Kollektiv nicht alkoholabhängiger, demografisch vergleichbarer Männer entspricht <sup>(34)</sup>.

Eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen psychopathologischen Störungen und einem verstärkten Risiko für eheliche Gewalt <sup>(13, 20)</sup>. Andere Studien deuten auf ein verstärktes Gewaltrisiko bei Individuen hin, die eine Doppeldiagnose für den Konsum psychoaktiver Substanzen und psychischer Komorbidität aufweisen, verglichen mit Individuen, die nur eine der beiden Diagnosen aufweisen <sup>(3)</sup>. Eine neue Studie <sup>(39)</sup> deutet darauf hin, dass Individuen mit Doppeldiagnose Kokainabhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) angeben, häufiger Gewalt (körperliche und psychische) in der Partnerschaft ausgeübt zu haben als andere (verglichen mit allen anderen untersuchten Gruppen: Alkohol allein, Alkohol und PTSD, Kokain allein, kein Konsum mit oder ohne PTSD). Die Doppeldiagnose Alkohol und PTSD erhöht die körperlich ausgeübte Gewalt in der Partnerschaft ebenfalls, wenn auch in geringerem Ausmass. Diese Studie konnte jedoch keine geschlechterspezifischen Unterschiede feststellen. Angesichts der Prävalenz des Alkohol- und Kokainkonsums in der Allgemeinbevölkerung ist das Problem der psychischen Komorbidität bei ehelicher Gewalt jedoch als ein überwiegend männliches Problem zu betrachten.

*Die Rolle psychischer Störungen bei ehelicher Gewalt*

Selbst wenn ein eindeutiger Zusammenhang nicht feststellbar ist, muss die bestehende Verbindung zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen von Männern und ehelicher, körperlicher oder psychischer Gewalt Fachleute, die an der Lösung von Ehekonflikten beteiligt sind, dazu anregen, das Problem der Gewalt bei Substanzkonsum systematisch anzugehen. Dies sollte vor allem dann geschehen, wenn zugleich nachweisbar – auch wenn nur schwach ausgeprägt – Symptome körperlicher Gewalt vorliegen.

Parallel dazu müssen Fachleute, die auf Abhängigkeiten spezialisiert sind, auf Vorläufersymptome von Gewalt in Partnerschaften achten und sie ansprechen, um sie zu verhindern. Es wäre sinnvoll, mit Männern das Problem der männlichen Gewalt vermehrt in systematischer Weise zu thematisieren.

Die Behandlungen müssen umfassender sein, da diese Probleme mit sehr komplexen Wechselwirkungen verbunden sind.

Die Doppeldiagnose problematischer Konsum und Abhängigkeit, verbunden mit Komorbidität wie posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), und deren Zusammenhang mit Gewalttaten müssen Fachpersonen anregen, traumatisierende Ereignisse bei Individuen, die in Behandlung sind, zu erkennen.

Weil auf diesem Gebiet fundierte Kenntnisse über Kausalzusammenhänge zwischen Substanzenkonsum und Gewalt so bedeutend sind, braucht es hier Forschungsarbeiten, die es ermöglichen, Strategien der Primär- und Sekundärprävention und spezifische therapeutische Ansätze zu entwickeln.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Aids-Hilfe Schweiz. (2000). *Das Projekt "Male Sex Work" (MSW)*. Stand November 2005, on-line: <http://www.malesexwork.ch/index2.html?http://www.malesexwork.ch/msw/index.html>.
2. Badertscher, M. (2004, Juni). *Stimulantienkonsum als Selbstmedikation?* Paper presented at the Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz, Bern.
3. Boles, S. M., & Johnson, P. B. (2001). Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill patients: A pilot study. *Substance Abuse, 22*(3), 167-173.
4. Bundesamt für Statistik (BFS). (2005). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Neuchâtel: BFS [CD-Rom].
5. da Silva, L. L., & Evangelista, L. (2004). *La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution masculine*. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).
6. Denison, M. E., Paredes, A., & Booth, J. B. (1997). Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 13: Alcoholism and violence* (pp. 283-303). New York: Plenum.
7. Dobler-Mikola, A., & Zimmer-Höfler, D. (1990). Sind drogenabhängige Frauen anders? Eine empirische Analyse von geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. *Drogenbulletin, 1*.
8. Fals-Steward, W., Golden, J., & Schumacher, J. A. (2003). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors, 28*, 1555-1574.
9. Fals-Steward, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(2), 87-96.
10. Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., & Fallu, J.-S. (2004). *Cannabis prevention among youth (with special focus on gender differences)* (Bericht No. 178). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
11. Friedman, A. (1998). Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior, 3*, 339-355.
12. Gillioz, L., De Puy, J., & Ducret, V. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne: Editions Payot.
13. Gortner, E. T., Gollan, J. K., & Jacobson, N. S. (1997). Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims. *The Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 337-352.
14. Graham, K., & West, P. (2001). Alcohol and crime: Examining the link. In N. Heather, T. J. Peters & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 439-470). Chichester / New York: John Wiley & Sons, LTD.
15. Gutjahr, E., & Gmel, G. (2001). *Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz - Epidemiologische Grundlagen 1995-1998* (Forschungsbericht Nr. 36). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
16. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (unveröffentlicht). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
17. Hanna, E. Z., & Grant, B. F. (1997). Gender differences in DSM-IV alcohol disorders and major depression as distributed in the general population: Clinical implications. *Comprehensive Psychiatry, 38*(4), 202-212.
18. Helzer, J. E., Burnam, A., & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 81-115). New York: Free Press.
19. Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 49*(3), 219-224.

20. Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence Part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior, 2*(1), 65-99.
21. Hotz, R. (2003). *Drogenarbeit in der Schweiz - Versuch einer Standortbestimmung*. Fribourg: Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD). Stand November 2005, on-line: [http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Referat\\_170503.pdf](http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Referat_170503.pdf).
22. INSERM. (2001). *Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Expertise collective*. Paris: Les Editions INSERM.
23. INSERM. (2003). *Alcool - Dommages sociaux, abus et dépendances - Expertise collective 2003*. Stand August 2005, on-line: [http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool\\_dom/alcooldom\\_ch15.pdf](http://ist.inserm.fr/basisrapports/alcool_dom/alcooldom_ch15.pdf), <http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivealcool.ht>.
24. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). (2004). *Zahlen und Fakten*. Lausanne: SFA.
25. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). (2004). *Cahier thématique: les travailleurs du sexe*. Lausanne: IUMSP.
26. Julian, T., & McKenry, P. (1993). Mediators of male violence toward female intimates. *Journal of Family Violence, 8*, 39-55.
27. Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 54*(4), 313-321.
28. Leonard, K. E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 11*, 96-108.
29. Licata, A., Taylor, S. P., Berman, M., & Cranston, J. (1993). Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 45*, 549-552.
30. Lukasiewicz, M. (2005). Cannabis, troubles dépressifs et troubles anxieux. In M. Reynaud (Ed.), *Addictions et psychiatrie*. Paris: Masson.
31. Müller, R., in Zusammenarbeit mit Bacher, E., Fahrenkrug, H., Gmel, G., Graf, M., et al. (2004). *Cannabis, Stand der Dinge in der Schweiz*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
32. Murphy, C. M., & O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology, 8*, 321-335.
33. National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2002). *Monitoring the future: National results on adolescent drug abuse* (overview of key findings, 2001). Bethesda, MD: NIDA.
34. O'Farrell, T. J., van Hutton, V., & Murphy, C. M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 60*(3), 317-321.
35. Office fédéral de la police (FedPol). (2004). *Bundesamt für Polizei Schweizerische Betäubungsmittelstatistik*. Bern: FedPol. Stand November 2005, on-line: [http://www.bap.admin.ch/d/aktuell/stat/BMS-d-2004\\_druckversion\\_20050617.pdf](http://www.bap.admin.ch/d/aktuell/stat/BMS-d-2004_druckversion_20050617.pdf)
36. Office fédéral de la santé publique (OFSP/BAG). (2005). Pas de nouvelle diminution du nombre de cas de sida malgré l'efficacité des thérapies. *Bulletin OFSP/BAG, 28*, 480-488.
37. Office fédéral des routes (OFROU/ASTRA). (2004). *Statistique ADMAS 2003*. Stand November 2005, on-line: [http://www.astra.admin.ch/media/admas/stat03\\_d.pdf](http://www.astra.admin.ch/media/admas/stat03_d.pdf).
38. Office fédéral des routes (OFROU/ASTRA). (2005). *Statistique ADMAS 2004*. Stand November 2005, on-line: [http://www.astra.admin.ch/media/admas/04stat\\_d.pdf](http://www.astra.admin.ch/media/admas/04stat_d.pdf).
39. Parrott, D. J., Drobos, D. J., Saladin, M. E., Coffey, S. F., & Dansky, B. S. (2003). Perpetration of partner violence: Effects of cocaine and alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors, 28*, 1587-1602.
40. Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ, 325*, 1195-1198.
41. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D., Locke, B. Z., Keith, B. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511-2518.
42. Schafer, J., Cataneo, R., & Clark, C. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health, 88*, 1702-1704.

43. Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., & Smith, T. L. (1997). Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 948-957.
44. Simoneau, H., & Bergeron, J. (1998). Alcool et agressivité: l'apport de la psychologie cognitive. *Alcoologie*, 20(2), 153-160.
45. Spreyermann, C. (2000). Projekt "Male Sex Work" Aids-Hilfe Schweiz: Evaluation (Kurzfassung). Bern: Sfinx. Stand November 2005, on-line: [http://www.malesex-work.ch/evaluation/msw\\_d.pdf](http://www.malesex-work.ch/evaluation/msw_d.pdf).
46. Springer, A., & Uhl, A. (2005). Geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität bei Alkohol und illegalen Drogen. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Eds.), *Männer, Frauen, Sucht* (pp. 111-130). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
47. Taylor, S. P., & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs, and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 11*, 78-88.
48. Taylor, S. P., & Hulsizer, M. R. (1998). Psychoactive drugs and human aggression. In R. G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp. 139-165). San Diego, CA: Academic Press.
49. Tracy, K., Rounsaville, B., & Carroll, K. (2002). Substance dependence: Psychotherapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy*. New York: Academic Press.
50. Welzer-Lang, D. (2005). *Les hommes violents*. Paris: Editions Payot & Rivages.
51. Zimmer-Höfler, D., & Uchtenhagen, A. (1990). Hintergründe und Motivation beim Beginn der Drogenkarriere. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Das Jugendalter. Entwicklungen - Probleme - Hilfen* (pp. 104-119). Bern: Hans Huber.

## 8. Die Behandlung von Männern

### 8.1 Einführung

Abstinenz galt bisher als wirksamstes Mittel und sicherster Erfolgsfaktor bei der Behandlung von Abhängigkeit. Inzwischen gibt es neue Konzepte für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit wie das kontrollierte Trinken. Auf dem Gebiet der illegalen Drogen stehen seit langem Substitutionstherapien zur Verfügung (Verschreibung von Methadon oder seit kurzem von Heroin). Diese alternativen Konzepte basieren eher auf Pragmatismus als auf dem Wunsch, die Abstinenz als Idealziel in Frage zu stellen. Sie orientieren sich meist an einer langfristig geplanten Abstinenz und/oder werden als Möglichkeit betrachtet, Konsum bedingte gesundheitliche Schäden zu reduzieren. Deshalb zielen die niederschweligen Ansätze zur Risikoreduktion, die vor gut zwölf Jahren in der Schweiz eingeführt wurden, darauf ab, die Gesundheit und die Lebensqualität der betroffenen Personen durch eine Stabilisierung ihrer Lebenssituation zu verbessern. Solche Massnahmen können auch dazu beitragen, die negativen Auswirkungen des Konsums auf die Allgemeinbevölkerung zu verringern.

Die Motive, aus der Drogensucht oder einem problematischen Konsum auszusteigen, sind bei Männern und Frauen meist unterschiedlich <sup>(5)</sup>. Juristische Probleme, die sich auf die Arbeit auswirken können, besonders beim Fahren in angetrunkenem Zustand, sind für Männer die wichtigste Motivation, sich in Behandlung zu begeben <sup>(32)</sup>, wie Güttinger et al. hervorheben <sup>(18)</sup>. Es handelt sich also eher um strukturelle und soziale Zwänge, die Männer dazu bewegen, den Konsum aufzugeben <sup>(7, 33)</sup>. Für Frauen sind ausser der Sorge um die Gesundheit <sup>(5)</sup>, das mütterliche Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Kindern <sup>(32)</sup> sowie sinkende Selbstachtung wichtige Gründe, sich freiwillig für den Ausstieg zu entscheiden <sup>(7, 33)</sup>. Das Verhältnis zur eigenen Gesundheit spielt ebenfalls eine Rolle bei der Wahrnehmung von Abhängigkeit: Männer nehmen eher somatische Aspekte der Krankheit wahr, während Frauen sich durch psychosomatische Auswirkungen beeinträchtigt fühlen <sup>(44)</sup>.

*Ausstieg aus der Abhängigkeit: juristische und arbeitsbezogene Probleme sowie strukturelle Zwänge bei den Männern – Sorge um die Gesundheit, sinkendes Selbstwertgefühl und freiwillige Entscheidung bei den Frauen*

*Einigen befragten Experten zufolge begeben sich Männer fast nie in Behandlung, ohne zuvor nach anderen „Lösungen“ gesucht zu haben, die alle auf ein „neues Leben“ ausgerichtet sind: eine neue Liebe, eine neue Arbeitsstelle, ein Umzug – kurz, eine Flucht aus der Realität des Konsums. Sobald sie in einer entsprechenden Institution sind, zeigen sie überhöhte Erwartungen und wollen einen schnellen Erfolg! Es fällt ihnen nicht leicht, somatische Aspekte mit der Psyche in Verbindung zu bringen.*

Eine qualitative Studie über die Wege aus einer Abhängigkeit <sup>(19)</sup>, die von Güttinger et al. <sup>(18)</sup> hervorgehoben wird, hat unterschiedliche Berichte über mögliche Ausstiege aus der Abhängigkeit aufgezeichnet. Sie stellt fest, dass diese stark mit dem Wunsch der Personen verbunden sind, die

problematische Konsumkarriere „in den Griff zu bekommen“. Je stärker das Abhängigkeitsproblem mit einem Beziehungsdefizit verbunden ist, desto eher streben die Betroffenen nach einer Behandlung in der Gruppe (ein von Männern bevorzugter Ansatz). Doch in Situationen, in denen der Konsum mit einer starken emotionalen und zwischenmenschlichen Abhängigkeit verknüpft ist, werden Ansätze der persönlichen Entwicklung gewählt, die vor allem von Frauen bevorzugt werden. Die Autoren stellen ausserdem fest, dass die unterschiedlichen Ansätze einen Bezug zur Art der Abhängigkeit und dem konsumierten Produkt aufweisen. Der qualitative Aspekt dieser Studie erlaubt es nicht, endgültige Schlussfolgerungen zu ziehen; sie deutet jedoch darauf hin, dass therapeutische Angebote vor allem die persönlichen Erfahrungen des Individuums berücksichtigen sollten. So können Therapien angeboten werden, die auf eine bestimmte Person zugeschnitten sind.

*Ausstieg aus der Abhängigkeit:  
eine persönliche Angelegenheit*

Der Mehrfachkonsum verschiedener Substanzen sowie psychische Komorbidität bei diesen Konsumgewohnheiten (siehe Kapitel 7.2) machen es notwendig, zusätzliche Therapieansätze zu entwickeln, die multidisziplinär und nicht nur auf eine Substanz ausgerichtet sind. In der Schweiz gibt es bei stationären Behandlungseinrichtungen grundsätzlich zwei unterschiedliche Ansätze: jene, die hauptsächlich auf Personen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind und solche, die für Süchtige von illegalen Drogen allgemein konzipiert sind.

---

## 8.2 Die Behandlung von Alkoholproblemen

Im Durchschnitt suchen Personen mit einem Alkoholproblem 19.5 Jahre nach Beginn des regelmässigen Konsums eine spezialisierte Einrichtung auf <sup>(34)</sup>. Männer beanspruchen diese Hilfe später (nach 20.4 Jahren) als Frauen (nach 16.3 Jahren). In Bezug auf das Alter beim ersten Konsum (Männer: 15.9 Jahre / Frauen: 17.6 Jahre), wie zu Beginn des regelmässigen Konsums (Männer: 23.2 Jahre / Frauen: 28.4 Jahre) und zu Beginn des problematischen Konsums (Männer: 35.2 Jahre / Frauen: 36.8 Jahre) sind Männer stets jünger als Frauen <sup>(9)</sup>. Das durchschnittliche Alter beim Eintritt in eine ambulante oder stationäre Einrichtung aber liegt bei Männern wie Frauen zwischen 44 und 45 Jahren; dabei sind doppelt so viele Männer in Behandlung wie Frauen <sup>(9, 34)</sup>. Kriseninterventionen sind dagegen bei den Frauen häufiger als bei den Männern <sup>(34)</sup>.

*Die Männer sind bei Konsumbeginn  
jünger als die Frauen*

Von den Behandelten in stationären, auf Alkohol spezialisierten Einrichtungen, hatten nur 40.4 % der Männer (aber 28.3 % der Frauen) vor ihrer Aufnahme ausschliesslich Alkohol konsumiert; die Kombination Alkohol und Medikamente betraf 34.6 % Männer (gegenüber 49.7 % Frauen). Weiter konsumierten 11.1 % der Männer Alkohol und Drogen (gegenüber 6.4 % der Frauen), während etwa jede neunte Person alle drei Substanzen konsumierte <sup>(24)</sup>. Bei den stationär Behandelten mit Alkohol als problematische Hauptsubstanz <sup>(9)</sup>, waren 60 % tägliche Raucher, bei den Frauen waren es 54.9%.

*Der Alkohol:  
eine sehr männliche Substanz*

Auch wenn die Behandelten in den stationären und ambulanten Einrichtungen nicht das gleiche soziodemografische Profil aufweisen, lassen sich dennoch konstante geschlechterspezifische Unterschiede erkennen: Es gibt mehr unverheiratete Männer als unverheiratete Frauen, Männer leben häufiger allein, wohnen seltener mit ihren Kindern zusammen (15 bis 20 %), sind häufiger getrennt oder geschieden als Frauen und leben häufiger im Haushalt ihrer Eltern. Der Anteil an verheirateten Männern und Frauen ist ähnlich und beträgt ungefähr 28 bis 32 %.

*Die soziale Isolierung der Männer ist ein Faktor, der berücksichtigt werden muss*

Es haben mehr Männer eine abgeschlossene Lehre als Frauen, während mehr Frauen nur das Abschlusszeugnis der obligatorischen Schulpflicht vorweisen können. Auch sind mehr Männer berufstätig (während der 6 Monate vor ihrer Behandlung), d. h. 48 %, verglichen mit dem Anteil Frauen (42 % im stationären und 32.5 % im ambulanten Bereich). Sozialhilfe beziehen hingegen mehr Männer als Frauen. Dieses gegensätzliche Bild (mehr Männer, die berufstätig sind, aber auch mehr Männer, die Sozialhilfe beziehen), spiegelt die traditionellen Rollen in der Gesellschaft wieder, die Berufstätigkeit in erster Linie dem Aufgabenbereich der Männer zuordnet.

*Die Arbeit: einmal mehr im Mittelpunkt*

Zu Beginn einer ambulanten psychosozialen Behandlung erklären sich 45.1 % der Männer und 50.1 % der Frauen <sup>(34)</sup> bereit, endgültig auf Alkohol zu verzichten. Bei Heroinabhängigkeit beträgt dieser Anteil 74.8 % bzw. 81.4 %. Diese niedrige Bereitschaft von Männern, die Abstinenz als möglichen Weg zu wählen – insbesondere beim Alkohol – kann als Wille gedeutet werden, das Problem in den Griff zu bekommen und/oder dessen Bedeutung zu leugnen.

