

Teil B – Ausgewählte Themen

1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern

1.1 Zusammenfassung

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind im Suchtbereich zwar seit langem bekannt, aber eine durchgehende Realisierung genderspezifischer Aspekte in der Suchtkrankenhilfe war bis vor kurzem nur in Ansätzen zu beobachten.

Männer fallen insgesamt durch qualitativ und quantitativ riskantere Konsummuster auf. Die epidemiologische Betrachtung der erwachsenen Drogenkonsumentinnen und –konsumenten ergibt eindeutig genderspezifische Unterschiede, wobei sich in den letzten Jahren bei den legalen Substanzen – wie z.B. Tabak – die Unterschiede zunehmend verringern. Auch bei den Infektionskrankheiten Hepatitis und HIV sind, bedingt durch die hohen Prävalenzen des Drogenkonsums, deutlich mehr Männer betroffen. Drogengebrauchende Männer sind auch bei den drogenbedingten Todesfällen deutlich überrepräsentiert, jedoch ist die Mortalitätsrate seit mehreren Jahren rückläufig. Die Unterschiede setzen sich in der Kriminalitätsstatistik fort: Frauen sind auch hier deutlich unterrepräsentiert.

Obwohl zunehmend genderspezifische Programme in der Suchtprävention entwickelt und eingesetzt werden, werden diese offenbar (noch) außerhalb wissenschaftlicher Kommunikationsbahnen und Archivierungswege durchgeführt und kommuniziert. Tatsächlich sind Maßnahmen „verinselt“ und (noch) vorwiegend in der außerschulischen Jugendarbeit verortet. Aus der Statistik der ambulanten und stationären Behandlungsfälle in Deutschland gehen nur wenige genderspezifische Unterschiede hervor. Zum Beispiel weisen Frauen im Rahmen der ambulanten Behandlung eine höhere Abbruchquote auf als Männer.

Die Behandlung Drogengebrauchender und -abhängiger erfolgt zunehmend unter genderbezogenen Gesichtspunkten. Das deutsche Suchtkrankenhilfesystem ist zunächst von der deutlichen Überrepräsentanz der Männer geprägt. Erst allmählich gelingt es Konzepte zu entwickeln, die den genderspezifischen Ansatz berücksichtigen und somit genderspezifische Aspekte von drogenkonsumierenden Frauen und Männern einschließen. Dies gilt für die ambulante und die stationäre Behandlung, sowie für Nachsorge und die Selbsthilfe.

1.2 Epidemiologie

Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen (Epidemiologischer Suchtsurvey) des Instituts für Therapieforschung (IFT) (Kraus & Augustin, 2005) und die wiederholten Querschnittsbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2004) zur Drogenaffinität Jugendlicher zeigen deutlich, dass vergleichsweise mehr Männer als Frauen illegale Drogen konsumieren. Bei den jüngeren Drogenkonsumenten sind jedoch geringere Unterschiede bei den Konsumraten zu beobachten. Die nachfolgende epidemiologische Betrachtung von drogenkonsumierenden Frauen und Männern konzentriert sich auf die Entwicklung der Prävalenzen über einen Zeitraum von 14 Jahren (Augustin et al. 2005, BZgA 2004).

1.2.1 Trends im Drogenkonsumverhalten

Daten der Drogenaffinitätsstudie zeigen genderspezifische Konsumtrends bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren (BZgA 2004). Während bei den weiblichen Jugendlichen und bei jungen Frauen die Prävalenz des Drogenkonsums in den letzten 12 Monaten seit 1997 bei rund 10% konstant blieb, findet sich bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme von 14% auf 17% (Abbildung 15).

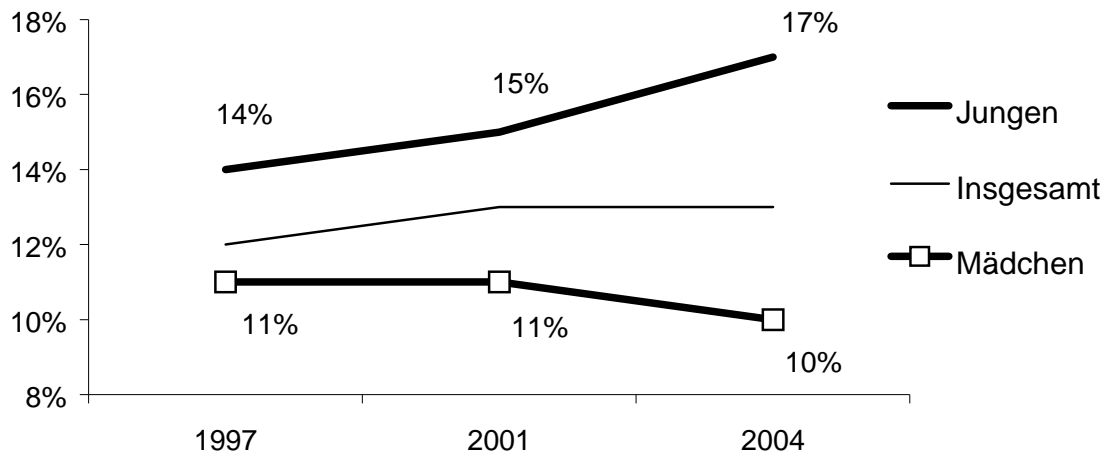


Abbildung 1: Konsum illegaler Drogen im letzten Jahr im Alter von 12 bis 25 Jahren, Trends von 1997 bis 2004

Quelle: BZgA (2004)

Aufgrund der Datenlage sind im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey zum Drogengebrauch Erwachsener (Augustin et al. 2005) Trenddarstellungen der gesamten Gruppe (18 bis 59 Jahren) erst ab 1995 möglich. Sie zeigen, dass der Cannabiskonsum zwar bei beiden Geschlechtern zunimmt, bei Frauen aber prozentual stärker ausfällt. Der Abstand zwischen den Geschlechtern ist damit kleiner geworden. 1995 war die Prävalenz für Männer noch drei Mal so hoch wie für Frauen, 2003 ist sie nur noch doppelt so hoch. Bei den anderen Drogen finden sich bei Frauen wie Männern nur wenig Veränderungen (Abbildung 16).

