



FEDERAL CENTRE  
FOR HEALTH EDUCATION



WHO-COLLABORATING CENTRE  
FOR HEALTH EDUCATION

**Internationales Treffen  
"Geschlechtsspezifische Ansätze  
in der Prävention  
des Suchtmittelmißbrauchs"  
Überlingen/Bodensee, 9-12 Juni 1992**

060043



**Internationales Treffen  
"Geschlechtsspezifische Ansätze  
in der Prävention  
des Suchtmittelmißbrauchs"  
Überlingen/Bodensee, 9-12 Juni 1992**

Bericht: C.Helfferich  
Originalsprache: Deutsch

**Internationales Treffen**  
**"Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention**  
**des Suchtmittelmißbrauchs".**  
**Überlingen, Bodensee, BRD, 9 - 12 Juni 1992**

**INHALTSVERZEICHNIS**

|   | Seite |
|---|-------|
| Einführung  | 2     |
| Gegenstand und Zielsetzung  | 4     |
| Programm  | 5     |
| Eröffnungsstatements  | 8     |
| Ergebnisse der Übersichtsreferate<br>für die Diskussion                               | 10    |
| Ergebnisse der Workshops I<br>- Analyse und Ansätze geschlechtsbezogener Prävention - | 22    |
| Ergebnisse der Workshops II<br>- Bedarf -   | 30    |
| Zusammenfassung   | 32    |
| Liste der Teilnehmer u. Teilnehmerinnen   | 34    |

**Internationales Treffen**  
**"Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention**  
**des Suchtmittelmißbrauchs"**  
**Überlingen, Bodensee, BRD, 9 - 12 Juni 1992**

## **EINLEITUNG**

Die internationale Tagung zu geschlechtsspezifischen Ansätzen in der Prävention des Suchtmittelmißbrauchs, die im Juni 1992 in Überlingen am Bodensee abgehalten wurde, wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, in Kooperation mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO-EURO), Kopenhagen, organisiert. Sie ist die erste in einer Reihe von Tagungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten der Gesundheitserziehung und -förderung, die im Kooperationsvertrag zwischen der WHO-EURO und der BZgA vereinbart wurden.

Ausgangspunkt der Tagung war das Mißverhältnis, wie stark einerseits der Suchtmittelkonsum und -mißbrauch durch geschlechtsspezifische Muster bestimmt ist, und wie wenig andererseits geschlechtsspezifische Aspekte in der Prävention aufgegriffen werden. Für die WHO ist die Tagung ein Teilaspekt der Beschäftigung mit den gesundheitlichen Problemen von Frauen, der sie in ihrem Bericht über die Technische Diskussion zu Frauen, Gesundheit und Entwicklung (Mai 1992) eine hohe Priorität eingeräumt hat. Die BZgA, die zentrale Aufgaben im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung in Deutschland wahrnimmt, will in ihren umfassenden nationalen Kampagnen verstärkt der Bedeutung der Geschlechterzugehörigkeit Rechnung tragen. Dabei rücken zunehmend auch die besonderen Probleme von Jungen/Männern mit Gesundheit oder Suchtmitteln in das Blickfeld.

Gemeinsam zu bewältigende Aufgabe der Tagung war es, eine Analyse der geschlechtsbezogenen Aspekte des Suchtmittelkonsums zu leisten und daraus Überlegungen für präventive Strategien herzuleiten.

Die Struktur der Tagung berücksichtigte, daß das Thema "Geschlechtsspezifische Aspekte der Prävention" in besonderer Weise dazu zwingt, unterschiedliche Aspekte - Unterschiede nach Verhaltensdimensionen, Lebensbereichen und Substanzen - zusammenzuführen:

- Die *Übersichtsreferate* waren den unterschiedlichen Dimensionen des geschlechtstypischen Suchtmittelmißbrauchs gewidmet, die von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen abgedeckt werden. Der Suchtmittelkonsum bei Frauen und Männern wird aus biologischer, historisch-gesell-

schaftlicher, epidemiologischer, sozialisationstheoretischer und ökonomischer Sicht betrachtet und geschlechtsbezogene Werbestrategien analysiert.

- Die *Arbeitsgruppen* waren eingeteilt nach unterschiedlichen Praxisfeldern der Prävention. Wichtige Orte für die Herausbildung (geschlechtsbezogener) Konsummuster sind Familie/Schule (primäre Sozialisation), der Freizeitbereich und die Arbeitswelt.
- Die Diskussion war darauf angelegt, übergreifende Aussagen über die *unterschiedlichen Konsumformen* unterschiedlicher Substanzen zu machen und sie in ein größeres Muster einzuordnen, ohne die besonderen Profile der einzelnen Substanzen zu nivellieren.

Ein Vergleich der Situation von Männern und Frauen ist in einzelnen Ländern Europas soll zeigen, wie unterschiedlich sich der Faktor "Geschlecht" auf den Suchtmittelkonsum auswirkt und welche Probleme nach Land/Kulturkreis jeweils vordringlich sind. Der bezogen auf Gesundheitsstandard und Suchtmittelverbreitung prekären Situation in den Ländern Osteuropas sollte eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In der Einführung wurden von Gisela Marsen-Storz, Cees Goos und Margareta Nilson-Giebel in Vertretung der Organisatoren die Bedeutung des Themas und das Interesse daran umrissen. Das Referat von Betsy Thom beleuchtete die Unterschiedlichkeit der kulturellen Regeln und Bewertungen, denen der Suchtmittelkonsum bei Männern und bei Frauen unterliegt. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider präsentierte epidemiologische Erkenntnisse über Konsumunterschiede nach Geschlecht. Lauk Woltring analysierte den Suchtmittelkonsum bei Jungen als jungenspezifische Reaktion auf jungenspezifische Entwicklungsprobleme und stellte ein Projekt der Jungenarbeit vor. Die Reihe der Übersichtsreferate wurde von Dr. Beatrice Majnino fortgesetzt, die auf die ökonomischen Aspekte des Suchtmittelmißbrauchs einging, gefolgt von einer Analyse von Werbestrategien, die sich an Frauen als Zielgruppe richten, von Dr. Amanda Amos. Dr. Gerlinde Egerer berichtete über die unterschiedliche Wirkung des Alkohol im Organismus der Frau und des Mannes.

Die Arbeitsgruppen zu den Bereichen "Familie/Schule", "Freizeit" und "Arbeitswelt" analysierten bereichsbezogen Entstehung, Mechanismen und Bedeutung geschlechtsbezogener Konsummuster und zogen Schlußfolgerungen für die Umsetzung der Erkenntnisse in praktische Präventionsarbeit.

Die Berichte aus den Arbeitsgruppen wurden im Plenum zusammengetragen und diskutiert. Die Tagung endete mit einer abschließenden Zusammenfassung des Rapporteurs.

**Internationales Treffen**  
**"Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention**  
**des Suchtmittelmißbrauchs"**  
**Überlingen, Bodensee, BRD, 9 - 12 Juni 1992**

## **GEGENSTAND UND ZIELSETZUNG**

Konsum von Suchtmitteln ist eng geknüpft an Geschlechterrollen: Art und Menge des Konsums, soziale Akzeptanz, Konnotation des Suchtmittels, etc. Diese Aspekte sind bisher unzureichend in der Prävention berücksichtigt worden.

Es ist davon auszugehen, daß Suchtmittel in vielen Fällen zur Akzentuierung der eigenen Geschlechterrolle bzw. bei der Unsicherheit im Umgang mit ihr einen wesentlichen Symbolwert haben, z.B. im Zusammenhang mit Partnersuche, Freizeitgestaltung, der Annahme von Berufsrollen, etc.. Diese Aspekte sind für die Prävention wichtig, weil solche Tendenzen sich im (späteren) Mißbrauchsverhalten häufig widerspiegeln: Frauen - Medikamente - Passivität, Männer - Alkohol - Aggressivität.

War bis vor ca. einem Jahrzehnt sowohl Prävention als auch Therapie eindeutig männlich orientiert, haben sich seitdem Studien mit spezifischen Aspekten des Suchtmittelkonsums bei Frauen beschäftigt. Entsprechende Studien über die Rolle von Suchtmitteln bei Männern, bezogen auf ihre Männerrolle, liegen kaum vor.

Nach wie vor gehen die meisten Präventionskonzepte davon aus, daß sie gleichsam für Mädchen/Jungen bzw. Frauen/Männer geeignet sind.

Die Tagung soll Suchtmittelkonsum als Teil der Geschlechterrollensozialisation beleuchten und präventive Strategien und Inhalte erarbeiten. Sie soll Vor- und Nachteile geschlechtsspezifischer bzw. unspezifischer Konzepte diskutieren. Schließlich sollen strukturelle Voraussetzungen für die entworfenen Konzepte besprochen werden.

**Internationales Treffen**  
**"Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention**  
**des Suchtmittelmißbrauchs"**  
**Überlingen, Bodensee, BRD, 9 - 12 Juni 1992**

**PROGRAMM**

Dienstag, 9. Juni 1992

- 20.00 Uhr -

Ankunft der Teilnehmer u. Teilnehmerinnen  
Inoffizielles Treffen beim Abendessen

Mittwoch, 10. Juni 1992

- 9.00 Uhr -

Plenar-Sitzung  
Begrüßung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen  
Für die BZgA: *Gisela Marsen-Storz*  
Für die WHO: *Cees Goos*

- 10.00 Uhr -

Kaffee-Pause

- 10.30 Uhr -

Plenar-Sitzung  
Geschlechtsbezogene Aspekte des Suchtmittelkonsums

- Historische und kulturelle Aspekte des Suchtmittelkonsums  
*Dr. Betsy Thom, London*
- Epidemiologische Aspekte des Suchtmittelkonsums am Beispiel Rauchen  
*Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Bremen*
- Jungen zwischen Heldentum und Furchtsamkeit  
*Lauk Woltring, Amsterdam*

- 12.30 Uhr -

Mittagessen

- 14.00 Uhr -                      Arbeitsgruppen  
   Analyse geschlechtsbezogener Aspekte des  
   Suchtmittelkonsums in verschiedenen Bereichen
   - Familie und Schule  
   *Pia Rosenquist, Helsinki*  
   - Freizeitverhalten junger Menschen  
   *Peter Franzkowiak, Wiesbaden*  
   - Arbeitswelt  
   *Jürgen Töppich, Köln*
  
- 16.00 Uhr -                      Kaffee-Pause
  
- 16.30 Uhr -                      Fortsetzung der Arbeitsgruppen
  
- 19.30 Uhr -                      Abendessen

Donnerstag, 11. Juni 1992

- 9.00 Uhr -                      Plenar-Sitzung  
   Geschlechtsbezogene Aspekte des Suchtmittel-  
   konsums
   - Ökonomische Aspekte des Suchtmittel-  
   konsums  
   *Dr. Beatrice Majnino d'Intignano, Paris*  
   - Werbung und Suchtmittelkonsum  
   *Dr. Amanda Amos, Edinburgh*  
   - Biologische Aspekte des Suchtmittelkon-  
   sums  
   *Dr. Gerlinde Egerer, Heidelberg*
  
- 10.30 Uhr -                      Kaffee-Pause
  
- 11.00 Uhr -                      Arbeitsgruppen:  
   Möglichkeiten der Umsetzung in Präventionsstra-  
   tegien in der Praxis
   - Familie und Schule  
   *Pia Rosenquist, Helsinki*  
   - Freizeitverhalten junger Menschen  
   *Peter Franzkowiak, Wiesbaden*  
   - Arbeitswelt  
   *Jürgen Töppich, Köln*



- 12.30 Uhr - Mittagessen
- 14.00 Uhr - Fortsetzung der Arbeitsgruppen
- 15.30 Uhr - Kaffee-Pause
- 16.00 Uhr - Plenar-Sitzung  
Berichte der Arbeitsgruppen  
- Familie und Schule  
*Markus Freitag, Bielefeld*  
- Freizeitverhalten junger Menschen  
*Margareta Haglund, Stockholm*  
- Arbeitswelt  
*Martin Küng, Zürich*
- Bericht des Rapporteurs  
*Dr. Cornelia Helfferich, Freiburg*
- 17.45 Uhr - Abschlußdiskussion
- ab 19.30 Uhr - Informelles Beisammensein
- Freitag, 12. Juni 1992 Abreise

Tagungsort:

Parkhotel St. Leonhard  
Obere St. Leonhard-Str.71  
W-7770 Überlingen /Bodensee

Tel.: +49/7551/808100 oder 808-200  
Fax: +49/7551/808-531  
Telex: 733983 stleo d

## ERÖFFNUNGS-STATEMENTS

Margareta Nilson-Giebel, Leiterin des Referats "Auslandsbeziehungen", eröffnete die Tagung im Namen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und begrüßte die 29 Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus 13 europäischen Ländern.