*Der Wunsch, den Konsum in den Griff zu bekommen*

*Das Leugnen: ein besonderes Hindernis für die Männer*

Personen mit einem Alkoholproblem, die sich ambulant behandeln lassen, konsumieren im Allgemeinen kaum andere Substanzen. Es ist jedoch festzustellen, dass bei einem Drittel der ambulant Behandelten der Tabakkonsum ein Problem darstellt, der Cannabiskonsum bei 7.9 % der Männer und 4.9 % der Frauen und der Kokainkonsum bei 3.7 % der Männer und 2.7 % der Frauen. Mit Ausnahme der Benzodiazepine (7.0 % der Frauen und 2.6 % der Männer) werden alle Substanzen häufiger von Männern konsumiert <sup>(34)</sup>.

Bei 53.9 % der Männer und 48.4 % der Frauen wird die ambulante Behandlung gemäss Therapieplan beendet. Die berufliche Eingliederung (und damit die Rolle des Arbeitgebers) bei der Genesung ist ein Erfolgsfaktor und könnte diesen Unterschied zum Teil erklären: 47.9 % der Männer, die sich in ambulante Behandlung begeben, haben eine Arbeitsstelle, bei den Frauen sind es nur 32.5 % <sup>(34)</sup>.

Diese höhere Erfolgsrate bei Männern wurde auch in einer Studie bei stationären Einrichtungen in der Schweiz festgehalten <sup>(48)</sup>: Zwei Jahre nach der Behandlung waren 41 % der Männer abstinent gegenüber 28.6 % der Frauen. In diesem Fall lässt sich der Unterschied nicht mit beruflicher Integration erklären, da der Anteil Männer und Frauen mit einer



Arbeitsstelle (Teil- oder Vollzeit) zu Behandlungsbeginn praktisch identisch war (51.2 % der Männer und 49.4 % der Frauen) <sup>(9)</sup>. Ausserdem zeigen zahlreiche Studien, dass die Rückfallquote bei Alkoholproblemen in der stationären Behandlung bei arbeitslosen Männern und Frauen höher ist als bei Berufstätigen <sup>(21, 47)</sup>. Es scheint, dass hier die Rollen der Partnerschaft und der Familie entscheidend sind. Hat ein Mann Kinder, erhöht sich die Erfolgsrate einer Behandlung gegenüber Frauen deutlich: 48.9 % der Väter blieben abstinent <sup>(48)</sup>, gegenüber 6.7 % der Mütter. Güttinger et al. <sup>(18)</sup> stellen ihrerseits fest, dass die alkoholabhängigen Männer von der emotionalen Unterstützung ihrer Partnerin profitieren, während die umgekehrte Situation seltener zutrifft <sup>(36)</sup>, gemäss einer Studie <sup>(15)</sup> „erleben alkoholabhängige Männer ihre Frauen als signifikant mehr überbehütend und fürsorglich als Alkoholikerinnen und es besteht aus männlicher Sicht keine Tendenz, dies zu ändern.“ Umgekehrt haben Männer die Tendenz, ihre alkoholabhängige Partnerin, nicht zu unterstützen <sup>(12)</sup>. Ausserdem unterscheiden sich die Hauptursachen, die zum Rückfall führen: Auseinandersetzungen, Enttäuschungen und Ärger werden von Männern angeführt; Frauen berichten dagegen von Zuständen der Depression, Angst und inneren Anspannung <sup>(35)</sup>. Andere Studien weisen als Risikofaktor für Rückfälle bei Männern positiv erlebte Beziehungssituationen und positive Gefühle nach <sup>(49)</sup>, während Frauen durch emotionale Probleme und Beziehungsprobleme anfälliger für einen Rückfall werden <sup>(1)</sup>. An dieser Stelle sei erwähnt, dass ein Drittel der Männer <sup>(35)</sup> gegenüber nur einem Sechstel der Frauen vor ihrem Rückfall keine Hilfe gesucht hat. Der Grund hierfür liegt wahrscheinlich in der starken Überzeugung bei Männern, dass der Wille allein ausreicht, um den Ausstieg zu schaffen (58.1 %) sowie in einem schwach ausgeprägten Wunsch nach Unterstützung von aussen (39 % vs. 48.1 % der Frauen).

*Die familiäre Umgebung spielt für die Männer eine positive Rolle*

*Die wichtige Rolle des Ehepartners*

*Aber: Die Gruppe ist auch ein Risikofaktor*

*Der Rückfall: komplexe Gründe*

---

## 8.3 Die Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen

### 8.3.1 Behandlung in Einrichtungen

Die überwiegende Zahl der Patienten in stationärer Behandlung sind Männer (74 %). Die Personen, die sich wegen Drogenproblemen stationär behandeln lassen, konsumieren im Allgemeinen mehrere Substanzen <sup>(46)</sup>. Bei den Männern sind Opiate die problematischste Substanz (33.9 %), während es bei Frauen Kokain ist (38.2 %); bei den Männern wiederum steht Kokain an zweiter Stelle der problematischen Substanzen (31.1 %). So genannte Cocktails, d. h. der gleichzeitige Konsum von Heroin und Kokain, sind für 13.2 % der Männer und 22.5 % der Frauen ein Problem. Cannabis stellt bei 8.5 % der Männer und bei 5.1 % der Frauen das grösste Problem dar. Alkohol ist stets eine assoziierte Substanz. Kokain ist sowohl bei Männern wie Frauen in mehr als der Hälfte der Fälle eine assoziierte Substanz, während der Anteil der Behandelten, die an zweiter Stelle Benzodiazepine nehmen, bei Frauen systematisch höher ist (zwischen 42 und 54 % je nach Konsumtyp), doch bleibt der Konsum bei Männern Besorgnis erregend (mit ungefähr 30 %). Das Gleiche gilt für Amphetamine.

*Mischkonsum: eine Realität*

Personen, die Heroin konsumieren, suchen durchschnittlich 6.7 Jahre nach Beginn des regelmässigen Konsums erstmals Hilfe auf. Das Alter beim ersten Heroinkonsum liegt bei Männern etwa ein Jahr höher (20.2 Jahre) als bei Frauen (19.4 Jahre) <sup>(34)</sup>. Männer in stationärer Behandlung <sup>(46)</sup> haben mit dem Konsum von Heroin als Hauptsubstanz als über 20-Jährige begonnen (46.5 %) und Frauen am häufigsten im Alter von 18 bis 20 Jahren (34.1 %). Beim Konsum von Cocktails aus Heroin und Kokain als Hauptkonsum hat der grösste Teil der Männer nach dem 20. Lebensjahr regelmässig konsumiert (43.5 %), während der grösste Teil der Frauen deutlich früher damit begonnen hat, d. h. zwischen 15 und 17 Jahren (33.3 %). Bei Kokain konsumiert die Mehrzahl der Männer (54.2 %) und der Frauen (40.9 %) nach dem 20. Lebensjahr regelmässig. Mit Cannabis als problematischer Hauptsubstanz haben alle betroffenen Frauen vor dem 18. Lebensjahr begonnen, (regelmässiger Konsum), während dies nur auf 67.5 % der Männer zutrifft. Das Durchschnittsalter bei Beginn der ambulanten Behandlung <sup>(34)</sup> ist bei Männern niedriger (29.5 Jahre) als bei Frauen (30.5 Jahre). Bei der stationären Behandlung <sup>(46)</sup> ist der Trend umgekehrt (30.6 Jahre vs. 27.6 Jahre). In mehreren Studien wird jedoch festgestellt, dass die Konsumkarriere vor Behandlungsbeginn bei Frauen kürzer ist als bei Männern <sup>(10)</sup>.

Die bei den alkoholabhängigen Männern festgestellte soziale Isolation ist – noch verstärkt – auch bei männlichen Drogenabhängigen festzustellen <sup>(46)</sup>. In den 6 Monaten vor Behandlungsbeginn lebten 46.8 % der Männer allein, während dies auf 26.7 % der Frauen zutraf. Im selben Zeitraum lebten 19.5 % der Männer in einer Partnerschaft (30.2 % der Frauen). Zahlreichen Studien zufolge, die von Güttinger et al. <sup>(18)</sup> durchgeführt werden, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Partner von drogenabhängigen Frauen selbst Drogenkonsumenten sind. Nahezu ein Drittel der Männer (29.5 %) sind Väter.

*Sehr grosse soziale Isolation*

Der berufliche Status der Konsumierenden von illegalen Drogen scheint unsicherer zu sein als der von Personen mit einem Alkoholproblem <sup>(46)</sup>. Frauen sind hingegen in einer noch schwächeren Position als Männer: 16.2 % haben keine Ausbildung gegenüber 8.8 % der Männer, 35.8 % haben nur die obligatorische Schulpflicht abgeschlossen gegenüber 29.5 % der Männer. Während die Hälfte der Männer ein Fähigkeitszeugnis Berufslehre (BGG) vorweisen kann, sind es nur vier von zehn Frauen. Was das Einkommen betrifft, haben 32.4 % der Männer eine Arbeitsstelle, d. h. doppelt so viele wie Frauen, und drei bis fünf Personen (Männer und Frauen) von zehn leben von Sozialhilfe.

*Unsicherer beruflicher Status, aber noch Verbindungen zur Arbeitswelt*

Die ambulante therapeutische Begleitung endet bei 49.7 % der Männer und bei 60.8 % der Frauen wie vorgesehen <sup>(34)</sup>. Die Abbruchrate steht mit Rückfällen in Verbindung, die bei Männern bis zwei Jahre nach Behandlungsende häufiger sind als bei Frauen <sup>(62)</sup>: Bei Männern handelt es sich eher um episodischen Konsum, während Frauen häufiger über schwere Rückfälle berichten. In dieser Studie weist die Rückfallquote nach sieben Jahren keinen signifikanten, geschlechterspezifischen Unterschied

mehr auf. Die Prognose bei Behandlungsende <sup>(46)</sup> ist bei 46 % der Patienten gut bis sehr gut und weist keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern auf. In dieser Studie wird festgestellt, dass eine geplante ärztliche Weiterbetreuung die Erfolgchancen erhöht. Auch wenn die Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien zu den Unterschieden beim Behandlungserfolg von Männern und Frauen widersprüchlich sind <sup>(10)</sup>, ist festzustellen, dass Frauen nach einem Abbruch die Behandlung häufiger wiederaufnehmen als Männer. Wenn sie aus dem Konsum aussteigen, scheinen sie häufiger einen vollständigen Ausstieg zu erreichen als Männer, und sie konsumieren in der Folge seltener täglich. Die berufliche Eingliederung spielt bei der Rehabilitation der Männer eine wichtige Rolle: Wenn sie nicht beruflich integriert werden, rutschen sie schneller als Frauen wieder in die Drogenszene ab. Frauen finden bei den Sozialdiensten Unterstützung und schaffen es, vorübergehend kleineren Beschäftigungen nachzugehen, was Männer nur selten erreichen <sup>(10)</sup>. Dies obwohl der Eindruck besteht, dass die bestehenden therapeutischen Angebote, die auf eine Steigerung der beruflichen Kompetenzen und der beruflichen Integration ausgerichtet sind, speziell auf Männer ausgerichtet sind.

*Behandlungsabbruch und Rückfälle:  
männliche Anfälligkeit*

*Bedeutung der beruflichen  
Eingliederung der Männer am Ende  
der Behandlung*

### 8.3.2 Substitutionsprogramme

In stationären Einrichtungen befinden sich 61 % der Männer in Substitutionsprogrammen <sup>(46)</sup>. In Methadonprogrammen beträgt der Gesamtanteil der Männer 71.4 % <sup>(41)</sup>, alle Einrichtungen zusammengefasst.

In ihrer Dissertation hat Dobler-Mikola <sup>(10)</sup> die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Substitutionsbehandlung untersucht. Sie weist eine starke Marginalisierung dieser Klientel nach, das trifft für Männer wie für Frauen zu. Die Klientel ist der Drogenszene sehr nahe und konsumiert ausser Heroin weitere psychoaktive Substanzen. Die Männer haben bei Behandlungsbeginn häufiger als Frauen eine provisorische Unterkunft und wohnen seltener mit einem Partner/einer Partnerin zusammen. Auch wenn Männer seltener als Frauen von ihrem Partner/ihrer Partnerin emotional unterstützt werden, ist die Qualität der Bindung, wenn vorhanden, stärker.

*Unsichere Situation, insbesondere  
bei den Männern, in Bezug auf die  
soziale und emotionale Bindung*

Zu Behandlungsbeginn berichten Männer wie Frauen, dass sie mit ihrer Lebenssituation überfordert sind, doch die Frauen tun dies ausgeprägter. Alle erwarten von der Substitutionsbehandlung eine entscheidende Verbesserung der Lebensqualität mit einer Arbeitsstelle, einem Partner/einer Partnerin und Sicherheit. Wie viele Studien zeigen, leugnen Männer psychische Probleme deutlich häufiger als Frauen, ausser sie sind gravierend: Bei schweren psychischen Problemen geben mehr Männer als Frauen an, davon betroffen zu sein. Männer erklären im Gegensatz zu Frauen, dass sie nur wenig oder gar nicht interessiert sind an einer Therapie, die Introspektion und Selbstreflexion erfordert.

*Die Männer anerkennen ihr  
psychisches Leiden nicht...*

*... und interessieren sich auch nicht  
dafür*

Ein Jahr nach Beginn der Substitutionsbehandlung sind bei der sozialen Eingliederung nur wenig Unterschiede zwischen den Geschlechtern fest-

zustellen. Für die Mehrheit hat sich die Lebenssituation verbessert. Frauen haben mehrheitlich eine stabile Lebenssituation mit einem Partner, während Männer eher allein leben. Die Behandlung wirkt sich offensichtlich positiv auf die partnerschaftliche Bindung aus. So haben mehr Männer und Frauen eine feste Partnerin/einen festen Partner als vor der Behandlung. Frauen beschreiben ihren Partner häufiger als wichtige Stütze bei emotionalen, kognitiven oder materiellen Problemen. Während der Rehabilitationsphase ist ein klarer Rückzug von der Drogenszene festzustellen, bei Frauen deutlicher als bei Männern. Dieser Rückzug birgt jedoch die Gefahr einer sozialen Isolation, wenn andere vorhandene Beziehungsnetze fehlen.

Die Studie zeigt, dass drogenabhängige Männer ein Jahr nach Behandlungsbeginn im Allgemeinen weniger psychische Symptome haben als Frauen. Männer profitieren häufiger von Unterstützung und Ratschlägen zur Bewältigung des Alltags, während Frauen häufig eine psychotherapeutische Betreuung beanspruchen.

### **8.3.3 Niederschwellige Behandlungen**

Die Schaffung niederschwelliger Angebote erfolgte mit der Erkenntnis Mitte der 1980er Jahre, dass die bisherigen Angebote in der Schweiz nur solche abhängigen Personen erreichen, die bereit sind, eine Therapie der Abstinenz zu befolgen<sup>(42)</sup>. Auch steckte dahinter die Absicht, die offenen Drogenszenen aufzulösen, um die öffentliche Ordnung wieder herzustellen<sup>(22)</sup>. Die Situation war gekennzeichnet durch grosses psychisches und körperliches Elend der Drogenkonsumierenden, eine erhöhte Zahl von Todesfällen wegen Drogenkonsums sowie vermehrt Infektionen mit dem HI-Virus und dem Hepatitis-Virus<sup>(42)</sup> (siehe auch Kapitel 7.1.4). Das Ende der offenen Szenen hatte zur Folge, was die Fachleute für Drogen vorhergesehen hatten: Es entstanden verdeckte Drogenszenen, wie die Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) feststellt<sup>(22)</sup>: „Der Handel, und in einem gewissen Masse der Konsum, finden bei Privatpersonen statt. Nach Polizeiberichten und den Aussagen der DrogenkonsumentInnen selbst müssen die Hygienebedingungen an diesen Orten in einem Grossteil der Fälle schlecht oder sogar katastrophal sein“. Das Ausmass des Problems ist jedoch nicht bekannt.

Die niederschweligen Angebote, die Ende der 1980er und zu Beginn der 1990er Jahre geschaffen wurden, wie die Fixerstuben (Injektionslokale) oder seit kurzem auch die Inhalationsräume, ermöglichen den Abhängigen, Drogen unter guten Hygienebedingungen und in einer stressfreien Umgebung zu konsumieren. Ziel dieser Angebote ist es, die (körperlichen, psychischen und sozialen) Risiken für Personen in der Abhängigkeitsphase auf ein Minimum zu reduzieren und den Drogenabhängigen zu helfen, unter bestmöglichen Bedingungen die Abhängigkeitsphase zu überstehen<sup>(42)</sup>. Diese Angebote wurden, um Ausgegrenzte noch besser zu erreichen, mit dem so genannten niederschweligen Ansatz erweitert, „der Hilfsangebote für die Unterbringung

(Notunterkünfte, Wohnräume mit Behandlung oder Betreuung), die Beschäftigung (Arbeitsplätze mit oder ohne Betreuung, am häufigsten mit Tageslohn) und die Tagesbetreuung (Betreuungs- und Hilfezentren, mit oder ohne Möglichkeit zu konsumieren) umfasst. Dieser Ansatz umfasst auch Projekte der Ausgabe und des Tauschs von Spritzen, niedrigschwellige ärztliche Behandlung (z.B. Hospitalzimmer für Obdachlose) und die Strassenarbeit <sup>(22)</sup>. Zusätzlich entwickelte sich die aufsuchende Sozialarbeit „ausserhalb jedes repressiven, sicheren und normativen Rahmens der sozialen Kontrolle, der als Gesamtheit der positiven oder negativen Sanktionen definiert ist, die die Gesellschaft anwendet, um die Übereinstimmung mit den Verhaltensweisen nach etablierten Modellen sicherzustellen <sup>(17)</sup>“.

Das Netz der niederschweligen Kontaktstellen hat sich in der Schweiz zunächst in den grossen Städten der Deutschschweiz und danach breitflächig entwickelt. Es umfasste 2003 ungefähr 200 Einrichtungen, die 8'000 bis 10'000 Klientinnen und Klienten Betreuung anboten <sup>(22)</sup>. Die Daten zur Klientel, die diese Stellen aufsuchte, sind bei weitem nicht vollständig, da der Grundsatz der garantierten Anonymität voraussetzt, dass persönliche Daten nicht festgehalten werden. Es ist jedoch festzustellen, dass sich die Zahl der Besuche insgesamt, die von diesen Zentren genannt wurden, im November 2001 auf 101'815 belief, davon entfielen 22'120 (21.7 %) auf Frauen. In den Einrichtungen, die feste Betreuungsplätze anbieten, variiert der Anteil Frauen zwischen 26.3 % und 35.3 % <sup>(31)</sup>. Somit scheint es, als seien Männer bei den niederschweligen Behandlungsangeboten überrepräsentiert. Es lässt sich vermuten, dass die Umgebung dieser Stellen, nahe dem Strassenmilieu und anonym gestaltet, eher den Erwartungen der Männer entspricht, während sie manche Frauen davon abhält, diese aufzusuchen. Im Vergleich zu anderen Behandlungsangeboten ist das Durchschnittsalter der Abhängigen (Männer und Frauen), die diese niederschweligen Kontaktstellen aufsuchen, höher (ungefähr 32 Jahre), während das Durchschnittsalter der Personen mit ärztlich verordneter Heroinabgabe niedriger ist (ungefähr 28 Jahre) <sup>(63)</sup>. Etwa 10 % der Abhängigen verwendeten eine gebrauchte Spritze (in den 6 Monaten vor der Befragung). Auch wenn die Praxis der gemeinsamen Nutzung von Injektionsbesteck zwischen 1996 und 2000 rückgängig ist, besteht sie nach wie vor und könnte die hohe Rate an Hepatitis-C-Infektionen erklären: 59 % positive Tests bei der Klientel von niederschweligen Angeboten und 82 % der Klientel mit ärztlich verordneter Heroinabgabe <sup>(63)</sup>. Die Abhängigen, bei denen ein Infektionsrisiko durch gebrauchtes Besteck besteht, sind jünger als diejenigen, die solches nicht verwenden; und das sind häufig Frauen. Bei der Hälfte der Abhängigen, die diese Strukturen benutzen, ist Heroin die am regelmässigsten konsumierte Substanz, d. h. mehrere Male pro Woche.

