

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Die Abhängigkeit nach illegalen Substanzen	3
2.1 Der Abhängigkeitsbegriff der WHO	4
2.2 Psychotrope Substanzen und ihre Wirkungen	6
2.2.1 Opioide und Kokain: Wirkungen, Abhängigkeitspotentiale und Konsumformen	7
2.2.2 Epidemiologie	9
3. Gender Mainstreaming in der Suchtkrankenhilfe- ein Überblick	11
4. Meisterinnen des Versteckens- Hintergründe und Problemlagen opioidabhängiger Frauen	15
4.1 Frauenspezifische Hintergründe für den Einstieg in den Drogenkonsum	16
4.2 Problemlagen opioidabhängiger Frauen	17
4.2.1 Gewalterfahrungen	18
4.2.2 Prostitution	19
4.2.3 Schwangerschaft und Kinder	20
4.2.4 Obdachlosigkeit	22
4.2.5 Komorbidität	23
4.2.6 Nutzung des Hilfesystems	25
5. Das Suchthilfesystem in Hamburg	26
5.1 Suchtberatungsstellen	27
5.2 Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen	29
6. Praxisstudie: Beschreibung des methodischen Vorgehens	30
6.1 Zielsetzung und Untersuchungsfrage	30
6.2 Die Erhebungsmethode: Expert_inneninterviews	31
6.3 Das Erhebungsinstrument: Der Interview-Leitfaden	31
6.3 Auswahl und Beschreibung der Zielgruppe	32
6.4 Durchführung der Interviews	34
6.5 Transkription	35
6.6 Auswertungsmethode	36
7. Darstellung der Ergebnisse aus der Praxisstudie	37
7.1 Überlebenskünstlerinnen- die Ziel- und Nutzerinnengruppen	38
7.1.1 Opioidklientinnen im Hilfesystem	39
7.1.2 Allgemeine Charakterisierung der Nutzerinnen	41

7.1.3 Problem- und Lebenslagen der Frauen.....	41
7.1.4 Ressourcen und Fähigkeiten.....	44
7.1.5 Bedeutung des Faktors Geschlecht.....	45
7.2 Praxis frauenspezifischer Suchtberatung – die Einrichtungen und ihre Angebotsstruktur	46
7.2.1 Konzeptionelle Verankerung frauenspezifischer Ansätze.....	47
7.2.2 Ausrichtung der Angebote an die Zielgruppen.....	48
7.2.3 Strukturelle Anpassung der Einrichtungen an ihre Nutzerinnen	51
7.3 Bewertung der frauenspezifischen Angebote in Hamburg	53
7.3.1 Frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen	53
7.3.2 Lücken in der Angebotsstruktur	54
7.3.3 Politisches Engagement und Ausblick	56
8. Fazit.....	58
Literaturverzeichnis.....	62
Eidesstattliche Erklärung.....	66
Anhang	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Weitere Hauptdrogen/Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantworten) differenziert nach Geschlecht.....	10
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BADO	Hamburger Basisdatendokumentation
BASFI	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bufas	Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
EU	Europäische Union
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
GM	Gender Mainstreaming
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HmbGVBl	Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
STI	Sexually transmitted infections (dt. sexuell übertragbare Infektionen)
UN	United Nations (dt. Vereinte Nationen)
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)

1. Einleitung

Sind süchtige Frauen anders als süchtige Männer? Erste Ansätze einer geschlechterdifferenzierten Betrachtung von Abhängigkeitserkrankungen finden sich in den 1980er Jahren. Angetrieben durch die Frauensuchtarbeit rückten vor rund drei Jahrzehnten geschlechtsspezifische Forschungsansätze und geschlechtersensible Behandlungskonzepte in den Fokus der Suchthilfe. Waren die Methoden und Konzepte der Suchthilfe bis dato an Männern orientiert, so führten die Erkenntnisse über die Geschlechterunterschiede bei Abhängigkeitserkrankungen dazu, die Praxis der Suchthilfe zu überdenken und eine geschlechtersensible Perspektive einzunehmen. Ausgehend von der Frauenforschung und ersten Tendenzen der Männerforschung hat sich die Strategie des Gender Mainstreamings als politisches Instrument zur Gleichstellung zwischen den Geschlechtern etabliert. Diese Strategie findet auch im Gesundheitswesen und somit in der Suchthilfe Anwendung. In Hamburg liegt den Trägern mittlerweile eine Empfehlung zur Umsetzung der Strategie vor. Auf die Rolle, die die Umsetzung des Konzeptes in der frauenspezifischen Suchtarbeit spielt, soll in dieser Arbeit eingegangen werden.

Aber sind süchtige Frauen anders als süchtige Männer? Eine Frage die sich nicht mit *ja* oder *nein* beantworten lässt. Dennoch ist es unumstritten, dass es zwischen süchtigen Frauen und süchtigen Männern in einigen Aspekten zentrale Unterschiede gibt. Diese Erkenntnisse beziehen sich sowohl auf Konsumformen und Konsummuster als auch auf Einstiege in den Konsum, Entwicklungen und Verläufe von Abhängigkeitserkrankungen, psychische und physische Auswirkungen des Konsums und die Anbindung an das Hilfesystem. Beeinflusst werden diese Unterschiede dabei nicht nur von biologischen Faktoren, sondern auch von sozialen Faktoren, wie Geschlechterstereotypen, Rollenanforderungen und geschlechtlichen Identitäten.

Während der Anfänge der Frauensuchtarbeit in den 1980er Jahren wie auch heute sind Männer in Suchthilfeeinrichtungen stark überrepräsentiert. Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass mehr Männer illegale Drogen konsumieren als Frauen. Eine grobe Vorstellung über das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in den Suchthilfeeinrichtungen geben die Zahlen des Suchthilfeberichtes der Stadt Hamburg aus dem Jahr 2013: 1% der Männer und 0,6% der Frauen konsumierten zum Zeitpunkt der Befragung eine andere illegale Droge als Cannabis (vgl. BGV, 2013: 24). In der Nutzung von Einrichtungen der Suchthilfe zeichnet sich dieses

Verhältnis jedoch nicht ab. Anhand des Anteils von nur 26% weiblichen Nutzerinnen des Suchthilfesystems in Hamburg wird deutlich, dass ein großer Teil abhängiger Frauen nicht über das Suchthilfesystem erreicht wird (vgl. Lindemann et al. 2017, 79). Somit ist von einer großen Zahl Abhängigkeitserkrankter Frauen, die den Weg in das Suchthilfesystem nicht wählen, auszugehen. Die Vermutung liegt nahe, dass die bestehenden Suchthilfeeinrichtungen den spezifischen Bedürfnissen Abhängigkeitserkrankter Frauen nicht gerecht werden und der hohe Männeranteil dazu führt, dass Frauen den Einrichtungen bewusst fernbleiben.

Daraus resultiert eine Notwendigkeit von frauenspezifischen Einrichtungen und Angeboten in der Suchthilfe. Es stellt sich jedoch die Frage, in welchem Rahmen und in welchem Umfang frauenspezifische Suchthilfeangebote gestaltet und umgesetzt werden müssen. Wie sieht die Praxis frauenspezifischer Suchtberatungsangebote in Hamburg aus? Sind ausreichend frauenspezifische Angebote und Einrichtungen etabliert und vor allem: sind sie ausreichend auf die Zielgruppen ausgerichtet?

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit ebendiesen Fragen. Im Fokus dieser Arbeit stehen Frauen, die regelmäßig Opioide konsumieren. Ziel ist es herauszufinden, mit welchen spezifischen Lebens- und Problemlagen diese Frauen sich konfrontiert sehen und welche frauenspezifischen Suchtberatungsangebote es in Hamburg für diese Zielgruppe gibt. Darüber hinaus soll überprüft werden, inwiefern die bestehenden Angebote den Anforderungen der Zielgruppen gerecht werden und ob sie sinnvoll und ausreichend sind. Daher liegt dieser Arbeit folgende Fragestellung zu Grunde: *„Mit welchen spezifischen Problem- und Lebenslagen sind opioidabhängige Frauen konfrontiert und wie weit werden die Bedarfe dieser Nutzerinnengruppe durch die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsangebote in Hamburg gedeckt?“*

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im theoretischen Teil werden zunächst einige Grundlagen erarbeitet: Zur Einführung in die Thematik soll der Begriff der Abhängigkeit näher erläutert werden, wobei sowohl auf die Definition als auch auf Diagnose-Kriterien eingegangen wird. Im Anschluss werden die Wirkweisen, Abhängigkeitspotentiale und Konsumformen der für die Zielgruppe relevanten psychoaktiven Substanzen dargestellt. Ein Großteil der opioidabhängigen Frauen weist einen polyvalenten Drogenkonsum auf. Das heißt, dass sie neben Opioiden auch weitere psychoaktive Substanzen konsumieren. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu überschreiten, wird jedoch nur auf Heroin und Kokain sowie Crack eingegangen. In diesem Zusammenhang wird

ein kurzer Überblick über die Epidemiologie des Substanzkonsums in Hamburg, insbesondere im Hinblick auf Geschlechterunterschiede, gegeben. Im dritten Kapitel wird die Strategie Gender Mainstreaming vorgestellt und es werden die Handlungsleitlinien zur Umsetzung der Strategie anhand der Empfehlung der AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg dargestellt. Im darauffolgenden Kapitel sollen frauenspezifische Hintergründe für den Einstieg in den Suchtmittelkonsum beleuchtet und spezifische Lebens- und Problemlagen opioidkonsumierender Frauen skizziert werden. Im letzten Kapitel des theoretischen Teils erfolgt eine kurze Beschreibung des Suchthilfesystems in Hamburg, wobei Suchtberatungsangebote und solche mit niedrigschwelligem Angeboten im Fokus stehen.

Der empirische Teil befasst sich mit den bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsangeboten in Hamburg. Im ersten Teil werden das Forschungsvorhaben und das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Untersuchungsfrage erläutert. Die Auswertung der Ergebnisse der Untersuchung geschieht im darauffolgenden Kapitel. Dabei werden die Bedürfnisse und Lebenslagen der Nutzerinnengruppen¹ vorgestellt und die frauenspezifischen Einrichtungen und ihre Angebotsstruktur näher beschrieben. Auch werden die allgemeinen Prinzipien frauenspezifischer Suchtarbeit und die Notwendigkeit dieser vorgestellt. Im Anschluss sollen Lücken in der Angebotsstruktur beschrieben werden und Anforderungen und Verbesserungsvorschläge bezogen auf frauenspezifische Suchtberatungsangebote in Hamburg formuliert werden. Den Abschluss der Arbeit bildet ein Fazit, in dem die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst werden und die Forschungsfrage beantwortet wird.

2. Die Abhängigkeit nach illegalen Substanzen

Zur Einführung in die Thematik soll in diesem Kapitel zunächst der Abhängigkeitsbegriff näher erläutert werden. Außerdem sollen die Konsumformen, Wirkweisen und Abhängigkeitspotentiale von Opioiden und Kokain näher beschrieben werden. Weiterhin soll ein Überblick über die Verbreitung von Heroin- und Kokainkonsument_innen in Hamburg gegeben werden. Dabei werden auch erste Hinweise auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern herausgearbeitet.