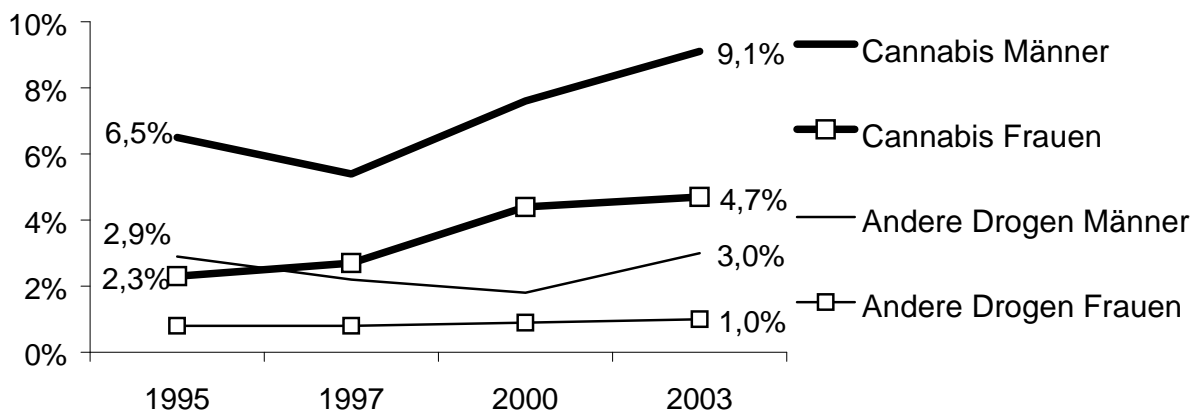


Abbildung 2: Drogenkonsum im letzten Jahr bei Frauen und Männern im Alter von 18 bis 59 Jahren, Trends 1995 bis 2003

Quelle: Augustin et al. (2005)

In der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren zeigen sich die gleichen Effekte, allerdings fallen die Prävalenzen bei diesen späten Geburtsjahrgängen durchweg höher aus. So ist der Anteil der Cannabiskonsumenten im letzten Jahr bei den Frauen von 4,1% in 1990 auf 14,4% (das 3,5-fache des Ausgangswertes) in 2003 angestiegen. Bei den Männern ist ein Anstieg von 8,1% auf 22,0% (das 2,7-fache) zu verzeichnen (Augustin et al. 2005). Hinsichtlich anderer Drogen sind in dieser Altersgruppe Steigerungsraten zu beobachten, die deutlich geringer ausfallen als beim Cannabiskonsum.

In dieser Dokumentation bleibt der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente unberücksichtigt, von denen insbesondere die Benzodiazepine bei Drogenmissbrauchenden und Drogenabhängigen weit verbreitet sind. Aktuelle Daten liegen derzeit nicht vor, so dass auf eine genderspezifische Analyse verzichtet wird.

1.2.2 Infektionserkrankungen

Infektionserkrankungen stellen – vor allem bedingt durch den intravenösen Konsum – ein erhebliches Risiko für drogenkonsumierende Frauen und Männer dar. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch prostituierende Drogenkonsumentinnen und -konsumenten einem hohen Infektionsrisiko unterliegen.

HIV/AIDS

Bis zum 31.12.2004 wurden in Deutschland 23.546 Fälle von Aids-Erkrankungen gemeldet, davon waren 3.104 (13,2%) Frauen und 22.442 (86,8%) Männer. Bei den Frauen wurde bei 40% (1.238 Fälle) eine Drogenabhängigkeit als Infektionsrisiko genannt, bei den Männern wurden 23% (2.359 Fälle) der entsprechenden Risikogruppe zugeordnet. Eine gesonderte Auswertung von HIV-positiven Frauen und Männern ergab, dass für Frauen i.v. Drogenkonsum das höchste Infektionsrisiko darstellt, während bei Männern gleichgeschlechtliche Sexualkontakte das größte Infektionsrisiko bergen (RKI 2005a).

Bisher konnten in Deutschland HIV-positive Personen im Strafvollzug kaum erfasst werden, da der Strafvollzug durch die einzelnen Bundesländer geregelt wird. Eine bundesweite Untersuchung mit geschlechtsspezifischer Auswertung fehlt bislang (Klotzbach & Andresen 2005).

Hepatitis C

Insgesamt wurden im Jahr 2004 8.998 Fälle mit einer erstdiagnostizierten Hepatitis C ermittelt. Damit lag die bundesweite Inzidenz bei 10,9 Erstdiagnosen pro 100.000 Einwohner. Die Inzidenz der Fälle war mit 13,4 pro 100.000 Einwohner bei Männern wesentlich höher als bei Frauen mit 8,5 Fällen (RKI 2005b).

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen intravenösem Drogengebrauch und HCV-Infektionen, wobei Männer in dieser Gruppe deutlich überrepräsentiert sind. Besonders betroffen ist die Gruppe der 20- bis 29-jährigen Männer. Unter diesen HCV-Infizierten lag bei 71% intravenöser Drogenkonsum vor. Eine ähnliche Auswertung für Frauen liegt nicht vor. Aufgrund der Tatsache, dass Männer unter den intravenösen Drogenkonsumenten deutlich

überrepräsentiert sind, ist die erheblich höhere Inzidenz erstdiagnostizierter Hepatitis C bei Männern im Vergleich zu Frauen zu erklären (RKI 2005b).