Gisela Marsen-Storz, Abteilungsleiterin in der BZgA, richtete in Stellvertretung Grüße von Frau Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA, aus, die selbst an der Tagung nicht teilnehmen konnte. Sie begrüßte insbesondere Frau Barbara Marks vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, und Herrn Cees Goos, Koordinator für Suchtfragen bei der WHO-Euro, Kopenhagen. Sie hob die langjährige Zusammenarbeit der BZgA mit der WHO hervor und erläuterte die besonderen Aufgaben der BZgA als nationaler Fachbehörde für Prävention im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die BZgA verspricht sich von der Tagung Ergebnisse, die genutzt werden können, um die geplante umfassende nationale Kampagne zur Suchtprävention zielgruppenspezifisch zuzuschneiden und den besonderen Problemen von Männern und Frauen im Bereich des Suchtmittelkonsums angemessen zu gestalten. Es ist bekannt, wie stark der Suchtmittelmißbrauch geschlechtstypisch geprägt ist - die Gesundheitsförderung trägt den geschlechtsspezifischen Aspekten aber noch keine Rechnung.

Cees Goos begrüßte die Anwesenden im Namen der WHO. Die WHO räumt der Beschäftigung mit den Gesundheitsproblemen von Frauen eine hohe Priorität ein. Cees Goos zitierte aus dem Bericht über die technische Diskussion "Women, health and development" auf der 45. Weltgesundheitsversammlung eine Reihe von Beobachtungen, die die großen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezogen auf dem Gesundheitszustand sowie das Ausmaß der Probleme von Frauen belegen. Die Unterschiede lassen sich auf die Diskriminierung von Frauen im sozio-ökonomischen, politischen und kulturellen Bereich sowie auf ein Wertesystem, das Männlichkeit höher bewertet, zurückführen. Die Diskriminierung von Frauen setzt sich darin fort, daß ihren Gesundheitsproblemen eine geringere Bedeutung zugemessen wird und kaum Anstrengungen unternommen werden, die gesundheitliche Situation von Frauen zu verbessern.

Die Tagung zu geschlechtsspezifischen Ansätzen in der Prävention entspricht den in einem Maßnahmenkatalog auf der 45. Weltgesundheitsversammlung aufgestellten Forderungen nach verstärkten Forschungsanstrengungen in diesem Bereich und nach Zusammenarbeit mit Medien und Einrichtungen der Gesundheitserziehung, um geschlechtsbezogene Programme zu fördern, die das Wissen über Gesundheit verbessern und gesundheitsbewußtes Verhalten bestärken. Die Diskussionen und Beschlüsse der Weltgesundheitsversammlung haben auf der praktischen Ebene bereits Anstoß zu einer Reihe konkreter Maßnahmen des Regionalbüros der WHO gegeben, z.B. wurde ein Bericht über Frauen und Alkohol erstellt. Dieser Bericht, der die Unterschiede zwischen Männer und Frauen bezogen auf dem Umgang mit

Alkohol belegt, endet mit der Forderung nach Therapie- und Präventionsmaßnahmen, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen zugeschnitten sind.

Auf der Tagung sind nicht nur frauen-, sondern allgemeiner geschlechtsspezifische (also frauen- und männerspezifische) Aspekte der Prävention Thema. Die besondere Betonung der gesundheitlichen Probleme von *Frauen* durch die WHO ist darin begründet, daß die Gesundheitsförderung, die den Faktor Geschlecht nicht berücksichtigt, sich überwiegend an Männer richtet - vor allem in solchen Ländern, in denen sowieso die Benachteiligung der Frauen groß ist und ihre gesundheitliche Situation entsprechend schlecht. Dort bedeutet eine das Geschlecht berücksichtigende Gesundheitsförderung in erster Linie eine Förderung der Gesundheit der Frauen.

Cees Goos gab zwei Anregungen, die wesentlich für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen der WHO gewesen waren:

- Die WHO stellt fest, daß die Aufteilung in substanzspezifische Präventionsprogramme, getrennt für Alkohol, illegale Drogen und Tabak, sich nicht als fruchtbar erwiesen hat und verfolgt nun einen integrierenden, übergreifenden Ansatz.
- Der - durch viele Indikatoren belegte - inakzeptable Gesundheitszustand der Menschen im mittleren und östlichen Europa gibt Anlaß zu besonderer Besorgnis. Dort steigt - entgegen dem Trend im Westen - der Mißbrauch von Alkohol und illegalen Drogen (und im Gefolge der Drogeninjektion die AIDS-Prävalenz). Das Rauchen ist stärker verbreitet als im Westen. Gleichzeitig sind die Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand von Männern und Frauen größer als in Europa.

Margareta Nilson-Giebel erläuterte die Bedeutung der Tagung für die BZgA. Die Tagung ist die erste in einer Reihe von Tagungen zu geschlechtsspezifischer Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung, die im Kooperationsvertrag zwischen WHO und BZgA festgeschrieben sind. Hintergrund auf der Seite der BZgA ist die bis in die 80er Jahre zurückreichende Tradition des Themas "Frau und Sucht", inzwischen erweitert durch Fragestellungen zum Problembereich "Männer und Gesundheit". Eine Reihe konzeptueller Fragen bedürfen einer theoretischen Fundierung. Und die Praxis der Prävention weist große Defizite auf, indem sie sich an geschlechtsneutrale Menschen richtet - die Adressaten sind aber immer Männer und Frauen mit ihren besonderen Problemen.

Die BZgA erwartet von der Tagung eine Analyse der verschiedenen Lebensbereiche unter geschlechtsspezifischen Aspekten sowie ein Umsetzung dieser Analyse in Empfehlungen, die den im Suchtbereich engagierten Institutionen helfen, adäquate Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung für Jungen und Mädchen, für Männer und Frauen zu konzipieren.

## ERGEBNISSE DER ÜBERSICHTSREFERATE FÜR DIE DISKUSSION

### Historische und kulturelle Determinanten

Der Suchtmittelkonsum unterliegt formalen und informellen sozialen Regeln und ist eingebettet in Überzeugungen und Praktiken der jeweiligen Kultur. Er kann z.B. Teil von religiösen Ritualen und heilenden Aktivitäten sein. Die Bewertung dessen, was als verboten, als legal oder als akzeptiert gilt, ist von Kultur zu Kultur unterschiedlich, verändert sich über Zeit und ist oft an das Alter, den sozialen Status oder an das Geschlecht der Konsumenten gebunden. Insbesondere wurde der Konsum von Substanzen bei Frauen oft anders bewertet als bei Männern - meist wurde es strenger eingeschränkt und kontrolliert als der der Männer.

Ein Blick auf - auch weiter zurückliegende - Epochen und - auch fremde - Kulturen liefert eine Fülle von Beispielen von besonderen Regeln und Einschränkungen des Suchtmittelkonsums für Frauen, von Ausschluß von Frauen von Trinkritualen bei Bantustämmen über die Differenzierung in männliche und weibliche Formen des Konsums von Cocablättern (kauen oder Infusion) in manchen Anden-Regionen bis zum Wandel der Einstellung zu rauchenden Frauen seit der Jahrhundertwende. Diese Beispiele und viele andere zeigen zum einen, wie variantenreich die sozialen Regelungen des Suchtmittelkonsums bei den Geschlechtern ausfallen. Sie zeigen über die Unterschiedlichkeit hinaus aber auch Gemeinsamkeiten:

- Unter der Bedingung, daß der Suchtmittelkonsum im Einklang mit der Rolle der Frau steht, ihr bei der Erfüllung der Rolle hilft - und er u.U. als medizinisch indiziert betrachtet werden kann - oder wenn die Substanzen anderen helfen/sie heilen, dann wird der Konsum von Substanzen oder die Verabreichung von Substanzen an andere bei Frauen akzeptiert (z.B. die Verschreibung von Opium im 19. Jahrhundert und von Psychopharmaka heute).
- Der Konsum von Substanzen zum eigenen Vergnügen wird bei Frauen nicht akzeptiert; strenge Einschränkungen finden wir immer dort, wo die Rolle der Frau als Mutter, bzw. des Wohlergehens der Kinder durch den Konsum von Substanzen seitens der Mutter bedroht erscheinen oder wo sexuelle Enthemmtheit der Frau infolge des Konsums befürchtet wurde.
- Der *Mißbrauch* von Substanzen durch Frauen unterliegt einer stärkeren Verurteilung und einer strengeren Strafe als es bei Männern der Fall ist. So ist z.B der Alkoholrausch bei Frauen stigmatisiert und gilt als abstoßend, während es möglich ist (z.B in der Literatur) männlichen Exzessen noch einen heroischen Anstrich zu verleihen.
- Aufgrund dieser stärkeren Stigmatisierung greifen Frauen eher zu legalen, sozial akzeptierten als zu illegalen Substanzen. Dieser Zusammenhang läßt sich für den Opiatkonsum im 19. Jahrhundert verfolgen. Zunächst als Alltagsdroge akzeptiert, war er bei Frauen weitverbreitet; mit der Problema-

tisierung und Poenalisierung des Konsums kam die Mehrheit der Frauen von diesem Konsum ab. Heute rauchen Frauen, trinken (gemäßigt) und nehmen (verschriebene) Psychopharmaka.

- Die wesentlichen Determinanten des weiblichen Suchtmittelkonsums sind auf diese Art und Weise die Frauenrolle einerseits und die Bewertung der Substanzen in den Kategorien legal/illegal, verboten/akzeptiert andererseits.

Die Prävention muß die kulturellen Regelungen des Konsums berücksichtigen und beeinflussen. Die soziale Bewertung von Substanzen in einer Gesellschaft schlägt sich in den Konsummotiven der Konsumenten nieder. Diese Konsummotive ändern sich im übergreifenden historischen Wandel der Traditionen (sie ändern sich aber auch im Lebenslauf bzw. im Ablauf der Konsumphasen des Probierens, der Gewöhnung oder der Problematisierung). Unter bestimmten Umständen versprechen sich Frauen vom Konsum psychotroper Substanzen, daß ihre Situation damit aushaltbar wird und sie in ihrer Rolle verharren können; unter anderen Umständen ist der Konsum durch den Wunsch, aus der häuslichen Rolle auszubrechen und an männlichen Privilegien teilzuhaben, motiviert. So gibt es Konsumformen, mit denen Frauen auf Beschränkung und Diskriminierung reagieren, und solche, die als Begleiterscheinung der Emanzipation auftreten.

Die positive Tatsache, daß Frauen sich stärker auf legale und akzeptierte Substanzen beschränken, hat die negative Kehrseite, daß ihre Probleme häufig übersehen werden. Die positive Tatsache, daß Frauen sich an ärztlichen Rat halten, hat die negative Kehrseite, daß die verschriebene Psychopharmaka auch akzeptiert werden.

## Epidemiologie

### Rauchen

Für die meisten europäischen Länder läßt sich eine analoge Entwicklung der Raucherquoten nach Geschlecht beschreiben: Zunächst rauchen v.a. Männer, dann, mit zeitlicher Verzögerung, verbreitet sich das Rauchen auch unter Frauen. Nachdem ein Gipfel erreicht ist und die Anteile der Männer und Frauen, die mit dem Rauchen beginnen, eine ähnliche Größe haben, flacht die Kurve bei beiden Geschlechtern ab, bei Frauen allerdings langsamer als bei Männern. In den unterschiedlichen Raucherinnenquoten älterer und jüngerer Frauen läßt sich deutlicher als *bei Männern der soziale Wandel in der Akzeptanz des Rauchens ablesen. Frauen sind bezogen auf das Rauchen zur deutlichen Risikogruppe geworden.* Im einzelnen unterschieden sich die Länder (unter dem Vorbehalt der eingeschränkten Vergleichbarkeit einzelner Untersuchungen):

- Die Entwicklung setzt zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt und mit unterschiedlicher Geschwindigkeit ein: Z.B. wird für Osteuropa die Zunahme des Rauchens unter Frauen erst prognostiziert. Während in den südeuropäischen Ländern der Anteil rauchender Frauen noch drastisch im Steigen begriffen ist, nimmt ihre Quote in den nordeuropäischen Ländern bereits wieder ab.

- In manchen Ländern oder Regionen führt der Anstieg des Rauchens bei Frauen dazu, daß aktuell gleichviel oder mehr Frauen als Männer rauchen (z.B. Norwegen, Schottland, Österreich, Wales), in andern flacht der Anstieg vorher ab und die Quoten bei beiden Geschlechtern sinken parallel, so daß die Unterschiede zwischen den Quoten erhalten bleiben (z.B. Frankreich).

- Die aktuelle Prävalenz des Rauchens bei Frauen fällt unterschiedlich aus. Sie ist hoch in Ländern, in denen die Frauenrolle eine modern geprägt ist wie Dänemark und Island, aber auch in Ländern wie Irland und Polen, in denen Frauen stärker auf traditionelle Aspekte der Frauenrolle verpflichtet sind.