Der Begriff *dependence* (Abhängigkeit) wurde 1964 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführt und löste die bis dahin allgemein gebräuchlichen Begriffe *addiction* und

¹ In dieser Arbeit werden für die Nutzer_innen des Hilfesystems die Begriffe Nutzer_innen, Klient_innen, Hilfesuchende und Besucher_innen Verwendung finden.

habituation (Gewöhnung und Sucht) ab (vgl. WHO, 2018). Bis heute ist der Begriff der Sucht jedoch noch in der Alltagssprache etabliert und die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden vielerorts synonym verwendet. In Ermangelung anderer Begrifflichkeiten werden sie auch in dieser Arbeit synonym verwendet werden.

Der Entwicklung einer Abhängigkeit liegen viele Faktoren zu Grunde. Darunter fallen genetische und biochemische Faktoren ebenso wie lebensgeschichtliche Hintergründe oder psychologische Kriterien eines Individuums. Auch das Verhältnis zwischen dem Individuum und dem soziokulturellen System, in dem es lebt, spielt eine wichtige Rolle (vgl. Täschner et al., 2010: 11). Die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich anhand eines Dreiecks veranschaulichen, an dessen Eckpunkten Person-Substanz- Gesellschaft stehen und in dessen Spannungsverhältnis sich die Erkrankung verorten lässt. Außer Acht gelassen wird dabei jedoch der Einfluss des Faktors Geschlecht (vgl. Vogt, 2004: 14).

2.1 Der Abhängigkeitsbegriff der WHO

Die WHO definiert den Begriff der Drogenabhängigkeit wie folgt:

„Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.“ (Dilling et al. 2015: 114)

Es kann zwischen psychischer (seelischer) Drogenabhängigkeit und körperlicher Drogenabhängigkeit unterschieden werden. Charakteristisch für die psychische Drogenabhängigkeit ist beispielsweise ein schwer kontrollierbarer Wunsch nach episodischem oder regelmäßigem Konsum der Droge, zum Genuss oder zum Schutz vor Übelbefinden, aber auch die Vorrangigkeit von Beschaffung und Konsum gegenüber anderen Verhaltensweisen. Die körperliche Drogenabhängigkeit beschreibt eine Anpassung des Stoffwechsels an die Zufuhr der Droge. Daraus resultiert auch der Toleranzerwerb, welcher zu einer kontinuierlichen Steigerung der Dosis führt. Auf Verringerung oder Aussetzen des Konsums reagiert der Körper mit schmerzhaften und teils lebensbedrohlichen Entzugserscheinungen (vgl. Schmidt, 2013).

Der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ist das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin und wird von der WHO

herausgegeben. In der 10. Revision des ICD, dem ICD-10, findet sich ein diagnostisches Schema als verbindliche Vorlage zur medizinischen Diagnostik einer Abhängigkeitserkrankung. Abhängigkeitserkrankungen sind der F-Kategorie zugeordnet, werden also als psychische Störungen klassifiziert. Die erste Stelle hinter dem F betitelt die Störungsgruppe. So kennzeichnet der Code F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Die Zahl an dritter Stelle beschreibt dann die Substanz(en), die für die Krankheit verantwortlich ist bzw. sind. Auf die verschiedenen Substanzen wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen. Mit der vierten Stelle wird das klinische Erscheinungsbild klassifiziert und durch die fünfte Stelle näher differenziert. Nicht alle Erscheinungsbilder der vierten Stelle kommen in allen Substanzgruppen vor. Der ICD-10 differenziert verschiedene klinische Erscheinungsbilder: beispielsweise akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, das Abhängigkeitssyndrom oder das Entzugssyndrom (vgl. Dilling et al., 2015: 110 ff). Da für diese Arbeit das Abhängigkeitssyndrom am relevantesten ist, wird es an dieser Stelle näher erläutert: Der Code für ein Abhängigkeitssyndrom lautet F1x.2., wobei das x für die Nummer der jeweiligen Substanz, nach der die Abhängigkeit vorliegt, steht und die 2 das klinische Erscheinungsbild, hier das Abhängigkeitssyndrom, kodiert. Zur Diagnose einer Abhängigkeit finden sich im ICD-10 diagnostische Leitlinien. Wenn drei oder mehr der aufgeführten Kriterien gemeinsam in den letzten 12 Monaten zutrafen wird von einer Abhängigkeitserkrankung gesprochen:

1. Ein starker Wunsch oder Drang, die Substanz zu konsumieren
2. Verringerung der Kontrollfähigkeit bezogen auf Beginn, Ende und Menge des Konsums
3. Körperliche Entzugserscheinungen bei Absetzen oder Verminderung der konsumierten Substanz
4. Toleranzerwerb und somit die Erhöhung der Dosis zur Erzielung des gleichen Effektes
5. Vernachlässigung des Soziallebens oder anderer Aktivitäten zugunsten des Konsums
6. Andauernder Substanzkonsum trotz nachweislicher schädlicher Folgen durch den Konsum

(vgl. ebd.: 115)

2.2 Psychotrope Substanzen und ihre Wirkungen

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, findet sich im ICD-10 eine Liste mit Stoffen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen verantwortlich sind.

Zu diesen Stoffen zählen:

- Alkohol
- Opioide
- Cannabinoide
- Sedativa oder Hypnotika
- Kokain
- Andere Stimulantien, einschließlich Koffein
- Halluzinogene
- Tabak
- Flüchtige Lösungsmittel
- Multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

(vgl. Dilling et al., 2015: 107 f.)

Legale Substanzen wie Alkohol oder Tabak, aber auch illegale Stoffe wie Cannabinoide oder Opioide sind psychotrope Substanzen, die zu ganz unterschiedlichen Zwecken konsumiert werden. Beispielsweise zur Erweiterung des Bewusstseins, zur Unterdrückung von Schmerzen oder um die Stimmung aufzuhellen. Diese psychischen Veränderungen werden durch den Konsum der Substanzen bewusst angestrebt. In der Regel haben die Substanzen jedoch auch physiologische Auswirkungen, die teilweise übereinstimmend mit der psychischen Veränderung einhergehen, wie beispielsweise die Verlangsamung des Pulses durch die Einnahme von Sedativa. Darüber hinaus kann es jedoch auch zu körperlichen Auswirkungen kommen, die in keiner Verbindung mit der psychischen Wirkung stehen. Darunter fallen Symptome wie Übelkeit oder Herzrasen. Eine weitere Folge der Einnahme von psychotropen Substanzen kann jedoch auch die bereits beschriebene Entwicklung einer Abhängigkeit sein (vgl. Scherbaum, 2017: 16).

Da der Rahmen dieser Arbeit es nicht zulässt, auf alle aufgelisteten Substanzen einzugehen und auch nicht alle aufgeführten Substanzen Relevanz für diese Arbeit haben, wird im Folgenden nur näher auf Opioide und Kokain eingegangen. Es ist jedoch anzumerken, dass Opioide zwar die für diese Arbeit größte Relevanz haben, da sie die Hauptdroge der

fokussierten Zielgruppe sind, dennoch werden viele der oben erwähnten Substanzen zusätzlich zur Hauptdroge konsumiert. Des Weiteren weisen viele Klient_innen eine polyvalente Abhängigkeit auf, was bedeutet, dass sie von mehreren Substanzen gleichzeitig abhängig sind (vgl. Lindemann et al., 2017: 6).

2.2.1 Opioide und Kokain: Wirkungen, Abhängigkeitspotentiale und Konsumformen

Opioide sind dem Überbegriff der Opiate unterzuordnen. Opiate sind μ -Rezeptor-Antagonisten, die aus Opium hergestellt werden oder aus dessen Basis entstehen. Gewonnen wird Opium aus dem eingetrockneten Milchsaft unreifer Kapseln des Schlafmohns (vgl. Scherbaum, 2016: 158). Das für diese Arbeit relevante Heroin ist ein Opioid, ein Derivat des Morphins, sogenanntes Diacetylmorphin. Auf Grund der chemischen Veränderung des Morphins kann es in Form von Heroin leichter die Blut-Hirn-Schranke überwinden und so über das Blut ins Gehirn gelangen (vgl. Täschner et al., 2010: 27 f.).

Auf der Straße, in der Szene, wird Heroin meist in Pulverform verkauft. Es kann gesniffet, geraucht oder injiziert werden. Gesniffet wird Heroin in der Regel in Pulverform. Die Absorption erfolgt über die Nasenschleimhäute. Beim Rauchkonsum wird das Heroin in Pulverform auf Aluminiumfolie gestreut. Es wird mit einem Feuerzeug erhitzt, wodurch es flüssig wird. Der Dampf, der dabei aufsteigt, wird mit einem Röhrchen inhaliert. Beim intravenösen Konsum von Heroin wird das Heroin auf einem Löffel erhitzt, um es flüssig zu machen. Gängigerweise werden gereinigtes Wasser und etwas Zitronensäure zugegeben, um die Wasserlöslichkeit zu erhöhen. Dann wird die Flüssigkeit mit einer Spritze aufgezogen und injiziert (vgl. ebd.).

Die Wirkung des Heroins lässt sich als entspannend beschreiben. Außerdem wirkt es schmerzstillend und beruhigend. Durch den Konsum von Heroin werden negative Gefühle und Ängste in den Hintergrund gedrängt und die geistigen Aktivitäten gedämpft. Darüber hinaus führt der Konsum des Heroins zu einer erhöhten Aktivität des Belohnungssystems, was vermutlich für die euphorische Stimmung nach dem Konsum verantwortlich ist. Heroin hat ein sehr starkes Abhängigkeitspotential. Auf psychischer Ebene ist das sogenannte *craving*, das Verlangen, die Substanz zu konsumieren, charakteristisch. Das Stillen dieses *cravings* steht für die Abhängigen im Vordergrund. Sie nehmen die schwerwiegenden psychischen und physischen Folgen, aber auch die soziale Desintegration, in Kauf, um den Konsum aufrecht zu erhalten und ihr Verlangen zu befriedigen. Neben den psychischen Folgen hat

Heroin auch die körperliche Abhängigkeit zur Folge. Diese äußert sich beispielsweise in Form einer Toleranzentwicklung, sodass größere Mengen Heroin eingenommen werden müssen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Da durch die Einnahme von Heroin die Aktivitäten des sympathischen Nervensystems gedämpft werden, versucht der Körper dies mit der verstärkten Ausschüttung von Noradrenalin zu kompensieren. Bei der Absetzung von Heroin kommt es dadurch oft zu einer sogenannten „Rebound Hyperaktivität“, welche ursächlich für die Entzugssymptome sein könnte. Die Halbwertszeit von Heroin beträgt etwa sechs Stunden. Auf Grund des schnellen Abbaus des Heroins im Körper müssen Abhängigkeitserkrankte mehrfach am Tag Heroin einnehmen, um Entzugssymptome zu vermeiden (vgl. Scherbaum, 2016: 158 ff.).

Die Auswertung der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO) aus dem Jahr 2016 (Lindemann et al., 2017) zeigt, dass in Hamburg neben dem Heroin auch Kokain in der Drogenszene weit verbreitet ist und insbesondere in Form von Crack konsumiert wird (vgl. ebd.: 4). Auf die Herstellung und Wirkweise von Crack wird in diesem Abschnitt an späterer Stelle noch einmal explizit eingegangen.