Knorr (2004) stellte bei seinen Datenauswertungen zum Strafvollzug insgesamt eine Hepatitis C-Infektionsrate von 12-20% fest, die bei inhaftierten Drogenkonsumenten/-innen 61-75% erreichte. Aufgrund der Ergebnisse kommt die Studie zu dem Schluss, dass das Risiko einer Hepatitis C-Infektion mit zunehmender Aufenthaltsdauer im Strafvollzug steigt. Der erhöhte Anteil von Männern im Strafvollzug stellt in diesem Sinne ebenfalls ein erhöhtes Risiko für eine HCV-Infektion dar.

Andere Infektionserkrankungen

Neben den Hepatitiden und HIV/AIDS gibt es noch weitere Infektionskrankheiten, die Folgen des intravenösen Drogenkonsums sind. So sind bei Drogenabhängigen häufig bakterielle Endokarditis, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten zu beobachten (Miró et al., 1999). Eine geschlechtsspezifische Auswertung liegt hierzu nicht vor.

1.2.3 Drogenbedingte Todesfälle

In Deutschland war die Zahl der Drogentoten mit 1.385 Fällen 2004 auf dem niedrigsten Stand seit 1989. Dies bedeutet einen erneuten deutlichen Rückgang um 6,2% gegenüber dem Vorjahr (BMGS, 2005). Eine geschlechtsspezifische Auswertung der Mortalitätsraten von 2000 bis 2003 zeigt, dass die Anzahl der Drogentoten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kontinuierlich abgenommen hat. Demnach sind im Vorjahr 231 Frauen und 1.231 Männer aufgrund von Drogenkonsum verstorben. 2004 belief sich die Zahl der Todesfälle auf 203 Frauen und 1156 Männer (BKA, 2005). Im Vergleich zwischen 1995 und 2003 ergibt sich daraus bei Frauen ein Rückgang um 10%; bei Männern um 20% (siehe Abbildung 5 Anhang).

1.2.4 Problematischer Konsum und Abhängigkeit

Frauen und Männer sind in unterschiedlichem Maße von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit betroffen. Für einige Parameter problematischen Konsums, für die eine Geschlechterdifferenzierung möglich ist, soll die Situation nachfolgend beschrieben werden.

Die Bewertung von Drogenkonsum mit Hilfe der „Substance Dependence Scale“ ermöglicht im Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 eine solche Gegenüberstellung. Setzt man den Cut-off bei Erfüllung eines Kriteriums, so ergibt sich ein problematischer Konsum von Cannabis bei 0,9% der Frauen und 2,7% der Männer, setzt man ihn bei Erfüllung von drei Kriterien so resultiert problematischer Konsum bei 0,4% der Frauen und 1,7% der Männer. Für Kokain liegen die entsprechenden Werte bei 0,1% und 0,4% (cut-off: 1) bzw. bei 0,0% und 0,2% (cut-off: 3).

Die Berechnung der Zahl problematischer Konsumenten auf der Basis von Behandlungsdaten ergibt analog zu dem Verfahren in Kapitel 4.2.1 für Frauen 22.200-35.900 Opiatkonsumentinnen und 41.500-67.000 Konsumentinnen harter Drogen.

Ambulante Behandlung

Der folgenden Auswertung liegen Datensätze von 144.788 Beratungen und Behandlungen in 707 ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen zugrunde. Bei den Einrichtungen handelt es sich um psychosoziale Beratungsstellen und Ambulanzen (94%), niedrigschwellige Einrichtungen (3%), Einrichtungen für das ambulante betreute Wohnen (2%) und Beratungseinrichtungen im Strafvollzug (0,3%).

Der Frauenanteil für die verschiedenen Hauptdiagnosen variiert. Lediglich bei Medikamentenabhängigkeit und verwandten Problemen sind Frauen überproportional vertreten. Bei allen anderen Diagnosen liegt ihr Anteil bei 15% bis 36%. Bemerkenswert niedrig sind die Werte für Cannabis (Welsch & Sonntag 2005) (Tabelle 30).

Tabelle 1: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen

	Hauptdiagnose	Anteil Frauen
10	Alkohol	23,9%
11	Opioide	22,6%
12	Cannabinoide	14,6%
13	Sedativa/Hypnotika	55,6%
14	Kokain	15,8%
15	Stimulanzien	24,2%
16	Halluzinogene	22,9%
18	Flüchtige Lösungsmittel	36,0%
19	andere psychotrope Substanzen	22,0%

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

82% der Frauen mit opiatbezogener Hauptdiagnose suchen freiwillig eine ambulante Einrichtung auf und 12% aufgrund rechtlicher Auflagen. 74% der Männer wenden sich hingegen von sich aus an eine ambulante Behandlungseinrichtung, 19% aus rechtlichen Gründen.

Die Dauer der ambulanten Behandlung ist bei Männern (20 Wochen) mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit um durchschnittlich 4 Wochen kürzer als bei opiatabhängigen Frauen (24 Wochen). Die Rate der planmäßigen Beendigung der Behandlung von Opiatabhängigen ist im Vergleich zu Alkoholabhängigen deutlich niedriger.