- Je nach Land und Kultur können unterschiedliche Faktoren die Prävalenz des Rauchens bei Frauen beeinflussen. Es kann sein, daß z.B. in einem Land die Zugehörigkeit zu einer Religion oder Tradition dem Rauchen bei Frauen entgegenwirkt, während in anderen Ländern das Rauchen bei Frauen traditionell eher akzeptiert wird. Freizeit-"Freiheiten" in einer erwachsenen Öffentlichkeit außer Haus stehen bei Jugendlichen in einigen osteuropäischen Ländern mit einer geringeren, in nordwesteuropäischen Ländern mit einer höheren Raucherquote in Beziehung.

- Unterschiedlich ist auch die Entwicklung der Ex-Raucherinnen-Anteile: In England geben anteilmäßig weniger und in der BRD mehr Frauen (insbesondere bei höherem Sozialstatus; mit Ausnahme der Frauen in der ältesten Altersgruppe) als Männer das Rauchen auf. Unklar ist, welche Faktoren dies beeinflussen: Hängt die Ex-Raucherinnen-Quote mit der "Stärke" der Frauen zusammen, werden Frauen besser von Nichtraucherprogrammen erreicht oder geben sie das Rauchen im Zusammenhang mit Schwangerschaften auf?

Daten aus Deutschland zeigen beispielhaft die Komplexität der Bedingungsfaktoren nach Geschlecht. Bei Männern wirkt sich die Sozialschichtzugehörigkeit deutlicher als bei Frauen aus: je höher der soziale Status, desto weniger Raucher. Bei Frauen kommt der Alterseinfluß, der bei Männern weniger wichtig ist, zum Tragen: Jüngere Frauen rauchen wesentlich mehr als ältere. Unter dem Alterseinfluß kehrt sich der Sozialschichteinfluß bei Frauen um: Bei den Älteren rauchten diejenigen mit hohem Status mehr, bei den Jüngeren die mit niedrigem Status. Die Zusammenhänge sind generationsabhängig und spiegeln den Wandel der Situation der Frau: Für die Älteren war beides, Rauchen und eine qualifizierte Ausbildung, als Männerprivileg miteinander verbunden. Heute signalisiert das Rauchen bei Frauen nicht mehr eine Distanz zur Frauenrolle, sondern eher eine Distanz zu "gesundem Leben" und den Einfluß sozialer Belastungen. Der Sozialschicht- und Alterseinfluß ist zudem von Land zu Land unterschiedlich: Nimmt in Deutschland das Rauchen bei Frauen mit niedrigem Sozialstatus zu, so rauchen in Frankreich vermehrt Frauen in selbständigen "white-collar"-Berufen.

## Alkoholkonsum

Die Berichte "Women and Alcohol" des Regionalbüros der WHO-Euro und "Women, Alcohol and Drugs in the Nordic Countries" liefern reichhaltiges Material zur Beschreibung des Alkoholkonsums bei Frauen. Ähnlich wie beim Rauchen muß davon ausgegangen werden, daß die jeweiligen länderspezifisch ausgeprägten Lebenskontexte für die nationalen Unterschiede verantwortlich sind, wie verbreitet der Alkoholkonsum ist und welcher Alkohol bei welcher Gelegenheit wie konsumiert wird. Gemeinsam ist aber, daß die Unterschiede in den Konsummustern zwischen Frauen und Männern sich keineswegs über Zeit angleichen. Der Report der WHO schließt mit der Forderung nach Therapie- und Präventionsmaßnahmen, die auf die jeweiligen unterschiedlichen Bedürfnisse von Frauen und Männern zugeschnitten sind.

In Deutschland verlaufen die Unterschiede der Konsummuster von Frauen und Männern entlang der Unterteilung der Trinkmuster in "harte" (hochprozentiger Alkohol, exzessiver Konsum von Alkohol) und in "weiche" (mäßiger Konsum von Sekt und Wein): Die harten Konsumformen sind nach wie vor Domäne der Männer, die Prävalenz des weichen Konsums ist bei Frauen und Männern ähnlich. Einige wenige spezielle Muster - mit spezifischen Produkten, die sich an (ältere) Frauen wenden und die eine Deutung des Alkoholkonsums als Selbstmedikation nahelegen - sind Frauen vorbehalten.

Aber auch wenn Männer mehr und "härter" trinken als Frauen, sollten die Frauenprobleme nicht übersehen werden: Immerhin nimmt eine beträchtliche Anzahl von Frauen (nach den Daten der Nationalen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland 8%) mehr als 40g Alkohol pro Tag zu sich.

## Illegale Drogen

Insgesamt ist die Zahl Jugendlicher, die aktuell illegale Drogen einnehmen, gering. In Deutschland ist bei Jungen die Lebenszeitprävalenz der Einnahme illegaler Drogen (allerdings sind nur ein Bruchteil davon aktuelle Konsumenten) höher als bei Mädchen. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind bei "harten" illegalen Drogen größer und bei "weichen" illegalen Drogen kleiner.

Eine Interpretation sollte die veränderten Bedingungen weiblicher Jugend in Rechnung stellen und die über Zeit "Modetrends" unterliegende Bewertung von illegalen Drogen durch Jugendliche.

## Daten zu Medikamenten/Psychopharmaka

Die Daten der Nationalen Gesundheitsberichterstattung in Deutschland zeigen deutlich, daß psychovegetativ wirkende Medikamente wie Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel sowie stimmungsbeeinflussende Medikamente zu einem höhe-

ren Prozentsatz von Frauen eingenommen werden - häufig auf Rezept. Eine Erklärung muß das Verschreibungsverhalten von Ärzten berücksichtigen, die mit dem Ausstellen eines Rezeptes "legale Süchte" fördern.

Die Einnahmequoten sind altersabhängig: Als Kinder sind Jungen die Problemgruppe, was die Verabreichung von Pillen angeht. Ab der Menarche nehmen Frauen die genannten Medikamente häufiger als Jungen. Ältere Menschen bekommen allgemein mehr Medikamente; da Frauen älter werden als Männer, könnte die durchschnittlich höhere Einnahmefrequenz bei Frauen dem Altersfaktor zugeschrieben werden. Aber auch bei einer Kontrolle des Alters gilt, daß Frauen mehr als Männer zu Psychopharmaka greifen.

Es lassen sich quer zu den kulturellen Unterschieden als allgemeine Trends in allen Substanzgruppen beobachten:

- eine mehr oder weniger deutliche Zunahme des gesundheitsschädlichen und -gefährdenden Konsums bei Frauen,
- die Zunahme bei den Frauen und die Differenz zwischen der Konsumquote der Männer und der der Frauen fallen innerhalb von Substanzgruppen wie Alkohol oder illegalen Drogen unterschiedlich aus. Frauen bevorzugen die jeweils sozial vergleichsweise akzeptierteren Substanzen innerhalb eines Spektrums, sie halten größere Distanz zu den Substanzen die als "männlich" oder "hart" gelten.

### Sozialpsychologischer Ansatz

#### Suchtmittelmissbrauch bei Jungen/Männern als Ausdruck jungenspezifischer Bewältigung von jungenspezifischen Problemen

Die Forderung von Gesundheitsförderung, die sich speziell an Jungen richtet, ist neu und wird v.a. in Nordwesteuropa erhoben. Gesundheitsförderung war und ist weitgehend allgemein an "geschlechtsneutrale" Wesen adressiert, für die allerdings der Mann mit seinen Problemen und Sichtweisen Modell stand und steht. Frauen hatten als erste reklamiert, daß dabei ihre besonderen Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden. Erst als diese Diskussion sich entwickelt hatte, wurde deutlich, daß im geschlechtsneutralen Ansatz die besonderen Probleme von Jungen, als Jungen, z.B. im Zusammenhang mit Männlichkeitsanforderungen oder männlicher Sexualität, auch nicht berücksichtigt sind. Sie können auch nicht in frauenbezogene Ansätze eingebracht werden. Die folgende Skizze bezieht sich auf die Situation in den Niederlanden, in einem Land, in dem Forderungen der Frauenbewegung mehr Anklang gefunden haben als in anderen Ländern und in dem seit den Sechziger Jahren das Interesse an Gesundheitsförderung und (präventiver) Sozialarbeit, die sich spezifisch an Jungen richtet und auf ihre Probleme zugeschnitten ist, gewachsen ist.



Männer und Frauen entwickeln Strategien, die es ihnen ermöglichen, mit ihrer Lebenswirklichkeit zurechtzukommen, Probleme zu lösen oder zumindest mit ihnen zu leben. Jungen sind mit anderen Problemen konfrontiert als Mädchen und sie entwickeln andere Fähigkeiten und Strategien, damit umzugehen. Bestimmte Formen des Suchtmittelmißbrauchs - aber ebenso z.B. Flucht in exzessive Arbeit oder sexuelle Gewaltausübung - können spezifisch männliche "Bewältigungs"-Strategien darstellen.

Die Probleme, auf die Jungen mit dem Konsum von (schädlichen) Substanzen (oder mit *sexuellen Übergriffen auf Mädchen*) reagieren, sind strukturell in der Entwicklung männlicher Identität und in der Übernahme der Männerrolle angelegt: nur unter Frauen, ohne männliche Identifikationsfiguren aufgewachsen, zu früh zur (Schein-)Selbstständigkeit gezwungen, mehr mit Bildern vom "echten Mann" als einem Wissen über "wirkliche Männer" ausgestattet, orientiert sich ihr Verhalten an Zerrbildern von Männlichkeit. Der soziale Wandel, der Frauen zu gleichrangigen Ernährerinnen der Familie gemacht hat, verunsichert Männer, weil die Versorgerrolle als Quell von Privilegien und Fixpunkt des Selbstwertgefühls verloren geht, gleichzeitig fällt die Identifikation mit Arbeit als Bewältigungsmöglichkeit weg.

Neben der allgemeinen Funktionalität des Mißbrauchs von Suchtmitteln und insbesondere von illegalen Drogen, z.B. als Realitätsflucht, sind einige Aspekte für Männer und insbesondere für Jungen relevant:

- Jungen haben Probleme, Gefühle auszudrücken - Drogen intensivieren Gefühle.
- Jungen haben häufig Hemmungen und sind verunsichert - Drogen helfen, Hemmungen abzubauen und schaffen (Schein-)Stärke
- Drogen können kurzfristig die Leistungsfähigkeit steigern - das gilt als männlich.
- Die Bewältigung von erfahrener sexueller Gewalt ist bei Jungen noch problematischer als bei Mädchen - Drogen als Betäubungsmittel helfen, Traumata zu verdrängen.
- Der Alkohol- und Drogenkonsum wird häufig in der Clique eingeübt, wo er als Bewährungsprobe oder Männlichkeitsbeweis ritualisiert sein kann. Der Platz von Jungen in der Clique oder Subkultur wird über den Konsum identifiziert. Die kollektive Eingebundenheit sichert männliche Ablösungsprozesse ab.
- Männlichkeit wird mit Aufbegehren und der Überschreitung von Verboten assoziiert. Das führt oft genug in eine kriminelle Szene.

Der Suchtmittelmißbrauch setzt einen eigenen Teufelskreis in Gang, wenn die Probleme aufgrund des Konsums zunehmen und der Zugang zu anderen Bewältigungsmöglichkeiten als dem Suchtmittelmißbrauch abnehmen.

Der kulturelle Kontext von Suchtmittelmißbrauch und Männlichkeit hilft verstehen, warum Jungen zu anderen - oft schädlicheren, "härteren" - Substanzen greifen als Mädchen, warum der Konsum häufiger als bei Mädchen einen (auto-)aggressiven Charakter hat und mit Delinquenz/Kriminalität verbunden ist.

Gesundheitsförderung und Prävention müssen, wollen sie nicht nur an Symptomen herumdoctorn, an den Gründen und Hintergründen des Verhaltens ansetzen und es als Umgehen mit den Problemen und Widersprüchen, die mit der "Männlichkeit" in

einer Gesellschaft verbunden sind, entziffern. Sie müssen sinnvolle Alternativen erarbeiten. Das ermöglicht angemessene Interventionen, Unterstützung der Jungen bei der Verhaltensveränderung, Entwicklung alternativer Bewältigungsmöglichkeiten und Abbau und Verhinderung gesundheitsgefährdender Gewohnheiten. Da die Grundprobleme der soziale Wandel im Verhältnis der Geschlechter, die Teilhabe der Frauen am Erwerbsleben und der notwendig folgende Wandel der Definition männlicher Rolle und Identität sind, sind darüberhinaus über sozialpolitische Maßnahmen auf der Ebene der strukturellen Verhältnisse zu diskutieren.

Ein Vergleich der ost- und der westeuropäischen Länder bezogen auf die unterschiedliche Funktionalität von psychotropen Substanzen im (unterschiedlichen) Entwicklungskontext der Jugendlichen ist dringend erforderlich.