Kokain gehört zu der Gruppe der Stimulanzien (vgl. Jungbluth, 2004: 87). Es wird unter Anwendungen verschiedenster chemischer Prozesse aus den Blättern des Kokastrauches hergestellt. Die aus den Blättern der Kokapflanze gewonnene Paste wird zu Kokainhydrochlorid verarbeitet und verdünnt. In Pulverform wird es dann auf der Straße als „Koks“ gehandelt. Im Verhältnis zu Heroin ist Kokain jedoch wesentlich teurer. Kokain-Konsument_innen weisen in der Regel einen polyvalenten Substanzgebrauch auf, nehmen also Kokain als eine Substanz unter mehreren Substanzen ein. Der Konsum von Kokain kann ebenfalls intravenös erfolgen. Es kann jedoch auch geraucht werden. Auf Grund der guten Wasserlöslichkeit der Substanz ist die beliebteste Konsumform von Kokain jedoch das Sniefen (vgl. Täschner et al., 2010: 28 f.).

Kokain kann ungehindert die Blut-Hirn-Schranke passieren. Es wirkt lokal betäubend und führt zu einer Verengung der Blutgefäße. Kokain stimuliert die Psyche und hat verstärkende Eigenschaften. Es erregt die Neurotransmitter Dopamin, Serotonin und Noradrenalin und hemmt die Wiederaufnahme dieser Stoffe in den präsynaptischen Nervenendigungen. Temporär wird durch den Konsum von Kokain eine Leistungssteigerung bewirkt, die Belastungsgrenze des Körpers wird gesteigert und ein Gefühl der Euphorie tritt ein. Auf die zunächst euphorische Stimmung folgen in einem sekundären Stadium jedoch Angstgefühle,

Halluzinationen und Paranoia. Das dritte Stadium geht mit depressiver Stimmung, Erschöpfung und Schuldgefühlen, bis hin zu Suizidgedanken, einher (vgl. Thoms, 2016: 174 ff.).

Knapp die Hälfte der in Hamburg lebenden Opioidkonsument_innen (46%) konsumieren neben Opioiden auch Crack (vgl. Lindemann et. al, 2017: 30).

Zur Herstellung von Crack wird zunächst Kokainbase hergestellt. Dies geschieht beispielsweise, indem man Kokainhydrochlorid in Backpulverlösung oder Ammoniak aufkocht und das Wasser verdampfen lässt. Der daraus entstehende *Stein* wird dann in einer Pfeife, in der Regel aus Stahl, geraucht. Beim Rauchen von Crack setzt bereits nach 8-10 Sekunden eine Wirkung ein. Diese hält dann etwa 5-10 Minuten an (vgl. Thoms, 2016: 175).

Ein langanhaltender, dauerhafter Gebrauch von Kokain und Crack hat psychiatrische Symptome zur Folge. Darunter fallen unter anderem Persönlichkeitsstörungen, Affektstörungen oder schizophrenieähnliche Symptome. Auch körperliche Beschwerden, wie ein geschwächtes Immunsystem, Gewichtsverlust, Leberschäden und Krampfanfälle, aber auch Muskelschwund, Herzerkrankungen und Augenleiden gehören zu den Folgen eines chronischen Kokainkonsums (vgl. ebd.: 179).

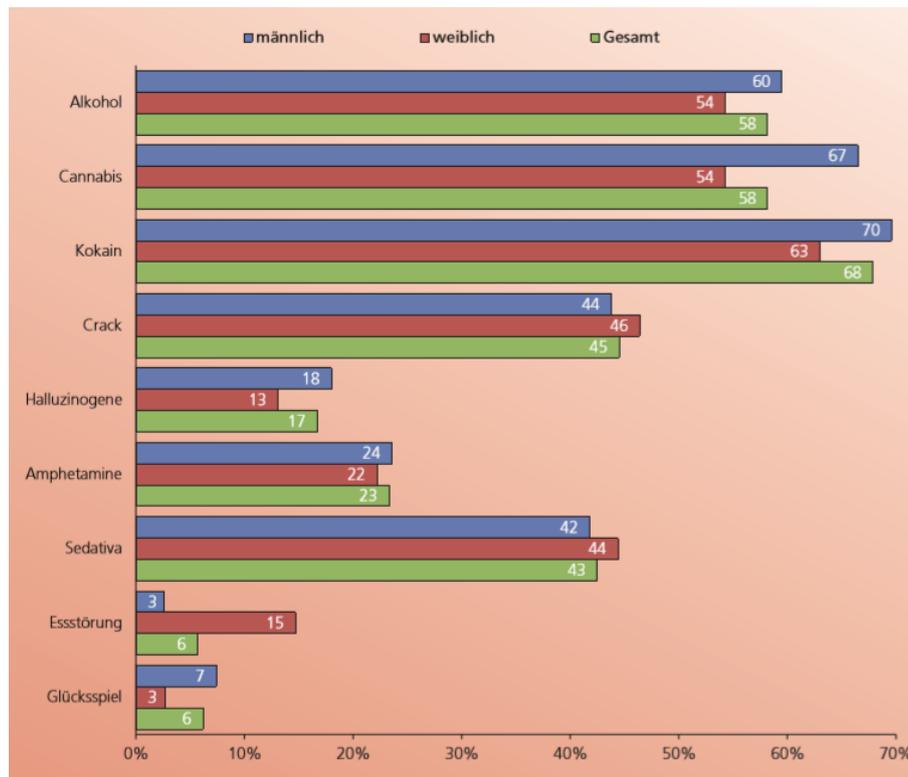
Sowohl Heroin als auch Kokain können in Deutschland nicht legal erworben werden. Der Besitz und der Konsum dieser Drogen sind gesetzeswidrig und sie müssen daher illegal auf dem Schwarzmarkt besorgt werden (vgl. Scherbaum, 2016: 160).

2.2.2 Epidemiologie

Da sich diese Arbeit auf frauenspezifische Suchtberatungsangebote in Hamburg fokussiert, beziehen sich die Daten aus dem folgenden Abschnitt auf Ergebnisse des Statusberichtes 2016 der Basisdatendokumentation in Hamburg (Lindemann et al., 2017). Die BADO erfasst Daten über die Nutzung verschiedener Zweige des Suchthilfesystems, Konsumverhalten sowie psychosoziale Charakteristika von Nutzer_innen des Hilfesystems. Der Statusbericht erhebt die Daten aus Suchthilfeeinrichtungen in Hamburg. Die Dokumentation der Daten erfolgt anonym mittels eines Klient_innenpseudonyms, dem sogenannten HIV-Code. Der Statusbericht aus 2016 umfasst die Teilnahme von insgesamt 60 Einrichtungen und Projekten. Dokumentiert wurden 19.113 Betreuungen für 15.473 Personen, da einige Personen mehrfach, also in verschiedenen Einrichtungen, betreut wurden. Die Betreuung gleicher Personen in verschiedenen Einrichtungen kann mittels des HIV-Codes festgestellt werden (vgl. ebd.: 2 ff.).

Es lassen sich anhand der Betreuungszahlen signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sichtbar machen: 4.395 Personen wurden auf Grund einer Opioid-Abhängigkeit betreut. Dies macht 32% aller Gesamtbetreuungen, also rund ein Drittel, aus. 1.143 der Betreuten waren weiblich, also nur etwa 26%. Ähnlich verhält es sich bei Kokain: Von den insgesamt 1.572 Personen, die auf Grund einer Kokain-Abhängigkeit betreut wurden, waren 295, also nur rund 19% der Betreuten weiblich. An dieser Stelle zeigt sich, dass Frauen in Einrichtungen der Suchthilfe deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. ebd.: 79).

Abbildung 1 Weitere Hauptdrogen/ Hauptprobleme der Betreuten (Mehrfachantworten) differenziert nach Geschlecht



(Quelle: Lindemann et al., 2017: 30)

Abbildung 1 veranschaulicht den polyvalenten Drogenkonsum von Konsument_innen, die wegen der hierarchisierten Hauptsubstanz Opioiden in den Einrichtungen betreut wurden. Hier gehören vorrangig Alkohol, Cannabis, Kokain, Crack und Sedativa zu den problematischen Substanzen. Männer weisen im Bereich der stofflichen Problembereiche höhere Anteile, insbesondere bei Cannabis, aber auch bei Kokain und Alkohol auf. Im Bereich von Crack als weitere Problemsubstanz ist der Frauenanteil marginal höher als der Männeranteil. Eine Essstörung als weiterer Problembereich liegt bei Frauen signifikant häufiger vor als bei den Männern.

Zur Epidemiologie von Kokain und Crack liefert die BADO (Lindemann et al., 2017) weniger detaillierte Daten. Insgesamt gaben 34% der Betreuten Kokain als eine Hauptproblemsubstanz an, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Der Männeranteil war mit 35,8% wesentlich höher als der Frauenanteil mit 28,8%. Crack wurde von 15% der Betreuten als Problembereich angegeben. Unterschiede zwischen den Geschlechtern liegen hier nicht vor. Zur Komplexitätsreduktion wurden die Daten zu Hauptsubstanzen verdichtet. Dazu wurden die Angaben zur Hauptsubstanz hierarchisiert. Die Opioidkonsument_innen wurden auf erster Ebene, unabhängig von weiteren Problemsubstanzen, der Gruppe der Opioidklient_innen zugeordnet. Selbiges wurde mit Klient_innen, die keine Opioide jedoch Crack konsumierten, durchgeführt, sodass solche Klient_innen der Hauptgruppe Crack zugeordnet wurden. Auf der nächsten Ebene wurde das gleiche Verfahren auf Kokain angewendet. Die Ergebnisse zeigen, dass rund 13% der Männer und 12% der Frauen Kokain als Hauptproblemsubstanz konsumierten. Während vor der Hierarchisierung 15% der Betreuten eine Crackproblematik aufwiesen, reduzierte sich der Anteil nach der Hierarchisierung auf 1%. Auf der zweiten Hierarchisierungsebene schließt Crack jedoch alle weiteren Drogen und Probleme hinter Opioiden mit ein. Hieran wird deutlich, dass Crackkonsum in Hamburg in der Regel mit Opioidkonsum einhergeht (vgl. ebd.: 4 f., 79).

Anhand der Epidemiologie wurden bereits erste Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich: Frauen sind in den Einrichtungen der Suchthilfe stark unterrepräsentiert. Außerdem wurden auch Unterschiede in Bezug auf die konsumierten Substanzen sichtbar. Hier ergeben sich erste Erkenntnisse, dass Männer und Frauen unterschiedliche Bedarfe an das Hilfesystem haben. Diesbezüglich soll im folgenden Kapitel die Strategie Gender Mainstreaming vorgestellt werden.

3. Gender Mainstreaming in der Suchtkrankenhilfe- ein Überblick

In diesem Kapitel soll ein kurzer Überblick über die Strategie Gender Mainstreaming gegeben werden. Dabei soll insbesondere der Einfluss, den diese Strategie auf das Suchthilfesystem im Hinblick auf geschlechtersensible Konzepte nimmt, erläutert werden. Etabliert hat sich der Begriff des Gender Mainstreaming erstmals 1995 auf der UN-Weltfrauenkonferenz (vgl. BMFSFJ, 2016).

Der Begriff *gender* kommt aus dem Englischen und bedeutet zu Deutsch *Geschlecht*. Betrachtet man den Begriff *gender* aus der wissenschaftlichen Perspektive, so bedeutet er jedoch nicht die Kategorisierung in männlich oder weiblich, sondern er definiert das soziale und kulturelle Geschlecht, die Identitäten von Frauen und Männern, sowie ihr Verhältnis zueinander. Da dieses auf historischer und gesellschaftlicher Ebene ständigen Veränderungen unterliegt, ist auch der Begriff des *gender* wandelbar. Der Begriff *gender* grenzt sich von dem Begriff *sex*, welcher das biologische Geschlecht definiert, ab, sodass beide Definitionsbegriffe unabhängig voneinander zu betrachten sind. *Mainstreaming* lässt sich aus dem Englischen mit *Hauptstrom* übersetzen und meint, dass eine spezifische inhaltliche Vorgabe zum zentralen Bestandteil aller Entscheidungen und Prozesse erhoben wird (vgl. DHS, 2004: 1 f.).