Es bestehen nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der planmäßigen Beendigung der ambulanten Behandlung. So schließen 21,6% der Frauen und 22,3% der Männer ihre Behandlung planmäßig ab. 47,8% der opiatabhängigen Frauen im Vergleich zu 42,1% der opiatabhängigen Männer brechen ihre ambulante Behandlung vorzeitig ab. 18,2% der Frauen und 19,2% der Männer schließen ihre Behandlung erfolgreich, d.h. abstinent, ab (Welsch & Sonntag 2005).

Stationäre Behandlung

Für die Analyse der Behandlung in 106 stationären Einrichtungen wurden 23.768 Behandlungsdatensätze ausgewertet. Von den Einrichtungen fallen 84% in die Kategorie der Rehabilitationseinrichtungen, 4% der Datensätze wurden in Krankenhäusern bzw. deren Suchtabteilungen und 12% in Heimen und Übergangseinrichtungen gesammelt (Welsch & Sonntag, 2005).

Der Frauenanteil an den verschiedenen Patientengruppen im stationären Bereich entspricht weitgehend den Ergebnissen aus den ambulanten Einrichtungen. Allerdings liegen die Frauenanteile für verschiedene Teilgruppen noch niedriger als dort (Welsch & Sonntag, 2005) (Tabelle 31).

Tabelle 2: Frauenanteil an den Klienten stationärer Einrichtungen

	Hauptdiagnose	Anteil Frauen
10	Alkohol	22,4%
11	Opioide	16,8%
12	Cannabinoide	10,9%
13	Sedativa/Hypnotika	53,7%
14	Kokain	10,7%
15	Stimulantien	16,7%
16	Halluzinogene	14,3%
18	Flüchtige Lösungsmittel	--
19	andere psychotrope Substanzen	19,3%

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

64,3% aller Frauen und 53,6% aller Männer kommen freiwillig in die stationären Einrichtungen. Aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz unterzogen sich mehr als ein Viertel der Frauen (27,0%) und zwei Fünftel der Männer (40,3%) einer stationären Behandlung. Infolge anderer straf- und zivilrechtlicher Verfahren wurden 6,6% der Frauen und 4,7% der Männer in stationären Einrichtungen aufgenommen (Sonntag & Welsch 2004).

Stationäre Behandlungen weisen mit durchschnittlich 13 Wochen eine deutlich kürzere Verweildauer auf als ambulante. Der Anteil der Opiatabhängigen, die ihre Behandlung planmäßig beenden, ist gegenüber Alkoholabhängigen im stationären Setting deutlich geringer. So werden 33,2% der Frauen und 37,7% der Männer regulär aus ihrer Behandlung entlassen. 52,7% der Frauen und 47,5% der Männer brechen ihre Behandlung vorzeitig ab oder werden aus disziplinarischen Gründen vorzeitig entlassen.

18,3% der drogenabhängigen Frauen und 31,3% der Männer schlossen ihre Behandlung erfolgreich ab. 38,5% der Frauen und 29,4% der Männer verließen die stationären Einrichtungen in gebessertem Zustand. In diesen Fällen wurde durch die Behandlung eine weitgehende Stabilisierung des physischen und psychischen Zustandes sowie der gesamten Lebensumstände erreicht, jedoch (noch) keine Drogenabstinenz (Sonntag & Welsch 2004).

1.2.5 Drogenkriminalität und Strafvollzug

Frauen sind erheblich weniger in Drogendelikte involviert als Männer. Dies zeigt sich auch im Strafvollzug, in dem der Frauenanteil deutlich unter 50% liegt.

Kriminalität

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 232.502 Tatverdächtige im Bezug auf Rauchtatdelikte ermittelt. Abbildung 17 zeigt die Entwicklung der letzten 10 Jahre. Der Frauenanteil an den Tatverdächtigen veränderte sich zwischen 1995 (11,9%) und 2004 (11,8%) nur geringfügig. Seit 1995 hat sich die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen an den allgemeinen Verstößen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern verdoppelt. So waren es bei den Frauen 1995 insgesamt 10.947 Verstöße und 2004 20.856, bei den Männern 1995 74.276 bzw. 2004 150.395 (BKA 2005).