Es ist festzustellen, dass besonders bei den Strukturen mit Konsummöglichkeiten geschlechtergerechte Angebote für Frauen sehr selten sind, d. h. zwei von dreizehn richten sich an Frauen. Ausserdem sind geschützte Arbeitsplätze (u. a. in der Forstwirtschaft und auf dem Bau) auf Männer

*Ein Angebot, das mehr von Männern als von Frauen genutzt wird*

ausgerichtet; die sanitären Infrastrukturen sind häufig nicht nach Geschlechtern getrennt und daher nicht auf eine Betreuung von Männern und Frauen eingerichtet. Das bedeutet aber nicht, dass bei diesen Stellen die täglichen Abläufe und die männlichen Bedürfnisse umfassend berücksichtigt werden (siehe auch Kapitel 8.6.1). Besonders die Frage der Gewalt im Drogenmilieu, die häufig von Männern ausgeübt wird, sowie die Frage der dominanten männlichen Rolle in der Paarbeziehung – wenn der Mann zum Dealer, Klient, Zuhälter und Beschützer wird <sup>(13)</sup> – sind es wert, auch bei den niederschweligen Betreuungsstrukturen verstärkt beachtet zu werden.

Seit kurzem werden im Rahmen von niederschweligen Strukturen Inhalationsräume bereitgestellt (Pilotprojekte in Zürich, Biel und Bern), um dem aktuellen Konsum von Heroin und Kokain besser gerecht zu werden: Das sind sniffen, rauchen und inhalieren. Diese Räume waren schnell ausgelastet, so dass Wartelisten entstanden. Gemäss einer Evaluation in Zürich <sup>(52)</sup> „sind (es) überwiegend Männer (von Männern sind rund 80% der Konsumationen im Inhalationsraum und im Injektionsraum), sie sind mehrheitlich zwischen 25 und 35 Jahre alt. Das Aussehen, die Kleidung, der Zeitpunkt der Konsumationen und die in die Beratung eingebrachten Themen eines gewissen Teils der NutzerInnen der Inhalationsräume lassen darauf schliessen, dass ein Teil der rauchenden KlientInnen besser im Arbeitsalltag integriert ist als die NutzerInnen des Injektionsraumes.“ Die Zunahme der Klientel hat nicht zu einer Zunahme der Gewalt geführt, im Gegenteil. Die Klientel der Inhalationsräume scheint die Atmosphäre in den Kontaktstellen im Allgemeinen positiv zu beeinflussen. Bis neue Abhängige diese Dienstleistungen nutzen, braucht es jedoch mehr Zeit. Schliesslich ist festzustellen, dass dieses Angebot manche Abhängige, die fixen, zum Inhalieren anregt, was die Risiken des Konsums vermindert.

Die positiven Auswirkungen der niederschweligen Behandlungsangebote (einschliesslich der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe) auf die Lebensbedingungen der Konsumierenden illegaler Drogen konnten nachgewiesen werden <sup>(22)</sup>. Diese Auswirkungen wurden durch eine allgemeine Abnahme der drogenbedingten Todesfälle bestätigt sowie einer starken Abnahme von HIV-Neuinfektionen bei Abhängigen, die Drogen intravenös konsumieren (für Einzelheiten siehe Kapitel 7.1.4). Im Übrigen hat ein Gutachten <sup>(63)</sup> nachgewiesen, dass Räume mit Konsummöglichkeiten dazu beitragen, das Risikoverhalten zu senken. Dies ist der Fall bei der Übertragungsrate von Infektionskrankheiten, insbesondere von HIV, bei der Abnahme von tödlichen Überdosierungen und damit auch der Mortalitätsrate dieser Population. Ausserdem erleichtern sie den Zugang zu Behandlungsnetzwerken und fördern damit die Reduktion von Problemen der öffentlichen Ordnung (u. a. den Konsum in der Öffentlichkeit, gebrauchte Spritzen). Das Gutachten stellt jedoch fest, „dass der Nachweis weniger überzeugend ist, da es sich bei den Strukturen mit Inhalationsraum um Einzelfälle handelt <sup>(63)</sup>“.

Die Nutzerinnen und Nutzer der niederschweligen Einrichtungen zeigen sich mit diesen Angeboten, die ihre Lebensumstände verbessern, zufried-

den: Im Jahr 2000 bezeichneten sich 77 % von ihnen als „bei guter Gesundheit“ gegenüber 67 % im Jahr 1993 <sup>(22)</sup>. Wie der Bericht der FASD feststellt, „müssen diese – an sich zufrieden stellenden – Ergebnisse jedoch selbstverständlich mit Vorsicht interpretiert werden. Denn der Gesundheitszustand eines Grossteils der Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen ist objektiv nicht gut, und eine grosse Zahl von ihnen – d. h. Tausende – leiden an chronischen Krankheiten <sup>(22)</sup>“.

## 8.4 Die Behandlung des Rauchens

Etwa 60 % der Raucher und Raucherinnen <sup>(6)</sup> möchten das Rauchen aufgeben und/oder haben dies in den 12 Monaten vor der Befragung erfolglos versucht. In der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen entspricht der Anteil Männern dem der Frauen; ab 45 Jahren ist der Anteil Männer, die vom Nikotin loskommen möchten, um 7 bis 9 % niedriger als bei Frauen. Es besteht jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen der erklärten Absicht, das Rauchen aufzugeben und deren Umsetzung <sup>(25)</sup>. Ein Viertel der Raucher und Raucherinnen hat in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ernsthaft versucht, (mindestens zwei Wochen lang) das Rauchen aufzugeben. Vier von fünf dieser Personen haben dies ohne Hilfsmittel versucht, 12 % mit einem Nikotinprodukt und 7 % mit anderen Hilfsmitteln.

Mehrere Studien haben versucht, geschlechterspezifische Unterschiede bei der Raucherentwöhnung zu definieren. Männer scheinen häufiger bereit damit aufzuhören und es fällt ihnen leichter als Frauen <sup>(4)</sup>. Vermutet werden dabei Zusammenhänge mit den Motiven für den Konsum. Eine andere Studie <sup>(14)</sup> wiederum stellt fest, dass das Rauchverhalten bei Männern und Frauen durch ähnliche psychologische Mechanismen bestimmt wird und dass daher bei Strategien zur Raucherentwöhnung keine geschlechterspezifischen Unterschiede berücksichtigt werden müssen. Berlin et al. <sup>(2)</sup> schätzen, dass Frauen im Vergleich zu Männern eher rauchen, um Spannungen abzubauen, sich zu entspannen, der stimulierenden Wirkung wegen und aus sozialen Gründen. Festgefahrene und zwanghafte Rauchgewohnheiten lassen sich bei beiden Geschlechtern beobachten und sind eng mit einer starken Nikotinabhängigkeit verknüpft. Wie Güttinger et al. <sup>(18)</sup> erwähnen, fällt der Verzicht auf das Rauchen leichter, wenn es sich um Zigarren handelt und der Konsument ein Mann ist <sup>(43)</sup>. Dies trifft umso mehr zu, wenn der Konsum moderat ist, nicht stark inhaliert wird und nicht mit hohem Alkoholkonsum verbunden ist. Diese Feststellungen werden durch weitere Studien bestätigt <sup>(23)</sup>, die zusätzlichen Faktoren sind ein hohes Einkommen, Beginn des Zigarettenkonsums nach dem 20. Altersjahr sowie ein Umfeld, in dem nicht geraucht wird. Bei Männern liess sich weder ein Einfluss des Bildungsniveaus noch des Gewichts (BMI-Index) nachweisen, anders als bei den Frauen, für die diese Faktoren eine wichtige Rolle spielen, bei der Entscheidung für oder gegen das Rauchen <sup>(43)</sup>. Weitere Unterschiede zeigten sich beim Rückfallrisiko: Frauen begannen häufig in Situationen mit

*Männer ab 45 Jahren sind weniger motiviert als Frauen, den Konsum aufzugeben*

*Die Erfolgskriterien:  
später Beginn, niedriger Konsum,  
Zigarrenrauchen,  
wenig inhalieren,  
kein gleichzeitiger Alkoholkonsum,  
und ein Umfeld, in dem nicht  
geraucht wird*

*Die Rolle der Umgebung*

negativem Stress und Frustration erneut mit dem Rauchen, während Männer dies bei festlichen Anlässen taten <sup>(20, 39)</sup>. Güttinger et al. <sup>(18)</sup> weisen nach, dass eine schwache Nikotinabhängigkeit und der Umstand, verheiratet zu sein, das abstinente Verhalten zusätzlich positiv beeinflussen <sup>(38)</sup>. Weiter wurde festgestellt, dass der ärztliche Rat, mit Rauchen aufzuhören, einen negativen Effekt auf einen möglichen Nikotinverzicht hatte. Ausserdem war das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung vor und während der Entwöhnungsphase bei Männern ausgeprägter als bei Frauen <sup>(38)</sup>. Diese Unterstützung ist wichtig bei individuellen verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die neben Verhaltensaspekten auch Problemlösungsstrategien umfassen. Die Erfolgsrate beträgt bei diesem Ansatz 4 bis 7 % und kann bis auf 19 % steigen, wenn zusätzlich Nikotinersatzpräparate eingesetzt werden <sup>(60)</sup>.

*Jemanden zum Rauchstopp  
auffordern ist keine erfolgreiche  
Methode*

---

## 8.5 Die Kurzintervention: Ein Weg für Männer

Das Problem von Angebot und Nachfrage und die Frage nach männergerechten Behandlungsmethoden stellen sich folgendermassen: Die bisher am häufigsten verwendeten Konzepte postulieren, dass eine gelungene Therapie in erster Linie und gewissermassen unumgänglich voraussetzt, die eigene Ohnmacht bei der Abhängigkeit anzuerkennen sowie den Kontrollverlust zu akzeptieren und sich einzugestehen, dass das Produkt Macht über die eigene Person hat. Dieses grundlegende Postulat bedeutet wahrscheinlich für viele Männer ein Hindernis bei Behandlungsbeginn. Den Kontrollverlust einzugestehen bedeutet für sie auch den Verlust eines wesentlichen sozial konstruierten Merkmals, das einen Mann definiert: die Macht. Dies unterstreicht auch Klingemann in seinem Bericht <sup>(27)</sup>.

*Erneut die Frage der Beherrschung,  
der Macht...*

Der Wille zu beherrschen und zu entscheiden, ist ein besonders präzentes Merkmal des sozialen Männerbildes. In der Realität wünscht sich eine Mehrheit der Männer, frei über das eigene Verhalten entscheiden zu können. Deshalb ist es wichtig, mit ihnen an ihrer Motivation und der individuellen Entscheidung für eine Behandlung zu arbeiten <sup>(3)</sup>. Dabei sollte von ärztlicher Seite nicht zuviel Druck ausgeübt werden, da dies die Entscheidung kontraproduktiv beeinflussen könnte.

In diesem Sinn scheint die Theorie der Stufen der Veränderung <sup>(45)</sup>, die einen nuancierten Ansatz je nach Stadium der Wahrnehmung der persönlichen Realität und Problematik vorschlägt, ein sehr interessanter Ansatz zu sein, der besonders bei Männern angewendet werden sollte. Ausserdem postuliert dieser Ansatz, dass eine Person nicht unbedingt beim ersten Versuch aus der Abhängigkeit aussteigt, sondern oft erst nach wiederholten Anläufen. Ein schrittweiser Ausstieg aus der Krankheit ermöglicht es auch, den Betroffenen die Schuldgefühle zu nehmen, wenn sie nach einer Abstinenzphase wieder zu konsumieren beginnen <sup>(29)</sup>.

*Das Individuum dort „abholen“,  
wo es steht*

Die Ansätze der so genannten Kurzinterventionen und der motivierenden Gesprächsführung <sup>(37)</sup> greifen dieses Konzept wieder auf und integrieren es



in die therapeutischen Praktiken. Klingemann <sup>(27)</sup> stellt fest, dass „diese Technik geeignet ist, um ‚den Mann zu Sprache zu bringen‘ da sie einen positiven Einstieg wählt und einen Abwägungsprozess zwischen negativen und positiven Aspekten des Suchtverhaltens in Gang setzt. Die emotionale Besetzung von Handlungen und Handlungszielen wird damit graduell Bestandteil des Dialogs und überfordert das männliche Expressivitätsvermögen nicht von Anfang an <sup>(40)</sup>. (...) Die Berücksichtigung von Macht- und Kontrollbedürfnissen, insbesondere bei traditionell männlichen Geschlechtsrollenorientierungen, sind somit zentral, um die Akzeptanz und den Zugang zu Behandlungsangeboten zu verbessern.“ So genügen zwei Konsultationen von 10 bis 15 Minuten, um signifikante Verbesserungen beim Alkoholkonsum, bei der Häufigkeit von Rauschzuständen sowie der Häufigkeit und der Dauer von Spitaleinweisungen zu erreichen, und dies auch 12 Monate nach der Intervention <sup>(16)</sup>. Diese Studie schätzt das Kosten/Nutzen-Verhältnis auf 1:5,6. Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung wird heute ständig weiterentwickelt, und neue Ansätze, die sich daraus ergeben, werden auch den Fachpersonen im Sozialbereich vorgelegt (Motivational Case Management, MOCA) <sup>(59)</sup>. Dieser Ansatz ist jedoch bei der Behandlung von Kokainabhängigen unwirksam, da die zunehmend intensivere Anwendung des Produkts den Übergang von einer Entscheidungsstufe zur nächsten beeinträchtigt <sup>(8)</sup>.

*Der Mann schätzt es, während der Therapie zu handeln und Entscheidungen zu treffen*

Was das Rauchen betrifft, können die Ansätze der so genannten Kurzberatung 40 % der Personen zu einem Versuch bewegen, das Rauchen aufzugeben (Männer und Frauen zusammengenommen) <sup>(60)</sup>. Internationale Empfehlungen (nachzusehen bei [treatobacco.net](http://treatobacco.net) unter [stop-tabac.ch](http://stop-tabac.ch)) <sup>(56)</sup> lauten dahingehend, dass Allgemeinärzte bei allen Rauchenden eine Kurzberatung durchführen und, sofern erforderlich, diese Patienten und Patientinnen mindestens einmal jährlich an eine spezialisierte Fachstelle überweisen sollten. Diese Interventionen sollten Rauchende motivieren, die beim Rauchstopp auftretenden Probleme zu erkennen und zu überwinden (Problemlösung/verhaltenstherapeutische Strategien). Sie sollten soziale Unterstützung bieten und die Rauchenden ermutigen, Hilfe im Freundes- und Familienkreis zu suchen.

Es müssen Strategien entwickelt werden, um Männer, die von psychoaktiven Substanzen abhängig sind, möglichst frühzeitig zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben. Der erst behandelnde Arzt ist ein wichtiger Akteur in diesem Prozess. Ansätze der motivierenden Gesprächsführung und der Kurzintervention sind wirksame Mittel, die verhindern, dass sich betroffene Männer „übereumpelt“ fühlen, und die ihnen Möglichkeiten zum Nachdenken und zum Handeln bieten. Fachleute für Sozialarbeit sind ebenfalls Partner, die miteinbezogen werden müssen. Es ist notwendig, diese Ansätze aktiv über Kurzfortbildungen, Broschüren und der Gründung von Qualitätszirkeln zu propagieren. Die beim Projekt „Alles im Griff“ des BAG gewonnenen Erfahrungen haben

sehr nützliche Informationen zur Durchführung solcher Massnahmen gebracht, die auf alle psychoaktiven Substanzen übertragen werden könnten.

Niederschwellige Ansätze, die vorhandene Hilfsangebote ergänzen, müssen intensiviert werden. Hier ist es notwendig, geschlechtergerechte Angebote sowohl für Frauen wie auch für Männer zu entwickeln. Das können zum Beispiel geschlechtergerechte Informationsbroschüren sein.

Die Angebote in Konsumräumen, die besonders häufig von Männern genutzt werden, müssen weiterentwickelt werden, um den aktuellen Konsumarten Rechnung zu tragen.

Die Arbeitgeber müssen bei der Motivation ihrer Mitarbeiter, sich behandeln zu lassen, eine wichtige Rolle übernehmen, indem sie Programme zur Bewältigung von Alkohol- und Drogenproblemen im Berufsalltag intensiv fördern und verbreiten. Dabei muss die Frage der Finanzierung geklärt werden, da nicht alle Arbeitgebenden bereit sind, in Aktionen zu investieren, die auch die öffentliche Gesundheit betreffen.

Die Möglichkeit ein soziales Netz zur Verfügung zu haben, ist ein bedeutender Faktor für die Genesung der Männer. Familiäre Bindungen sind für sie besonders wichtig und positiv, ebenso der berufliche Status. Die auf Männer ausgerichteten therapeutischen Ansätze müssen daher diese Komponenten miteinbeziehen und die Erhaltung des familiären und beruflichen Netzes während der Behandlung unterstützen.

Um Männern zu helfen, ein soziales Netz (wieder)aufzubauen, ist es wichtig, allfällige Beziehungsdefizite durch eine persönliche Entwicklung aufzuarbeiten. Dies geschieht, indem ihre sozialen Kompetenzen wie respektvolle Empathie, Anteilnahme, Zusammenarbeit und Kommunikation gefördert werden.

Die Rückfallprävention ist ein Ansatz, der intensiviert werden muss, insbesondere für Männer, die schwieriger zu motivieren sind als Frauen, nach einem Rückfall die Behandlung fortzusetzen.

---

## 8.6 Männer in den Institutionen

### 8.6.1 Gender Mainstream

Es könnte der Eindruck entstehen <sup>(58)</sup>, dass die therapeutischen Angebote von Einrichtungen ausschliesslich auf die Bedürfnisse von Männern ausgerichtet sind. Tatsächlich wurden in der Vergangenheit die Realität und

die Bedürfnisse von Frauen eher ignoriert, als dass die therapeutischen Angebote tatsächlich speziell für Männer entwickelt worden wären. Gemäss Klingemann <sup>(27)</sup> genügt es nicht, dass Männer therapeutische Einrichtungen leiten, beim Pflegepersonal in der Mehrheit sind und dass ein überwiegender Anteil der Patienten, der sich wegen Alkohol- und Drogenproblemen behandeln lässt, auch männlich ist, um zu behaupten, dass die therapeutischen Angebote tatsächlich auf Männer ausgerichtet sind. Das fehlende Bewusstsein für die Rolle des Mannes, die Besonderheiten der Männlichkeit und die Fragen der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen tragen dazu bei. Die Werkstätten für soziale und berufliche Eingliederung (Holz, Metall, Gartenbau) sind ein gutes Beispiel dafür: Ein solches, auf männliche Interessen ausgerichtetes Angebot vernachlässigt zentrale Interessen der Frauen vollständig, ohne dabei vorzugeben, dass es sich um ein geschlechterspezifisches Angebot für Männer handelt. Auch wenn die angebotenen Tätigkeiten typisch männlich sind, müssen dafür Gründe genannt werden: Sind diese Tätigkeiten für Männer besonders sinnvoll? Entsprechen sie einem explizit männlichen Bedürfnis? Mit anderen Worten: ohne spezifisches Nachdenken über das männliche Geschlecht können bestimmte grundlegende Bedürfnisse in therapeutischen Konzepten nicht berücksichtigt werden und andere werden ohne wirkliche Notwendigkeit eingeführt.