Im Mittelpunkt der Strategie Gender Mainstreaming steht die Berücksichtigung der unterschiedlichen Auswirkungen aller politischen und administrativen Entscheidungen auf Männer und Frauen in allen gesellschaftlichen Bereichen. Gender Mainstreaming kann mit Geschlechtergerechtigkeit übersetzt werden und basiert auf dem Grundsatz, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt. Ziel ist es, die Qualität der Hilfen und Maßnahmen zu erhöhen, Chancengleichheit herzustellen und die unterschiedlichen Lebensrealitäten und Bedürfnisse von Männern und Frauen zu berücksichtigen (vgl. BMFSFJ, 2016).

Zur Etablierung der Strategie ist festzuhalten, dass eine verbindliche Festschreibung erstmals im Amsterdamer Vertrag vom 1. Mai 1999 erfolgte. Eine Verpflichtung zur Umsetzung der Strategie Gender Mainstreaming trat mit der Verabschiedung des Vertrages von Lissabon 2008 ein. Darin wurde in Artikel 8 über die Arbeitsweise der Europäischen Union die Verpflichtung der EU zu Gender Mainstreaming festgesetzt. Artikel 3 Abs. 2 des Grundgesetzes mit der Änderung von 1994 stellt die Gleichberechtigung aller Männer und Frauen sicher und fördert mit Artikel 3 Abs. 2 Satz 1 „die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern“. Der Kabinettsbeschluss vom 23. Juni 1999 verfestigt die Einführung von Gender Mainstreaming als durchgängiges Leitprinzip der Bundesregierung. Mit der Neuformulierung der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien am 26. Juli 2000 wurde Gender Mainstreaming als durchgängiges Leitprinzip etabliert und dazu aufgerufen, die Strategie bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen mit einzubeziehen (vgl. ebd.).

Da sich diese Arbeit mit den frauenspezifischen Suchtberatungsstellen in Hamburg auseinandersetzt, werden die Handlungsleitlinien der Strategie Gender Mainstreaming anhand der

Empfehlung der AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg vorgestellt. Diese Empfehlung wurde im Oktober 2006 veröffentlicht und bis dato nicht aktualisiert. Sie hat also bis heute Gültigkeit. Die Empfehlung richtet sich gleichermaßen an gemischtgeschlechtliche Einrichtungen, als auch an geschlechtsspezifische Einrichtungen. Die AG Frau und Sucht setzt sich aus Mitarbeitenden verschiedener Institutionen und Vereinen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe sowie aus Behördenmitarbeiter_innen zusammen. Innerhalb des Fachrats finden sich Mitarbeitende sowohl aus gemischtgeschlechtlichen als auch aus geschlechtsspezifischen Einrichtungen (vgl. Sturm et al.: 2006).

In der Broschüre werden als Grundlage zunächst die rechtlichen und politischen Verankerungen der Strategie vorgestellt, die im oberen Absatz bereits kurz erläutert wurden. Da Gender Mainstreaming in allen Lebensbereichen berücksichtigt werden muss, gilt dies auch für das Gesundheits- und Sozialwesen. Dabei gilt es zu klären, mit welchen Lebensrealitäten, sowohl privat als auch öffentlich, Männer und Frauen konfrontiert werden und welchen Einfluss diese auf die physische und psychische Gesundheit haben und somit bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen (vgl. ebd.: 3 f.).

Für die Einnahme einer geschlechterdifferenzierten Perspektive als Grundlage bei Planungen und Umsetzungen werden folgende Grundsätze benannt:

- Geschlechtsspezifische Unterschiede und Strukturen sollen sicht- und wandelbar gemacht werden
 - Ziel ist es, eine Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen herzustellen
 - Auch Mitarbeiter_innen auf allen hierarchischen Ebenen müssen sich mit der Geschlechterfrage auseinandersetzen und an der Etablierung der Strategie Gender Mainstreaming mitarbeiten
 - Die Reproduktion oder das Hervorrufen von Missverhältnissen zwischen den Geschlechtern ist zu vermeiden, strategische und operative Ziele sind dahingehend zu überprüfen
 - Ziel ist die Herstellung einer Chancengleichheit
- (vgl. ebd.: 4 f.)

Auf Ebene des Qualitätsmanagements soll die Herstellung der Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen als ein Qualitätsmerkmal betrachtet werden. Dabei sollen die Lebensbedingungen der Nutzer_innen des Hilfesystems in die Qualitätsanforderungen mit einbezogen

werden und zur Erstellung gendergerechter Konzeptionen genutzt werden. So soll Chancengleichheit geboten und Benachteiligung abgebaut werden (vgl. ebd.: 5).

Zur Umsetzung der Strategie in die Praxis werden fachliche und organisatorische Anforderungen auf struktureller, konzeptioneller und finanzieller Ebene gestellt. Die Autor_innen fordern die „[...] Verpflichtung zur Umsetzung von GM auf allen Ebenen der Organisation [...]“ (ebd.: 5). Die Einrichtungen werden also aufgefordert, Gender Mainstreaming in ihrem Leitbild zu verankern und auf jeder Handlungsebene umzusetzen. Auch Arbeitsanweisungen und Personalentscheidungen müssen nach den Aspekten von Gender Mainstreaming überprüft werden. Auf struktureller Ebene bedeutet dies unter anderem die Gleichstellung von Frauen und Männern in der Mitarbeiter_innenstruktur und eine geschlechtergerechte Ausrichtung der Einrichtung im Sinne von spezifischen Öffnungszeiten oder geschlechtergerechter Raumausstattung. Auf konzeptioneller Ebene soll Gender Mainstreaming unter anderem durch die Implementierung geschlechtsspezifischer Angebote oder die Anwesenheit gleichgeschlechtlicher Berater_innen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen umgesetzt werden (vgl. ebd.: 6 f.).

Für die Praxis der Suchtberatung bedeutet die Umsetzung der Strategie, dass sich die Berücksichtigung des Faktors Gender durch alle Ebenen des Beratungsprozesses, von der Anamnese bis hin zur Intervention, zieht. Auch die Zugangschancen in die Einrichtungen müssen für alle Gruppen gleichwertig gestaltet werden und dürfen bestimmte Gruppen nicht ausschließen (vgl. ebd.: 7 f.).

Die Autor_innen haben einen Kriterienkatalog ausgearbeitet, der Schwerpunkte für die Arbeit mit Mädchen/Frauen und Schwerpunkte für die Arbeit mit Jungen/Männern aufzeigt. Innerhalb dieser Kataloge findet sich die Berücksichtigung der geschlechterspezifischen Problem- und Lebenslagen von Frauen und Männern, auch im Hinblick auf Gesellschafts- und Sozialisationsaspekte wieder. So werden als Schwerpunktthemen in der Arbeit mit Frauen beispielsweise die Aufarbeitung abhängigkeitsfördernder Beziehungen, die Wahrnehmung und Wertschätzung des eigenen Körpers und des Geschlechts und die Thematisierung der widersprüchlichen Rollenbilder und Rollenanforderungen vorgeschlagen. Darüber hinaus werden auch Themen wie Gewalt, psychische Probleme oder Selbstwahrnehmung genannt (vgl. ebd.: 8).

Um den Bogen zurück zu spannen auf frauenspezifische Suchthilfe, sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die Empfehlung und somit die Implementierung der Strategie Gender

Mainstreaming sowohl für geschlechtsheterogene als auch für geschlechtsspezifische Einrichtungen gelten soll (vgl. ebd.: 6). Die in der Empfehlung oft benannte geschlechtergerechte Suchtarbeit wird im Allgemeinen häufig mit frauenspezifischer Suchtarbeit gleichgesetzt. Dies liegt allem voran daran, dass sich Konzepte und Methoden der Suchthilfe bislang an Männern orientiert haben. Die Berücksichtigung des Faktors Gender ist jedoch als eine Querschnittsaufgabe in der Suchtarbeit zu verstehen. In diesem Kontext bedeutet das die Anpassung der Methoden an die Bedürfnisse und Lebenswirklichkeiten von Männern und Frauen. Eine Differenzierung nach Geschlecht kann dazu beitragen die Qualität und Passgenauigkeit eines Angebotes zu erhöhen. Dies impliziert sowohl männerspezifische als auch frauenspezifische Angebote gleichermaßen (vgl. Heinzen-Voß/ Ludewig, 2016: 9 f.).

Hier findet sich also die Notwendigkeit frauenspezifischer Einrichtungen in der Suchthilfe wieder. Mittels frauenspezifischer Suchthilfeangebote soll den Frauen der Zugang zum Hilfesystem erleichtert werden. Außerdem bieten frauenspezifische Angebote Raum für frauenspezifische Themen und Problemlagen. Mittels frauenspezifischer Suchthilfe kann die Wirksamkeit der Angebote und die Qualität der inhaltlichen Arbeit gesteigert werden (vgl. Peine, 2016: 69). Im folgenden Kapitel sollen die frauenspezifischen Lebenslagen und Lebensbedingungen, aber auch biografische Aspekte abhängigkeitskranker Frauen thematisiert werden, um die Notwendigkeit frauenspezifischer Suchtarbeit deutlich zu machen.

4. Meisterinnen des Versteckens- Hintergründe und Problemlagen opioidabhängiger Frauen

Die Differenzen zwischen den Geschlechtern beeinflussen den gesamten Verlauf der Abhängigkeit. Vom Einstieg in die Sucht, über die Art der konsumierten Droge, hin zu den vielfältigen Problem- und Lebenslagen bis zum Ausstieg aus der Sucht (vgl. Zurhold, 2000: 161). Diese Erkenntnis erfordert ein geschlechtersensibles Beratungs- und Betreuungssystem für suchtmittelabhängige Frauen und Männer (vgl. Bernard/Tödte, 2016: 9). Es ist jedoch anzumerken, dass die Hintergründe und Lebenswelten in den folgenden Abschnitten zwar anhand geschlechtsbezogener Aspekte betrachtet werden, dennoch sind abhängige Frauen oder abhängige Männer nicht als jeweils homogene Gruppen zu betrachten. Abhängigkeitserkrankungen und Suchtverläufe haben, unabhängig von dem Faktor Geschlecht, multikausale und individuelle Hintergründe.

4.1 Frauenspezifische Hintergründe für den Einstieg in den Drogenkonsum

Betrachtet man die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung auf biografischer Ebene, so steht der Drogenkonsum bei Frauen häufiger im Zusammenhang mit negativen Erfahrungen in ihrer Biografie als bei Männern. Laut Angaben der BADO (Lindemann et al., 2017) berichteten 88% der Frauen von schwer belastenden Lebensereignissen. Weiterhin wurde in der BADO (ebd.) auch der familiäre Hintergrund der Klienten und Klientinnen beleuchtet. 21% der Frauen wuchsen in Familien auf, in denen beide Elternteile von Abhängigkeitserkrankungen betroffen waren. 46% dieser Frauen wuchsen mit einem Vater und 34% mit einer Mutter mit Suchtproblemen auf (vgl. ebd.: 90). Kinder, die mit einem oder zwei süchtigen Elternteilen aufwachsen, tragen ein erhöhtes Risiko, selber eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Dies ist zum einen auf genetische Faktoren zurückzuführen. Zum anderen spielen aber auch die psychosoziale Belastung und soziale, ökonomische und familiäre Faktoren, die sich auf die Entwicklung des Kindes auswirken, eine Rolle. Dieses Risiko wird weiter gesteigert, wenn es im Laufe der Kindheit zu einer Trennung vom Elternhaus und zu einer Fremdunterbringung kommt (vgl. Vogt, 2016: 103 f.). Die Kindheit und Jugend von rund 30% der Frauen war laut BADO (Lindemann et al., 2017) von Heimerfahrungen und Erfahrungen in öffentlichen Erziehungsanstalten geprägt.