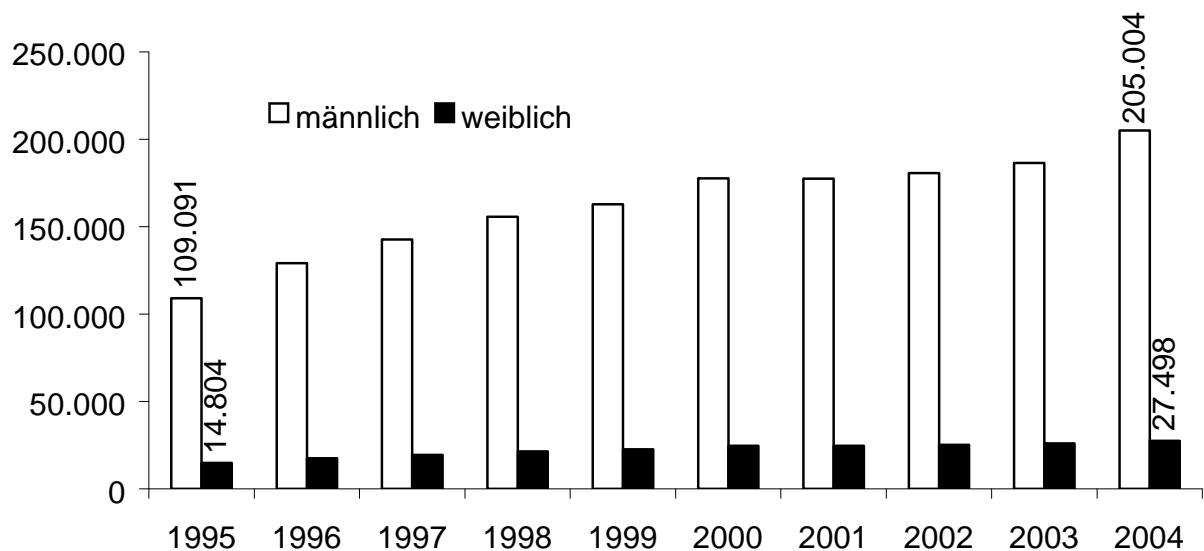


Abbildung 3: Ermittelte Tatverdächtige bei Rauschgiftdelikten

Quelle: BKA 2005

2004 wurden 62.131 Tatverdächtige ermittelt, die Drogen gehandelt bzw. geschmuggelt haben. Frauen sind darunter nur mit 10% vertreten. Insgesamt unterliegt die Entwicklung in den letzten 10 Jahren einigen Schwankungen, wobei sich die Anzahl der ermittelten Tatverdächtigen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern auf einem fast gleich bleibenden Niveau bewegt (BKA 2005). Ähnliche Schwankungen sind auch bei den Tatverdächtigen zu beobachten, die aufgrund der Einfuhr *nicht geringer Mengen* ermittelt wurden, wobei es hier mit 5.139 ermittelten Fällen geringfügig weniger Tatverdächtige waren als 2003 (BKA 2005).

Strafvollzug

Daten über suchtkranke, inhaftierte Männer und Frauen liegen derzeit nicht vor. Kreuzer (2002) schätzte jedoch, dass im Jahr 2000 von 75.300 Inhaftierten etwa 15.000 (20%) drogenabhängig waren. Von der Gesamtpopulation der Drogenabhängigen wären dies ca. 10%. Eine geschlechtsspezifische Unterscheidung liegt nicht vor.

Insgesamt sind deutlich weniger Frauen als Männer in den Haftanstalten untergebracht: 94,9% aller Inhaftierten sind Männer. Bezogen auf Rauschgiftdelikte ist der Frauenanteil mit 6,1% nur unwesentlich höher. Frauen begehen – wie bereits in der Kriminalitätsstatistik gezeigt – wesentlich seltener Drogendelikte und werden in der Regel auch milder bestraft (Schaper & Heumüller, 2003). Analysen ergaben aber auch, dass Straftaten von Frauen häufiger als bei Männern trotz Verbindung mit der Suchtmittelabhängigkeit zu einer Verurteilung wegen anderer Straftatbestände (z.B. wegen Diebstahl) führen. Schaper und Heumüller (2003) schätzen, dass der Anteil von Drogenabhängigen unter den Frauen im Strafvollzug vergleichsweise unterschätzt wird. In der JVA Vechta (ausschließlich für Frauen) wurde 2002 ein Anteil von 57% festgestellt (Schaper & Heumüller 2003).

In einem Modellprojekt zur Infektionsprophylaxe durch Vergabe steriler Einmalspritzen im niedersächsischen Strafvollzug wurden einige geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt: So äußerten die Projektteilnehmer aus dem Männerstrafvollzug, dass sie eine Verschlechterung der eigenen Situation befürchteten, falls ihr Drogenkonsum bekannt würde. Aus diesem Grund reduzierte sich der Anteil der Projektteilnehmer. Dagegen bestanden bei den inhaftierten Frauen diese Befürchtungen nicht. Sie frequentierten sehr stark die Spritzenautomaten und hielten sich weitgehend an die Projektregeln. Das größere Misstrauenspotenzial der Männer wurde durch den längeren Haftaufenthalt begründet. So verbüßten die Männer vor Projektbeginn durchschnittlich ca. 55 Monate und die Frauen 15,7 Monate im Strafvollzug. In Bezug auf ihren Drogenkonsum zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede. Beide Gruppen konsumierten seit durchschnittlich 10 Jahren regelmäßig Heroin. Die Infektionsrisiken wurden von beiden Gruppen ähnlich bewertet. Der Drogenkonsum in Haft wurde mangels Austauschspritzen als riskanter angesehen als der Konsum außerhalb der Haftanstalten. Als Infektionswege für HIV oder andere Infektionen wurde von 44% der Frauen und von 14% der Männer Prostitution angegeben. Darüber hinaus hatten die weiblichen Häftlinge häufiger einen intravenös gebrauchenden Partner als die männlichen Insassen (Meyenberger et al. 1996). Ergänzend sei angemerkt, dass alle deutschen Pilotprojekte zum Spritzentausch mit Ausnahme einer Frauenhaftanstalt in Berlin eingestellt worden sind.

1.3 Genderspezifische Programme in der Prävention

Die Praxiserfahrungen belegen in unterschiedlichsten Teilbereichen der Gesundheitsförderung, dass ein *differenzierter Adressatenbezug* die Effektivität präventiver Botschaften und Strategien steigern kann. Gerade in der Suchtprävention hat es sich zunehmend als sinnvoll erwiesen, die Funktion von gesundheitsschädlichen („Risiko“-)Verhaltensweisen im lebensweltlichen Kontext aufzugreifen, „funktional äquivalente“ Handlungsalternativen zum

Drogenmissbrauch und alternative Leitbilder anzubieten sowie die Förderung von Lebenskompetenzen in das Konzept aufzunehmen.

Zunehmend wird deutlich, dass das *Geschlecht als bedeutsames Differenzierungsmerkmal* zu sehen ist und in die Planung der Interventionen mit einbezogen werden muss. Dieser Aspekt ist bislang konzeptionell unterentwickelt und wird nur in Nischen praktisch umgesetzt, obwohl die Jugendgesundheits- und Risikoforschung allgemein aufzeigen konnte, dass

- sich die Belastungen und Entwicklungsprobleme in der Jugendphase bei Mädchen und Jungen unterscheiden;
- Mädchen und Jungen über unterschiedliche Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen verfügen.