### Ökonomische Aspekte geschlechtsbezogener Prävention des Suchtmittelmißbrauchs

Die allgemeine Frage der Ökonomie, wie das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen optimiert werden kann, stellt sich für die Gesellschaft z.B. als Frage des Verhältnisses zwischen Investitionen in Gesundheit und Gewinn an Lebensjahren.

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts wurde in Westeuropa viel in die Verbesserung der Lebensbedingungen und in die medizinische Versorgung investiert, mit dem Erfolg, daß Krankheiten wie Tuberkulose, Kinderlähmung, Infektionen, die früher hauptsächliche Todesursachen vor allem junger Menschen waren, selten geworden sind. Die Statistiken zeigen über die Zeitspanne der letzten hundert Jahre eine kontinuierliche Steigerung der altersspezifischen Überlebensraten; die Menschen werden älter und die Lebenserwartung ist erhöht. Insbesondere die Säuglingssterblichkeit ist drastisch zurückgegangen (in Westeuropa).

Von den Investitionen haben aber offensichtlich Frauen mehr als Männer profitiert: Für jedes Alter haben sie höhere Überlebensraten und ihre Lebenserwartung liegt deutlich höher als die der Männer (in Frankreich acht Jahre). Diese Differenz läßt sich nicht allein daraus erklären, daß viele Männer ihr Leben in den Weltkriegen gelassen haben. Sie ergibt sich vielmehr daraus, daß das beide Geschlechter betreffende Risiko, an schicksalhaften Krankheiten zu sterben, im Laufe der Entwicklung durch ein anderes, menschengemachtes Risiko ersetzt worden ist, das vor allem Männer betrifft: durch das Risiko, bei Verkehrsunfällen, durch Gewalttaten oder an den Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums zu sterben. Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Sterberaten von Männern und Frauen finden wir nämlich in der Altersgruppe der 15- bis 25jährigen und in dieser Altersgruppe sterben vor allem die jungen Männer durch Unfälle (im Straßenverkehr), die zu zwei Dritteln unter Alkoholeinfluß verursacht werden, sowie durch Selbstmord und Suchtmittelmißbrauch. Krankheiten haben in dieser Altersgruppe als Todesursache

keine große Bedeutung. Daß die Übersterblichkeit junger Männer kaum an Dramatik eingebüßt hat, trotz aller Anstrengungen im Bereich der Prävention und Erziehung, zeigen Daten aus Frankreich: während die Sterberate der Frauen seit 1960 in etwa gleich geblieben ist, sehen wir für 15- bis 20- und 20- bis 25-jährige Männer bis in die 80er Jahre einen Anstieg; danach fallen die Raten.

Harte Formen des Suchtmittelmißbrauchs sind vor allem ein "männliches" Phänomen. Alkohol- und Tabakkonsum beeinflussen nicht nur die Sterblichkeit junger Menschen - und dabei v.a. junger Männer -, sondern sie sind auch verantwortlich für viele chronische Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebserkrankungen, an denen 55- bis 70jährige sterben. Auch hier sind Männer von den tödlichen Folgen des Suchtmittelmißbrauchs mehr betroffen als Frauen.

Daraus ergibt sich, daß unter ökonomischen Aspekten

- (junge) Männer eine besonders wichtige Zielgruppe von Investitionen sind
- und der Prävention des Suchtmittelmißbrauchs eine besondere Bedeutung zukommt.

Das Potential an Lebensjahren, die durch präventive Maßnahmen im Suchtmittelbereich gewonnen werden können, ist bei jungen Männern am größten. Mehr Männer als Frauen sterben in einem Alter, in dem sich die gesellschaftliche Investition in ihre Ausbildung und Erziehung noch nicht rentiert hat. Unter ökonomischen Aspekten sind die Lebensjahre, die sie verlieren, besonders wertvoll: Ältere Menschen schlagen für die Gesellschaft eher als Kostenfaktor zu Buche - die jungen Menschen erwirtschaften diese Kosten.

Ein Vergleich der Sterberaten von 15- bis 25jährigen Männern und Frauen in verschiedenen europäischen Ländern zeigt, daß die länderspezifischen Raten der Männer deutlicher differieren als die länderspezifischen Raten der Frauen. In allen Ländern liegt die Rate der Frauen erheblich unter der der Männer. Die Übersterblichkeit der Männer ist für Portugal und Italien am höchsten, für Schweden und Holland am geringsten. Das läßt den Schluß zu, daß sowohl die Ausprägung des *Verhältnisses zwischen den Geschlechtern als auch die Realisierung wohlfahrtsstaalicher Versorgung* einen Einfluß auf das Ausmaß der Übersterblichkeit von Männern haben.

In verschiedener Hinsicht verhält sich die Gesellschaft unter ökonomischen und gesundheitspolitischen Aspekten "unverantwortlich":

- Die Gesellschaft gibt Anreize, Gesundheitsgefährdungen zu produzieren. Risiken herzustellen oder zu verkaufen - z.B. Autos oder Tabak - ist gewinnträchtig. Der Gewinn kann selbst eingestrichen werden - die Kosten dagegen werden der Gesellschaft angelastet. Weil der Staat indirekt über Steuereinnahmen am Umsatz profitiert, hat auch er ein Interesse am der Vermehrung der Risiken.
- Informationen über die angenehmen Seiten riskanter Produkte sind weiter verbreitet als die Informationen über die schädlichen Folgen der Nutzung.
- Leistungsanreize fördern Effektivität. Effektivität bei der Verbreitung von Risiken (Produktion/Verkauf) wird mit der Steigerung des Verdienstes belohnt. Effektivität in der Gesundheitsförderung wird nicht belohnt.

Mädchen scheinen gegenüber der Unverantwortlichkeit der Gesellschaft und den Anreizen der Risikoproduktion weniger anfällig. Sie könnten in der Prävention eine wichtige Rolle spielen, indem sie einen Einfluß auf Jungen ausüben, anders mit den Risiken umzugehen und nicht nur den kurzfristigen eigenen Gewinn einzustreichen, sondern die langfristigen Kosten - für alle - zu berücksichtigen.

Unter den aufgezeigten ökonomischen Gesichtspunkten sind Maßnahmen wie Werbeverbote und Preiserhöhungen für solche Substanzen, die aus dem normalen Budget der Konsumenten bezahlt werden, sinnvolle und effektive Präventionsmaßnahmen. Das gilt ganz allgemein und ohne bezug zum Geschlecht der Konsumenten. (Bei illegalen Drogen, die nicht vom normalen Budget finanziert werden, können Preiserhöhungen indirekt die Verbreitung des Mißbrauchs fördern: Damit die Drogeneinnahme aus dem Drogenhandel finanziert werden kann, müssen neue Abnehmer der Droge geworben werden).

### Geschlechtsbezogene Werbung

Es gibt eine Reihe von Ergebnissen, die die Behauptungen der Alkohol- und Zigarettenindustrie, die Werbung verführe weder zum Konsum, noch stabilisiere sie ihn, widerlegen. Die Tabakwerbung hat einen Einfluß auf das Ausmaß des Konsums v.a. bei Jugendlichen. So zeigte sich, daß die Kenntnis, die Jugendliche von Zigarettenwerbung und -marken haben ebenso wie der Glaube an gute Seiten des Rauchens Vorhersageindikatoren für einen frühen Rauchbeginn sind. Mehr als Erwachsene rauchen Jugendliche die am stärksten beworbenen Marken. Es besteht ein Zusammenhang zwischen einem Verbot der Zigarettenwerbung und einem Rückgang der Zahl derjenigen, die als Erwachsene rauchen oder als Jugendliche mit dem Rauchen beginnen.

Ziel der Zigarettenwerbung ist es, das Rauchen allgemein und eine bestimmte Marke im besonderen attraktiv zu machen etwa durch Produktgestaltung, Preispolitik, erweiterte Erhältlichkeit der Produkte oder durch die Verbreitung eines bestimmten Images. Seit etwa 25 Jahren hat die Tabakindustrie verstärkt Frauen als ihre Zielgruppe entdeckt und Werbestrategien entwickelt, die sich speziell an Frauen richten. Diese Entwicklung korrespondiert mit dem Anstieg der Prävalenz des Rauchens unter Frauen!

Die Werbestrategien, die sich zielgruppenspezifisch an Frauen richten, arbeiten mit drei sich gegenseitig ergänzenden Strategien:

#### **1. Verbreitung eines Images mit besondere Anziehungskraft auf Frauen**

Das Image oder Portrait einer Marke erlaubt eine symbolische Besetzung des Produktes mit Wünschen und Bedürfnissen. Sie sollen das Rauchen begehrenswert erscheinen lassen, zum Rauchen ermutigen und die soziale Akzeptanz des Rau-

chens erhöhen. Wenn Produkte als Lebensstilaccessoires vermarktet werden, sind das Angebote zur Identifikation. Das kann gerade für Jugendliche eine besondere Bedeutung haben.

Eine Analyse der Zigarettenwerbung in verschiedenen europäischen Ländern zeigt, daß ein ganzes Spektrum an Bildern und Themen, die speziell auf die Wünsche von Frauen zugeschnitten sind, in der Werbung zum Einsatz kommt: Rauchen verspricht Spaß, Romantik, den Glanz des Erfolges, Entspannung, Emanzipation; die Raucherin ist "sophisticated", sexy, gesund, sportlich, beliebt - und vor allem schlank. In den USA in den 40er Jahren wurde die Zigarette als Ersatz für Süßigkeiten angepriesen; heute wird die Botschaft, daß Rauchen schlank macht, über die Verbindung schlanke Models - schlanke Zigaretten und über die Verwendung von Begriffen wie "long", "slim" und "slender" vermittelt. Allerdings werden Frauen auch mit männlichen Motiven angesprochen, etwa durch Werbung mit Freiheit, Abenteuer, Rebellion und Männlichkeit und rauchen entsprechend "Männerzigaretten" rauchen (das könnte den geringen Marktanteil der Frauenzigaretten in einigen Ländern erklären).

Diese Botschaften kommen in Bildern und Texten der Anzeigen direkt oder in verschlüsselter Form vor (wenn z.B. nur Symbole des Erfolges gezeigt werden). Oft taucht das Produkt selbst gar nicht auf. Indirekte Werbestrategien verbinden Zigarettenmarken mit z.B. Seidenstrümpfen, Kleidung, Kosmetika; eine andere Strategie ist das Sponsoring von Frauensport.

## **2. Produktion von "Frauenzigaretten"**

Mit der Kreierung besonderer "Frauenzigaretten" ("women-only-brands") trat die zielgruppenspezifische Werbung in ein neues Stadium. Ein spezielles Produktdesign (elegante Verpackung, blumendekoriertes Mundstück, schlanke Form etc.) wurde entwickelt, das feminine Charakteristika betont und an ein positives Frauenbild anknüpft. Die Werbung steigerte den Absatzes von Extra-Long-Zigaretten in England sprunghaft; diese Zigaretten sind bei Frauen deshalb besonders beliebt, weil sie mit der Vorstellung von Schlankheit verbunden sind ("slim"- "superslim"- "ultraslim").

## **3. Anzeigen in Frauenzeitschriften**

Frauenzeitschriften bekommen als Werbeträger immer dann eine besondere Wichtigkeit, wenn die Zigarettenwerbung aus anderen Medien verbannt wird. Das spiegelt sich in der Zunahme des entsprechenden Anzeigenvolumens in diesen Zeitschriften. Der Vorteil für die Tabakindustrie liegt darin, daß ein großer Kreis von Leserinnen angesprochen, die Werbung zielgruppengenau zugeschnitten und das Image der Marke mit dem Image der Zeitschrift (z.B. Vogue) gekoppelt werden kann.

Zwei Drittel der großen Frauenzeitschriften in 13 europäischen Ländern akzeptieren Zigarettenwerbung. Nebeneffekte der Anzeigen - neben der eigentlichen Werbung - sind die Verwässerung des kritischen Gehalts von Artikeln über die Schädlichkeit des Rauchens bzw. die Zurückhaltung der Redaktionen, solche Artikel aufzunehmen.

Ein positives Bild des Rauchens wird nicht nur in den Anzeigen der Tabakindustrie verbreitet, sondern auch im redaktionellen Teil der Zeitschriften, so v.a. auf den Modeseiten. In manchen Ländern promotet die Zigarettenindustrie durch große Frauenzeitschriften aktiv das Rauchen bei den Leserinnen (Spanien, Italien und Frankreich). Eine redaktionelle Kontrolle solcher indirekten Werbung findet bei der Hälfte der Zeitschriften nicht statt, es greifen hier auch nicht Auflagen und Vereinbarungen zur Beschränkung der Werbung, die sich nur auf Werbeanzeigen beziehen. Die mit dem Rauchen assoziierten Bilder, mit denen im redaktionellen Teil indirekt geworben wird, sind dabei wesentlich stärker als das, was aufgrund von Vereinbarungen bei der Zigarettenindustrie in Anzeigen zugelassen ist: Hier demonstrieren Stars und Modelle ungehindert einen Lebensstil, der Härte, Coolheit, Attraktivität, Rebellion gegen die Eltern, Spaß und Sex mit Modemarken, Musik und Rauchen verknüpft.