Darüber hinaus gibt es auch Männer und Frauen, die in einem intakten und behüteten Elternhaus aufwachsen und aus experimentellen Gründen mit dem Konsum von Drogen beginnen (vgl. Vogt, 2016: 104 f.). Während bei Männern der Einstieg in den Drogengebrauch häufig über die Peergroup erfolgt, neigen Frauen eher dazu, mit dem Drogenkonsum anzufangen, wenn ihr Partner ebenfalls Drogen gebraucht (vgl. Bernard, 2016a: 22 f.).

Sowohl für weibliche Konsumentinnen als auch für männliche Konsumenten nimmt die Geschlechtsidentität eine zentrale Position beim Drogenkonsum ein. Während Männer im Konsum von illegalen Substanzen eine Demonstration ihrer Stärke und Männlichkeit sehen, ist der Drogenkonsum bei Frauen eher eine Form der Bewältigung, die eng im Zusammenhang mit der weiblichen Sozialisation und den Rollenerwartungen steht (vgl. ebd.: 23 f.). Die Anforderungen und die Rollenerwartungen an die Frau haben seit Beginn der 1990er einen Wandel durchlebt. Das bis dahin vorrangig herrschende traditionelle Rollenbild der Frau und die damit einhergehende weibliche Sozialisation sind geprägt von abhängigkeitsfördernden Bedingungen. Dem gegenüber steht die Freiheit in der Lebensgestaltung der postmodernen Frau mit ihren Wahl- und Entfaltungsmöglichkeiten und Karrierechancen (vgl. Heinzen-

Voß/Ludwig, 2016: 13). Die gleichzeitige Existenz dieser beiden Rollenbilder schafft für Frauen erhöhte Anforderungen. Auf der einen Seite sind sie meist noch immer alleine für den Haushalt und die Kindererziehung verantwortlich, sollen die weiblichen „Tugenden“ weiter pflegen, empathisch und vor allem schön und weiblich sein. Auf der anderen Seite sollen sie ihre Chancen und Möglichkeiten nutzen, emanzipiert, zielstrebig und beruflich erfolgreich sein. Dies kann dazu führen, dass Frauen sich mit ihrer Rolle überfordert sehen, beide Rollen vereinigen wollen oder die Orientierung verlieren (vgl. Vogelsang, 2016a: 90 ff.). Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann daher ein Mittel sein, diese Gefühle zu kompensieren – entweder um den Erwartungen zu entsprechen oder um sich diesen bewusst zu entziehen (vgl. Schwarting, 2016: 51).

Auch das Streben nach Schönheit und Schlankheit steht eng im Zusammenhang mit Drogenkonsum. Viele junge Frauen begründen ihr Selbstwertgefühl anhand ihres Körpers und ihrer Schönheit. Um schlank zu bleiben, beginnen viele junge Frauen mit dem Rauchen, um ihr Hungergefühl zu unterdrücken oder nehmen Appetitzügler ein. Dies kann bis zum Konsum von illegalen Drogen (insbesondere Kokain) reichen (vgl. Heinzen-Voß/ Ludwig, 2016: 13).

Frauen neigen eher dazu, ihre Sucht zu verheimlichen. Der Konsum findet in der Regel isoliert und heimlich statt. Im Vergleich zu Männern sind süchtige Frauen sozial unauffälliger. Für Frauen stellt der Suchtmittelkonsum zumeist eine Art Selbstmedikation dar, beispielsweise um ihre Rollenerwartungen zu erfüllen und den Alltag zu bewältigen (vgl. Vogelsang, 2016a: 91). Ein weiterer Grund die Sucht zu verstecken, ist die stärkere gesellschaftliche Stigmatisierung von süchtigen Frauen, die insbesondere in dem noch immer bestehenden tradierten Rollenbild begründet liegt (vgl. Brosch, 2005: 147).

4.2 Problemlagen opioidabhängiger Frauen

Der Alltag von opioidabhängigen Frauen ist bestimmt durch den täglichen Konsum und die Beschaffung von Drogen. Sie werden marginalisiert und stigmatisiert. Christiane Bernard geht von der These aus, dass der Alltag in der Szene von der Kategorisierung in Geschlechter geprägt wird (vgl. Bernard, 2016: 185). Viele der hier genannten Aspekte sind Teil der Alltagswelt opioidgebrauchender Frauen, einige der Problemlagen sind jedoch auch als Hintergründe für den Weg in den Suchtmittelkonsum zu betrachten.

4.2.1 Gewalterfahrungen

„Gewalt generiert in gewissem Umfang Sucht und umgekehrt Sucht Gewalt“ (Vogt, 2016: 106).

Zwischen Erfahrungen mit Gewalt und dem Konsum psychoaktiver Substanzen bestehen komplexe Zusammenhänge. So gilt es mittlerweile als bewiesen, dass das Erleben oder das Beobachten von Gewalt in der Kindheit mit einem erhöhten Risiko eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln einher geht. Man geht davon aus, dass es bei den Kindern, die Gewalt erleben, zunächst zu einer Belastungsstörung kommt, woraus sich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln kann. In diesem Sinne kann der Konsum von Drogen dann als eine Art Selbstmedikation zur Linderung des Leidens verstanden werden. Insbesondere das Erleben von sexualisierter Gewalt führt zu einem frühen Einstieg in den Konsum psychoaktiver Substanzen (vgl. ebd.: 102). Bezogen auf Gewalterfahrungen gaben laut BADO (Lindemann et al., 2017) 26% der Betreuten an, bereits Opfer sexueller Gewalt oder sexuellen Missbrauchs geworden zu sein. Davon waren die Frauen mit 68,5% weitaus häufig betroffen als die Männer, von denen 9,7% angaben, sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Dies gilt ebenso für Gewalterfahrungen. Hier gaben 82,2% der Frauen und 70,7% der Männer an, von Gewalt betroffen gewesen zu sein (vgl. ebd.: 90).

Gleichzeitig ist das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, bei Menschen, die bereits eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt haben, erhöht. Die Gewalt kann sich sowohl in der Partnerschaft als auch allgemein im sozialen Umfeld, innerhalb der Familie, aber auch durch Fremde ereignen. Frauen können zwar auch Täterinnen sein, haben im Vergleich zu Männern jedoch ein erhöhtes Risiko, Opfer zu werden. Dies liegt unter anderem an den hierarchischen Verhältnissen innerhalb der Szene, dem Einfluss der Drogen, aber auch an ihrer körperlichen Unterlegenheit. Außerdem unterliegen Frauen, die risikobehafteten Tätigkeiten, wie beispielsweise der Prostitution, nachgehen, einem erhöhten Risiko, Gewalt zu erleben (vgl. Vogt, 2016: 105 f.).

Auch die Straßen-Drogenszene ist von Gewalt geprägt. Sie ist männerdominiert und an den männlichen Normen und Werten orientiert. In der Szene herrschen patriarchalische Strukturen. Während Männer bevorteilt werden und eine hohe Statusposition einnehmen, werden Frauen diskriminiert und untergeordnet. Oft benutzen die Männer ihre physische Überlegenheit, um den Frauen ihre Drogen oder ihr Geld gewaltsam abzunehmen (vgl. Bernard, 2016: 192 ff.).

Neben Gewalterfahrungen in der Kindheit, die bei vielen Frauen bereits eine Traumatisierung hervorgerufen haben, kann das Erleben von Gewalt im Erwachsenenalter zu einer Re-Traumatisierung führen. Frauen, die in der Kindheit nicht von Gewalt betroffen gewesen sind, können durch Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter eine erste Traumatisierung erleben. In beiden Fällen kann der Konsum von Drogen zur Selbstbehandlung eingesetzt werden, um das Leiden und die Belastungen zu lindern. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann wiederum zu einem erhöhten Risiko, Gewalt zu erleben, führen. Somit kommt es zu einem Kreislauf, da erneut der Konsum psychoaktiver Substanzen eingesetzt wird, um das Erlebte zu bewältigen (vgl. Vogt, 2016: 107).

4.2.2 Prostitution

Ein großer Anteil drogenkonsumierender Frauen finanziert den Konsum mittels Beschaffungsprostitution. Laut BADO (vgl. Lindemann et al., 2017) gaben 18.3% der opioidkonsumierenden Frauen an, ihr Einkommen durch Prostitution zu sichern. Bei den Männern gaben lediglich 0.7% an, sich zu prostituieren (vgl. ebd.: 89). In vielen Fällen ist der Alltag von Drogenprostituierten von einem schnellen Wechsel zwischen Prostitution und Drogenkonsum bestimmt. Die Frauen gehen der Prostitution nach, um den Drogenkonsum zu finanzieren, nutzen den Konsum wiederum auch, um die Prostitution zu erleichtern. Somit stehen Drogenkonsum und Prostitution in einer engen Wechselbeziehung zueinander (vgl. Bernard, 2016: 199). Eine Studie von Heike Zurhold aus dem Jahr 2005, welche sich mit den Entwicklungsverläufen von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution in Hamburg befasst, ergab, dass bei drei Vierteln der Befragten der Konsum von Drogen mit der Sexarbeit progressiv angestiegen ist (vgl. Zurhold, 2005: 178).

Anders als bei den professionellen Prostituierten liegt bei den Drogenprostituierten das Hauptmotiv für die Sexarbeit im Drogenkonsum. Allerdings lassen sich diese beiden Formen nicht eindeutig voneinander differenzieren. Dennoch lässt sich sagen, dass Drogenprostituierte sich eher der Drogenszene zugehörig fühlen, als dem Sexmilieu. Meist findet Drogenprostitution in Form von Straßenprostitution und im räumlichen Umfeld der Drogenszene statt (vgl. ebd.: 19). Die Straßenprostitution findet häufig in Sperrgebieten statt - also in Zonen, in denen Prostitution verboten oder zeitlich eingeschränkt ist. In Hamburg betrifft dies die Stätteile St. Georg, St. Pauli, Neustadt und Altona, wobei einige kleinere Gebiete, wie beispielsweise Teile der Reeperbahn oder die Herbertstraße, Ausnahmeregelungen unterliegen

(vgl. HmbGVBl, 1980). Auf Grund der ständigen Kontrollen und der drohenden Gefahr von Bußgeldern wird die Sexarbeit zunehmend erschwert (vgl. Wüst, 2008: 39).

Prostitution ist äußerst risikobehaftet, insbesondere wenn ein/e Beteiligte/r oder alle Beteiligten unter dem Einfluss von Drogen stehen. Dies kann dazu führen, dass Männer ihre Selbstkontrolle verlieren und sich aggressiv verhalten. Frauen, die auf Grund von Entzugerscheinungen oder durch den Drogeneinfluss geschwächt sind, erbringen auf Grund ihrer Notsituation oder ihrer eingeschränkten Entscheidungsfreiheit oft Leistungen gegen ihren Willen. So lassen sie sich von ihren Freiern leichter zu ungeschütztem Verkehr oder zu riskanten Sexpraktiken überreden (vgl. Vogt, 2016: 106). Bezogen auf sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen wie HIV oder Hepatitis sind Frauen, die sich prostituieren, einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt (vgl. Bernard, 2016a: 31).