Unabhängig von den beschriebenen Forderungen nach geschlechtsbezogener Suchtprävention fehlen empirische Untersuchungen zu solchen Präventionsmaßnahmen fast völlig (Franzkowiak & Helfferich 2000).

Einer der wenigen Hinweise zu genderspezifischen Präferenzen in Bezug auf Inhalte und Methoden von allgemeinen Präventionsprogrammen stammen von Schinke (1994). Demnach wünschten sich junge Männer eher Methoden, die sie beim Nein sagen in ihrem sozialen Umfeld unterstützten und die das Erlernen weiterer sozialer Fertigkeiten vermittelten. Junge Frauen hingegen bevorzugten Maßnahmen zur Selbstdefinition und zum Selbstaussdruck sowie Hilfen zur Reduktion von Anspannung und das Erlernen von Affekt-kontrolltechniken. Frauen bevorzugten Settings, die einen persönlichen, informellen Austausch oder Kleingruppenarbeit ermöglichen (Leppin et al. 2000).

Geschlechtsbezogene Projektpraxis in der Suchtprävention wird offenbar noch weitestgehend außerhalb wissenschaftlicher Kommunikationsbahnen und ohne Dokumentation durchgeführt und kommuniziert. Tatsächlich finden diese Maßnahmen vereinzelt und noch vorwiegend in der außerschulischen Jugendarbeit statt. Austausch und potenzielle Vernetzungen von engagierten professionellen Mitarbeitern in diesem Feld sind bisher auf abgeschottete regionale Umfelder beschränkt, beruhen oft auf Zufallskontakten und sind nur gering ausgeprägt.

1.3.1 Universalprävention unter Berücksichtigung spezifischer Verhaltensweisen von Mädchen und Jungen

Bisher wurden nur wenige universalpräventive Projekte erfasst, die auch genderspezifische Verhaltensweisen unterstützen. Herauszuheben ist die Wanderausstellung „Boys and Girls – Jugendliche auf der Suche nach dem eigenen Ich“, die mit ihren interaktiven Elementen eine nach Geschlechtern differenzierte Unterstützung in der Phase der Pubertät anbietet. Ziel ist es, die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstständigkeit sowie von Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu fördern. Darüber hinaus soll es zu eigenständigem Verhalten in verschiedenen Lebenssituationen – auch im Bezug auf Substanzen mit Suchtpotenzial – befähigen.

1.4 Zielgruppenspezifische Prävention unter Berücksichtigung besonderer Aspekte

Vergleichbar mit der Universalprävention, sind genderspezifische Ansätze auch in der zielgruppenorientierten Prävention selten. Trotzdem bleiben sie nicht unberücksichtigt, zumal bei den legalen Drogen und bei den Interventionen von Risikogruppen konzeptionell solche Aspekte berücksichtigt werden.

Interventionen für Risikogruppen

Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 18 Jahren, die Fragen zu Suchtmitteln haben oder selbst Suchtmittel konsumieren und diesen Konsum verändern möchten, werden im Rahmen des Projekts „Kajal“ beraten. Es besteht für sie auch die Möglichkeit Telefonberatung in Anspruch zu nehmen. In diesem niedrigschwelligen Angebot wird sehr großer Wert auf die Wahrung der Anonymität gelegt.

Ziel des Angebots ist es, tragfähige und barrierefreie Beratungssituationen zu schaffen, die es den Mädchen bzw. jungen Frauen ermöglichen, sich mit ihren Problemen auseinander zu setzen. Erweist sich die Drogenproblematik als behandlungsbedürftig, ist eine Vermittlung in eine stationäre Einrichtung möglich. Das Projekt qualifiziert außerdem Multiplikatoren aus Mädchen- und Jugendhilfeeinrichtungen sowie aus Schulen und berufsorientierten Einrichtungen und vermittelt Wissen über Mädchenspezifische Verarbeitungsstrategien. Dies soll dazu beitragen, den alltäglichen Umgang mit der Zielgruppe zu verbessern.

Setting Schule

Suchtexperten bestätigen, dass die Schule eines der besten Settings für die Implementierung suchtpreventiver Maßnahmen darstellt. Exemplarisch seien hierzu zwei Projekte genannt, die einen genderspezifischen Ansatz verfolgen:

- In der 8. Klasse einer Haupt- und Realschule im Hamburger Raum erfolgt eine genderorientierte sexualpädagogische und suchtpreventive Begleitung im Rahmen einer umfassenden Konzeption. Die Schülerinnen und Schüler dieser Schule leben überwiegend in einem sozialen Spannungsfeld, was einen nicht unerheblichen Einfluss auf ihr Verhalten hat. Ziel des Projekts ist es, die 13 bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler bei Fragen zu psychoaktiven Substanzen und Essstörungen zu beraten und letztlich riskantes Verhalten zu reduzieren oder zu stoppen.
- Ein ähnliches Konzept wird für alle Schulformen in Niedersachsen angeboten. Bei dem Präventionsprojekt „Sign“ handelt es sich um ein Schulpräventionsprogramm für Schülerinnen zwischen 12 und 16 Jahren sowie für deren Eltern. Das nicht-drogen-spezifische Präventionsprogramm soll die sozialen Kompetenzen, das Selbstbewusstsein und die Kritikfähigkeit stärken, damit sich die Zielgruppe gegen Suchtgefahren und andere Risiken (z.B. Gewalt) adäquat abgrenzen kann. Dabei werden genderspezifische Aspekte in die Konzeption einbezogen.