*Von Einrichtungen, die von Männern geleitet werden, zu Einrichtungen für Männer übergehen*

*Die befragten Experten sind der Ansicht, dass sich Tätigkeiten für Männer von den auf dem Markt vorhandenen Angeboten unterscheiden sollten. Ist es zum Beispiel sinnvoll, einen Sportraum anzubieten, obwohl ein solches Angebot ausserhalb der Einrichtung bereits existiert und leicht zugänglich ist? Verstärkt die Einrichtung dadurch nicht das Stereotyp „Mann = Sport = Leistung = Männlichkeit“? Deshalb schlagen die Experten vor, Alternativen wie Meditation oder Yoga anzubieten, die ausserhalb weniger leicht ausgeübt werden können, vor allem von Männern mit einem traditionellen Bild von Männlichkeit. Solche Angebote ermöglichen eine neue Perspektive auf Aktivitäten, auf die Männer ein Anrecht haben.*

### **8.6.2 Als Vater in Behandlung sein**

Die Stellung des Vaters und seine Rolle in der Kindererziehung wird vermehrt in den Vordergrund gerückt: Ob abwesender Vater oder Kuschelpapa – die Medien haben diese Frage breit thematisiert. Welche Stellung hat der Vater in den Behandlungseinrichtungen? Klingemann stellt fest, dass „abhängige Väter oft mehr besorgt sind um ihre Kinder, vor allem, wenn sie mit diesen nicht zusammen wohnen“ <sup>(27)</sup>, was bei einer stationären Behandlung der Fall ist. Die Frage des emotionalen Stresses in dieser Situation wurde bei alkohol- und drogenabhängigen Müttern weitläufig untersucht und berücksichtigt. Heute wird zunehmend auch die Lage der Väter thematisiert. Wollen die Väter ihre Kinder bei sich haben oder sollen sie diese zumindest regelmässig sehen können? Soll dieses Bedürfnis unterstützt werden? Der Status der Mutter sowie die Bindung zwischen Mutter und Kind und Mutter und Vater müssen selbstverständlich in diese Überlegungen miteinbezogen werden. Ist das Kind alt genug, um selbst zu entscheiden, muss es ebenfalls befragt werden. Auf jeden Fall

*Bedeutung der Vaterschaft*

scheint es gute Argumente dafür zu geben, den Aspekt der Vaterschaft in die Behandlung mit einzubeziehen, damit die Genesung des Vaters unterstützt werden kann.

*Die befragten Fachpersonen in Behandlungseinrichtungen sind sich in diesem Punkt einig: Sie unterstützen engagiert die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Bindung zwischen Vater und Kind. Dies geschieht zum Wohl der Generationen wie auch als positive Anregung für die Männer, gesund zu werden, aus anderen Gründen als jene, welche die Arbeit betreffen.*

### 8.6.3 Gleich- oder gemischtgeschlechtliche Konstellation?

#### Wegskizzen

Das Geschlecht der behandelnden Person wie auch des Klienten/der Klientin beeinflusst die Dynamik der Therapie <sup>(26)</sup>. So beschreiben Männer ihre Symptome häufig aus körperlicher und physiologischer Sicht, so als ob sie dem sozialen Bild ihrer männlichen Rolle entsprechen möchten. Die Entschlüsselung durch die behandelnde Person erfolgt auch über ihre persönliche Wahrnehmung der männlichen Rolle. Deshalb ist die Empathie des Therapeuten oder der Therapeutin von der eigenen Geschlechtszugehörigkeit beeinflusst <sup>(30, 59)</sup>.

*Jeder hat seine eigenen Vorstellungen von Männlichkeit*

Die Beziehung zwischen den Geschlechtern wird nach wie vor häufig als hierarchisch wahrgenommen: Männern wird ein höheres Prestige zugesprochen als Frauen, was ihr sozial stark präsenten Bild von Macht und Dominanz weiter verstärkt. Diese Tatsache sollte bei der Wahl des Geschlechts der therapeutischen Fachperson berücksichtigt werden. Die Bedeutung der Macht wird dabei betont. In den Behandlungseinrichtungen stehen Männer zum Beispiel meist zuoberst in der Hierarchie, während Frauen häufig untergeordnete Positionen besetzen <sup>(59)</sup>. Die von Frauen entwickelten Ansätze zu Geschlechterfragen haben Frauen veranlasst, Einrichtungen zu fordern, in denen ausschliesslich Frauen im therapeutischen Team sind und die sich ausschliesslich an Frauen richten. Heute gibt es jedoch auch einige Einrichtungen, die geschlechterspezifische Betreuung für Männer anbieten.

*Die beteiligten Experten betonen, dass ein ausschliessliches Männerteam nicht Einheitlichkeit und fehlende Vielfalt bedeutet! Jeder Mann, jeder Mensch, hat seine Eigenheiten, sein Profil, seine Art, die eigene Geschlechtszugehörigkeit zu leben. Deshalb ist in den nicht gemischten Teams ein grosser Reichtum enthalten.*

Besonders bei Einrichtungen für beide Geschlechter bleibt jedoch die Frage: Soll ein Mann einen männlichen Therapeuten erhalten oder soll er wählen können? Die Vorteile einer Behandlung durch eine gleichgeschlechtliche Fachperson scheinen auf der Hand zu liegen: Der Mann braucht nicht den (vermeintlichen) sozialen Ansprüchen der Frau zu genügen, die er gelernt hat an sich selbst zu stellen. Gegenüber einem Mann kann er seine Schwächen und Ängste besser ausdrücken, da er nicht das Bedürfnis verspüren wird, stark erscheinen zu müssen und damit

*Mann und Mann: weniger Druck, weniger Leistungsansprüche, dafür Empathie, wagen, „über sich zu sprechen“*

nicht mehr in einer stereotypen sozialen Rolle gefangen ist, sondern sich so geben kann, wie er ist, ohne Maske und ohne Rivalitätsgedanken. Er wird entdecken, dass seine Art Leiden auszudrücken von einem anderen Mann anerkannt und respektiert werden kann.

*Dieser Ansatz wird im Übrigen von den befragten Spezialisten unterstützt. Sie sehen darin die Möglichkeit, eine starke Empathie für den Patienten/Klienten zu entwickeln und eine Chance, ihm zu zeigen, dass ein Mann ein Recht hat auf Gefühle und Emotionen, und dass er diese aussprechen kann. Diese Situation bietet auch die Möglichkeit, ein neues Bild des abwesenden Vaters aufzubauen*

Klingemann <sup>(27)</sup> stellt Folgendes fest: „Forschungsbefunde zur Auswirkung unterschiedlicher Geschlechterkonstellationen in der Psychotherapie weisen darauf hin, dass gleichgeschlechtliche Dyaden oft günstigere Behandlungserfolge aufweisen als gemischte Settings“. Es ist gleichwohl festzuhalten, dass eine Studie bei Drogenabhängigen gezeigt hat <sup>(53)</sup>, dass der Therapieerfolg nicht vom Geschlecht der therapeutischen Fachperson abhängt. Es gilt auch die Grenzen auszuloten, wenn Männer von Männern betreut werden. Die grösste Gefahr besteht darin, soziale Vorstellungen von Geschlechterrollen zu verfestigen, sie als Karikaturen zu zementieren, anstatt die Bilder weiterzuentwickeln, indem sie ausgeglichen und korrigiert werden, damit der andere die Möglichkeit hat, vielleicht ein anderes Bild seiner Männlichkeit anzunehmen und sich aus einem anderen Blickwinkel wahrzunehmen. Bestimmte Formen der vulgären und machohaften Sprache könnten das soziale Bild der Männlichkeit des Patienten ebenfalls verfestigen.

*Gefahr der Stereotypisierung des männlichen Geschlechts*

*Die befragten Fachpersonen sind sich dieser Problematik bewusst und weisen darauf hin, dass eine Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen wie sie in ihren Einrichtungen stattfindet, es erlaubt, dieses Hindernis zu überwinden.*

Eine andere Problematik besteht darin, in vereinfachender Weise Männern – und Frauen – starre Geschlechterrollen zuzuweisen, ohne ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre jeweils gegengeschlechtliche weibliche oder männliche Seite auszudrücken. Die Typologie der Geschlechter kann, auch wenn sie allgemein akzeptabel und sinnvoll ist, nicht systematisch auf einzelne Individuen angewendet werden. Man darf auch nicht das Tabu der sexuell missbrauchten Männer und ihrer emotionalen Beziehung zu anderen Männern vernachlässigen. Diese steht im Zusammenhang mit der Vorstellung von männlicher Gewaltausübung gegenüber anderen Männern. Können Männer, die von anderen Männern missbraucht oder vergewaltigt worden sind, einem Mann ihre schmerzhafteste Vergangenheit anvertrauen?

*Opfer von Männergewalt:  
Behandlung durch Männer?*

Die Schemata zu durchbrechen und eine emotionale Distanz zum Erlebten herzustellen, würde dafür sprechen, auch gemischte therapeutische Konstellationen anzubieten wie Therapeutin und männlicher Klient. Doch müsste dem Klient, aber auch der therapeutischen Fachperson, die Wahl überlassen werden. So stellt Klingemann <sup>(27)</sup> fest, dass es Situationen gibt, in denen die Nähe zwischen Patient und Therapeut eine angemessene Reaktion verhin-

*Den Dialogpartnern  
die Wahl lassen*

dert. Manchmal erlaubt eine distanziertere Sichtweise eine differenziertere, weniger konfrontative Haltung <sup>(54)</sup>. Ausserdem fällt es gewissen Männern leichter, mit Therapeutinnen über ihre Gefühle zu sprechen <sup>(59)</sup>. Eine gemischtgeschlechtliche therapeutische Konstellation bringt also auch Vorteile. Die Fachpersonen heben hervor, dass viele Männer den Gedanken „wenigstens die Frauen verstehen mich“ verinnerlicht haben, und erhärten damit die Feststellung, dass Ehefrauen ihre abhängigen Männer emotional sehr stark unterstützen. Aufgrund des vorherrschenden Bildes vom dominanten Mann haben allerdings auch viele Männer ein Frauenbild verinnerlicht, das die Frau als schwach darstellt. Dies gilt besonders dann, wenn es Männer aus anderen Kulturkreisen sind, in denen Frauen stark diskriminiert werden. Es könnten also Skepsis und Zweifel an den Fähigkeiten einer Therapeutin aufkommen, was ihr Verhalten negativ beeinflussen wird.

*Welches Frauenbild hat der männliche Klient?*

*Experten, die gemischtgeschlechtliche therapeutische Konstellationen eingehen, berichten von guten Ergebnissen. In der Regel ermöglicht eine Therapeutin einem männlichen Klienten die Erkenntnis, dass es neben der Mutter weitere weibliche Personen gibt und dass andere Dialoge entstehen können. Diesen Aspekt erleben besonders Jugendliche als positiv.*

Es kann auch eine Behandlung mit zwei Fachpersonen verschiedenen Geschlechts, also Therapeutin und Therapeut, ins Auge gefasst werden. Eine solche therapeutische Konstellation hat den Vorteil, dass der Patient mit beiden Geschlechterperspektiven konfrontiert wird. Ein solcher Ansatz kann den Patienten aber auch blockieren, da er sich zwei Fachpersonen gegenüber möglicherweise unterlegen und machtlos fühlt.

In therapeutischen Gesprächsgruppen darf die geschlechtergemischte Variante nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Denn die Anwesenheit von Frauen in der Gruppe scheint einer Studie <sup>(55)</sup> zufolge die Männer zu motivieren, ihre Probleme, Gefühle und Schwächen auszudrücken, während ausschliesslich männliche Gruppen Gelegenheit bieten, ihre positiven Seiten deutlicher hervorzuheben. Auf jeden Fall vertreten mehrere Autoren die Auffassung, dass therapeutische Gruppen für Männer besonders geeignet sind, da sie den Klienten Ersatz bieten für die früheren Bezugsgruppen im Drogenmilieu <sup>(10)</sup>.

*Für Gesprächsgruppen empfehlen die Experten einstimmig, gleichgeschlechtliche Gruppen zu bilden. Nach ihrer Erfahrung erlauben diese Gruppen einen offeneren Dialog, ohne Geschlechterrivalitäten, ohne die Versuchung der Verführung oder Angeberei. Eine solche Konstellation erlaubt es auch, Gefühle und Bedürfnisse leichter auszudrücken, ohne dass aber die Thematisierung der Beziehung zum anderen Geschlecht verhindert würde. Ein solches Konzept schliesst den punktuellen oder ergänzenden Einsatz gemischter Gruppen aber nicht aus.*

Ohne endgültige Antworten und Empfehlungen auf dem Tisch zu haben, ist es wichtig, dass die therapeutischen Einrichtungen in ihren Konzepten die Gleichwertigkeit der Geschlechter reflektieren und diesem Thema Vorrang geben (*Gender mainstream*). Unter anderem sollten die angebotenen Massnahmen, die Geschlechtermischung (oder nicht) bei der Klientel und/oder dem Team, ja sogar beim leitenden Gremium oder beim Vorstand auf einem Verständnis der Gleichwertigkeit von Mann und Frau begründet sein, das die jeweiligen Bedürfnisse und Unterschiede berücksichtigt.

Die Institutionsleitungen sollten Schulungen und Informationsaustausch zum Thema Geschlechtergerechtigkeit ermöglichen und fördern, um das Know-how ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicherzustellen.

---

## 8.7 Autoremission (Selbsteilung)

Die überwiegende Mehrzahl der Personen, die ein Alkoholproblem entwickeln, begeben sich nie in Behandlung, weder stationär noch ambulant. In der internationalen Literatur wird daher geschätzt, dass nur eine von 13 alkoholabhängigen Personen eine Behandlung beginnt <sup>(51, 61)</sup>. Eine Mehrheit der Betroffenen wird ohne Behandlung abstinent oder erreicht einen moderaten Konsum. Mehrere internationale Studien <sup>(50)</sup> deuten darauf hin, dass 80 % der Personen mit einem Alkoholproblem auch ohne Behandlung vom Alkohol loskommen. Doch sind die Zahlen zu diesem Thema relativ unterschiedlich, die geschlechterspezifischen Aspekte wurden nicht untersucht, und in der Schweiz sind zu wenige Studien verfügbar.

Das „kontrollierte Trinken“ ist ein individueller Ansatz, der auf die Lösung des jeweiligen Alkoholproblems abzielt, indem der Konsum soweit verringert wird, bis er unter Kontrolle gebracht werden kann. Von den Personen, die ihr Alkoholproblem ohne Abstinenz gelöst haben, hatten 57 % mit dem Ziel der Abstinenz begonnen und danach moderat weiter konsumiert <sup>(51)</sup>. Die Frage der Kontrolle und der Beherrschung steht dabei im Mittelpunkt des Prozesses und des Bemühens: So geben 58 % der Patienten dieser Studie an <sup>(51)</sup>, ein abstinentes Verhalten gewählt zu haben, weil es ihnen beim kontrollierten Konsum nicht gelingt, Mass zu halten. Vaillant <sup>(57)</sup> beschreibt, dass die selbstständige Bewältigung eines Alkoholproblems durch Kontrolle und Einschränkung des Konsums eher bei sozial stabilen Individuen mit hohem Bildungsniveau gelingt, während die selbstständige Bewältigung mittels Abstinenz eher bei Individuen mit weniger hohem Bildungs- und Sozialniveau erfolgreich ist. In dieser Studie wurden keine Hinweise auf geschlechterspezifische Unterschiede gefunden.

*Rolle des sozialen Status  
bei der Selbsteilung*

Mehrere Studien über die künftige Entwicklung von alkohol- und drogenabhängigen Personen, die versuchen, ohne äussere Hilfe von der Sucht loszukommen, ergaben eine grosse Stabilisierung in diesem Prozess – sowohl bei Frauen wie Männern <sup>(11, 28)</sup>. Dies gilt besonders, wenn die Betroffenen von ihren Angehörigen Unterstützung erhalten. Frauen haben in Krisensituationen nach dem Entzug mehr Unterstützung erhalten als während ihrer Abhängigkeit, während Männer bei der Aufgabe ihres Drogenkonsums wenig aktive Hilfe erhalten haben <sup>(64)</sup>. Männer, die ihr Alkoholproblem bewältigt haben, haben sich erfolgreich in die Gesellschaft eingegliedert und sind beruflich aktive Ehemänner. Das Schema: „Abhängigkeit – Aufgabe der Droge – Heirat – Kind“ scheint bei ihnen häufig zu funktionieren. Dies steht im Gegensatz zu einer Mehrheit von Frauen, die sich bei der Aufgabe des Drogenkonsums stark von der „klassischen“ Vorstellung von Familie und Arbeit entfernt.

*Beim Prozess der Selbstheilung ist die Umgebung von entscheidender Bedeutung*

*Zum Erfolg kommt es bei den Männern über die Wiedereingliederung in eine herkömmliche soziale Rolle*

Die zahlreichen alkohol- oder drogenabhängigen Personen, die ohne äussere Hilfe vom Konsum loskommen wollen, müssen – paradoxerweise! – dazu anregen, die nötigen Voraussetzungen für einen Erfolg zu schaffen. Die Rolle des Umfeldes, die im vorliegenden Bericht mehrfach hervorgehoben worden ist, ist bei dieser Vorgehensweise besonders für Männer entscheidend. Es ist deshalb notwendig, bei der Sekundärprävention das soziale Netz der Familie, der Angehörigen und Freunde aktiv miteinzubeziehen. In diesem Sinn kann der erstbehandelnde Arzt eine entscheidende Rolle spielen, indem er Angehörige ermutigt und unterstützt, die soziale und emotionale Bindung zur betroffenen Person aufrechtzuerhalten.

Eine soziale Wiedereingliederung über die Arbeit begünstigt den Erfolg ebenfalls, besonders bei Männern, und muss deshalb unterstützt werden.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Annis, H. M., & Graham, J. M. (1995). Profile types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3), 176-182.
2. Berlin, I., Singleton, E. G., Pedarriose, A.-M., Lancrenon, S., Rames, A., Aubin, H.-J., et al. (2003). The Modified Reasons for Smoking Scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*, 98(11), 1575–1583.
3. Block, M., & Buchkremer, G. (1991). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Abhängigkeit vom Rauchen und im Abstinenzserfolg. In K. Wanke & G. Bühringer (Eds.), *Grundstörungen der Sucht* (pp. 290-299). Berlin: Springer-Verlag.
4. Block, M., Rehms, W., & Buchkremer, G. U. (1990). Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Abstinenzserfolg bei der Raucherentwöhnung. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Abhängigkeit bei Frauen und Männern* (pp. 116-125). Freiburg: Lambertus Verlag.
5. Blume, A. (1986). Women and alcohol. *JAMA*, 256, 1467-1470.
6. Bundesamt für Statistik (BfS). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BfS.