Straßenprostitution birgt auch im Hinblick auf Gewalt ein hohes Risikopotential. Diese erfolgt meist durch Freier in Form von körperlicher Misshandlung oder sexualisierter Gewalt. Dieses Risiko wird nicht zuletzt dadurch verstärkt, dass die Frauen innerhalb kürzester Zeit einschätzen müssen, ob von dem Freier eine Gefahr ausgeht oder nicht. Darüber hinaus wird die Prostitution häufig an unsicheren Orten, wie Parks, Spielplätzen oder in Autos durchgeführt, sodass die Frauen ihren Freiern oft schutzlos ausgeliefert sind (vgl. Zurhold, 2005: 194).

Neben den physischen Verletzungen hat die Drogenprostitution auch psychische Auswirkungen auf die Frauen. Ein großer Teil der Frauen hat bereits in der Kindheit und Jugend (sexualisierte) Gewalt erfahren. Im Verlauf der Prostitution erleben viele Frauen Gewalt und sexuelle Übergriffe durch ihre Freier, was zu einer (Re-) Traumatisierung führen kann. Die Sexarbeit führt bei vielen Frauen zu einem Gefühl der Erniedrigung und zu einem Verlust der Selbstachtung. Auch die Achtung des eigenen Körpers geht mit dem Verkauf dessen oft verloren (vgl. ebd.: 202 f.).

4.2.3 Schwangerschaft und Kinder

In Folge des Drogenkonsums bleibt bei vielen Frauen die Regel aus oder der Eisprung findet nicht statt. Auf Grund dessen gehen einige Frauen davon aus, nicht schwanger werden zu können, sodass sie auf Verhütungsmittel verzichten. Durch Substitutionsbehandlungen oder die Einnahme anderer Drogen oder Medikamente kann sich der Zyklus jedoch stabilisieren, sodass viele Schwangerschaften substanzabhängiger Frauen ungeplant sind. Ein offen ausgesprochener Kinderwunsch wird meist durch das soziale Umfeld kritisiert. Im Hilfesystem hat

sich die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch drogenabhängiger Frauen noch nicht etabliert (vgl. Tödte et al., 2016: 170).

Bezüglich der Lebensrealitäten, Bedürfnisse und Komorbidität von Schwangeren, die illegale Substanzen konsumieren, sind kaum aktuelle Studien oder Praxisberichte verfügbar (vgl. ebd.: 163). Nachgewiesen ist hingegen, dass Drogengebrauch in der Schwangerschaft massive gesundheitliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind hat. Die Folgen, die der Konsum psychoaktiver Substanzen auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes hat, sind abhängig von der jeweiligen Substanz. So kann der Konsum von Opioiden während der Schwangerschaft beispielsweise zu Schwangerschaftsabbrüchen, Frühgeburten oder Totgeburten führen. Die Babys leiden nach der Geburt unter starken Entzugssymptomen, die teils medikamentös behandelt werden müssen. Der Konsum von Kokain kann zu einer Ablösung der Plazenta und Frühgeburten führen. Der Beikonsum von Alkohol und Zigaretten hat ebenfalls negative Auswirkungen auf den Fötus. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann zum Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) führen. Dies charakterisiert sich durch Wachstumsverzögerungen, Fehlbildungen im Gesicht oder zentralnervöse Auffälligkeiten der Kinder. Auch das Rauchen von Zigaretten kann zu Komplikationen in der Schwangerschaft bis hin zu Totgeburten führen. Wachstumsverzögerungen, ein erhöhtes Risiko des plötzlichen Kindstods und eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen sind ebenfalls Folgen von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft. Der Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen hat komplexe Auswirkungen auf den Fötus und kann zu dauerhaften schweren Schädigungen des Kindes führen (vgl. Vogt, 2016a: 95 f.).

Schwangere drogenkonsumierende Frauen benötigen eine enge medizinische Betreuung, die für sie ebenso unerlässlich ist, wie für das ungeborene Baby. Für die betroffenen Frauen ergeben sich eine Fülle von Problemlagen und Unterstützungsbedarfen. Darunter fallen beispielsweise die öffentliche Wahrnehmung und gesellschaftliche Stigmatisierung von schwangeren drogenkonsumierenden Frauen oder der Druck und die Angst davor, Mutter zu sein, aber auch Schuld- und Schamgefühle. Aufgrund dessen versuchen viele Frauen, ihren Konsum vor Ärzt_innen, Hebammen, etc. zu verbergen und die Inanspruchnahme von Hilfen zu vermeiden. Dies wiederum bedeutet, dass diese Frauen und ihre ungeborenen Babys nicht die umfangreiche Unterstützung in Anspruch nehmen, die sie eigentlich bräuchten und so sich und den Fötus weiter gefährden (vgl. Tödte et al., 2016: 167).

Insofern stellen Schwangerschaften ganz besondere Anforderung an eine frauengerechte Suchthilfe – dies bezieht sich sowohl auf die Gestaltung der Angebote als auch auf die Haltung der Mitarbeitenden.

Mit der Geburt und der Mutter- bzw. Vaterschaft verstärken sich die multiplen Problemlagen und neben der Abhängigkeit müssen die Mütter und Väter auch den erzieherischen Alltag bewältigen. Nach Angaben der BADO (Lindemann et al., 2017) haben 60,4% der Opioidklientinnen eigene Kinder. 37,3% dieser Frauen haben minderjährige Kinder. Davon leben nur rund 16% der Klientinnen mit ihren Kindern in einem Haushalt. Bei den Männern gaben etwas mehr als die Hälfte (50,6%) an, Kinder zu haben. Von dem Anteil der Männer, die eigene Kinder haben, gaben 8,6% an, mit diesen in einem Haushalt zu leben (vgl. ebd.: 88). Viele der betroffenen Frauen sind alleinerziehend, was die Lebenssituation weiter belastet und das Armutsrisiko steigert (vgl. Tödte et al., 2016: 170). Auch wird den betroffenen Frauen der Zugang zum Hilfesystem erschwert, da sie meist nur ambulante Hilfen in Anspruch nehmen können oder den Kindern der Zutritt in einigen Einrichtungen verwehrt wird (vgl. Vogt, 2016a: 106 f.). Teilweise schränkt die Komm-Struktur vieler Einrichtungen auch die Zugangschancen für Mütter ein (vgl. Tödte/Bernard, 2016: 389).

Die Problemlagen der abhängigkeiterkrankten Eltern wirken sich wiederum auf die Kindererziehung, die Eltern-Kind-Bindung und auf die Kinder selber aus. Nicht selten leiden Kinder abhängigkeiterkrankter Eltern unter Regulationsstörungen, zeigen auffälliges Verhalten und verzögern sich in ihrer Entwicklung. Hieraus resultiert eine erhöhte Anforderung an die Erziehung, was zu einem weiteren Belastungsfaktor für die Eltern führt (vgl. ebd.). Auch ist an dieser Stelle noch einmal anzumerken, dass Kinder, die mit suchtbelasteten Elternteilen aufwachsen, ein erhöhtes Risiko tragen, selber eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln (vgl. Vogt, 2016: 103 f.).

4.2.4 Obdachlosigkeit

Obdachlosigkeit kann als Faktor betrachtet werden, der die Entstehung einer Sucht begünstigt. Sucht wiederum kann ein Risikofaktor sein, obdachlos zu werden (vgl. Tügel/ Lieb, 2014).

Neben suchtkranken Obdachlosen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße haben, gibt es auch andere Formen der Wohnungslosigkeit oder Wohnungsnotfälle. So gibt es abhängigkeiterkrankte Menschen, die vorübergehend bei Bekannten oder Verwandten unterkommen,

in Notunterkünften untergebracht sind, derzeit im Strafvollzug sind und nach der Entlassung keinen eigenen Wohnraum zur Verfügung haben oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben und von Wohnungslosigkeit bedroht sind (vgl. ebd.).

Nach Angaben der BADO (Lindemann et al., 2017) haben 70,6% der weiblichen Opioidklientinnen einen eigenen Wohnraum. 61,5% gaben an, derzeit in einer eigenen Wohnung zu leben. 3,1% der Befragten hielten sich in einem Hotel, einer Pension oder ähnlichen Unterkünften auf. 5,5% der opioidkonsumierenden Frauen lebten zum Zeitpunkt der Befragung auf der Straße oder waren auf Trebe (vgl. ebd.: 88).

Das Fehlen eines festen Alltagsrhythmus ist charakteristisch für das Leben auf der Straße. Die Obdachlosigkeit und das Leben auf der Straße führen zu erheblichen psychischen und gesundheitlichen Belastungen (vgl. Bernard, 2016: 199 f.). Eine Abhängigkeitserkrankung ist nur ein Belastungsfaktor unter vielen, die mit Obdachlosigkeit einher gehen. Physiologische Grundbedürfnisse wie Trinken, Essen, Schlafen oder Wärme sind nicht ausreichend gegeben und auch die hygienische Grundversorgung wird erschwert. Außerdem ist das Leben auf der Straße mit einigen Risiken behaftet. Viele Obdachlose erleben körperliche und sexualisierte Gewalt, werden ausgeraubt oder bestohlen. Bei Frauen liegt das Risiko, Opfer eines solchen kriminellen Übergriffs zu werden, deutlich höher als bei Männern (vgl. Faust, o.J.:11).

Darüber hinaus sind abhängigkeiterkrankt und obdachlos zu sein Faktoren, die das Aufsuchen von ärztlichen oder therapeutischen Hilfsangeboten massiv erschweren. Auch der nachhaltige Erfolg von Maßnahmen der Eingliederungshilfe oder Entwöhnungsbehandlungen wird durch die Obdachlosigkeit eingeschränkt (vgl. Tügel/ Lieb, 2014).

Notschlafstellen für obdachlose Frauen gibt es in Hamburg nur wenige. Lediglich zwei Übernachtungsstätten stehen ausschließlich Frauen zur Verfügung (FrauenZimmer, Haus Bethlehem der Schwestern der Mutter Theresa). Die übrigen Angebote sind entweder gemischtgeschlechtlich oder ausschließlich für Männer (vgl. BASFI, 2017: 15 f.).

4.2.5 Komorbidität

Der Begriff Komorbidität bezeichnet das gleichzeitige Auftreten mehrerer psychischer Störungen bei einer Person in einem bestimmten Zeitraum (vgl. Wirtz, 2017: 913). Die Diagnose komorbider Störungen ist bei Abhängigkeitserkrankten ein sehr häufiges Phänomen. Nicht selten gehen bei Frauen die psychischen Störungen einer Sucht voraus. Der Konsum der

Suchtmittel kann als eine Art Selbstmedikation zur Linderung der Leiden verstanden werden (vgl. Zenker, 2016: 77 f.). Frauen mit Suchtproblemen weisen häufig Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Borderline-Erkrankungen, Depressionen oder andere Zusatzdiagnosen auf. Eine Begründung hierfür liegt beispielsweise in den Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, die die Frauen gemacht haben (vgl. Vogt, 2010: 175).