Obwohl in England nicht direkt mit Bildern von Männlichkeit und Weiblichkeit für das Rauchen geworben werden darf, zeigt ein Vergleich von Zeitschriften, die sich an junge Frauen richten, und Zeitschriften, die einen gemischten oder männlichen jungen Leserkreis haben, Unterschiede in den verwendeten Bildern je nach Geschlecht der Zielgruppe:

- Die Werbung für das Rauchen in den Frauenzeitschriften verwendete mehr neutrale Bilder und verschlüsselte Symbole für die positiven Assoziationen, die transportiert werden sollen.
- Die Zigarettenwerbung, die sich an beide Geschlechter oder Männer richtet, verwendet Symbole von Freiheit, Wildheit, Ausbruch und harter Männerarbeit.
- Die Alkoholwerbung hat in den Frauenzeitschriften insgesamt ein geringeres Aufkommen; in den von Männern gelesenen Zeitschriften stellt sie die häufigsten Anzeigen. Während in beiden Zeitschriftentypen Werbung für Spirituosen am häufigsten vorkam, kamen bei den Frauenzeitschriften Wein und Dessertweine an zweiter Stelle, in den anderen Magazinen dagegen Bier und Lager.
- In den Frauenzeitschriften wurden in fast der Hälfte der Anzeigen Alkoholkonsum mit der Zweisamkeit in romantischen Situationen verbunden, dieses Bild war bei der allgemeinen oder an Männer gerichteten Werbung seltener. Darüberhinaus ist die Palette der eingesetzten Bilder breit: sowohl die Tradition eines alkoholischen Produktes und das Etikett "teuer und gut", als auch maskuline Stärke, Akzeptanz bei Freunden und Exotik werden als Produktassoziationen angeboten.

Insgesamt ist besonders beunruhigend, daß Einschränkungen der Anzeigenwerbung durch indirekte Werbeformen, z.B. im redaktionellen Teil der Zeitschriften, unterlaufen werden. Auch die Verknüpfung von Rauchen mit Rebellion kann eine Reihe von präventiven Maßnahmen unterlaufen: Wird diese Identifikation aufgegriffen, dann kann Verbot oder eine Warnung entgegen der Intention zum Konsumanreiz werden.

## **Biologische Einflüsse auf den geschlechtsspezifischen Suchtmittelmißbrauch**

Die unterschiedliche körperliche Ausstattung von Männern und Frauen kann sich in vielerlei Hinsicht auf den Suchtmittelmißbrauch auswirken. So haben z.B. Verhaltensweisen wie Aggressivität, Angst etc.; die im Zusammenhang mit dem Suchtmittelmißbrauch diskutiert werden, eine unterschiedliche physiologische Grundlage bei Männern und Frauen. Die Verträglichkeit und der Abbau der Substanzen sowie Prozesse der Entstehung körperlicher Abhängigkeit unterscheiden sich bei Männern und Frauen. Damit ist das komplexe Zusammenspiel von physiologischer Reaktion auf (soziale) Situationen und physiologischer Reaktion auf Substanzen bei den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt.

Genauere Forschungsergebnisse liegen zum Alkoholstoffwechsel bei Frauen und Männern vor. Sie helfen zu erklären, warum Frauen gegenüber Alkohol empfindlicher sind als Männer.

Das Risiko einer Leberzirrhose korreliert mit der Alkoholaufnahme. Als cirrhogene Dosis wird beim Mann 60 g/Tag (entspricht 1,5 l Bier) und bei der Frau 20 g/Tag (entspricht 1/4 l Wein) angegeben. 15 - 20% der Männer und Frauen, die diese Dosis regelmäßig trinken, bekommen eine Leberzirrhose. Anders formuliert, bei Männern dauert es länger (8 - 10 Jahre), bis eine Zirrhose wahrscheinlich wird, verglichen mit Frauen (6 - 8 Jahre). Die Festlegung einer gefährlichen Schwelle enthält stets auch eine Bewertung der Gefahr, um die es geht; früher wurde der cirrhogene Wert mit 80 g/Tag für Männer und 40 g/Tag für Frauen angegeben; heute werden niedrigere Schwellenwerte angegeben.

Für den Alkoholstoffwechsel gelten einige Besonderheiten: Alkohol wird nur in geringem Umfang über Lunge und Niere abgebaut, er wird nicht gespeichert. Wichtigstes Organ für den Alkoholstoffwechsel ist die Leber, aber auch der Magen ("First-Pass-Stoffwechsel"). Genetische Faktoren (z.B. genetisch bedingte herabgesetzte Aktivität von Enzymen) können den Alkoholstoffwechsel ebenso beeinflussen wie bestimmte Medikamente. Der Alkohol selbst kann eine schädigende Wirkung auf die alkoholabbauenden Enzyme haben - ein Circulus vitiosus.

Zwischen Frauen und Männern wurden bislang keine Unterschiede bezüglich der Alkoholeliminationsrate festgestellt. Es gab aber deutliche Unterschiede was den First-Pass-Stoffwechsel, also den Anteil des Alkohols, der im Magen verstoffwechselt wird, angeht:

- Junge Frauen zeigten einen verminderten gastrischen Magen-First-Pass-Stoffwechsel im Vergleich zu jüngeren Männern. Im Alter ähneln sich die Verhältnisse bei Männern und Frauen stärker, weil der First-Pass-Stoffwechsel auch bei Männern nachläßt.
- Alkoholikerinnen hatten nach dem Trinken Alkohol-Blutspiegelwerte, als hätten sie den Alkohol direkt in die Vene gespritzt bekommen - der First-Pass-Stoffwechsel im Magen spielt keine Rolle mehr bei ihnen.
- Unbestätigt bleiben Ergebnisse, daß Frauen Alkohol schneller im Stoffwechsel abbauen als Männer. 0

## ERGEBNISSE DER WORKSHOPS

### - ANALYSE UND ANSÄTZE GESCHLECHTSBEZOGENER PRÄVENTION

#### Familie und Schule - (Kindheit/Grundlagen des Suchtmittelkonsums)

In der Familie und Schule als Instanzen der primären Sozialisation wird nicht nur die Geschlechtsidentität herausgebildet, sondern es werden auch die Grundlagen für den späteren Suchtmittelkonsum und -mißbrauch gelegt über die Vermittlung von Kulturtechniken im Umgang mit Substanzen und über die der Prägung von Persönlichkeitsaspekten. Gleichzeitig sind Familie und Schule wichtig als Felder für Interventionsmaßnahmen.

#### a) Analyse

Familie und Schule sind für des Suchtmittelkonsums in verschiedener Hinsicht bedeutsam:

##### 1. Problematische Geschlechtsrollen

Für Länder, in denen die traditionellen Geschlechtsrollen nicht mehr in intakten Sozialstrukturen verankert sind, wird davon ausgegangen, daß die Festlegung auf die strikte Erfüllung von rigiden Männlichkeits- und Weiblichkeitsnormen nicht zu einem Mehr an Gesundheit führt. Eine Einschränkung nur auf Aspekte der einen Rolle unter Abspaltung und Ausgrenzung der komplementären Anteile ist problematisch. Jungen sollten z.B. lernen, expressiver zu sein, Mädchen sollten lernen, sich besser abzugrenzen und Aggressionen ausdrücken zu können. Das erweitert das Spektrum von Bewältigungsmöglichkeiten.

Der Suchtmittelkonsum ist funktional für die Erfüllung der mit der Geschlechtsrolle verbundenen Erwartungen. Er hilft Jungen, sich autonom und leistungsbezogen zu geben. Mädchen hilft die Einnahme von Medikamenten, die geforderte Anpassung zu zeigen. Sie dürfen schwach sein, was die Vermeidung von Schmerzen mit Hilfe von Medikamenten gestattet; gleichzeitig wird verlangt, daß sie "anständig" sind. Sie sind weniger genötigt als Jungen, Stärke als "mannhaftes" Vertragen von Konsumexzessen im Bereich Alkohol und Tabak unter Beweis zu stellen.

Mädchen und Jungen haben nicht nur andere Probleme, sondern sie bewältigen sie auch anders. Mädchen lernen vor allem, Ärger herunterzuschlucken, Aggressionen zu unterdrücken und eigene Bedürfnisse - d.h. auch: die eigene Gesundheit - hintanzustellen. Sowohl die Einnahme von Medikamenten als auch das Rauchen können unter diesen Bedingungen als Bewältigung von Streß gesehen werden. Jungen lernen eher, Probleme zu verdrängen oder aggressiv zu agieren - auch hier besteht ein direkter Bezug zum Rauchen, Trinken und zur Einnahme illegaler Drogen.



Problematische Bewältigungsstrategien zeigen sich vor allem unter schwierigen sozialen Bedingungen wie Armut, Wohnungsnot und Arbeitslosigkeit.

Welche Bewältigungsstrategien für welches Geschlecht "nahegelegt" sind, ist von der gesellschaftlichen Situation der Geschlechter, von den spezifisch zu bewältigenden Problemen und von der kulturellen Bewertung des jeweiligen Verhaltens abhängig. Während z.B. in England das Rauchen mit niedrigem sozialen Status korreliert, trinken und rauchen in Lettland v.a. Männer mit hohem sozialen Status. Zum einen haben sie nicht ökonomische Probleme, sondern solche, die als "moralische Verzweiflung der Intellektuellen" beschrieben wurden. Zum anderen hat das Verhalten eine spezielle Bedeutung als Symbol der westlichen Kultur. Drittens ist der Hintergrund eine traditionelle Familienstruktur: Je mehr Männer trinken, desto mehr lastet die Aufgabe, die Familie zu versorgen, auf den Schultern der Frauen.

Von Mädchen wird Anpassung erwartet - auch an gesundheitsschädliche Lebensweisen und Konsumstile. Mädchen lernen zu wenig, sich gegen Übergriffe, auch sexueller Art, zu wehren und sich gegen andere Personen abzugrenzen. Ihr Grundgefühl der körperlichen Unantastbarkeit ist häufig verletzt und damit sind weniger Hemmschwellen gegenüber autodestruktiven Konsumformen (v.a. Psychopharmaka) vorhanden.

## 2. Eltern als fehlende oder schlechte Vorbilder

Die Familie und damit die Formen des Aufwachsens in der Familie ist tiefgreifendem Wandel unterworfen. Kinder wachsen z.B. zunehmend ohne Väter auf und außerfamiliäre Betreuungsinstitutionen gewinnen an Gewicht. Zusammenhänge mit dem (späteren) Suchtmittelkonsum sind noch ungenügend untersucht, aber es gibt Hinweise, daß diese Situation von Jungen und Mädchen jeweils anders erlebt wird.

Eltern leben sowohl die Rolle von Frauen und Männern in der Gesellschaft vor, als auch den Umgang mit psychotropen Substanzen. Für Mädchen spielen die Mütter eine besondere Rolle: Zum Zeitpunkt der Menarche wird ihnen nicht nur erklärt, sie seien jetzt "eine Frau", sondern sie werden gleichzeitig in den Konsum von Schmerzmitteln eingewiesen. Wenn der Vater sich dafür zuständig fühlt, aus seinem Sohn "einen Mann zu machen", kann dies ebenfalls in Form einer Initiation in den Alkoholexzess geschehen.

## 3. Ablösungsprobleme von der Familie

Einerseits kann der Konsum psychotroper Substanzen, der für Jungen *und* Mädchen einen Beigeschmack von "Rebellion" und "Opposition" hat, mit einem Fehlen von familiären Bindungen einhergehen. Andererseits ist eine Ablösung im Jugendalter notwendig und ihr Ausbleiben kann in - sozial unauffälligere - Formen des Suchtmittelkonsums münden (Psychopharmaka z.B.).

Die Bewältigung der Ablösungsphase ist ein interaktives Geschehen, an dem Eltern und Kinder beteiligt sind. Entsprechend spielt das Verhalten der Eltern, das Umgehen mit der notwendigerweise "risikobehafteten" Trennung und die Fähigkeit, die Kinder ins aus ihrer Perspektive Ungewisse zu entlassen, eine wichtige Rolle (die Ablösungsprozesse - und damit das Verhältnis zwischen Eltern und Söhnen/Töchtern über das Kindesalter hinaus - sind gesellschaftlichen Bedingungen unter-

worfen, wie die rebellischen Ablösungsformen der 70er-Protestgeneration zeigten. Sie sind in der Regel unterschiedlich für Mädchen und Jungen).

#### 4. Schule als Problemfeld und Lehrer als Multiplikatoren

Die neuerliche Kritik an koedukativen Schulen zeigt, daß sich im gemischten Unterricht bestimmte Formen der Benachteiligung von Mädchen fortsetzen und damit potentiell jene Defizite verstärken, die als pathogen für Suchtmittelmißbrauch angesehen wurden. Gleichzeitig gilt, daß die Schule einen wesentlichen Beitrag zur Vermittlung von Bewältigungsfähigkeiten leisten kann und muß.