7. Dawson, D. A. (1994). Are men or women more likely to stop drinking because of alcohol problems? *Drug and Alcohol Dependence*, 36(1), 57-64.
8. Déglon, J.-J. (2004, juin). *Approches innovatrices dans le traitement des personnes dépendantes à la cocaïne en Suisse*. Paper presented at the Conférence nationale sur les drogues synthétiques et la cocaïne, Bern.
9. Delgrande Jordan, M. (2005). *act-info im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich - Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2004 - Deskriptive Statistik*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
10. Dobler-Mikola, A. (2000). *Frauen und Männer mit harten Drogen. Eine empirische Analyse der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Alltag der Teilnehmenden vor und während der heroingestützten Behandlung*. Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.
11. Efonayi-Mäder, D., & Klingemann, H. (1995). Stabile Selbstheilungen bei Frauen und Männern (gekürzt und redaktionell bearbeitet durch Hafén, M.). *Drogenmagazin*, 21(4), 3-14.
12. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., & Mader, R. (Hrsg.). (2005). *Männer, Frauen, Sucht*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
13. Etter, J.-F., Prokhorov, A. V., & Perneger, T. V. (2002). Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. *Addiction*, 97(6), 733-743.
14. Feselmayer, S., & Beiglböck, W. (1995). Die Familie des/der Alkoholkranken. In M. Büchel (Ed.), *Familienbilder - Kontroversen um eine Lebensform* (pp. 95-107). Bonn: Deutscher Psychologenverlag.
15. Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K., & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA*, 277(13), 1039-1045.
16. Groupe Hors-murs du GREAT, & Fachgruppe Aufsuchende Sozialarbeit/Streetwork (FAGASS). (2005). *Charta der aufsuchenden Sozialarbeit*. Bern: GREAT / FAGASS.
17. Güttinger, F., Rehm, J., & Frick, U. (unveröffentlicht). *Männer und Sucht*. Zürich: Institut für Suchtforschung.
18. Hänninen, V., & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94(12), 1837-1848.
19. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
20. Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. *Abhängigkeiten*, 4(3), 9-29.
21. Hotz, R. (2003). *Drogenarbeit in der Schweiz - Versuch einer Standortbestimmung*. Fribourg: Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD). Stand November 2005, on-line: [http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Referat\\_170503.pdf](http://www.fasd-brr-urd.ch/TEXTE/AHS-Referat_170503.pdf).
22. Hymowitz, N., Cummings, K. M., Hyland, A., Lynn, W. R., Pechacek, T. F., & Hartwell, T. D. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, 6(Suppl 2), S57-S62.
23. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (2005). *Von KlientInnen (vor der Behandlung) in stationären Alkoholbehandlungseinrichtungen konsumierte Substanzen*. Stand September 2005, on-line: [http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/tab\\_m02.pdf](http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/tab_m02.pdf).
24. Jarvis, M. J., McIntyre, D., & Bates, C. (2002). Efforts must take into account smokers' disillusionment with smoking and their delusions about stopping. *BMJ*, 324, 608.
25. Kaufmann, J. R. (1999). Sex, Geschlecht und Intersubjektivität: Die zwei Analysen von Mr. G. In E. Bartosch, H. Hinterhofer & E. Pellegrini (Eds.), *Aspekte einer neuen Psychoanalyse. Ein selbstpsychologischer Austausch* (pp. 79-98). New York / Wien: Verlag Neue Psychoanalyse.
26. Klingemann, H. (unveröffentlicht). *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit - Ein neu entdecktes Thema*. Bern: Schweizerische Suchtforschung und Beratung (SSB).
27. Klingemann, H., & Efonayi-Mäder, D. (1994). Wieviel Therapie braucht der Mensch? Sucht, Selbstheilungstendenzen und "Familie" als biographisches Leitmotiv. *Praxis*, 83(34), 937-949.
28. Kruse, G., Körkel, J., & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
29. Lehner, E. (2001). *Männer an der Wende. Grundlagen kirchlicher Männerarbeit*. Innsbruck: Tyrolia.

30. Lindenmeyer, H., Steiner, D., Burri, S., & Freitag, A. (2003). *Bericht zur aktuellen Situation niederschwelliger Einrichtungen für Drogenkonsumierende in der Schweiz*. Fribourg: Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD).
31. Llopis Llacer, J. J. (2000). Women and drug abuse. General Aspects. In P. Stocco, J. J. Llopis Llacer, L. DeFazio, A. Clafat & F. Mendes (Eds.), *Women drug abuse in Europe: Gender identity* (pp. 45-51). Venezia: IREFREA.
32. Lutz, M. E. (1991). Sobering decisions: Are there gender differences? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(2), 51-65.
33. Maffli, E., Kuntsche, S., Delgrande Jordan, M., Annaheim, B., & Francis, A. (2004). *Ambulante Suchtberatung 2002 - Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
34. Maffli, E., Wacker, H.-R., & Mathey, M.-C. (1995). *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz* (Forschungsbericht 26). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
35. Mauthe, K. (1996). *Zur Bedeutung wahrgenommener sozialer Unterstützung bei Frauenalkoholismus*. Tübingen: Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften - Eberhard-Karls-Universität.
36. Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus Verlag.
37. Minneker-Hügel, E. (1991). *Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern*. Frankfurt a/M: Peter Lang.
38. Mitchell, S. L., & Perkins, K. A. (1998). Interaction of stress, smoking, and dietary restraint in women. *Physiology & Behavior*, 64(1), 103-109.
39. Neumann, W., & Süfke, B. (2004). Den Mann zur Sprache bringen - Psychotherapie mit Männern. *Switchboard*, 164, 8-12.
40. Office fédéral de la santé publique (OFSP / BAG). (2004). *Anzahl der Patientinnen und Patienten in Substitutionsprogrammen (Methadon) im Jahr 2003*. Stand September 2005, on-line: [http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/tab\\_d06.pdf](http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/tab_d06.pdf).
41. Osler, M., Prescott, E., Godtfredsen, N., Hein, H. O., & Schnohr, P. (1999). Gender and Determinants of Smoking Cessation: A Longitudinal Study. *Preventive Medicine*, 29(1), 57-62.
42. Piazza, N. J., Vrbka, J. L., & Yeager, R. D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 24(1), 19-28.
43. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
44. Schaaf, S., Grichting, E., & Bolliger, H. (2005). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2004. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Substitutionsbehandlung in stationärer ausstiegsorientierter Suchttherapie* (Forschungsbericht Nr. 196). Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF).
45. Sieber, M. (1998). Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. *Abhängigkeiten*, 4(3), 4-8.
46. Sieber, M., Hasenfratz, U., & Meyer, T. (2002). Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel Klinik. *Abhängigkeiten*, 2, 60-69.
47. Skutle, A. (1999). Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction*, 94(8), 1219-1225.
48. Spreyermann, C., & Willen, C. (2003). *Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen. Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Bern: Ambulante Drogenhilfe Zürich.
49. Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., & Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9-month follow-up outcome. *Addiction*, 93(7), 1043-1050.
50. Strauss, B., Hartung, J., & Kächele, H. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Eds.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (pp. 533-547). Bern: Hans Huber.
51. Travis, C. B. (1988). *Women and health psychology*. Hilldale, NJ: Erlbaum.
52. Treatobacco.net. (2002). *Efficacité des traitements du tabagisme*. Stand August 2005, on-line: [http://www.treatobacco.net/slide\\_kit/French/Efficacy%20.ppt](http://www.treatobacco.net/slide_kit/French/Efficacy%20.ppt).

53. Vogt, I. (1998). Gender and drug treatment systems. In H. Klingemann & G. Hunt (Eds.), *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 281-197). London: Sage Publications.
54. Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern - Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
55. West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax*, 55(12), 987-999.
56. Zimmer-Höfler, D., & Dobler-Mikola, A. (1992). Swiss Heroin-Addicted Females. Career and Social Adjustment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 159-170.
57. Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004). *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
58. Zumbrunn, A. (2001). Soziale Unterstützung beim selbstorganisierten Ausstieg aus der Drogensucht - Ein Geschlechtervergleich. *Abhängigkeiten*, 2, 31-43.



## 9. Problematisches Spielverhalten und Geschlecht

### 9.1 Glücksspiel, problematisches Spielverhalten und Glücksspielsucht

Für die meisten Spielenden ist das Glücksspiel eine problemlose Form der Unterhaltung, ein reines Freizeitvergnügen. Nur einige wenige Spielende verlieren die Kontrolle über ihr Spielverhalten – mit erheblichen individuellen, sozialen und finanziellen Folgeschäden <sup>(10)</sup>. Ein Glücksspiel zeichnet sich dadurch aus, dass sein Ergebnis zufallsabhängig ist und dass um Geld gespielt wird <sup>(7)</sup>.

Geht die Kontrolle verloren, wird in der Regel von problematischem bzw. potentiell pathologischem Glücksspiel und – sobald die Problematik weiter fortgeschritten ist – von Glücksspielsucht bzw. pathologischem Glücksspiel gesprochen. Die je zwei Begriffe bezeichnen also unterschiedliche Intensitätsstufen desselben Phänomens <sup>(7)</sup>. Im vorliegenden Bericht wird der Ausdruck „problematisches Spielverhalten“ auch als Überbegriff für problematisches und/oder pathologisches Spielverhalten verwendet, sofern eine Abgrenzung der beiden Intensitätsstufen nicht möglich ist. Indessen sollten die Begriffe „Glücksspielsucht,“ bzw. „pathologisches Spielverhalten“ grundsätzlich nur für die Bezeichnung einer durch eine Fachperson diagnostizierten Störung des Glücksspielverhaltens (nach ICD-10 oder DSM-IV) verwendet werden <sup>(7)</sup>.

Im Zusammenhang mit der Aufhebung des Spielbankenverbotes und mit Revisionsarbeiten am Lotteriegesetz haben die Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK) und das Bundesamt für Justiz (BJ) eine umfassende Studie zum Glücksspiel und der Spielsucht in der Schweiz beim Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS) in Auftrag gegeben. Der daraus entstandene, im November 2004 veröffentlichte Bericht, gibt einen Überblick über die Glücksspiellandschaft Schweiz, ohne jedoch auf geschlechterspezifische Aspekte einzugehen <sup>(7)</sup>. Er dient als Grundlage für die folgenden Ausführungen.

### 9.2 Epidemiologie

Die einzige empirische Studie, die das Glücksspielverhalten in der gesamten Schweiz untersucht, beruht auf Daten aus dem Jahre 1998. Aufgrund einer telefonischen Bevölkerungsbefragung von 2526 Personen ergaben sich folgende Prävalenzen: 97.0 % aller in der Schweiz wohnhaften Personen konnten als Gelegenheits- oder nicht Spielende bezeichnet werden, 2.2 % erwiesen sich als problematisch Spielende und 0.8 % als (wahrscheinlich) glücksspielsüchtig. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind das rund 33'000 bis 78'000 Spielsüchtige und 145'000 bis 230'000 problema-

tisch Spielende <sup>(13)</sup>. Eine andere Studie untersuchte die Prävalenz von Glücksspielsucht ausschliesslich im Kanton Tessin. Gemäss dieser zeigten 0.6 % der Tessiner und Tessinerinnen ein problematisches Glücksspielverhalten und 0.6 % wurden als glücksspielsüchtig identifiziert <sup>(11)</sup>.

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 nutzen 21.2 % der Personen über 18 Jahre in der Schweiz mehr oder weniger jede Woche ein Glücksspielangebot aus dem Lotterie- oder Spielbankenbereich. Auf Geldspielautomaten spielen 0.7 % mindestens wöchentlich, im Casino bzw. Kursaal 0.4 %. Selbstverständlich lassen sich aus der Tatsache der regelmässigen Nutzung eines Glücksspielangebotes noch keine direkten Schlüsse auf ein problematisches Glücksspielverhalten ziehen <sup>(7)</sup>.

Seit dem Jahr 2002 führt das Zentralsekretariat von „Die dargebotene Hand“ (Telefon 143) eine inhaltliche Statistik zu den eingegangenen Anrufen. Im Vergleich mit anderen Problematiken, wie z.B. Einsamkeit, ist das Thema Spielsucht eher unbedeutend. Jedoch hat in den letzten zwei Jahren eine starke Zunahme an Anrufen wegen problematischem Spiel stattgefunden. Während im Jahre 2002 nur 0.07 % aller Anrufe an die Nummer 143 im Zusammenhang mit dem Glücksspiel standen, waren es 2003 schon 1.04 % und im Jahre 2004 sogar 2.00 % <sup>(7, 8)</sup>.

Spielsperren sind eine im Spielbankengesetz festgehaltene Massnahme gegen die Glücksspielsucht. Spielenden, die (vermutlich) überschuldet sind, die Spieleinsätze riskieren, welche in einem Missverhältnis zu ihren finanziellen Verhältnissen stehen oder den Spielbetrieb stören, soll durch die Spielbanken eine Spielsperre auferlegt werden. Ein Sperre kann aber auch von den Spielenden zum eigenen Schutz selbst beantragt werden, was relativ häufig vorkommt. Die Anzahl bestehender Spielsperren kann einen Anhaltspunkt zur Prävalenz von Glücksspielsucht unter Casinospielenden geben <sup>(7)</sup>. Gemäss der Eidgenössischen Spielbankenkommision gab es im Jahr 2003 in der Schweiz 2052 gesperrte Spielende; 2004 waren 3255 Personen gesperrt. Dabei betrug der Männeranteil jeweils 81 % (mündliche Mitteilung vom 23. Juni 2005).

*Ein hoher Männeranteil*

In der Glücksspielberatung tätige Experten und Expertinnen mutmassen, dass rund 1 % der Schweizer Bevölkerung glücksspielsüchtig ist <sup>(7)</sup>. Die Verfassenenden der BASS-Studie schätzen in einer Modellrechnung aufgrund der oben genannten Studien, dass die Bandbreite der Glücksspielsüchtigen in der Schweiz zwischen 0.62 und 0.84 % bzw. 35'500 und 48'000 Personen liegt <sup>(7)</sup>.

---

### 9.3 Soziologisches Profil der problematisch Spielenden

Von den Personen, die sich 2003 aufgrund des Glücksspiels in ambulanter Behandlung befanden und für welche Daten erhoben wurden, waren 79 % männlichen Geschlechts. Männer sind also unter den in Beratung

*Ein sehr hoher Männeranteil  
in der Behandlung*

stehenden Personen klar in der Mehrzahl <sup>(7)</sup>. Was hingegen die beratenen Angehörigen betrifft, kann eine umgekehrte Verteilung festgestellt werden: Nur 15 % jener, die sich in der Schweiz wegen dem Glücksspielverhalten einer/s Angehörigen in Beratung begeben haben, waren Männer <sup>(7)</sup>.

*Aber wenig Männer, die wegen Angehörigen eine Beratungsstelle aufsuchen*

Das Durchschnittsalter der beratenen Glücksspielenden lag bei 40 Jahren und der grösste Teil war ledig (40 %). Der Anteil an geschiedenen und getrennten Personen war mit 24 % unter Spielenden überdurchschnittlich hoch (Anteil in der Gesamtbevölkerung: 7 %). Auch für den Ausländeranteil ergibt sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (18 %) eine verhältnismässig hohe Prävalenz: 30 % der beratenen Glücksspielenden waren nicht Schweizerischer Nationalität. Der Anteil an Haushalten mit Kindern liegt für problematisch Glücksspielende (25 %) leicht unter demjenigen der Gesamtbevölkerung (29 %). Die Personen, welche sich in ambulanter Beratung befanden, waren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gut viermal häufiger arbeitslos (18 %) und deutlich häufiger IV-Rentenbeziehende (8 %). Auch fanden sich unter Glücksspielenden etwas mehr Personen mit tieferen Bildungsabschlüssen. Ebenso ist das Haushaltseinkommen von Spielern und Spielerinnen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eher tiefer <sup>(7)</sup>.

Aus der „Medizinischen Statistik der Krankenhäuser“ <sup>(1)</sup> des Bundesamtes für Statistik lassen sich Erkenntnisse über die stationäre und teilstationäre Behandlung von Spielsüchtigen gewinnen. Für das Jahr 2003 weist die Statistik insgesamt 97 Fälle mit der Diagnose „Spielsucht“ (ICD-10 F 63.0) auf. Bei 23 Fällen wurde „pathologisches Spielen“ als Haupt-, bei 74 als Nebendiagnose gestellt. Auch hier sind die männlichen Patienten übervertreten: Mehr als zwei Drittel (71 %) aller Haupt- und Nebendiagnosen betreffen Männer. Wenn nur die Fälle mit Hauptdiagnose betrachtet werden, dominieren die Männer noch etwas stärker (74 %). Ein Jahr zuvor (2002) betrug der Männeranteil sowohl für die Haupt- wie auch für die Nebendiagnose 66.7 % (Eigene Berechnungen aufgrund der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser: BFS, 2005) <sup>(1)</sup>.

*Zwei Drittel bis drei Viertel der Spielsüchtigen in Behandlung sind Männer*

Wie für andere Süchte zeichnet sich also auch fürs problematische Glücksspiel ein ungleiches Geschlechterverhältnis ab. Ausnahmslos zeigen alle Studien eine deutlich höhere Anzahl problematisch spielender Männer als Frauen. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass sich die Geschlechteranteile im Verlauf der letzten 30 Jahre angenähert haben: Eine amerikanische Bevölkerungsbefragung ergab für das Jahr 1975 einen Anteil spielender Männer, der um 13 % höher lag als der Anteil spielender Frauen. Eine vergleichbare Erhebung im Jahre 2002 ergab eine Differenz von lediglich 4 % <sup>(19)</sup>.

---

## 9.4 Geschlechterspezifische Unterschiede bei problematisch Spielenden

### 9.4.1 Spielbeginn und Problementwicklung

Toneatto und Kolleginnen <sup>(17)</sup> konnten in einer Untersuchung von 260 kanadischen Spielenden feststellen, dass Männer früher mit Spielen anfangen als Frauen und entsprechend auch jünger sind, wenn sie erste Probleme wegen dem Glücksspiel entwickeln. Die in der Studie befragten männlichen Spielenden gaben an, in den mittleren Teenagerjahren mit Spielen angefangen zu haben und entwickelten mit etwa 26 bis 29 Jahren Probleme, während die Spielerinnen angaben, etwas nach 20 mit Spielen angefangen zu haben und erst Mitte 30 an spielbedingten Problemen litten. Auch andere Autoren gehen davon aus, dass Männer in jüngeren Jahren als Frauen mit Glücksspielen anfangen. Hingegen sei das Zeitintervall zwischen dem Spielbeginn und dem Wahrnehmen von spielbedingten Problemen bei Männern länger als bei Frauen <sup>(4, 6, 16)</sup>. Für die Schweiz – aber nicht nach Geschlecht getrennt – lässt sich dem BASS-Bericht <sup>(7)</sup> entnehmen, dass nahezu ein Drittel der wegen Glücksspielproblemen (ambulant) beratenen Personen bereits vor dem 18. Altersjahr mit dem Glücksspiel in Kontakt gekommen ist. Im Durchschnitt ergibt sich ein Erstkontakt im Alter von 25 Jahren, wobei drei Viertel aller Spielenden mit oder vor 30 angefangen haben. Die Zeitspanne vom Auftreten des Glücksspielproblems bis zum Beginn einer Beratung beträgt gemäss demselben Bericht im Durchschnitt 6,4 Jahre, ein Grossteil der Spielenden (32 %) begibt sich nach zwei bis drei Jahren problematischen Spielens in Behandlung <sup>(7)</sup>. Eine von Künzi et al. <sup>(7)</sup> befragte Spielsuchterpertin schätzt das Durchschnittsalter der behandelten Männer in ihrer Institution auf 35 Jahre, während sie das entsprechende Alter der Frauen auf 45 Jahre schätzt.

*Männer fangen früher mit Spielen an als Frauen*

*Die Latenzzeit für Probleme ist nicht klar*

Auch scheinen sich spielsüchtige Männer aufgrund ihrer Motive eine Therapie aufzusuchen, von spielsüchtigen Frauen zu unterscheiden. So geben Frauen weitaus häufiger als Männer soziale Gründe, also beispielsweise die Angst als Mutter oder Partnerin zu versagen, für den Beginn einer Behandlung an <sup>(14)</sup>.