Die BADO (Lindemann et al., 2017) dokumentiert, dass die Berater_innen der ambulanten Einrichtungen 40,4% der Nutzerinnen als erheblich psychisch/seelisch belastet einschätzten. Somit zeigen Frauen eine deutlich höhere psychische Belastung als Männer, bei denen diese Einschätzung auf 28,3% zutrifft. Darüber hinaus unterscheiden sich Männer und Frauen auch in der Art der psychischen Belastung. 24,6% der Klientinnen leiden gegenüber 20,6% der Männer erheblich bis extrem unter depressiver Stimmung. 22,6% der Frauen sind durch Nervosität und Unruhe belastet. 20% der Frauen gaben an, mit extremen Ängsten und Phobien zu kämpfen. Dem gegenüber stehen 13,7% der Männer. Auch bei Suizidversuchen ist der Anteil an Frauen mit 42% höher als der Anteil an Männern, von denen 29% bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen haben. 10,9 % der Männer neigen zu einer überhöhten Selbsteinschätzung. In diesem Bereich liegt der Frauenanteil bei 9,2% (vgl. ebd.: 91 f.).

Die Essstörung als komorbide Störung bei opioidabhängigen Frauen ist im Vergleich zu den Männern wesentlich stärker ausgeprägt. 14,7% der Frauen und nur 2,6% der Männer benannten neben dem Opioidkonsum eine Essstörung als Problembereich (vgl. ebd.: 82).

Frauen, die neben der Abhängigkeitserkrankung weitere psychische Störungen haben, haben meist nur geringe Chancen auf eine adäquate Therapie. Meist wird die Suchtstörung als primäre Störung eingestuft und fokussiert. Die mangelnde Bearbeitung der komorbiden Störungen kann sich jedoch negativ auf die behandelte Grunderkrankung auswirken. Letztendlich stehen Sucherkrankungen und komorbide Störungen in einem Kreissystem zueinander, das heißt, sie beeinflussen, bedingen und verstärken sich gegenseitig. Daraus resultiert eine hohe Anforderung an die Hilfe- und Therapieplanung von abhängigkeitskranken Frauen mit komorbiden Störungen (vgl. Vogelsang, 2016: 241 ff.).

Ambulante Beratungsangebote spielen für Frauen mit komorbiden Störungen eine zentrale Rolle. Oft haben sie nur die Möglichkeit über niedrigschwellige Hilfsangebote Zugang zu dem Hilfesystem zu finden, da sie die Anforderungen für (teil-)stationäre Angebote, meist die Abstinenz, nicht erfüllen können (vgl. Peine/ Homann, 2016: 283).

Treten psychische Störungen mit einer somatischen Erkrankung auf, spricht man von Multimorbidität (vgl. Wirtz, 2017: 914). So gehören beispielsweise Atemwegserkrankungen, Leberschäden oder offene Abszesse zu den Begleiterscheinungen einer Abhängigkeitserkrankung (vgl. Tödte et al., 2016: 168). Infektionen mit HIV oder Hepatitis gehören zu den bedeutendsten gesundheitlichen Risiken bei dem Konsum illegaler Substanzen. Zentrale Risikofaktoren sind dabei der gemeinschaftliche Gebrauch von Spritzbesteck und riskante, ungeschützte Sexpraktiken, insbesondere bei Frauen, die der Prostitution nachgehen (vgl. Bernard, 2016a: 31). Frauen sind laut BADO (Lindemann et al., 2017) häufiger an HIV und Hepatitis erkrankt als Männer. Insgesamt 4,7% der opioidkonsumierenden Frauen und 3,7% der opioidabhängigen Männer gaben an, mit HIV infiziert zu sein. 48% der Frauen und 45,6% der Männer haben eine Hepatitis C Infektion (vgl. ebd.: 91).

4.2.6 Nutzung des Hilfesystems

Wie eingangs bereits erwähnt sind Frauen in den Suchthilfeeinrichtungen stark unterrepräsentiert. Laut BADO (Lindemann et al., 2017) lag der Frauenanteil der Betreuten bei rund 31%. Abzüglich der Frauen, die Betreuungen für Angehörige und Personen aus dem sozialen Umfeld der Konsument_innen in Anspruch genommen haben, verkleinert sich der Anteil auf 26% (vgl. ebd.: 2, 79). Dies lässt sich unter anderem damit erklären, dass die Angebote der Suchthilfe noch immer einer Orientierung an den männlichen Bedürfnissen unterliegen. Viele Frauen nehmen die gebotenen Hilfen nicht in Anspruch, da diese ihren Bedürfnissen nicht gerecht werden und sie nicht auf ihre Lebenswelten und Bedürfnisse zugeschnitten sind (vgl. Bernard, 2016a: 37).

Der Zugang zum Hilfesystem erfolgt nicht nur im Hinblick auf das Geschlecht sehr unterschiedlich. Das Alter, der Suchtverlauf, die soziale Integration oder der familiäre Hintergrund sind nur ein Teil der Faktoren, die ebenfalls entscheidende Rollen spielen. Die physischen, psychischen und sozialen Folgen der Sucht divergieren bei süchtigen Männern und Frauen. Aus diesem Grund müssen die Hilfsangebote an die entsprechenden Bedürfnisse angepasst werden. Im Vergleich zu Männern wählen Frauen beispielsweise häufiger ambulante Entwöhnungsbehandlungen aus. Ein Grund hierfür kann beispielsweise in der Versorgung der Kinder liegen, welche sich bei stationären Aufenthalten schwierig gestaltet (vgl. DHS, 2004: 2). Im Vergleich zu Männern wenden sich Frauen frühzeitiger an Hilfs- und Beratungsangebote. Des Weiteren geschieht dies bei Frauen häufiger aus eigener Motivation heraus (vgl. Bernard, 2016a: 24 f.). Bezogen auf die Inanspruchnahme von Hilfseinrichtungen liefert die

BADO (Lindemann et al., 2017) detaillierte Daten: 38% der Opioidkonsumierenden nahmen ambulante Einrichtungen zur Betreuung Substituierter in Anspruch. Weitere 27% wandten sich an Angebote der ambulanten Einrichtungen, die speziell auf illegale Suchtmittel ausgerichtet sind. 15% nutzten Einrichtungen, die suchtmittelübergreifend arbeiten. Die häufigsten in Anspruch genommenen Betreuungsarten sind die ambulanten Beratungen und Betreuungen (55%), psychosoziale Betreuungen für Substituierte (38%) und niedrigschwellige Hilfen (27%). Dabei nahmen 33% der Frauen gegenüber 25% der Männer die niedrigschwelligen Segmente in Anspruch (vgl. ebd.: 31).

5. Das Suchthilfesystem in Hamburg

Zur Vorbereitung auf den empirischen Teil dieser Arbeit soll in diesem Kapitel eine Beschreibung des Suchthilfesystems in Hamburg erfolgen. Dabei soll speziell auf die Suchtberatungsstellen und solche niedrigschwelligen Hilfen eingegangen werden, da diese den Kern der Untersuchung bilden. Auch wird geschaut, an welchen Stellen frauenspezifische Einrichtungen zu finden sind.

Das Suchthilfesystem in Hamburg umfasst eine breite Palette an Hilfen. Vereinfacht lassen diese sich in vier Sektoren zusammenfassen: Beratungsangebote, medizinische Behandlung, medizinische Rehabilitation und Soziale Teilhabe. Die Angebote gliedern sich in ambulante Hilfen und stationäre/ teilstationäre Hilfen. Innerhalb der Bereiche gibt es verschiedene Hilfen für spezifische Zielgruppen. Da sie auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen basieren, werden die Teilbereiche von unterschiedlichen Leistungsträgern finanziert (vgl. BGV, 2013: 56).

Die Beratungsangebote gliedern sich in verschiedene Teilbereiche: Zum einen gibt es Hilfen, die niedrigschwellig und akzeptierend arbeiten. Dabei handelt es sich in der Regel um Kontakt- und Beratungsstellen, die vorwiegend Angebote zur Überlebenssicherung und Gesundheitsförderung bieten, wie offene Cafés, Treffpunkte und integrierte Konsumräume. Zum anderen gibt es Beratungsangebote und psychosoziale Beratung, welche Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sowie deren Angehörige bieten. Neben offenen Beratungsangeboten bieten diese Einrichtung auch Diagnostiken, Hilfeplanung und die Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote an. Bei den hier beschriebenen Hilfen handelt es sich um freiwillige Leistungen, weshalb sie aus öffentlicher Hand, meist von den Ländern, aber auch durch Spenden, etc. finanziert werden (vgl. ebd.: 56 f.). Da sich diese Arbeit auf die

Suchtberatungsstellen fokussiert, wird im anschließenden Teil genauer auf diese Angebote eingegangen, wobei zu berücksichtigen ist, dass nur solche Beratungsstellen beschrieben werden, die speziell für drogenabhängige Nutzer_innen konzipiert worden sind.

Medizinische Behandlungen Suchtkranker und Suchtgefährdeter werden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Unter das Angebot fallen Behandlungen bei Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen, die Behandlung in Suchtambulanzen in Krankenhäusern, Substitutionsbehandlungen bei Opioidabhängigen, sowie die stationäre Entgiftung (vgl. ebd.: 57).

Die medizinische Rehabilitation ist eine Maßnahme zur Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag. Die Finanzierung obliegt Einzelfallentscheidungen und wird entweder von den gesetzlichen Rentenversicherungen oder von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen. Die medizinische Rehabilitation bietet ein umfassendes und differenziertes Angebot. Sie kann ambulant, stationär und teilstationär erfolgen. Außerdem gibt es ambulante und stationäre Nachsorgeeinrichtungen als Anlaufstellen nach Abschluss der stationären Rehabilitation (vgl. ebd.).

Die Soziale Teilhabe bietet Hilfen nach dem SGB XII für suchterkrankte Menschen, die unter einer seelischen Behinderung leiden und gewillt sind, ihre Sucht zu überwinden, denen jedoch die Leistungen der Rentenversicherung oder der gesetzlichen Krankenkassen (noch) nicht zur Verfügung stehen. Bei diesen Hilfen handelt es sich beispielsweise um Vor- und Nachsorgeeinrichtungen vor bzw. nach der medizinischen Rehabilitation. Außerdem gehören Wiedereingliederungsleistungen in die Erwerbstätigkeit, finanziert durch das SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und SGB III (Arbeitsförderung), ebenfalls zu den Angeboten sozialer Teilhabe (vgl. ebd.: 58 f.).

5.1 Suchtberatungsstellen

Suchtberatungsstellen stehen Menschen mit gesundheitsschädlichem Suchtmittelkonsum sowie deren Angehörigen zur Verfügung. Sie sind ohne Voraussetzungen für alle direkt und indirekt Betroffenen zugänglich. Gemeinsam mit den Berater_innen formulieren die Nutzer_innen ihre Bedarfe und Probleme, sodass nach geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten oder weiterführenden Hilfen gesucht werden kann. Neben den im folgenden Abschnitt näher beschriebenen Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen, gibt es in Hamburg insgesamt 27 Beratungsangebote für Suchterkrankte und deren Angehörige. 26 dieser Einrichtungen arbeiten sowohl mit Menschen die von legalen Suchtmitteln abhängig sind als auch

mit Menschen, bei denen eine Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln vorliegt. Nur zwei der Suchtberatungsstellen sind ausschließlich für Frauen konzipiert (Frauenperspektiven und Kajal), wobei beide dem Trägerverein *Frauenperspektiven e.V.* unterstehen (vgl. BGV, 2013: 62 ff.).