1.5 Genderspezifische Behandlung und Nachsorge

Die Prävalenzen haben bereits gezeigt: das Suchtverhalten ist bei den Geschlechtern unterschiedlich. Zenker et al. (2005) halten fest, dass sich das Hilfesystem, bedingt durch die Geschlechtsverteilung der Klienten, implizit am männlichen Süchtigen orientiert und somit die Bedürfnisse und Nöte süchtiger Frauen in der Betreuung und Therapie kaum aufgegriffen werden. Für die stationäre Behandlung liegen lediglich Daten aus Kliniken für Alkoholabhängige vor. Danach stehen für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen 11 stationäre Einrichtungen zur Verfügung. 30 Fachkliniken behandeln nur Männer und 70 Einrichtungen behandeln sowohl Männer als auch Frauen (Franke & Winkler 2005).

Behandlung

Ein Modell der Suchtforschung für die Entstehung von Sucht sieht diese als eine mögliche Strategie der Konfliktlösung, um traumatische oder kritische Lebensereignisse zu bewältigen. So haben z.B. sowohl Männer als auch Frauen häufig seelische, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen gemacht, die sich in unterschiedlichen Bewältigungsmustern ausdrücken. Männer externalisieren ihre damit zusammenhängenden Gefühle eher und werden häufiger aggressiv. Frauen internalisieren hingegen stärker (Beg & Quinten 2002, Elsesser & Sartory 2001). Eine erfolgreiche Therapie muss sich an diesem Entstehungshintergrund und den geschlechtsspezifischen Reaktionen orientieren.

Die aktuelle Suchttherapie geht von einem ganzheitlichen Ansatz aus, der auf den Bedarf der Klientinnen und Klienten abgestimmt ist (Franke & Winkler 2005). In vielen stationären Einrichtungen ist die Klinikleitung dazu übergegangen, indikative Angebote zu implementieren, die diesem Ansatz Rechnung tragen und zumindest in Ansätzen eine individuelle Behandlung von Frauen und Männern ermöglichen.

Darüber hinaus haben sich in Deutschland etwa 15 spezielle Einrichtungen gebildet, die Hilfeangebote für suchtkranke Frauen anbieten. Hinsichtlich ihrer Konzeption arbeiten sie weitgehend vor einem feministischen Hintergrund (BMGS 2002)

Behandlung unter Berücksichtigung spezifischer Situationen

Bei schwangeren Opiatabhängigen ist ein schnellstmögliches, individuelles Beratungs- und Behandlungskonzept erforderlich. Dazu exemplarisch ein Situationsbericht aus Berlin: Von den 3.500 Menschen, die im Jahr 2001 in Berlin substituiert wurden, waren 1.100 Frauen. Unter ihnen gab es 45 Schwangerschaften und 34 Geburten (Klotzbach & Andresen 2005). Nach aktuellem Kenntnisstand, sollte in diesen Fällen der Einsatz von Buprenorphin zur Substitution grundsätzlich geprüft werden, da damit offensichtlich weniger Komplikationen für das Neugeborene verbunden sind (vgl. Kapitel 5.4).

Die Erfahrungen zeigen, dass bei einer Substitutionsbehandlung häufig die Empfängnisfähigkeit wieder einsetzt, die durch den Heroingebruch ganz aussetzen kann oder zumindest erheblich beeinträchtigt ist. Schon aus diesem Grund ist eine umfassende Beratung von substituierten Frauen im entsprechenden Alter unbedingt erforderlich. Neben den Risiken durch den Beigebruch anderer Substanzen, bestehen weitere Risiken durch Hepatitiden und eine HIV-Infektion. Studien zeigen, dass durch eine rechtzeitig

diagnostizierte und behandelte HIV-Infektion das Risiko einer Transmission des Virus von 15-20% auf unter 2% gesenkt werden kann (Klotzbach & Andresen 2005).

Um drogenabhängigen Frauen mit Kind eine Entwöhnungsbehandlung zu ermöglichen, gibt es mittlerweile stationäre Einrichtungen, die eine gemeinsame Unterbringung ermöglichen. Im Rahmen des Bundesfrauenkongresses Sucht „Ungeschminkt“ wurden bundesweit 26 Einrichtungen mit einem entsprechenden Angebot ermittelt. Viele ambulante Einrichtungen haben sich auch auf drogenabhängige Mütter eingestellt und gewährleisten eine Kinderbetreuung während der Behandlung (BMGS 2002).

In Ballungszentren entstehen seit Anfang der 90er Jahre Einrichtungen für drogenkonsumierende und sich prostituierende Mädchen und Frauen. Das Angebot reicht von verschiedenen Formen der Überlebenshilfe bis hin zur Beratung. Vergleichbare Einrichtungen für drogenkonsumierende, sich prostituierende Jungen und Männer bestehen nicht.

1.5.1 Rehabilitation und soziale Reintegration

Bei den Projekten zur beruflichen Integration von Langzeitarbeitslosen werden teilweise auch Suchtprobleme thematisiert, da diese die Vermittlung in Arbeit verhindern oder erschweren. Beim Umgang mit dieser Thematik gibt es keinen umfassenden genderspezifischen Ansatz (BMWA 2004, BMGS 2005).

Eine berufliche Wiedereingliederung von langzeitarbeitslosen Suchtkranken soll nach dem Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) erfolgen. Dazu gibt es Projekte, die jedoch nicht genderspezifisch angelegt sind.