### 9.4.2 Spielpräferenzen

Ein wichtiger Aspekt, der bei der Analyse von Geschlechterunterschieden nicht vernachlässigt werden darf, sind die problemverursachenden Spiele. Die Frage ist also einerseits, welche Spiele mehr „Suchtpotential“ aufweisen und andererseits, ob sich Männer und Frauen von den gleichen Spielen angezogen fühlen. Gemäss der Untersuchung von Schweizer Beratungsstellen durch Künzi et al. <sup>(7)</sup> sind Geldspielautomaten (Slot-Maschine, Poker-Automat u.a.) in erster Linie das problemverursachende Spiel; 81 % aller Spielenden nannten Geldspielautomaten als ein Spiel, aufgrund dessen sie sich in Behandlung begaben. Mit 23 % sind auch Spieltische und Spielbanken (Roulette, Black Jack u.a.) für die Spielsucht von Bedeutung. Lotterien und Wetten (Zahlenlotto, elektronische

*Automaten, das häufigste Problemspiel...*



Lotterien, Sportwetten etc.) werden von 19 % der Behandelten als problemverursachend bezeichnet, andere Spiele (z.B. private Kartenspiele um Geld oder Glücksspiele per Internet) von 13 %. Als bevorzugten Spielort nannten 59 % das Casino, 51 % Bar/Restaurant und 28 % den Spielsalon. Das Internet, als Ort wo auf problematische Weise um Geld gespielt wird, scheint (noch) nicht von grosser Bedeutung zu sein. Es wird nur von 2 % der Behandelten als bevorzugter Spielort genannt (Mehrfachnennungen waren möglich).

Gemäss Künzi et al. <sup>(7)</sup> nannten die Männer (10 %) im Vergleich zu den Frauen (35 %) recht selten Lotterien und Wetten als problemverursachende Spiele. Wobei für die betreffende Studie die Datenlage, insbesondere bezüglich der Frauen (N=46), relativ dünn ist. Ebenfalls niedrigere Anteile zeigen die Männer bei elektronischen Lotterien: Diese werden von rund einem Zehntel der Männer, aber gut einem Viertel der Frauen als problemverursachend bezeichnet. Bei den Männern wird am häufigsten das Geldautomatenspiel als problemverursachend bezeichnet (85 %), während nur 62 % der Frauen dieses als ein Problemspiel bezeichnen. In Bezug auf die *Anzahl* problemverursachender Glücksspiele ergeben sich in der BASS-Studie keine geschlechterspezifischen Unterschiede.

Chamberlain <sup>(2)</sup> teilt glücksspielende Personen in verschiedene Gruppen ein. Die Autorin unterscheidet zwischen so genannten „Action Gamblers“ und „Escape Gamblers“. Erstere suchen in erster Linie Abenteuer, Aufregung und Risiko – das sind mehrheitlich Männer. Sie sind davon überzeugt, dass das Spielen bestimmte Fähigkeiten verlangt und gelernt werden kann. Diesen gegenüber stehen die so genannten „Escape Gamblers“. Jener Spieltypus sucht im Glücksspiel Entspannung, Anonymität und Trance. „Escape Gamblers“ versuchen also durch das Spiel der Realität zu entfliehen. Gemäss Chamberlain gehören verhältnismässig viele Frauen und jüngere Leute zu der Gruppe. Dieselbe Ansicht wird auch von andern Autoren vertreten: Pathologische Spielerinnen gäben vermehrt an, dass sie spielten, um stressgeladenen, unbefriedigenden Lebenssituationen oder Depressionen zu entfliehen, während Männer häufig unabhängig von ihrem emotionalem Befinden spielten. Für Frauen ist das Glücksspiel also – mehr als für Männer – ein Mittel, um vor überwältigenden Problemen, Beziehungsschwierigkeiten, Einsamkeit oder Langeweile zu flüchten. Entsprechend sehen auch die Spielpräferenzen aus: Obschon die Art des gespielten Spiels auch vom Angebot abhängig ist, scheinen Frauen nicht-strategische Spiele, wie die Spiele an Spielautomaten (Slot-Maschinen), Kartenspiele und Bingo, die eher eine Flucht („escape“) aus dem Alltag ermöglichen, zu bevorzugen und entsprechend auch aufgrund dieser Probleme zu entwickeln. Männer hingegen favorisieren im Allgemeinen strategische Spiele wie Sportwetten oder Black Jack, die „action“-orientiert sind <sup>(4, 14)</sup>. Insbesondere in Sportwetten scheinen vor allem Männer involviert zu sein <sup>(20)</sup>. Die These von den geschlechterspezifischen Spielvorlieben wird des weiteren auch durch die Aussagen von Meyer & Bachmann <sup>(10)</sup> bestätigt: In deutschen Spielbanken (Roulette etc.) sei der Männeranteil (4:1) höher als in Automatencasinos

... bei Männern

Männer suchen Abenteuer,  
Aufregung, Risiko...

... und Herausforderung...

... ohne Emotionen!

Männer: Strategie, Action  
und nochmals Herausforderung!

(Slot etc.), wo die Männer etwa die Hälfte der Kundschaft ausmachten. Rönneberg <sup>(15)</sup> stellt die Vermutung an, dass der leichtere Zugang zu Spielautomaten – in kleinen, an Restaurants angeschlossenen Casinos – sowie die Verfügbarkeit von Glücksspielen, die sich an neue Adressatengruppen richten, zu einer stärkeren Verbreitung des Glücksspiels bei Frauen (und älteren Leuten) führen könnte.

Toneatto und Kolleginnen <sup>(17)</sup> konnten in ihrer kanadischen Studie feststellen, dass Männer in Situationen, die das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erforderten, intensiver spielten als Frauen. Dieselben Autoren kamen zum Schluss, dass weibliche Problemspielende mehr Spass („fun“) wie auch mehr positive Konsequenzen im Allgemeinen vom Spielen erwarteten als männliche Problemspielende, während sich unproblematisch Spielende beider Geschlechter im Hinblick auf die Erwartung von positiven Konsequenzen und Spass nicht unterschieden. Auch glaubten Männer eher, dass bestimmte Strategien im Spielkontext die Gewinnchancen erhöhen könnten als Frauen.

*Der Glaube, das Spiel beeinflussen zu können = männliches Phänomen*

Die vielfach vertretene These, welche besagt, dass Frauen häufiger „Escape Gamblers“ seien als Männer wird durch eine kürzlich veröffentlichte Studie <sup>(18)</sup> widerlegt. Gemäss dieser würden zwar Männer – mehr als Frauen – um der Spannung und des Risikos willen spielen sowie um sich Respekt zu verschaffen und sich klug zu fühlen. Jedoch diene das Glücksspiel bei beiden Geschlechtern gleichermassen der Flucht aus dem Alltag.

*Keine einheitlichen Ergebnisse*

### 9.4.3 Komorbidität

Glücksspielsüchtige leiden oftmals gleichzeitig auch an substanzgebundenen Süchten oder anderen psychischen Beschwerden. Gemäss der Schweizerischen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser für die Jahre 1998 bis 2001 weisen nur 37 % mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (N=72) keine Nebendiagnose auf. „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ werden in 15 %, „Rezidivierende depressive Störungen“ und „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ in je 10 % der Fälle als Nebendiagnosen gestellt <sup>(7)</sup>. Zum Vergleich: In einer kanadischen Studie berichteten 13 % der Männer und 9 % der Frauen über Alkoholprobleme zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns <sup>(17)</sup>. Eine Studie zum Glücksspiel in Spanien kam zum Schluss, dass pathologische Spieler oftmals auch alkoholbedingte Störungen aufwiesen, während pathologische Spielerinnen eher andere psychische Störungen („comorbid mood disorder“) aufwiesen <sup>(6)</sup>. Diese relativ häufige Verbreitung von psychischen Störungen unter Spielerinnen könnte die zum Teil höheren Raten an Suizidversuchen bei pathologisch spielenden Frauen erklären <sup>(5)</sup>. Auch aus den Angaben von in Deutschland behandelten Spielenden geht hervor, dass spielsüchtige Männer im Vergleich zu spielsüchtigen Frauen eine geringere Suizidneigung aufweisen: 24% der spielsüchtigen Männer und 45% der Frauen hatten mindestens einen Suizidversuch unternommen <sup>(3)</sup>. Toneatto und Kollegen <sup>(17)</sup> konnten indessen in ihrer kanadischen Studie, was die Behandlung von psychischen Störungen bei asymptomatisch,

*Neue Studien sind notwendig, um das geschlechterspezifische Wissen zu vertiefen*

problematisch und pathologisch Spielenden betrifft, keine Geschlechterdifferenzen feststellen.

#### 9.4.4 Geschlechterprävalenzen in der Behandlung

Gemäss der schriftlichen Befragung von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, die von Künzi et al. <sup>(7)</sup> durchgeführt worden ist, belief sich der Anteil an Personen, die im Jahre 2003 wegen dem Glücksspiel die betreffenden Institutionen aufgesucht hatten, auf 1.61 %. Dieser Anteil ist seit 1998 (0.41 %) kontinuierlich leicht angestiegen. Bedauerlicherweise liegen hierzu keine geschlechterspezifischen Daten vor. Bei den stationär behandelten Spielsüchtigen liegt der Männeranteil, wie oben gezeigt, bei rund 70 %.

---

## 9.5 Behandlung – Verlauf, Angebote und Konzepte in der Schweiz

Bei den meisten Betroffenen verläuft die Glücksspielsucht von ihrer Entstehung, über die Behandlung bis zur „Heilung“ in etwa gleich. Gemäss Meyer & Bachmann <sup>(10)</sup> lässt sich eine „Spielerkarriere“ typischerweise in drei Phasen einteilen:

- positives Anfangsstadium (Gewinnphase)
- kritisches Gewöhnungsstadium (Verlustphase)
- Suchtstadium (Verzweiflungsphase)

Künzi et al. <sup>(7)</sup> haben aufgrund einer Studie von Nett et al. <sup>(12)</sup> ein Modell des typischen Suchtverlaufs – von Männern und Frauen – beim Glücksspiel entwickelt: Demzufolge erfolgt der Spieleinstieg mit durchschnittlich 22.2 Jahren, erste Probleme treten mit 30.5 Jahren auf und die Spielenden befinden sich im Schnitt mit 34.8 Jahren in der intensiven Spielphase. Mit durchschnittlich 37.6 Jahren beginnen die Spielenden eine Behandlung. Für den Ausstieg aus der Spielsucht, sei das aufgrund einer erfolgreichen Behandlung oder „aus eigener Kraft“, liegt das Durchschnittsalter bei 39.1 Jahren <sup>(12)</sup>.

In der Schweiz bieten verschiedene Institutionen Therapien für süchtige Spieler und Spielerinnen an. Es sind dies nicht nur spezialisierte Glücksspielsuchtfachstellen, wie beispielsweise das „Centre du jeu excessif“ in Lausanne, sondern auch allgemeine Suchtberatungsstellen, Schuldenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen sowie ambulante und stationäre psychiatrische Einrichtungen. Die Verfasserinnen des BASS-Berichtes konnten in der Deutschschweiz 99, in der Romandie 24 und im Tessin sieben Angebote für Personen mit Glücksspielproblemen ausfindig machen. Sie vertreten die Meinung, dass im Bereich der spezialisierten Glücksspielsuchtfachstellen ein zu geringes dezentrales Angebot besteht. Auf Glücksspielberatungsstellen und in entsprechenden Selbsthilfegruppen machen die Glücksspielberatungen logischerweise 100 % aus; in den übrigen Institutionen, die solche Beratungen anbieten, sind es weniger als 5 %. Aufgrund verschiedener Quellen wird in der BASS-Studie die

Anzahl von Glücksspielberatungen in der Schweiz für das Jahr 2003 wie erwähnt auf 1000 bis 1500 geschätzt. Verschiedene Indikatoren (grösseres Glücksspielangebot, mehr Spielsperren etc.) deuteten auf eine Zunahme bei der Nachfrage nach Glücksspielberatungen bzw. -behandlungen hin <sup>(7)</sup>.

Bei der Behandlung von Glücksspielsüchtigen wird in der Regel schneller eine abstinent Phase erreicht als bei stoffgebundenen Süchten und die Beratungs- bzw. Behandlungsdauer ist nicht länger als bei anderen Suchtfällen. In den meisten Fällen wird eine Verbesserung der Situation erreicht. Die Rückfallquoten sind jedoch vergleichbar mit anderen Süchten, oder sogar noch etwas höher <sup>(7)</sup>. Auch in Deutschland ist bei den ambulant behandelten Spielsüchtigen die Abbruchquote relativ hoch. Dabei scheinen sich Männer (49.0 %) in Bezug auf die Abbruchhäufigkeit nur geringfügig von Frauen (47.7 %) zu unterscheiden <sup>(9)</sup>.

In der Schweiz hat die Einführung des Glücksspiels im grossen Umfang erst begonnen. Aus diesem Grund sollten Forschende ihre Studien unverzüglich unter geschlechterspezifischem Blickwinkel entwickeln, damit unbedingt notwendige Kenntnisse über die Unterschiede zwischen pathologischen Spielern und Spielerinnen gewonnen werden können. Auf dieser Basis lassen sich dann geschlechtergerechte präventive und therapeutische Ansätze entwickeln.

Bei den präventiven Konzepten müssen Botschaften für Männer entwickelt werden; diese berücksichtigen die wichtigsten männer-spezifischen Merkmale

- früher Einstieg ins Glücksspiel → Entwickeln einer Primärprävention, die auf Jugendliche und vielleicht sogar auf Kinder ausgerichtet ist;
- Gefühl der Allmacht, Kontrolle → am magischen Denken arbeiten, irrationale Fantasien thematisieren;
- Verlockung durch Spielautomaten → Entwickeln von Präventionsbotschaften, die neben Glücksspielautomaten angebracht werden;
- Geldstress → Festlegen von Höchstgrenzen für Gewinne.

#### LITERATURVERZEICHNIS

1. Bundesamt für Statistik (BFS/OFS). (2005). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser*. Neuchâtel: BFS [CD-Rom].
2. Chamberlain, L. (2004). Understanding and Diagnosing Compulsive Gambling. In R. H. Coombs (Ed.), *Handbook of Addictive Disorders. A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 129-160). Hoboken: John Wiley & Sons.
3. Denzer, P., Petry, J., Baulig, T., & Volker, U. (1995). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot. Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Jahrbuch Sucht 96*. Geesthacht: Neuland.

4. Grant, J. E., & Kim, W. S. (2002). Gender Differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 56-62.
5. Grant, J. E., & Kim, W. S. (2004). Gender Differences. In J. E. Grant & M. N. Potenza (Eds.), *Pathological Gambling. A Clinical Guide to Treatment*. (pp. 97-109). Washington, London: American Psychiatric Publishing Inc.
6. Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Saiz Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295-301.
7. Künzi, K., Fritschi, T., & Egger, T. (2004). *Glücksspiel und Glücksspielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen*. Bern: BASS.
8. Die Dargebotene Hand. (2005). *Telefonberatung 2004*. Stand September 2005, on-line: [https://www.143.ch/data\\_access/143/downloads/statistiken/statistiken%202004/2004\\_%20Inhalte\\_Telefon\\_d.pdf](https://www.143.ch/data_access/143/downloads/statistiken/statistiken%202004/2004_%20Inhalte_Telefon_d.pdf).
9. Meyer, G. (2005). Glücksspiel Zahlen und Fakten. In *Jahrbuch Sucht 2005*. DHS (pp. 83-98). Buchholz / Hamburg: Neuland.
10. Meyer, G., & Bachmann, M. (2000). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
11. Molo Bettelini, C., Alipp, M., & Wernli, B. (2000). *Il gioco patologico in Ticino. Medrisio: Centro di Documentazione e di Ricerca OSC*.
12. Nett, J. C., Schatzmann, S., Gerber, M., & Klingemann, H. (2003). *Spielbankengesetzgebung und "Selbstheilung" von der Spielsucht*. Bern: Hochschule für Sozialarbeit HSA.
13. Osiek, C., Bondolfi, G., & Ferrero, F. (1999). *Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse*. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève.
14. Quantschnig, B., & Scholz, H. (2005). Geschlechtsspezifische Aspekte der Spielsucht. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Eds.), *Männer, Frauen, Sucht* (pp. 218-236). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
15. Rönnerberg, S. (2001). Die schwedische Prävalenzstudie zum Pathologischen Glücksspiel. In I. Füchtenschneider & K. Hurrelmann (Eds.), *Glücksspiel in Europa. Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich* (pp. 109-117). Geesthacht: Neuland,.
16. Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J., & Gentil, V. (2001). Gender Differences in Gambling Progression. *Journal of Gambling Studies*, 17(2), 151-159.
17. Toneatto, T., Boughton, R., & Borsoi, D. (2002). *A Comparison of Male and Female Pathological Gamblers*. Guelph, Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre. Stand November 2005, on-line: <http://www.gamblingresearch.org/download.sz/malefemale%20Toneatto.pdf?docid=1517>.
18. Walker, J. W., Hinch, T. D., & Weighill, A. (2005). Inter- and Intra-Gender Similarities and Differences in Motivations for Casino Gambling. *Leisure Sciences*, 27, 111-130.
19. Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C., & Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S. - Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 18, 313-337.
20. Wiebe, J., Single, E., & Falkowski-Ham, A. (2001). *Measuring gambling and problem gambling in Ontario*. Toronto, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse / Responsible Gambling Council. Stand September 2005, on-line: [http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI\\_report-Dec4.pdf](http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI_report-Dec4.pdf).

## TEIL V

# Abschliessende Empfehlungen und Schlussfolgerungen

## 10. Abschliessende Empfehlungen

### 10.1 Einführung

Wie der vorliegende Bericht gezeigt hat, ist die Fokussierung auf männer-spezifische Aspekte in wissenschaftlichen Studien bei weitem nicht systematisch. Tatsächlich finden sich zahlreiche frauenspezifische Studien, während kaum männerspezifische Studien vorliegen. Die Tendenz, sich auf frauenspezifische Aspekte zu konzentrieren, erweckt den Eindruck, dass die allgemeinen Beschreibungen von Verhaltensweisen typisch männlich sind, während sie in Wirklichkeit zu vereinfacht dargestellt und durch Verallgemeinerungen „verwischt“ werden. Sie spiegeln lediglich eine Art „Normalfall“, einen Durchschnittswert männlicher und weiblicher Verhaltensweisen wider, d.h. sie sind in gewisser Weise neutral. Solche verzerrten Darstellungen sind in zahlreichen Präventions- und Informationsbroschüren zu finden, die meist allgemeine Ansätze verwenden und hier und da frauenspezifische Aspekte berücksichtigen. Werden solche Botschaften den Bedürfnissen der Männer gerecht?

Es ist nicht einfach, beim aktuellen Stand der Dinge Schlussfolgerungen zu ziehen und *innovative* Empfehlungen abzugeben. Viele der Empfehlungen in den vorausgegangenen Kapiteln sind bereits ohne geschlechtergerechten Ansatz umgesetzt worden und könnten deshalb wenig innovativ erscheinen. Trotzdem ist es sinnvoll, diese aus einem männerspezifischen Blickwinkel zu betrachten und sich zu fragen, ob bisher alle entscheidenden Gesundheitsfaktoren, die speziell Männer betreffen, in Betracht gezogen worden sind.

Die vorliegende Zusammenfassung enthält die wichtigsten vorrangigen Ziele für die männliche Gesundheit. Diese müssen in den einzelnen Bereichen Prävention, Behandlung, Gesundheitswesen und wissenschaftliche Forschung umgesetzt, weitergeführt oder intensiviert werden. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese Ziele, auch wenn sie männerspezifisch sind, auch für Frauen gelten können.