#### b) Ansätze geschlechtsbezogener Prävention

Abgesehen davon, daß allgemeine Aspekte struktureller und altersunabhängiger Prävention (z.B. Beseitigung sozialer Probleme, Gleichstellung der Frau, aber auch Veränderung des Verschreibungsverhaltens von Ärzten bezogen auf Psychopharmaka) wurden für das Feld Familie/Schule konkreter Überlegungen angestellt.

Adressaten der Prävention können sowohl die Kinder direkt oder indirekt (Eltern und Lehrer als Multiplikatoren) sein. In dem Maß, wie das Verhalten der Eltern und Lehrer mit eine Ursache für den Suchtmittelmißbrauch von Kindern ist, sind die direkt einzubinden.

Für die Kinder steht im Vordergrund ein Befähigungsansatz, der die Fähigkeiten, Nein zu sagen, Ich-Stärkung und eine kritische Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Geschlechtsrolle fördert und die Grundlagen für positive Bewältigungsressourcen in der Kindheit legt. Die (je unterschiedliche) Funktionalität der Substanzen für eine Bewältigung der (je unterschiedlichen) Entwicklungsaufgaben von Mädchen und Jungen in der Jugend soll aufgegriffen und alternative Verhaltensmodelle und positive Modelle eines gesunden Lebensstils angeboten werden. Die in der Analyse erarbeiteten Aspekte kommen dabei zum Tragen. Für Jungen wie für Mädchen gilt, daß eine Prävention, die mit Verboten arbeitet, kontraproduktiv sein kann.

Speziell in der Schule sollten Instrumente für die Lehrer entwickelt werden, mit deren Hilfe sowohl die eigene Rolle als Mann oder Frau reflektiert werden kann, als auch den Schülern und Schülerinnen der Zusammenhang zwischen ihrer Situation als Jungen und Mädchen und ihrem Konsum psychotroper Substanzen verdeutlicht werden kann. Die geschlechtsgebundenen Probleme der Bewältigung sollten im allgemeinen Ansatz, Kompetenzen zu verbessern und Fähigkeiten zu vermitteln, aufgegriffen werden.

Einzelne geschlechtsbezogene Präventionsprojekte wurden erwähnt, wie z.B. ein Streetworker-Projekt für Jungen auf der Straße in Schweden oder Arbeit mit Schülern und Schülerinnen (in getrennten Gruppen) zum Thema "Problemlösung" in der Schweiz. Darüberhinaus ist die Kenntnis aber lückenhaft und unsystematisch, so daß sich keine verallgemeinernden Empfehlungen daraus herleiten lassen.

## Freizeit - (Jugend/Initiation des Konsums)

Der Freizeitbereich hat eine besondere Bedeutung für den geschlechtsabhängigen Suchtmittelkonsum v. a. in der Jugend: Einerseits erobern Jugendliche sich hier eine "erwachsene" Vergnügungskultur und wachsen so in Muster des Konsums hinein. Andererseits formt sich in der Freizeit in der Interaktion von Jungen und Mädchen die erwachsene Geschlechtsidentität. Die Initiation in den Konsum und in Initiation in die erwachsene Männlichkeit/Weiblichkeit fallen zusammen.

### a) Analyse

Mehrere Perspektiven müssen in Betracht gezogen werden:

- die Perspektive der kommerziellen Interessen: Sie beeinflussen das Freizeitverhalten, indem sie z.B. gezielt jungen Männern oder Frauen Risikoverhalten als begehrenswert anpreisen und Risiken "verkaufen". Die Medien spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Jugendlichen erscheinen hier als Adressaten. Mädchen und Jungen sind in unterschiedlicher Weise Adressaten kommerzieller Interessen.

- die Perspektive der Jugendlichen selbst: Für sie hat der Suchtmittelkonsum eine bestimmte Funktionalität im Zusammenhang mit weiblichen und männlichen Lebensweisen und mit der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe, zum erwachsenen Mann und zur erwachsenen Frau heranzureifen. Jugendliche treten hier als aktive Gestalter ihrer Welt auf. Mädchen und Jungen müssen - insbesondere im Zusammenhang mit der Rolle als Frau und Mann - unterschiedliche Entwicklungsaufgaben bewältigen und es werden ihnen hierzu unterschiedliche Verhaltensweisen nahegelegt bzw. stehen ihnen unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung.

- die Perspektive der Jugendkultur(en): Sie sind Produkt der kollektiven Anstrengungen, die Entwicklungsaufgaben bestimmter Altersstufen zu bewältigen - unter "Nutzung" dessen, was die Risiko-Industrie anbietet. Jugendkulturen kultivieren oft Stile von Suchtmittelkonsum und -mißbrauch, die innerhalb der Gruppen mit Druck der Gleichaltrigen durchgesetzt werden. Mädchen und Jungen sind in unterschiedlicher in Freizeitgruppen eingebunden und Gruppen haben unterschiedliche Wirkungen auf sie.

Auf der epidemiologischen Ebene zeigte sich, daß im Freizeitbereich unter Gleichaltrigen Mädchen moderat konsumieren, während "harte" Formen des Konsums Jungen nach wie vor vorbehalten sind.

Die Analyse mußte in diesem abstrakten Rahmen bleiben, weil es an Wissen fehlt, wie im einzelnen und kulturspezifisch weibliche und männliche Jugend (im Freizeitbereich) geprägt ist. Einige Einzelaspekte kamen zur Sprache:

- In den Gleichaltrigengruppen übernehmen Mädchen oft fürsorgende Funktionen. Sie entlasten Jungen davon, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern und setzen sie für Risikoverhalten frei.

- Schwangerschaft gilt für junge Frauen als protektiv gegen Suchtmittelmißbrauch; Jungen verändern ihr Verhalten z.T. ebenfalls, wenn sie eine Familie gründen.
- Mädchen gelten als gesundheits- und körperbewußter als Jungen. Sie stellen mehr Fragen, sind interessierter und verschaffen sich z.B. über Mädchenzeitschriften die notwendigen Informationen. Dies bedeutet einen Vorteil gegenüber Jungen.

## b) Ansätze geschlechtsbezogener Prävention

Aufgrund der Allgemeinheit des Analyserahmens wurden zunächst für wichtig gehaltene Charakteristika der Prävention im Jugend-Freizeitbereich genannt, wie Prävention auf gesetzgeberischer Ebene (z.B. Preispolitik, Werbeverbote), ein substanzunspezifischer Ansatz, Anknüpfen an Fähigkeiten statt an Defiziten der Jugendlichen, Hervorheben der positiven Effekte der Substanzfreiheit wie Selbstkontrolle und Selbstwert, Freiheit, Unabhängigkeit, Identität, "klarer Kopf", statt Fixierung auf den Konsum und Mißbrauch mit seinen negativen Aspekten, Förderung von Eigenaktivitäten und Selbstorganisation. Der Bezug zu den relevanten Entwicklungsaufgaben sollte hergestellt und Jugendliche bei deren Bewältigung positiv unterstützt werden. Was die Funktionalität des Konsums angeht, sollen alternative Freizeit-Ressourcen (z.B. Sport als Herausforderung) angeboten werden. Prävention soll nicht nur zielgruppen- sondern auch phasenspezifisch auf die Phasen der Initiation zugeschnitten sein.

Diese Vorschläge müssen entsprechend den Bedingungen in den einzelnen Ländern in ihrer Bedeutung für die präventive Arbeit mit Mädchen und mit Jungen jeweils gesondert spezifiziert werden. Ein direkter Bezug zur Geschlechterfrage ließ sich bei folgenden Empfehlungen herstellen:

- Bilder von Frauen resp. Männern sollen als positive Rollenmodelle für Mädchen resp. Jungen im Freizeitbereich angeboten werden. Es sollen an männliche bzw. weibliche Werte anknüpfende Identifikationsmöglichkeiten mit gesunder Lebensweise angeboten werden. Für Jungen kann ein Zugang über Sport, soziale Netzwerke und militärische Ausbildung genutzt werden.
- Auf die jeweiligen Konzepte von Gesundheit und Vorstellungen vom angemessenen Umgang mit dem Körper sowie auf die jeweilige Risikowahrnehmung, die bei Mädchen und Jungen unterschiedlich sind, muß Bezug genommen werden.
- Spezifisch auf Mädchen (oder Jungen) zugeschnittene Zeitschriften können als zielgruppennahe Medien genutzt werden.
- Die Arbeit in geschlechtshomogenen Gruppen hat sich im Bereich der Sexualerziehung und der Nichtraucherkampagnen bewährt. In anderen Bereichen scheinen "gemischte" Gruppen effektiver.

Aus dem allgemeinen Ansatz, Prävention auf die konkrete Situation der Adressaten zuzuschneiden, ergibt sich direkt die Notwendigkeit, die besondere Situation der Mädchen und der Jungen aufzugreifen. Alle allgemein genannten Merkmale effektiver Prävention lassen sich bezogen auf geschlechtsspezifische Prävention reformulieren. Allerdings fehlt hier sowohl eine theoretische Fundierung als auch Erfahrungen mit praktischer Umsetzung.

## Arbeitswelt - (Erwachsenenalter/Förderung und Stabilisierung des Konsums)

Die Arbeitswelt hat eine besondere Bedeutung für die Entstehung, Förderung und Stabilisierung des Konsums psychotroper Substanzen. Es ist bekannt, daß Jugendliche, wenn sie in den Beruf eintreten, auch mit dem Rauchen und Trinken beginnen. Für Erwachsene birgt die Arbeitswelt nicht nur spezifische Gelegenheitsstrukturen des Konsums, sondern auch Belastungen, auf die Menschen mit Suchtmittelkonsum reagieren. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbelastungen und Rauchen, Trinken und Medikamenten ist an verschiedener Stelle nachgewiesen (mit unterschiedlichen Konsumprioritäten bei Frauen und Männern).

### a) Analyse

Um suchtfördernde Aspekte am Arbeitsplatz für Männer und für Frauen zu analysieren, wurden in diesem Workshop zwei Gruppen, eine für Männer, eine für Frauen, gebildet. Sie hatten jeweils die Aufgabe, unter Zuhilfenahme ihrer eigenen Erfahrungen für ihr eigenes Geschlecht einen möglichst suchtfördernden Arbeitsplatz zu gestalten. Diese paradoxe Aufgabenstellung hat sich in der betrieblichen Fortbildung zu Prävention am Arbeitsplatz bewährt.

Der suchtfördernde Arbeitsplatz aus der Sicht von Männern und Frauen:

- Beide Geschlechter sahen letztlich in der Vereinbarkeit von betrieblichem und außerbetrieblichem/familiärem Bereich das zentrale Problem; aus ihren unterschiedlichen Erfahrungen heraus setzten sie dabei aber andere Akzente: Während die Frauen die *fehlende Trennung* zwischen den Bereichen als suchtfördernd beschrieben, beklagten Männer die *existierende Trennung* als "Ausgrenzung des Sozialen".

*Für die Frauen* stand die Problematik fehlender Abgrenzungen im Vordergrund. Z.B. kann die Verantwortlichkeit für Kinder - v.a. bei alleinerziehenden Frauen - nicht mit dem Betreten des Büros "abgestellt" werden. Suchtfördernd sind nicht abgrenzbare Arbeitszeit (Arbeit auf Abruf, Wochenendarbeit) und auf persönlicher Ebene die Unfähigkeit, gegenüber Arbeitsanforderungen Nein zu sagen. Die strukturelle Vermischung der Bereiche belastet auch dort, wo in der Berufstätigkeit extrafunktionale, sogenannte "spezifisch weibliche" Qualifikationen verlangt werden wie das Herstellen einer freundlichen Arbeitsatmosphäre. Bei dieser Untrennbarkeit der Bereiche hat der Beruf stets Vorrang, soziale Beziehungen außerhalb müssen sich nach den Arbeitserfordernissen bzw. nach der berufsbedingten Mobilität richten.

Die Männer sahen dagegen eher die ausschließliche Fokussierung auf den Arbeitsbereich i.S. einer Verbannung aller nicht auf die berufliche Tätigkeit bezogenen, gleichsam "privaten" sozialen Beziehungen aus der Arbeitssphäre als belastend und damit suchtfördernd an. Auch Männer, so steht als Feststellung hinter dieser Aussage, wollen sich um ihre Familie/ihre privaten Beziehungen kümmern; ist ihnen das verwehrt, dann entstehen Defizite, die zum Suchtmittelkonsum führen. Das

Problem ist umso gravierender, je stärker und ausschließlicher die Arbeitsanforderungen an erster Stelle stehen, je länger die Arbeitszeit angesetzt ist und je mehr eine vorrangige Identifikation mit der Arbeit - mit einer entsprechenden Verausgabung und Hintanstellung anderer Bedürfnisse - verlangt wird. Typisch dafür ist auch die Einstellung, Teilzeitarbeit sei bei Männern als "Behinderung" anzusehen, und die Erwartung, der Arbeitnehmer habe stets pünktlich und nie krank zu sein.