Vereinzelte gibt es Initiativen von Beratungsstellen oder Vereinen zur beruflichen Integration von Suchtkranken. Exemplarisch wird nachfolgend ein Projekt beschrieben, das im Rahmen des Bundesfrauenkongresses „Sucht“ im Jahr 2002 vorgestellt wurde. An diesem Projekt nahmen drogenabhängige Frauen teil, die sich wieder beruflich integrieren wollten. Vor dem Hintergrund der persönlichen Fähigkeiten und der berufsbezogenen Ressourcen, wurden berufliche Perspektiven entwickelt und konkrete Schritte zur beruflichen Integration vorgenommen (BMGS 2002).

1.5.2 Genderspezifische Angebote in der Selbsthilfe

In Selbsthilfegruppen arbeiten Menschen mit vergleichbaren Problemen, Erkrankungen oder Behinderungen zusammen. Diese sind entweder selbst oder aber als Angehörige betroffen. Die gemeinsame Arbeit in regelmäßigen Treffen ermöglicht den Mitgliedern, Expertinnen und Experten in eigener Sache zu werden, wodurch sie professionelle Hilfe gezielter und gegebenenfalls auch kritischer in Anspruch nehmen können. Selbsthilfegruppen ergänzen eine professionelle, medizinische oder therapeutische Behandlung, ersetzen diese aber nicht (BMGS 2005).

Eine im Jahr 2003 durchgeführte Erhebung, an der sich 59.090 Betroffene beteiligten, zeigt, dass drogenabhängige Frauen und Männer in der Selbsthilfe nur 0,8% (501 Personen) ausmachen. Der Frauenanteil in dieser Gruppe liegt bei 18% (Kreuzbund et al, 2004).

Die Drogenselbsthilfe ist im Vergleich zu der Alkohol-orientierten klassischen Selbsthilfe ein relativ junges Angebot. Sie hat sich aus der Drogenhilfe der 70er Jahre entwickelt und hat Gruppen der traditionellen Suchtselbsthilfe zunächst gemieden. Heute gibt es zwar Kooperationen, wie der Workshop „Ambulante Drogenselbsthilfe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., jedoch bestehen zwischen beiden Gruppen nur wenig Berührungspunkte. Aber auch hier wurde ein erschwerter Zugang für Frauen festgestellt (BMGS 2003).

1.6 Schlussfolgerungen

Die epidemiologischen Daten zeigen, dass sich das Suchtverhalten von Männern und Frauen quantitativ und qualitativ unterscheidet. Es wird aber auch deutlich, dass einige Substanzen von zunehmend mehr jungen Frauen und Mädchen in ähnlicher Weise wie von Männern konsumiert werden, und dass sich das Konsumverhalten der Geschlechter damit in einigen Bereichen aneinander annähert.

Die Bewertung der Unterschiede bei der Behandlung und Strafverfolgung muss die unterschiedliche Verteilung beim (problematischen) Konsum zwischen den Geschlechtern berücksichtigen. Tabelle 33 gibt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in Bezug auf verschiedene Aspekte von Konsum, Konsumfolgen und Behandlung wider. Bei gleicher Prävalenz bzw. Fallzahl bei Männern und Frauen ergibt sich ein Wert von 1,0. Je höher der Wert, desto stärker sind Männer im Vergleich zu Frauen betroffen bzw. vertreten. Es zeigt sich durchgängig: je massiver und problematischer das Verhalten oder Merkmal, desto häufiger sind Männer betroffen. Der hohe Wert für Inhaftierungen dürfte sich zu einem großen Teil damit erklären lassen, dass der Drogenhandel – Grund für viele Haftstrafen – fast ausschließlich in Männerhand ist .

Kritisch sind die hohen Werte für männliche Klienten in stationärer Behandlung zu bewerten, die deutlich über den Werten für Konsum und Problemkonsum liegen. Hier liegt ein Hinweis auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Zugang zu Behandlung vor. Diesem sollte nachgegangen werden (Tabelle 32).

Tabelle 3: Frauenanteil an den Klienten ambulanter Beratungsstellen

Hauptdiagnose	RR Männer/ Frauen
Konsum von Cannabis im letzten Jahr	1,9
Problematischer Konsum Cannabis	4,3
Ambulante Behandlung wegen Cannabis	5,8
Stationäre Behandlung wegen Cannabis	8,2
Konsum anderer Drogen im letzten Jahr	3,0
Problematischer Konsum anderer Drogen	2,3
Problematischer Konsument von Heroin	3,6
Drogenbezogene Todesfälle	5,6
Haft wegen BtMG	17,8
Ambulante Behandlung wegen Opiaten	3,2
Stationäre Behandlung wegen Opiaten	5,0

Quelle: Welsch & Sonntag (2005)

In Deutschland konnte sich in der Vergangenheit in vielen Einzelinitiativen eine frauen-spezifische und auch männer- (vorzugsweise jungen-)spezifische Suchtarbeit entwickeln. Die Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Konzepts ist bisher in der Suchtkrankenhilfe jedoch insgesamt nur in Ansätzen erfolgt.

Ein Ausbau der bestehenden Angebote erfordert die uneingeschränkte Berücksichtigung der Prinzipien des Gender Mainstreaming, sowie der Verankerung dieser Prinzipien in den Strukturen der Suchtkrankenhilfe. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), in der fast alle deutschen Sucht-Fachverbände, Such-Selbsthilfeverbände und Träger von Suchteinrichtungen vertreten sind, hat dies im Positionspapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“ verdeutlicht.

Auch die Suchtforschung sollte verstärkt dazu beitragen, genderspezifische Aspekte deutlicher herauszustellen und in diesem Zusammenhang auch eine stärkere Kooperation von Forschung und Praxis zu gewährleisten.