Einige grundlegende Empfehlungen sind es deshalb wert, genannt zu werden:

Der geschlechtergerechte Ansatz muss sich zukünftig unter dem Zusammenwirken der Geschlechter entwickeln, d. h. dass sich die wissenschaftlichen Forschungsarbeiten, die Projekte der Prävention, der Öffentlichkeitsarbeit und der Behandlung systematisch auf beide Geschlechter beziehen müssen, d. h. im Sinne eines integrierten Ansatzes (*gender mainstream*). Nur auf diese Weise können sich nach und nach eine echte Chancengleichheit und eine wirkliche Integration der Verschiedenheit der Geschlechter in unserer Gesellschaft verankern.

Der Ansatz der Geschlechtergesundheit muss dazu anregen, den Konsum psychoaktiver Substanzen in den verschiedenen sozialen Schichten und Bildungsklassen von einer anderen Warte aus zu untersuchen, d. h. von der Warte der sozialen Entwicklung des Geschlechts. Diese zeigt Wege auf, die Einstellungen und Verhaltensweisen von Männern frühzeitig (Primärprävention) und in allen Bereichen der Hilfe für die von Abhängigkeitsproblemen betroffenen Personen zu verändern.

An der männlichen Identität und ihren Auswirkungen auf die alltäglichen Einstellungen, auf die Vorstellungen von Gesundheit, die sozialen Erwartungen der anderen und die Erwartungen an sich selbst zu arbeiten, ist ein viel versprechender Ansatz für eine allmähliche Veränderung der männlichen Vorherrschaft und deren negativen Folgen für das Gesundheitsverhalten.

## 10.2 Empfehlungen zur Primär- und Sekundärprävention

Es sollte mit Jungen und Männern an den Vorstellungen von Männlichkeit gearbeitet werden, um eine Weiterentwicklung des oft stereotypen und daher für die Gesundheit einschränkenden Bildes zu ermöglichen: je traditioneller das Männerbild ist, desto schwieriger ist es, eigene Leiden, Ängste und Emotionen zu erkennen und desto grösser ist das Risikoverhalten, das den frühen und problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen begünstigt. Das *sensation seeking* und das Streben nach Rauschzuständen steht in einem Zusammenhang mit dem Bild des starken Mannes, seinem Bedürfnis, sich selbst zu übertreffen, sich stark zu zeigen und die Kontrolle zu behalten.

*An der Art arbeiten,  
seine Männlichkeit zu leben*

Es ist zu beachten, dass Jugendlichen und Erwachsenen keine neuen Normen auferlegt werden und dass ihnen die Wahl und das Recht zugestanden werden, selbst zu entscheiden. Jeder Person sollten individuelle Standpunkte und Perspektiven angeboten werden.

Der belegte Zusammenhang zwischen *sensation seeking* und dem Konsum psychoaktiver Substanzen sollte dazu anregen, für diesen Bevölkerungstyp spezielle, insbesondere männliche Ansätze der Frühprävention zu entwickeln, die zugleich auf das Risikoverhalten selbst wie auch auf den damit verbundenen Konsum von Substanzen gerichtet sind. Das Konzept des Risikomanagements ist in diese Ansätze mit einzubeziehen. So gesehen ist das Steuern von Erlebnissen und das Anbieten von Aktivitäten mit Nervenkitzel mit kontrolliertem Risiko eine Möglichkeit, die je nach Zielgruppe erwägenswert ist.

*Risikomanagement und sensation  
seeking: ein Thema, das bearbeitet  
werden muss*



Die Bedeutung der Gleichaltrigengruppe für die Konstruktion der männlichen Identität und die Verankerung von Verhaltensweisen beim Konsum psychoaktiver Substanzen müssen dazu anregen, Massnahmen der Primär- und Sekundärprävention auch in gleichgeschlechtlichen Gruppen zu erarbeiten.

*Diese Fragen müssen in gleichgeschlechtlichen Gruppen angegangen werden*

Mit normativen Vorstellungen zu brechen, über die Rolle der Gruppe bei persönlichen Entscheidungen und über die Stellung jedes einzelnen in der Gruppe zu sprechen, sind ebenfalls Präventivmassnahmen, die in gemischten wie gleichgeschlechtlichen Gruppen entwickelt werden müssen. Die Beziehung zwischen Jungen und Mädchen und die Probleme, die aus den persönlichen Vorstellungen, Rivalitäten und der sexuellen Anziehung entstehen, sind in diese Ansätze miteinzubeziehen.

*Gruppendruck als Thema bearbeiten*

Die Prävention des sexuellen Missbrauchs muss verstärkt werden. Zudem braucht es vermehrt Massnahmen, die helfen, Kinder zu ermutigen, das Schweigen zu brechen und über die erlebten Misshandlungen zu sprechen. Fachpersonen sollten für das Problem des sexuellen Missbrauchs bei Jungen sensibilisiert werden, damit es leichter wird, diese Situationen frühzeitig zu erkennen.

*Das Schweigen über sexuellen Missbrauch an Jungen brechen*

**Bei der geschlechterspezifischen Primär- und Sekundärprävention für den Konsum psychoaktiver Substanzen sind folgende Faktoren zu berücksichtigen:**

#### **Alkohol**

Bei Jungen sollte das Männerbild, das mit dem Alkoholkonsum verknüpft ist, thematisiert werden und der Status des Alkohols als „cooles“ Produkt – zudem das Streben nach Rauschzuständen und seine Bedeutung. Der verbreitete wöchentliche Alkoholkonsum der 15- bis 16-Jährigen verlangt, diese Massnahmen so früh wie möglich umzusetzen.

*Das Image des Alkoholkonsums korrigieren*

Es sind Präventionsmassnahmen zu fördern, die in den jeweiligen Konsumkontext integriert sind (z.B. das Ausgehen am Wochenende). Die Ansätze müssen sich im Wesentlichen auf die Reduktion der mit punktuellen Alkoholmissbrauch verbundenen Risiken und Schäden wie Gewalt, ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Fahren in angetrunkenem Zustand konzentrieren. Das Benützen von Nachtbussen oder das bestimmen eines Fahrers, der nüchtern bleibt (*designated driver*), sind Massnahmen, die gefördert werden sollten.

*Risiken und Schäden vorbeugen*

Das Thema Alkoholabhängigkeit muss Gegenstand von Sensibilisierungskampagnen in der Öffentlichkeit sein, mit Schwerpunkt auf den Männern. Die Banalisierung des Alkoholkonsums – insbesondere von Seiten der Männer – und sein noch stark männlich geprägtes Image stehen hier zur Debatte. Indem parallel dazu die typisch männlichen und die eher weiblichen Risiken thematisiert werden, sollten beide Zielgruppen, Männer und Frauen, angesprochen werden.

*Abhängigkeit thematisieren und die Banalisierung des Alkoholkonsums vermeiden*

Besondere Aufmerksamkeit verlangt der riskante Alkoholkonsum erwachsener Männer, besonders im Strassenverkehr. Auch hier sollten Präventionskampagnen das unterschiedliche Verhalten von Männern und Frauen berücksichtigen. Die Botschaften sollten in erster Linie den Verzicht auf Alkohol vor dem Lenken eines Kraftfahrzeugs vermitteln.

*Risikoverhaltensweisen ansprechen, insbesondere im Strassenverkehr*

## **Tabak**

Die präventiven Ansätze zum Rauchen sollten die unterschiedlichen Motive berücksichtigen, die Jungen und Mädchen dazu verleiten, mit dem Tabakkonsum anzufangen. Der Gruppeneffekt ist für die Jungen ein wichtiger Faktor, der mit ihnen thematisiert werden sollte. Angebote zur frühzeitigen Raucherentwöhnung sind zu intensivieren.

*Geschlechtergerechte Ansätze entwickeln*

Auch bei Erwachsenen ist es notwendig, vermehrt Raucherentwöhnungsprogramme anzubieten, indem speziell männliche Zielgruppen angesprochen werden, um damit die Zahl der Raucher zu verringern.

*Entwöhnung*

## **Cannabis**

Das Thema Cannabis betrifft Jungen stärker als Mädchen: Unter ihnen gibt es mehr Cannabiskonsumenten, die häufiger Cannabis konsumieren, und ein beachtlicher Teil von ihnen raucht täglich. Es müssen für die Primär- wie auch die Sekundärprävention spezifische Ansätze entwickelt werden.

*Mit den Jungen über Cannabis sprechen*

Ein Schwerpunkt in der Therapie bei jungen Erwachsenen und insbesondere Männern ist idealerweise auf Entwöhnungsangebote zu legen, damit eine künftige Verfestigung des Konsumverhaltens vermieden werden kann. Im Sinne des Pragmatismus sind aber auch Ansätze zur Reduktion des Konsums zu entwickeln (risikoarmer Konsum).

*Möglichst schnell zur Aufgabe oder Verringerung des Konsums motivieren*

Es ist notwendig, die Cannabiskonsumierenden zu sensibilisieren, um in Zukunft Risiken zu vermeiden, vor allem bei jungen Männern. Botschaften zu den Risiken eines chronischen Konsums müssen erarbeitet und verbreitet werden.

## Heroin und Kokain

Auch wenn der Anteil Heroin konsumierender Jugendlicher nur sehr gering ist, muss der Heroinkonsum, der seit 1994 stabil ist, aber auch der Kokainkonsum, der bei den Jungen deutlich ansteigt und dreimal höher ist als bei den Mädchen, ernst genommen werden. Für den Kokainkonsum müssen gezielte Präventionsmassnahmen, besonders für die Jungen, entwickelt werden.

*Kokain: ein aktuelles Thema*

Es ist notwendig, auch den Kokainkonsum von Erwachsenen zu thematisieren. Dabei müssen bei den Ansätzen zwei Zielgruppen unterschieden werden: die Konsumierenden, die einen Mischkonsum von Heroin und Kokain aufweisen, häufig abhängig sind und sozial schlecht integriert sind, und die Konsumierenden, die sozial gut integriert sind.

*Zwei Ansätze für zwei Zielpublika*

## Medikamente

Obwohl die Prävalenz bei Jugendlichen niedrig ist, weist sie auf ein künftig hochriskantes Abhängigkeitsverhalten hin, welches durch Daten bei 16- bis 20-Jährigen gestützt wird. Auch wenn dieses Verhalten bei Mädchen deutlicher ausgeprägt ist, ist es unerlässlich, präventive Ansätze sowohl für Mädchen als auch für Jungen zu entwickeln.

*Das Problem der Medikamente nicht vergessen*

Die Gefahr, das Verhalten der Frauen beim Medikamentenkonsum zu stigmatisieren und das Problem bei Männern zu übersehen (und dadurch die Tabuisierung des Medikamentenkonsums bei Männern zu verstärken), ist gross. Durch die Sensibilisierung der Ärzte für das Problem möglicher Missbräuche soll erreicht werden, dass Medikamentenmissbrauch bei routinemässigen Konsultationen thematisiert wird.

## Psychoaktive Substanzen allgemein

Die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbundenen problematischen Verhaltensweisen sind allesamt Hinweise für ein Unbehagen der Jugendlichen, insbesondere der Jungen. Eine frühzeitige Prävention, die diese delinquenten Handlungen als Anzeichen für Unbehagen und einen eventuell damit verbundenen Konsum auffasst, muss intensiviert werden. Die Schule und die Ausbildungsstelle sind, wie zu sehen war, ein geeigneter Kontext, um diese Situationen festzustellen und anzugehen.

*Unbehagen ist ein Signal, das erkannt werden will*

Ansätze der Sekundärprävention sind ebenfalls unerlässlich und müssen für die entsprechenden Zielgruppen intensiviert werden. Sie sollten allgemein das Individuum und seine Probleme berücksichtigen und dazu beitragen, diese zu lösen. Jungen mit sozialen oder schulischen Schwierigkeiten müssen von angemessenen niederschweligen Strukturen profitieren können. Das Projekt supra-f, das unter der Schirmherrschaft des BAG steht, ist ein Modell, das weiterzuentwickeln ist.

*Sozialen und schulischen Problemen vorbeugen*

**Bei der Intervention müssen Primär- und Sekundärprävention bevorzugt an folgenden Orten erfolgen:**

### **Schule**

*Es ist notwendig, allgemeine Präventionsmassnahmen bereits für jüngere Kinder zu entwickeln, um eine individuelle Entwicklung sowie Sozial-, Lern- und Beziehungskompetenzen zu fördern, indem bei den Aktivitäten geschlechtergerechte Ansätze berücksichtigt werden.*

*Eine möglichst frühzeitige Prävention*

Im Sinne der Prävention sollte das Klima in der Schule verbessert werden, indem die Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigt werden. Dies wird auch Auswirkungen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen haben. Der Ansatz muss im Sinne des *empowerment* in Abstimmung mit den Jugendlichen selbst erfolgen. Dies bietet Gelegenheit, Fragen zum Sinn der Schule, ihrem Zweck und ihrer Rolle zu stellen, um die Probleme von Jugendlichen besser zu verstehen und um sie nachhaltig zu motivieren, sich in der Schule zu engagieren. Diese Massnahmen sollen auch dem Schulversagen und dem Abbruch einer Ausbildung vorbeugen.

*Das Schulklima:  
ein Thema für die Prävention*

*Empowerment: ein fruchtbarer  
Ansatz*

Die Schule ist der geeignete Ort, um Jugendliche in einer Risikosituation zu entdecken: geringe Motivation, schlechte Schulergebnisse und fehlende Disziplin sind Anzeichen, die auch im Hinblick auf einen möglichen Konsum psychoaktiver Substanzen frühzeitig erkannt und ernst genommen werden müssen.

*Risikosituationen erkennen*

Die Schule ist auch das geeignete Umfeld, um spezifische Präventionsmassnahmen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen einzuführen. Solche Aktionen können sich positiv auswirken, vorausgesetzt, sie sind mit den Lehrpersonen und den Eltern abgesprochen. Es ist auch wichtig, bei der Organisation dieser Massnahmen über geschlechterspezifische Aspekte nachzudenken. Geschlechtergerechten Ansätzen ist der Vorzug zu geben. Jungengruppen sollten von Männern organisiert werden und Mädchengruppen von Frauen, um beiden Geschlechtern zu ermöglichen, sich freier auszudrücken, ohne Rivalität, Angeberei oder Angst, sich lächerlich zu machen. Für Jungen bietet dies zusätzlich Gelegenheit, die Beziehung zu einem anderen Mann, einem anderen Vater- und Autoritätsbild, zu erproben.

*Männliche Diskussionsteilnehmer  
für Jungen*

### **Betriebe**

Die Bedeutung der Berufstätigkeit für die Männer muss die Bereiche der Prävention und der Gesundheitsförderung dazu anregen, die Arbeitswelt mit einzubeziehen, um dort ihre Botschaften und Massnahmen zu entwickeln. Es geht nicht allein darum,

*Sensibilisierungskampagnen*

Sensibilisierungskampagnen anzubieten, sondern auch und vor allem darum, über die Stellung des Beschäftigten im Betrieb, bei der Arbeitszeitgestaltung, bei der Übernahme von Verantwortung und bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nachzudenken.

*Auf das Arbeitsklima einwirken*

Tatsächlich kann die Arbeitswelt einen Risikofaktor für den Substanzkonsum darstellen, wenn ein grosser Erfolgsdruck besteht. Dies trifft auch zu, wenn die Arbeit sehr viel Verantwortung verlangt und Gefühle der Ohnmacht hervorruft. Der Zusammenhang von Stress, beruflicher Überlastung und Familienleben muss die Arbeitgebenden dazu veranlassen, Massnahmen zu ergreifen, die den Angestellten eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen.

*Die Vorstellung von Arbeit verändern*

*Der Familie einen Platz geben*

Zu diesem Thema wurden in der Schweiz positive Projekte entwickelt; sie beziehen sowohl die Elternrolle als auch den familiären Bereich mit ein. Auf der Internetseite UND (unter [www.und-online.ch](http://www.und-online.ch), nur auf Deutsch) sind entsprechende Projekte zu finden. Sie bieten Gelegenheit, das traditionelle Männerbild weiter zu entwickeln und gleichzeitig bei gesundheitlichen Problemen echte Unterstützung zu geben.

Die Arbeitgeber nehmen eine wichtige Rolle ein, wenn es darum geht, Risikosituationen zu erkennen und Mitarbeitende für eine Behandlung zu motivieren. Programme zur Bewältigung von Alkohol- und Drogenproblemen sind in der Berufswelt stärker zu fördern und zu verbreiten. Doch muss die Frage der Finanzierung geklärt werden, da Arbeitgebende nicht immer bereit sind, in eine Massnahme zu investieren, die auch die öffentliche Gesundheit betrifft.

*Frühzeitiges Erkennen von Risiken und Motivieren zur Behandlung*

Männer auf den Ruhestand vorzubereiten, ist für die Prävention eines problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen bei Senioren sehr sinnvoll. Die Organisation Pro Senectute bietet zum Beispiel in Betrieben Seminare zur Vorbereitung auf den Ruhestand an. Diese meist 3-tägigen Seminare weisen auf neue Aktivitäten, Hobbys und andere Beschäftigungsmöglichkeiten hin und unterstützen die Betroffenen dabei, ein neues soziales Netz aufzubauen, einen neuen Lebensrhythmus zu finden, mit möglicherweise beschränkten finanziellen Mitteln auszukommen sowie ein Leben zu zweit zu führen, bei dem nun mehr Zeit für die Partnerin zur Verfügung steht. Solche Seminare müssen von Betrieben intensiv gefördert werden.

*Den Ruhestand vorbereiten*

---

### 10.3 Empfehlungen zur Behandlung

Es ist notwendig, Strategien zu entwickeln, um Männer, die von psychoaktiven Substanzen abhängig sind, dazu zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben. Der erstbehandelnde Arzt ist ein wichti-

*Der erstbehandelnde Arzt:  
ein wichtiger Akteur*

ger Akteur in diesem Prozess. Mit Ansätzen wie der motivierenden Gesprächsführung oder mit Kurzinterventionen werden betroffenen Männern Wege zum Nachdenken und Handeln aufgezeigt, ohne dass sich „übereilt“ fühlen. Sozialarbeitende sind ebenfalls Partner, die einbezogen werden müssen.

Niederschwellige Ansätze, welche die vorhandenen Hilfesysteme ergänzen, müssen intensiv gefördert werden. Es besteht Bedarf an geschlechtergerechten Angeboten, sowohl für Frauen als auch für Männer. Geschlechtergerechte Informationsbroschüren sind zu entwickeln und zu verbreiten.

*Die Risiken verringern*

Angebote in Konsumräumen, die besonders häufig von Männern aufgesucht werden, müssen weiter entwickelt werden, um den aktuellen Konsumarten besser gerecht zu werden.

Ein soziales Netz zur Verfügung zu haben, ist für die Genesung von Männern bedeutend. Es hat sich gezeigt, dass familiäre Bindungen besonders wichtig und positiv für Männer sind, ebenso wie der berufliche Status. Die auf Männer ausgerichteten therapeutischen Konzepte müssen daher diese Faktoren mitberücksichtigen und den Erhalt des familiären und beruflichen Netzes während der Behandlung fördern.

*Das soziale und familiäre Netz stärken*

Um Männern zu helfen, ein soziales Netz (wieder)aufzubauen, müssen allfällige Beziehungsdefizite durch persönliche Entwicklungsprozesse aufgearbeitet werden. Dazu gehört die Entwicklung von sozialen Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Empathie, Anteilnahme, Zusammenarbeit und respektvollen Kommunikation.

*An der persönlichen Entwicklung arbeiten*

Die Rückfallprävention ist ein Ansatz, der intensiviert werden muss, insbesondere für Männer. Sie sind nach einem Rückfall schwerer für eine Weiterführung der Behandlung zu motivieren als Frauen.

*Rückfallprävention*

Es wäre sinnvoll, bei der Behandlung von Komorbidität die Männer explizit zu berücksichtigen. Für die Entwicklung entsprechender therapeutischer Modelle fehlen jedoch Nachweise über typisch männliche Komorbidität.