*Beide Geschlechter* vermissen Arrangements, die es ermöglichen, beide - den betrieblichen/beruflichen und den außerberuflichen/familiären - Bereiche, zu vereinbaren, d.h. Anforderungen aus dem jeweils anderen Bereich zu "managen", statt sie zu einfach nur mitzuschleppen (bei Frauen) oder sie auszusperren (bei Männern). Dazu gehört, daß in der beruflichen Tätigkeit Rücksicht auf die Anforderungen im "privaten" Bereich genommen wird.

- Insgesamt beschrieben v.a. Frauen unklare Aufgabenstellungen und Arbeitsanweisungen, die gleichzeitige Zuständigkeit für verschiedene Bereiche/Mitarbeiter, die Flexibilität, alles gleichzeitig zu erledigen, und die ständige Abrufbarkeit für neue Aufgaben bei großem Arbeitsdruck, wenig positiver Bestätigung und persönlicher Isolation als suchtförderndes Problem.

- Nur die Frauen nannten die "Internalisierung männlicher Autorität"/"Anpassungsbereitschaft" als suchtfördernden Aspekt: Die Frau verharrt in untergeordneter ausführender Position, auch wenn sie ihren Vorgesetzten an Sachkompetenz überlegen ist. Trotz geringer Handlungsspielräume wird sie verantwortlich gemacht, wenn etwas nicht klappt, und muß den Ärger anderer ausbaden. Ihre Sachkompetenz wird "im Geheimen" genutzt, wenn sie etwa für den unzulänglichen Chef mitdenkt, aber öffentlich diskriminiert. Ein männlicher Assistent dagegen fügt sich nicht einfach in seine Unterordnung, sondern will selbst aufsteigen und wird für seinen Chef zur Konkurrenz und Bedrohung. Mit der Internalisierung männlicher Autorität übernehmen Frauen auch Bewertungsmaßstäbe, die die "Frauenarbeit" gering schätzen und systematisch schlechter bewerten als "männliche" Leistungen.

- Für Männer war die Identität stiftende oder beschädigende Wirkung von Arbeit wesentlich: Eine Arbeit ohne Prestige und mit geringem Einkommen wurde als ebenso suchtfördernd eingestuft, wie die Erfahrung, daß nur noch das Produkt zählt, aber nicht mehr der Mensch, der es erarbeitet hat. Beides zerstört das männliche Selbstwertgefühl. Frauen könnten an diese Art von Arbeit so gewöhnt sein, daß sie nicht auf den Gedanken kommen, bezogen auf Prestige und Einkommen Ansprüche zu stellen.

- Von den Frauen wurden Aspekte der Atmosphäre und der räumlichen Arbeitsplatzgestaltung genannt: Lärm und kahle Wände. Männer stuften Monotonie als suchtfördernd ein.

- Sowohl von Männern als auch von Frauen wurden die strukturelle Förderung von Konkurrenz und gegenseitiger Überwachung unter Kollegen (Großraumbüros) sowie eine undurchschaubare Beurteilung der Leistung nach Belieben des Vorgesetzten

als suchtfördernd beschrieben. Unspezifisch wurde darüberhinaus die ständige Drohung mit Arbeitsplatzverlust, Zeit- und Leiharbeit, ein Mißverhältnis von abverlangter Verausgabung und positiver Bewertung (Lob) und das Nicht-Ernstnehmen als Person, als Mensch als Belastung genannt.

Diese Liste stellt einen Anstoß zum Weiterdenken dar. Sie konkretisiert die Unterschiedlichkeit der suchtfördernden Aspekte bei Frauen und Männern und liefert so Argumente für geschlechtsbezogene Präventionsprogramme in Betrieben. Aus den einzelnen genannten Aspekten läßt sich direkt die Funktionalität z.B. von Alkohol für Männer, von Medikamenten für Frauen herleiten.

Als grundlegendes Problem erweist sich, daß - und zwar je höher in der Hierarchie desto deutlicher - die Arbeitsanforderungen "männliche" sind: keine Rücksicht auf den Reproduktionsbereich, Ausrichtung auf Erfolg/Prestige/Leistung als männliche Werte. Mit diesen Vorgabe ergeben sich unterschiedliche Probleme für Frauen, die in ihrer doppelten Zuständigkeit für Familie/Sozialbereich und Beruf in die Mühlen widersprüchlicher Anforderungen geraten, und für Männer, die die Pathogenität der Anforderungen für sich erleben. Die Unterschiedlichkeit spiegelte sich bereits in der Arbeitsweise der Gruppen: In der Gruppe der Frauen stand das *Verhältnis* zwischen Arbeits- und Familienbereich im Vordegrund, die Gruppe der Männer konzentrierte sich stärker auf den Arbeitsbereich als solchen.

Die meisten Betriebe, in denen die Arbeitsbedingungen als suchtfördernd gelten können, fördern bzw. dulden gleichzeitig Gelegenheitsstrukturen, die den Konsum psychotroper Substanzen als Reaktion auf die Belastungen nahelegen ("Abteilungsapotheke", "5-Uhr-Sekt", Alkoholkonsum bei Geburtstags- und Betriebsfeiern etc.). Der Konsum wird eher sozial honoriert als problematisiert.

## b) Ansätze geschlechtsbezogener Prävention

Grundsätzlich kann nicht vorausgesetzt werden, daß alle Betriebe einer Veränderung von als suchtfördernd erkannten Arbeitsbedingungen positiv gegenüberstehen. Es ist daher notwendig, bei den Interessen der Betriebe anzusetzen und gemeinsame Zielvorstellungen zu entwickeln. Allgemeine, geschlechtsunspezifische Richtlinien bezogen auf Suchtgefahren am Arbeitsplatz - ohne Geschlechtsbezug - können, wenn sie politisch durchgesetzt und für die einzelnen Betriebe verpflichtend sind, einen Handlungsdruck in Hinsicht auf Schutzbestimmungen für die Mitarbeiter/innen erzeugen (Bsp.: Nichtrauchen am Arbeitsplatz).

Welcher Zugang zu den Betrieben bei der konkreten Inspektion und Veränderung der suchtfördernden Arbeitsplätze gewählt wird, ob das Thema "Gesundheitsförderung" in den Vordergrund gestellt wird, oder ob offensiv mit dem Thema "Sucht" gearbeitet wird, hängt von den unterschiedlichen nationalen und betrieblichen Besonderheiten ab. Angesetzt werden kann

- an den objektiven Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen (Reduktion),
- an den Bewältigungsfähigkeiten der Arbeitenden (Kompetenzverbesserung),

- an der Gelegenheitsstruktur für den Substanzkonsum in den Betrieben.  
Die Belastungen und Bewältigungskompetenzen sind in ihrer geschlechtsbezogenen Bedeutung aufzugreifen. Das bedeutet aber auch, daß bei dem Entwurf von Interventionsmaßnahmen Frauen und Männer beteiligt sein sollen, da sie jeweils die besondere Situation ihrer Geschlechtsgenossen kennen.

Geschlechtsbezogene Prävention heißt inhaltlich Berücksichtigung der unterschiedlichen Situation von Männern und Frauen im Arbeitsbereich bezogen auf Belastungen und ihre Verarbeitung. Methodisch ist zu überlegen, ob getrennte Maßnahmen für Frauen und für Männer angeboten werden oder ob das Thema "geschlechtsbezogene Aspekte" in gemeinsamen Gruppen bearbeitet werden kann. U. U. erweisen sich gleichgeschlechtliche Gruppen als effektiver; andererseits können solche Gruppen auf Ablehnung stoßen, weil sie nicht die gleiche soziale Bedeutung haben wie gemeinsame Seminare/Gruppen. Es liegen zu wenig Erfahrungen vor, um die Effektivität geschlechtshomogener und gemischter Gruppen kontextspezifisch (themen- und adressatenabhängig) zu diskutieren.



## ERGEBNISSE DER WORKSHOPS

### - BEDARF -

Es wurde in allen Workshop-Gruppen übereinstimmend ein großer Bedarf sowohl im Forschungsbereich, als auch bezogen auf die Praxis geschlechtsbezogener Prävention festgestellt.

#### 1. Forschungsbedarf

Die epidemiologische Datenlage zum Konsum von psychotropen Substanzen nach Geschlecht ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich gut. Während es in einigen Ländern bereits üblich ist, bei Erhebungen zumindest auf der Ebene rudimentärer Verteilungsaussagen nach Geschlecht zu differenzieren, liegen für andere Länder kaum Angaben vor. Bis auf wenige Ausnahmen fehlen in allen Ländern Wiederholungsbefragungen, die Aussagen über Langzeitentwicklungen möglich machen. Es fehlen weiterhin Forschungen, die die Bedingungsvariablen des Suchtmittelkonsums und -mißbrauchs, die Protektiv- und Risikofaktoren für Mädchen und für Jungen, Frauen und Männer getrennt untersuchen.

Die uneinheitliche Datenlage ist Symptom eines uneinheitlichen Diskussionsstandes (vgl. auch die Zusammenfassung). Das erschwert einen interkulturellen Vergleich. Erst bei einem solchen Vergleich würde die Bedeutung der unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Konsums psychotroper Substanzen bei Mädchen und bei Jungen (z.B. Familienstruktur und Verhältnisse Eltern-Söhne/Töchter, Art des Verhältnisses zwischen den Geschlechtern, Stand der Gesundheitsversorgung, sozio-ökonomische Entwicklung, Arbeitsstrukturen, Konsumtraditionen) sichtbar werden. Die Rahmenbedingungen bilden den Hintergrund für die Interpretation von epidemiologischen Daten, weil sie den Kontext des jeweiligen Verhaltens kennzeichnen.

In einigen Bereichen liegen allgemeine Untersuchungen zu den Bedingungen des Suchtmittelkonsums vor, wie z.B. bezogen auf Arbeitsplatzbelastungen und im Zusammenhang mit "Jugend und Gesundheit". Hier könnte eine Sekundäranalyse die gewünschte Differenzierung nach Geschlecht leisten. Jedoch fehlen vor allem qualitative Untersuchungen, die der Sichtweise und der subjektiven Motivation der betroffenen Mädchen und Jungen, Frauen und Männer selbst Rechnung tragen.

Es besteht auch Bedarf an Forschungen jenseits des "main-stream": Das Thema "Jungen und Gesundheit" ist weniger erforscht als das Thema "Mädchen und Gesundheit". Es gibt kaum Material über Alkoholkonsum bei Frauen und Medikamentenkonsum bei Männern im Zusammenhang mit Arbeitsplatzbelastungen.

Maßnahmen geschlechtsbezogener Prävention können nur auf der Basis vorhandener Evaluationsstudien in ihrer Effektivität beurteilt werden. Solche Studien fehlen

bislang vollständig, was z.T. daran liegt, daß insgesamt wenige solcher Projekte realisiert worden sind. Insbesondere müssen die Erfahrungen mit "gemischten" und mit geschlechtshomogene Gruppen ausgewertet werden, um kontextspezifisch Empfehlungen für die eine oder andere Form geben zu können.

## 2. Umsetzungsbedarf

Es fehlt die Umsetzung der konzeptuellen Überlegungen in geschlechtsbezogene Präventionsmaßnahmen. Bislang sind sehr wenig Ansätze verwirklicht worden. Diese Projekte arbeiten für sich und es findet kein Austausch über laufende Projekte geschlechtsbezogener Prävention in einzelnen Ländern statt und es gibt keine Vernetzung derjenigen, die in diesen Bereichen arbeiten. Die Kenntnis von Projekten ist unsystematisch und lückenhaft, so daß keine verallgemeinernde Empfehlungen hergeleitet werden können.

Das Mißverhältnis zwischen der Bedeutung geschlechtsbezogener Prävention und ihrer Umsetzung ist eklatant. Eine Förderung geschlechtsbezogener Projekte ist dringend erforderlich. Sie versprechen eine höhere Effektivität in dem Maß, in dem es möglich ist, die Maßnahmen auf die Situation und die Bedürfnisse der jeweils männlichen oder weiblichen Adressaten zuzuschneiden.

Die Förderung geschlechtsbezogener Prävention muß begleitet werden von einem Austausch über die Arbeit, um ihre Methoden und deren Effektivität zu prüfen.

## ZUSAMMENFASSUNG

Am Ende der Tagung bestand Einigkeit dahingehend, daß geschlechtsbezogene Ansätze notwendig sind. Die Notwendigkeit ist zum einem darin begründet, daß besondere, an die Zugehörigkeit zum weiblichen resp. männlichen Geschlecht geknüpfte Gesundheitsprobleme und Gefährdungen durch den Konsum psychotroper Substanzen existieren und einen Handlungsbedarf erzeugen. Geschlechtsbezogene Prävention ist zum anderen darüberhinaus immer dann unumgänglich, wenn sie auf die besondere Situation der Adressaten zugeschnitten sein und an ihren Motiven ansetzen soll, ihre Probleme ernstnehmen und sie bei deren Bewältigung positiv unterstützen soll. Alle Ansätze mit diesem Anspruch kommen nicht umhin zu sehen, daß die Adressaten nicht Kinder, Jugendliche oder Erwachsene sind, sondern Mädchen und Jungen, Söhne und Töchter, Männer und Frauen.

Die Forschungsergebnisse belegen, daß die Entstehungsbedingungen des Konsums und Mißbrauchs psychotroper Substanzen sich bei Männern und Frauen unterscheiden, sowohl von den objektiven Lebensbedingungen, Problemlagen und Ressourcen, als auch von den subjektiven Konsummotiven und dem Einfluß z.B. der Werbung her.

Gleichwohl steht die Forschung noch am Anfang und in einigen Ländern ist die Haltung, Daten zum Konsum psychotroper Substanzen allgemein nach Geschlecht aufzuschlüsseln und zu interpretieren, noch wenig verbreitet, von gesonderten Untersuchungen zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit für den Konsum ganz zu schweigen. Ein gemeinsamer Diskussionsstand ist wünschenswert, um vergleichen zu können, wie in unterschiedlichen Ländern und Kulturen der Bedingungsfaktor "Geschlecht" sich auf unterschiedliche Art und Weise auswirkt, wie jeweils unterschiedliche Probleme vordringlich sind und unterschiedliche Methoden des Vorgehens angemessen sind.

Die Notwendigkeit geschlechtbezogener Prävention steht in einem eklatanten Mißverhältnis zur Umsetzung in die Praxis: Es gibt nur wenige, vereinzelte Projekte in diesem Bereich. Eine Förderung dieser Ansätze ist dringend erforderlich, sowohl bezogen auf besondere Gesundheitsprobleme von Männern resp. von Frauen, als auch bezogen auf Präventionsmaßnahmen allgemein, die zielgruppenorientiert arbeiten und somit nach Geschlecht differenzieren sollten.

Die Förderung solcher Ansätze sollte begleitet werden von der Institutionalisierung eines Austauschs unter den Projekten und zwischen den Projekten und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit und den politischen Gremien im Bereich der Prävention der Konsums psychotroper Substanzen. In diesem Zusammenhang besteht ein hoher Bedarf an Evaluation von Maßnahmen geschlechtsbezogener Prävention. Sie erst macht es möglich, über Effektivität zu urteilen und zu entscheiden, welches methodische Vorgehen (z.B. in geschlechtergetrennten oder -homogenen Gruppen) unter welchen Bedingungen angemessen ist.

Nicht überall läßt sich die Notwendigkeit geschlechtsbezogener Prävention gleichermaßen thematisieren. Gerade dort, wo Frauen eklatante Benachteiligungen erfahren, die sich in größeren gesundheitlichen Problemen und einer schlechteren Gesundheitsversorgung niederschlagen, ist die Bereitschaft, bei der Gesundheitsförderung auf die besondere Situation der Frauen einzugehen, gering. Dabei ist es kein Widerspruch, daß die Gesundheitsförderung auf männliche Bedürfnisse zugeschnitten ist und gleichzeitig die Rolle des Mannes bezogen auf Gesundheit nicht problematisiert wird. Männer repräsentieren die ganze Welt - das ist der gemeinsame Kern sowohl der Benachteiligung der Frauen, als auch der Unmöglichkeit, die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit für Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe anzusprechen.

Anderswo ist es möglich, Zustimmung für die Notwendigkeit von an Frauen adressierten Programmen zu finden. Frauen werden als eine gesonderte Problemgruppe anerkannt, ebenso wie Kinder, Behinderte oder Alte. Frauen selbst haben maßgeblich dazu beigetragen, diese Programme durchzusetzen, indem sie ihre Diskriminierung aufgrund ihres Geschlechts beklagt und auf die besonderen, damit verbundenen Probleme hingewiesen haben. Die Gesundheitsförderung für diese "Sondergruppe", die einer die erlittenen Benachteiligungen kompensierenden besonderen Behandlung bedarf, läuft häufig parallel zu einer allgemeinen Gesundheitsförderung, die das Geschlecht der Adressaten nicht berücksichtigt und sich implizit an männlichen Lebensformen und Werten ausrichtet.

In wiederum anderen Zusammenhängen kann die Rolle des Mannes problematisiert werden. Gerade die gesundheitsschädlichen Privilegien von Männern - und der (exzessive) Konsum psychotroper Substanzen ist zumindest für lange Zeiten dazuzurechnen - geraten damit in ein anderes Licht, denn Männlichkeit als gesellschaftliche Konstruktion mit ihren Problemen und Gefährdungen wird kritisierbar. Offensichtlich ist dies aber erst möglich, wenn vorher die besonderen Probleme, die mit der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht verbunden sind, Anerkennung gefunden haben.

Was bezogen auf die Geschlechterfrage thematisierbar ist, ist nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Länder unterschiedlich und ist gebunden an gesellschaftliche Bedingungen. Wenn die unterschiedliche Thematisierbarkeit ein Indikator für den Stand der Geschlechterverhältnisse ist, dann sind jeweils auch besondere Problemkonstellationen in der Gesundheitsförderung vordringlich und auch andere methodische Vorgehensweisen bei der Gesundheitsförderung angemessen.

Trotz aller Unterschiedlichkeit in der Anerkennung des Themas, zeigt die fast überall fehlende Umsetzung der Überlegungen in die Praxis, daß die theoretische Feststellung, geschlechtsbezogene Prävention sei notwendig, häufig ein rein verbales Zugeständnis bleibt und die Widerstände gegen die Thematisierung der Geschlechterrollen nicht überwunden sind.

So zeigt der Vergleich die Chancen und die Hindernisse geschlechtsbezogener Prävention: Sie ist umso notwendiger, je weniger sie möglich zu sein scheint.

**Internationales Treffen**  
**"Geschlechtsspezifische Ansätze in der Prävention**  
**des Suchtmittelmißbrauchs"**  
**Überlingen, Bodensee, BRD, 9 - 12 Juni 1992**

**TEILNEHMERLISTE**

Dr. Amanda Amos  
Lecturer in Health Education  
Dept. of Public Health Sciences  
Medical School, Edinburgh University  
17, Teviot Place  
GB - Edinburgh EH8 9AG  
United Kingdom

Tel: 0044/31.6503236  
Fax: 0044/31.6676129

Dr. Liz Batten  
Senior Research Fellow  
Dept. of Psychology  
The University  
GB - Southampton SO9 5NH  
United Kingdom

Tel: 0044/703.593629  
Fax: 0044/703.593939

Dr Susanna Bihari  
National Institute for Health Promotion  
Andrassy ut 82  
H - 1062 Budapest  
Hungary

Tel: 0036/1.1324527  
Fax: 0036/1.1316112

I.G.M. Bouwens  
Representative Dutch Health  
Education Centre  
Franckenstraat 31  
NL - 6522 AC Nijmegen  
Netherlands

Tel: 0031.80.224331  
Fax: 0031.85.421948

Dr. Fedorah Contreras  
Centre for Health Promotion Studies  
Apartado de Coneos 7113  
E - 28080 Madrid  
Spain

Tel: 0034/1.4358588  
Fax: 0034/1.4745363

Inguna Ebele  
Vecpilseta iela 13/15  
Riga 226050  
Lettland

Tel: 007/1032.651328

Dr. Gerlinde Egerer  
Medizinische Krebsklinik  
der Universität Heidelberg  
Bergheimer Straße 58  
W - 6900 Heidelberg  
Germany

Tel: 0049/6221.568849

Dr. Peter Franzkowiak  
Seerobenstraße 29  
W - 6200 Wiesbaden  
Germany

Tel: 0049/611.409964  
Fax: 0049/611.405825

Markus Freitag  
Universität Bielefeld  
Sonderforschungsbereich 227  
Postfach 100 131  
W - 4800 Bielefeld  
Germany

Tel: 0049/521.1060  
Fax: 0049/521.1062987

Margaretha Haglund  
Principal Administrative Officer  
Public Health and Epidemiology  
National Board of Health and Social Welfare  
Linnegatan 87  
S - 10630 Stockholm  
Sweden

Tel: 0046/8.7833297  
Fax: 0046/8.7833070

Dagmar Hedrich  
Council of Europe  
Pompidou Group  
Boite postale 431 R6  
F - 67006 Strasbourg  
France

Tel: 0033/88.412821  
Fax: 0033/88.412785

Dr. Cornelia Helfferich  
Abt. für Medizinische Soziologie  
Universität Freiburg  
Stefan-Meier-Straße 17  
W - 7800 Freiburg  
Germany

Tel: 0049/761.203.4148  
Fax: 0049/761.203.4140

Dr. Walter Kern  
Pestalozzianum  
Gangerstraße 3  
CH - 8006 Zürich  
Switzerland

Tel: 0041.1.3619952  
Fax: 0041/1.3619952

Martin Küng  
Suchtpräventionsstelle  
der Stadt Zürich  
Röntgenstraße 44  
CH - 8005 Zürich  
Switzerland

Tel: 0041/1.2729835  
Fax: 0041/1.2725830

Jane Lethbridge  
Health Education Authority  
Hamilton House  
Mabledon Place  
GB - London WC 1H 9TX  
United Kingdom

Tel: 0044/71.4131925  
Fax: 0044/71.4130341

Dr. Béatrice Majnoni d'Intignano  
Professeur des Universités Paris XII  
12, rue Debelleye  
F - 75003 Paris  
France

Tel: 0033/1.42771633  
Fax: 0033/1.43252450

Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider  
Abt. Epidemiologie  
Bremer Institut für Präventions-  
forschung und Sozialmedizin (BIPS)  
Grünenstraße 120  
W - 2800 Bremen  
Germany

Tel: 0049/421.5959631  
Fax: 0049/421.5959665

Christa Merfert-Diete  
DHS  
Westring 2  
W - 4700 Hamm  
Germany

Tel: 0049/2381.901518  
Fax: 0049/2381.15331

Caroline Naett  
BASP  
117, rue des Atrébets  
B - 1040 Brüssel  
Belgium

Tel: 0032/2.7322468  
Fax: 0032/2.7369192

Suzanna Holandzowa  
National Centre for  
Health Promotion  
Sokolska 54  
CSFR - Prag 2  
Czechoslowaka

Tel: 0042/2.293401  
Fax: 0042/2.2352412

Pia Rosenquist  
Nordix Council on Alcohol  
and Drug Research  
Annakatu 29 a 23  
SF - 00100 Helsinki  
Finland

Tel: 00358/0.6948082  
Fax: 00358/0.6949081

Denise Chervet  
SFA (Schweizerische Fachstelle  
für Alkohol- u.a. Drogenprobleme)  
Av. Ruckonnet 14  
CH - 1001 Lausanne  
Switzerland

Tel: 0041/21.202921  
Fax: 0041/21.231930

Betsy Thom  
London School of Hygiene  
and Tropical Medicine  
Keppel Street  
GB - London WC 1E 7H1  
United Kingdom

Tel: 0044/71.9272434  
Fax: 0044/71.4363611

Lauk Woltring  
Werken met Jongens  
Algemene Hageschool Amsterdam  
Fakulteit Sociaal-Agogische Opleidingen  
Karthuizerplantsoen 2  
Postbus 19 512  
NL - 1000 GM Amsterdam

Tel: 0031/20.5230300



## **Weltgesundheitsorganisation / World Health Organization**

Regionalbüro für Europa  
(Regional Office for Europe)  
8, Scherfigsvej  
DK - 2100 Copenhagen  
Denmark

Tel: 0045/39.171717  
Fax: 0045/31.181120

Cees Goos  
Coordinator

## **Bundesministerium für Gesundheit / Federal Ministry for Health**

Postfach 20 01 29  
W - 5300 Bonn 2  
Germany

Tel: 0049/228.9410  
Fax: 0049/228.9414978

Barbara Marks  
Ref. 326

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung / Federal Centre for Health Education**

Ostmerheimer Straße 20  
W - 5000 Köln 91  
Germany

Tel: 0049/221.89920  
Fax: 0049/221.8992300

Gisela Marsen-Storz  
Abteilung "Prävention von Volkskrankheiten"

Margareta Nilson-Giebel  
Referat Auslandsbeziehungen

Jürgen Töppich  
Referat Wissenschaftliche Untersuchungen,  
Erfolgskontrolle, Dokumentation

**Sekretariat**  
Christine Dorer  
Referat Auslandsbeziehungen

Franz Galliat  
Referat Lehrgänge, Seminare, Erwachsenenbildung

Inge Krach-Thewissen  
Referat Auslandsbeziehungen