*Komorbidität behandeln*

Selbst wenn keine Kausalität nachgewiesen werden kann, so gibt es doch einen Zusammenhang zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen von Männern und körperlicher oder psychischer Gewalt in der Partnerschaft. Das sollte die Fachleute dazu anregen, bei der Behandlung von Partnerschaftsproblemen das Problem der Gewalt im Zusammenhang mit Substanzkonsum systematisch anzugehen,

*Die Gewalt thematisieren*

matisch anzugehen, vor allem wenn zugleich – auch wenn nur leicht ausgeprägt – Symptome körperlicher Gewalttätigkeiten nachweisbar vorliegen.

Parallel dazu müssen Fachleute für Fragen der Abhängigkeit genau auf Vorläufersymptome von Gewalt in Paarbeziehungen achten, sie ansprechen und so möglichst verhindern. Es wäre sinnvoll, mit Männern das Problem männlicher Gewalt systematisch zu thematisieren.

Die Behandlungsstrategien müssen allgemeiner sein, da Gewaltprobleme in sehr komplexen Wechselwirkungen zueinander stehen.

Die zweifache Diagnose problematischer Konsum und Abhängigkeit, die mit Komorbidität des Typs posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und Gewalttaten zusammenhängen, müssen Fachleute anregen, traumatisierende Episoden aus der Vergangenheit ihrer Klienten und Klientinnen zu identifizieren.

Das Nachdenken über Geschlechterfragen sollte in den therapeutischen Konzepten aller Institutionen seinen festen Platz haben (*Gender mainstream*). Unter anderem sollten die angebotenen Massnahmen, die Geschlechtermischung (oder nicht) bei der Klientel und/oder dem Team, ja sogar beim leitenden Gremium oder beim Vorstand auf einem Verständnis der Gleichwertigkeit von Mann und Frau begründet sein, das die jeweiligen Bedürfnisse und Unterschiede berücksichtigt. Die Kriterien und Leitlinien der Website [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) sind wichtige Orientierungspunkte für diese Vorgehensweise.

*Nachdenken über Geschlechterfragen ist unabdingbar*

Institutionsleitungen sollten Schulungen und Informationsaustausch zum Thema Geschlechtergerechtigkeit gewährleisten und fördern, um das Know-how ihrer Mitarbeitenden sicherzustellen.

*Das Personal in Geschlechterfragen schulen*

---

## 10.4 Empfehlungen für die wissenschaftliche Forschung

Es ist dringend notwendig, die Variable „Geschlecht“ bei allen wissenschaftlichen Studien vermehrt zu berücksichtigen, um eine geschlechterspezifische Analyse jedes untersuchten Gegenstandes zu ermöglichen. Vor der Analyse sind fundierte Hypothesen zur Frage, was den Geschlechterunterschied ausmacht, zu formulieren. Die verwendeten statistischen Modelle müssen in einer ersten Analyse alle relevanten Variablen einbeziehen, einschliesslich der des Geschlechts. Falls sich die Variable „Geschlecht“ in diesem

*Die Variable „Geschlecht“*

ersten Schritt als signifikant erweist, sollte ein Effektstärkemaß berechnet werden. Dieses erlaubt die Bewertung der Stärke des Unterschieds in der Variable „Geschlecht“. In einem zweiten Schritt werden die statistischen Modelle für beide Geschlechter getrennt berechnet.

Die wenigen geschlechterspezifischen Daten über genetische Verletzbarkeit müssen durch weitere wissenschaftliche Studien ergänzt werden.

*Genetik und Geschlecht*

Es sollten Untersuchungen zu den unterschiedlichen Aspekten bei Männern und Frauen in Bezug auf psychische Komorbidität gemacht werden. Damit könnten Fragen der geschlechterspezifischen Behandlung, Entwöhnung und Rückfallprävention angegangen werden.

*Komorbidität und Geschlecht*

Angesichts der Bedeutung einer fundierteren Kenntnis der Kausalitätsbeziehungen zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und Gewalt, die es ermöglichen würde, Strategien der Primär- und Sekundärprävention sowie spezifische therapeutische Ansätze zu entwickeln, sind wissenschaftliche Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet erforderlich.

*Konsum und Gewalt*

Die Motive des Kokainkonsums sowie mögliche Zusammenhänge von verschiedenen Komplikationen des Konsums und den Absichten und Erwartungen der Konsumierenden sind es wert, unter dem geschlechterspezifischen Aspekt gründlicher untersucht zu werden. Dies würde erlauben, differenzierte Ansätze für die Primär- und die Sekundärprävention sowie für die Behandlung zu entwickeln.

*Die Motive für den Kokainkonsum untersuchen*

Ausserdem ist es dringend erforderlich, die Motive für einen späten problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen besser kennen zu lernen, um diesem Problem, das sich angesichts der demografischen Entwicklung weiter verstärken wird, wirksam vorzubeugen.

*Studien zum Konsumverhalten älterer Menschen*

Sämtliche geschlechterspezifischen Projekte müssen evaluiert werden. Die Website [quint-essenz.ch](http://quint-essenz.ch) zeigt Wege auf, um Projektverantwortlichen diese Aufgabe zu erleichtern. 10 bis 20 % des Budgets eines Projekts sollten für die Evaluation verwendet werden. Eine Finanzierung von Evaluationen ist wünschenswert, um diese in breitem Masse zu fördern.

*Evaluation*



## 10.5 Empfehlungen für das Gesundheitswesen

Erforderlich sind auf Familien ausgerichtete Präventionsmassnahmen. Diese sind unverzichtbar für eine Familienpolitik, die auf eine verbesserte Lebensqualität der Familien und eine stärkere Erziehungsrolle der Eltern, besonders des Vaters, ausgerichtet ist.

*Unterstützung der Familie*

Die Unterstützung der Eltern in ihrer Erziehungsrolle ist unerlässlich. Informationen zu den verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindes sollten in möglichst grossem Umfang verbreitet und dabei die spezifischen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen hervorgehoben werden. Das Konzept der Chancengleichheit muss in den Familien gefördert werden. Da sich diese Massnahme mit zahlreichen Berufen und Kontexten überschneidet, muss sie von den zuständigen Stellen des Gesundheitswesens unterstützt werden.

*Chancengleichheit fördern*

Die Bedeutung des sozialen Umfelds für die Genesung von Abhängigen muss die Behörden des Gesundheitswesens dazu anregen, Konzepte zu entwickeln, um bei den Bürgern und Bürgerinnen ein Bewusstsein für die Bedeutung von positiver sozialer Unterstützung zu schaffen.

*Zu mehr gemeinschaftlichen Ansätzen anregen*

Die Behörden des Gesundheitswesens sollten Fachleute im sozialmedizinischen Bereich vermehrt dazu anregen, auf allen Ebenen und bei sämtlichen Projekten eine Politik der Chancengleichheit von Mann und Frau zu etablieren. Dabei könnten finanzielle Anreize in Betracht gezogen werden, um eine rasche Verbreitung dieses Konzepts zu fördern.

*Zur Einführung des gender mainstream motivieren*

Die Fachleute aus Pädagogik, Bildung, Sozialarbeit und Medizin müssen für die Fragen der Geschlechtergleichheit sowie für die Problematik der sozialen Konstruktion des Geschlechts sensibilisiert werden, um diese Konzepte in ihre tägliche Praxis integrieren zu können. Die Geschlechterthematik muss daher in die Studienpläne der Grundausbildung dieser Berufe, in die Weiterbildung und in berufliche Fortbildung aufgenommen werden. Die Expertenkommission des BAG zur Weiterbildung im Suchtbereich (EWS – CFD) muss dieses Thema in die Agenda zukünftiger Weiterbildungen aufnehmen.

*Fachleute für geschlechterspezifische Fragen sensibilisieren*

Erforderlich ist eine Sensibilisierung der Fachleute für das Erkennen von sexuellem Missbrauch bei Jungen, damit sie eine solche Situation frühzeitig wahrnehmen können.

*Sexuellen Missbrauch bei Jungen ansprechen*

Schliesslich ist es notwendig, die Konzepte der Kurzintervention und der motivierenden Gesprächsführung über Kurzfortbildungen, Broschüren sowie die Bildung von Qualitätszirkeln zu fördern. Die beim Projekt „Alles

*Weiterbildung in Kurzintervention und motivierender Gesprächsführung*

im Griff?“ des BAG gewonnenen Erfahrungen haben sehr nützliche Informationen für die Durchführung solcher Projekte geliefert, die sich auf alle psychoaktiven Substanzen übertragen lassen.

---

## 10.6 Empfehlungen zu speziellen Themenbereichen

### **Männliche Prostituierte**

Präventionsmassnahmen, die auf männliche Prostituierte ausgerichtet sind, sollten einen allgemeinen Ansatz bevorzugen, der auf alle sich stellenden Probleme Bezug nimmt: Auch wenn die Prävention von Infektionsrisiken Vorrang hat, sollten auch die Risiken des Konsums psychoaktiver Substanzen thematisiert werden. Die Sprache ist dabei so einfach und direkt zu wählen, wie dies beim Thema Sexualität geschieht. In diesem Sinn sind Projekte wie HERRMANN oder malesexwork, die in den Alltag der Prostitution eingreifen, aktiv zu unterstützen. Deshalb sollten Fachleute für AIDS-Prävention und Drogenfachleute weiterhin intensiv zusammenarbeiten und Synergien in der Gesundheitsförderung schaffen.

### **Migranten und Migrantinnen**

Der hohe Anteil Migrantinnen und Migranten in der Schweiz (etwa 20 %) muss dazu anregen, ihnen beim Thema Gesundheit besondere Aufmerksamkeit zu schenken, vor allem auch, was den Konsum psychoaktiver Substanzen anbelangt. Dies umso mehr, als diese Personen aufgrund ihres Status ein erhöhtes Risiko für problematischen Konsum aufweisen. Besonders betroffen sind die Männer.

Eine Arbeit mit und in den Gemeinschaften von Migrantinnen und Migranten ist unerlässlich. Sie wird mehr allgemeiner als spezifischer Natur sein (Lebensbedingungen, sozialer Status, Integration, Lebensqualität). Die Probleme des Konsums psychoaktiver Substanzen müssen im Zusammenhang mit der sozialen Realität und der Wahrnehmung der sozialen Rollen von Männern und Frauen angegangen werden. Ein Ansatz zur Tabakprävention wäre vorrangig.

In der Zusammenarbeit zwischen Migranten und Migrantinnen und den Akteuren des Gesundheitswesens müssen Strategien gewählt werden, die eine frühzeitige Behandlung von Problemen mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen erleichtern und den Zugang zu unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsstellen vereinfachen.

Die genannten Ansätze müssen mit den bisherigen Massnahmen und Programmen für Migranten und Migrantinnen koordiniert werden.

Geschlechtergerechte Ansätze müssen in allen Gesundheitsprogrammen gefördert werden, die sich an diese Bevölkerungsgruppe richten. Die Internetseiten des BAG zum Thema Migration und Gesundheit sowie die Internetseite [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) sind wichtige Quellen zu diesem Thema.

Künftige Studien sollten sich nicht ausschliesslich auf den geschlechterspezifischen Aspekt konzentrieren, sondern die Heterogenität in der Bevölkerungsgruppe der Migranten und Migrantinnen berücksichtigen. Eine Verallgemeinerung der Migrationsprobleme hat sich als problematisch erwiesen, da sich die betroffenen Personen in ihrer Herkunft, ihrem sozioökonomischen Status usw. unterscheiden.

### **Armee**

Die aktive Dienstzeit und die dazugehörigen traditionellen männlichen Verhaltensweisen gehören zu einem System, das untrennbar mit der Armee und ihren Prinzipien verbunden ist. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass sich dieses System künftig grundlegend ändern wird. Trotzdem könnten im Rahmen der Kaderausbildung Kurse zum Thema Männlichkeit und Chancengleichheit angeboten werden, um ein anderes Männerbild im Militär zu fördern.

Junge Männer, die durch diesen Lebensstil destabilisiert werden und zu legalen oder illegalen Drogen greifen könnten, um Spannungen abzubauen, sollten davor geschützt werden. Ausserdem ist es dringend erforderlich, dass die Führungskräfte der Schweizer Armee alles unternehmen, um den Zugang zu psychoaktiven Substanzen während der Rekrutenschule drastisch zu reduzieren. Konsumverbote, um die Sicherheit zu gewährleisten, wie dies bereits bei illegalen Drogen und weniger ausgeprägt beim Alkohol der Fall ist, erfüllen diese Funktion zumindest teilweise. Die Frage des Tabakkonsums ist sowohl im Zusammenhang mit einem rauchfreien Leben als auch unter dem Blickwinkel einer aktiven Prävention, die einer Verankerung gesundheitsschädlichen Verhaltens entgegenwirkt, anzugehen. Diese Massnahmen sind zur Schwächung des Konsumdrangs bei den anfälligsten Individuen als wirksam anerkannt.

### **Das Glücksspiel**

In der Schweiz hat die Einführung des Glücksspiels im grossen Umfang erst begonnen. Aus diesem Grund sollten Forschende ihre Studien unverzüglich unter geschlechterspezifischem Blickwinkel entwickeln, damit unbedingt notwendige Kenntnisse über die Unterschiede zwischen pathologischen Spielern und Spielerinnen gewonnen werden können. Auf dieser Basis lassen sich dann geschlechtergerechte präventive und therapeutische Ansätze entwickeln.

Bei den präventiven Konzepten müssen Botschaften für Männer entwickelt werden; diese berücksichtigen die wichtigsten männerspezifischen Merkmale:

- früher Einstieg ins Glücksspiel → Entwickeln einer Primärprävention, die auf Jugendliche und vielleicht sogar auf Kinder ausgerichtet ist;
- Gefühl der Allmacht, Kontrolle → am magischen Denken arbeiten, irrationale Fantasien thematisieren;
- Verlockung durch Spielautomaten → Entwickeln von Präventionsbotschaften, die neben Glücksspielautomaten angebracht werden;
- Geldstress → Festlegen von Höchstgrenzen für Gewinne.

## 11. Schlussfolgerungen

Der Einfluss der sozialen Geschlechterkonstruktion auf den Konsum psychoaktiver Substanzen ist nicht vollständig geklärt. Dieser ist wahrscheinlich je nach konsumierter Substanz, nach sozialer Stellung des Individuums und der in der Gesellschaft vorherrschenden Kultur unterschiedlich stark ausgeprägt.

Daher ist die Konvergenz des Konsumverhaltens von Frauen und Männern in gewisser Weise als Ausdruck von Emanzipation in unserer Gesellschaft zu betrachten. Die vorherrschende Ausdruckweise sowie die Machtgebaren, die Männer traditionellerweise verwenden, werden mehr und mehr von Frauen übernommen. Die Annäherung des Konsumverhaltens ist aber Besorgnis erregend, besonders beim Rauchen und bei punktuellen Rauschzuständen von Frauen. Diese Tatsache beweist einmal mehr, wie wichtig es ist, Gesundheitskonzepte aus einem ganzheitlichen Blickwinkel zu betrachten, damit nicht ein Ansatz zugunsten eines anderen in den Hintergrund gerückt wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss der zunehmende Tabak- und Alkoholkonsum bei Frauen in der Prävention prioritär behandelt werden.

*Der Anstieg des Konsums bei den Frauen ist zu berücksichtigen*

In unserer Gesellschaft sind Geschlechterstereotype nach wie vor präsent. Die Werbung spricht in dieser Hinsicht für sich! Auch die populären Spielfilme verwenden oft stereotype Darstellungen von Männer- und Frauenrollen. Und in genau dieser Gesellschaft entwickeln sich auch Probleme, die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbunden sind. Ein Vorteil beim Hinterfragen der konstruierten Bilder von Männern und Frauen besteht darin, sich in Erinnerung zu rufen, wie bedeutend der soziale Kontext beim Verhalten ist. Diese Bedeutung sollte auch bei Präventionsmassnahmen und Massnahmen für Verhaltensänderungen berücksichtigt werden. Der Mann muss – immer noch – stark und leistungsfähig sein. Dieses traditionelle Bild der Männlichkeit bleibt vorherrschend. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen ist für manche Männer eine individuelle Antwort auf soziale Erwartungen, die sie verinnerlicht haben.

*Eine Gesellschaft, in der stereotype Männerbilder vorherrschen*

Daher ist es erforderlich, dass Männer verstehen, dass es andere Möglichkeiten gibt, um Männlichkeit auszudrücken, dass sie das Spektrum an Rollen, Gefühlen und Empfindlichkeiten erweitern können. Die verborgene Seite der Männlichkeit darf nicht vergessen werden. Diese Dimension muss in den therapeutischen Konzepten gefördert werden.

*Dem Mann erlauben, sich zu emanzipieren*

Ähnliche Überlegungen müssen zu den präventiven Konzepten erfolgen. Die Motive für den Konsum sind bei Mädchen nicht dieselben wie bei Jungen. Männerspezifische Verhaltensweisen wie Risikoverhalten und *sensation seeking* oder der Einfluss der Gruppe auf persönliche Entscheidungen sind ebenfalls Themen, die bevorzugt diskutiert werden müssen, wenn Jungen unter sich sind, d. h. in gleichgeschlechtlichen Gruppen. Auch die Themen Gewalt und Verführung finden ein anderes

*Intensivierung der geschlechtergerechten Prävention*

Echo, wenn sie unter Jungen thematisiert und von einem Mann zur Sprache gebracht werden. In Bezug auf Risikoverhalten wie Fahren in angetrunkenem Zustand wäre es sinnvoll, dieses in „männerspezifischer Form“ in Kommunikationskampagnen in der breiten Öffentlichkeit anzusprechen.

Jede Akteurin und jeder Akteur auf dem Gebiet der Gesundheit, im sozialen Bereich, auf dem Gebiet der Erziehung und Kultur muss den Begriff der Geschlechter in den Alltag integrieren, um vom Konzept des „Geschlechts“ zu einer Wirklichkeit zu gelangen, in der die Chancengleichheit auch tatsächlich gelebt wird.







## 12. Liste der befragten Expertinnen und Experten

<b>Daniel Bloch</b>	Zentrum für Suchttherapie	Wimmis
<b>Umberto Castra*</b>	Migration und Sucht, Contact	Bern
<b>Lu Decurtins</b>	Netzwerk schulische Bubenarbeit	Zürich
<b>Marc Dinichert</b>	Winwin, Berner Gesundheit	Biel
<b>Mehmet Ertogrul</b>	jump	Winterthur
<b>Beat Furrer</b>	jump	Winterthur
<b>Johannes Kappes</b>	Zentrum für Suchttherapie	Wimmis
<b>René Kostka</b>	Comicplakate für männliche Jugendliche, SUP	Zürich
<b>Hanspeter Lehner</b>	Heldengeschichten, DFI	Luzern
<b>Marco Martinoia</b>	SAT, Bürgerliches Jugendwohnheim	Bern
<b>Roger Mathis-Gattella</b>	HERRMANN	Zürich
<b>Herbert Müller</b>	Casa Fidelio	Niederbuchsiten
<b>André Naudin</b>	La courte Echelle	Saxon
<b>Nella Sempio*</b>	Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel	Basel
<b>René Setz</b>	Männergesundheit, RADIX	Bern
<b>Markus Städler</b>	jump	Winterthur
<b>Barbara Tripet</b>	Fondation Bartimée	Grandson
<b>Markus Tschanz</b>	Grofa, Stiftung Hilfe zum Leben	Bern
<b>Rolf Tschanz</b>	Männerrunde, Männergespräch, Berner Gesundheit	Bern

\* Für das Kapitel 6, „Migration, Geschlecht, Sucht“