Alle Suchtberatungsstellen werden in einem Abstand von maximal fünf Jahren überprüft, um zu gewährleisten, dass die Konzepte der Einrichtungen auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand basieren. Die einzelnen Leistungssegmente der Einrichtungen werden in Kooperation mit der Fachbehörde und den Trägern in sich gegliedert und gegeneinander abgegrenzt, um eine Willkür der Angebote zu vermeiden. Dabei werden die Leistungen nach Standardleistungen und optionalen Leistungen differenziert. Zu den optionalen Leistungen zählen beispielsweise Streetwork, niedrigschwellige Beratung oder externe Beratung in Haft. Darüber hinaus gibt es festgelegte Methoden, die zur Leistungserbringung eingesetzt werden (vgl. ebd.: 66 ff.).

Zu den Angeboten der Suchtberatungsstellen gehören unter anderem die Erstberatung und die Informationsvermittlung für Ratsuchende, die die Einrichtung zum ersten Mal aufsuchen. Außerdem haben sie die Möglichkeit eine einmalige und intensive Beratung in Form eines ausführlichen Gesprächs und einer umfassenden Informationsvermittlung zu erhalten. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit einer längerfristigen Beratung. Dabei wird nach einer Anamnese gemeinsam mit dem Ratsuchenden oder der Ratsuchenden ein Hilfeplan erarbeitet. Diese Form der Beratung ist als ein dynamischer Prozess zu charakterisieren. Der Hilfeplan wird stetig überprüft und verändert. Ziel ist die Erreichung der Beratungsziele oder die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Daran anknüpfend kann, sofern Berater_in und Ratsuchende_r übereinstimmen, die Vorbereitung auf eine Therapie und die Vermittlung in eine solche angestrebt werden. Die Berater_innen haben auch die Möglichkeiten den Nutzer_innen lebens- und alltagspraktische Hilfen im Sinne von sozialer Stabilisierung und Integration an die Seite zu stellen. Darunter fallen Angebote zur Existenzsicherung und zur Gesundheitssorge, Unterstützung bei Wohnungsangelegenheiten, Hilfen bei der Integration ins Arbeitsleben oder Angebote zur Stabilisierung des sozialen Umfeldes. Dieser Prozess dauert meist mehrere Monate an (vgl. ebd.: 68 f.).

Zusätzlich leisten die Suchtberatungsstellen Öffentlichkeitsarbeit sowie Vernetzungsarbeit mit anderen Trägern (vgl. ebd.: 70).

5.2 Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen

Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen bieten für die Nutzer_innen einen offenen Anlaufpunkt ohne Zugangsvoraussetzungen. In Hamburg sind die ersten niedrigschwelligen Beratungsstellen in den 1980er Jahren aus gesundheits- und ordnungspolitischen Gründen in der offenen Drogenszene entstanden. Auf Grund der Gefährdung durch offen liegendes Spritzbesteck und durch den öffentlichen Konsum illegaler Drogen sowie die erhöhte Anzahl Drogentoter und der Ausbreitung von HIV unter den Konsument_innen gelangte die Politik in Handlungszwang. Mittlerweile hat sich die offene Drogenszene verlagert und ist in der Regel vor niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen zu finden (vgl. BGV, 2013: 72).

Die entsprechenden Angebote sind auf die offene Drogenszene in Hamburg ausgerichtet. Sie dienen als eine erste Anlaufstelle, um Kontakte zu den Klient_innen zu finden und einen ersten Zugang zum Hilfesystem zu schaffen. Die Nutzung des Beratungsangebotes oder die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen sind freiwillige Leistungen und haben keinerlei Zugangsvoraussetzungen. Niedrigschwellige Suchtberatungsangebote leisten akzeptierende Arbeit und sind nicht abstinenzorientiert. Die Einrichtungen bieten alltagspraktische Hilfen und Maßnahmen der harm minimisation an. Darunter fallen Dusch- und Waschmöglichkeiten, Verpflegungsangebote oder medizinische Grundversorgung. Auch die Safer-Use Beratung und die Ausgabe von sauberem Spritzbesteck gehört für viele Einrichtungen zum Angebot, um vor Infektionen und Neuerkrankungen zu schützen. Einige Einrichtungen stellen auch Notschlafplätze zur Verfügung. In Hamburg finden sich insgesamt sieben solcher Kontakt- und Beratungsstellen, wobei zwei davon für Abhängige von legalen Substanzen konzipiert wurden. Nur eine Beratungsstelle mit niedrigschwelligen Hilfen (Ragazza) steht ausschließlich Frauen zur Verfügung (vgl. ebd.: 72 f.).

Die Beratungsstellen für Konsument_innen illegaler Drogen bieten zusätzlich Drogenkonsumräume an, in denen der Konsum (intravenös, nasal, inhalativ) unter Aufsicht erfolgen kann und so bei Lebensgefahr sofortige Notfallmaßnahmen eingeleitet werden können. Der Betrieb dieser Räume wird durch die „Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ vom 25.04.2000 rechtlich geregelt (vgl. ebd.: 72 ff.).

Ausgehend von den theoretischen Erkenntnissen bezüglich der spezifischen Problemlagen opioidkonsumierender Frauen, der Beschreibung des Hamburger Suchthilfesystems und dem Einfluss der Strategie Gender Mainstreaming erfolgt nun der empirische Teil dieser Arbeit.

Dabei wird zunächst das methodische Vorgehen näher beschrieben und im Anschluss erfolgt eine Auswertung der Untersuchungsergebnisse.

6. Praxisstudie: Beschreibung des methodischen Vorgehens

Im Mittelpunkt des empirischen Teils dieser Arbeit steht die kritische Betrachtung der bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsangebote in Hamburg. Auf Grund des spezifischen Erkenntnisinteresses wurden Methoden der qualitativen Sozialforschung genutzt, um die Untersuchung durchzuführen. Qualitative Forschung bietet eine Vielfalt von Methoden zur Erhebung und Auswertung von Daten (vgl. Gläser/ Laudel, 2009: 37).

Das Erkenntnisinteresse des empirischen Teils soll in diesem Kapitel näher erläutert werden. Darauf aufbauend wird im Anschluss die Auswahl der qualitativen Methoden zur Durchführung der Praxisstudie begründet dargestellt. Dazu wird zunächst die Zielsetzung genauer definiert und die Untersuchungsfrage vorgestellt. Danach erfolgen eine Beschreibung der Forschungsmethode, die zur Beantwortung der Untersuchungsfrage gewählt wurde sowie die Vorstellung des Erhebungsinstrumentes. Nachfolgend wird der Zugang zur Zielgruppe der Befragung erläutert und es erfolgt eine knappe Beschreibung der ausgewählten Zielgruppen und ein kurzer Abschnitt zur Durchführung der Interviews. Abschließend werden die gewählten Transkriptionszeichen dargestellt und die Methode zur Auswertung der Ergebnisse erläutert.

Es ist an dieser Stelle jedoch anzumerken, dass die nachfolgende Untersuchung als eine exemplarische Fallstudie verstanden werden soll. Auf Grund des geringen Umfangs der Studie wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben.

6.1 Zielsetzung und Untersuchungsfrage

Ziel der Untersuchung war es herauszufinden, wie die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen in Hamburg gestaltet sind. Das Erkenntnisinteresse richtete sich auf die Ziel- und Nutzerinnengruppen der Beratungsstellen und die strukturelle Anpassung der Einrichtung an diese. Dabei steht die Gruppe der Opioidkonsumentinnen im Fokus der Untersuchung. Weiterhin sollte herausgefunden werden, in welchen Bereichen die frauenspezifischen Angebote eventuelle Lücken produzieren und daher ausgeweitet werden müssten oder an welcher Stelle frauenspezifische Einrichtungen gänzlich fehlen.

Zur Durchführung der Untersuchung wurde vorab eine Untersuchungsfrage formuliert. Ihr wird eine Steuerungsfunktion zuteil. Es sollen alle Informationen erhoben werden und nur solche die zur Beantwortung der Untersuchungsfrage benötigt werden. Die Untersuchungsfrage ist richtungweisend für die Erstellung des Interview-Leitfadens (vgl. Gläser/ Laudel, 2009: 62 f.). Dem empirischen Teil liegt folgende Untersuchungsfrage zu Grunde: *Wie sind die frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen in Hamburg gestaltet und inwiefern decken die bestehenden Einrichtungen und Angebote die spezifischen Bedürfnisse opioidkonsumierender Frauen ausreichend?*

6.2 Die Erhebungsmethode: Expert_inneninterviews

Das Erhebungsinstrument in der vorliegenden Arbeit sind Expert_inneninterviews nach Jochen Gläser und Grit Laudel. Gläser und Laudel definieren den Expert_innenbegriff wie folgt: „„Experte“ beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalten“ (Gläser/ Laudel, 2009: 12). Expert_inneninterviews dienen dabei der Erschließung dieses Wissens (vgl. ebd.).

Expert_inneninterviews eignen sich, um das Expert_innenwissen zur Untersuchung bestimmter sozialer Sachverhalte zu nutzen. Sie sind also nicht Objekt der Untersuchung, sondern Informationsvermittler_innen über den untersuchten Sachverhalt, da die Expert_innen meist einen besonderen Einblick in den untersuchten Sachverhalt haben (vgl. ebd.: 12 f.). So fungieren die Interviewpartnerinnen in der vorliegenden Arbeit als Expertinnen ihres Arbeitsfeldes, da sie als Mitarbeiterinnen eine exklusive Stellung in dem untersuchten Gegenstand, den frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen, haben. Das Expertinnenwissen bezieht sich sowohl auf die praktische Erfahrung aus der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen, als auch auf konzeptionelles Wissen bezüglich frauenspezifischer Suchtarbeit.

6.3 Das Erhebungsinstrument: Der Interview-Leitfaden

Expert_inneninterviews werden in der Regel in Form von leitfadengestützten Interviews geführt. Das Leitfadeninterview ist ein nichtstandardisiertes Interview, bei dem eine Liste von Fragen vorab erarbeitet wird, welche die Grundlage des Gespräches bilden. Auf diese Weise können sowohl verschiedene Themenfelder angesprochen werden, als auch spezifische Informationen abgefragt werden (vgl. Gläser/ Laudel, 2009: 111). In dieser Untersuchung dient der Leitfaden der groben Orientierung und überlässt der Untersuchenden die Entscheidung, in welcher Reihenfolge die Fragen gestellt werden. Die Fragen wurden vorab

ausformuliert, da so sichergestellt werden konnte, dass allen Interviewpartnerinnen die Fragen mit möglichst gleichem Wortlaut gestellt werden konnten, um die Vergleichbarkeit der Interviews bei der Auswertung zu erhöhen (vgl. ebd.: 143 f.). Alle Fragen wurden nach dem Prinzip der Offenheit formuliert, sodass die Expertinnen die Möglichkeit hatten, entsprechend ihrem vorhandenen Wissen und ihren Interessen zu antworten (vgl. ebd.: 115).

Als Grundlage zur Erstellung des Interviewleitfadens diente der vorangegangene Theorieblock, aus dem die einzelnen Fragen entwickelt wurden. Mit den Fragen sollten alle Informationen gesammelt werden, die zur Beantwortung der vorab formulierten Untersuchungsfrage benötigt wurden. Mittels des Leitfadens sollte sichergestellt werden, dass ein möglichst natürliches Gespräch entsteht, in dem alle Themen angesprochen werden konnten, die zur Beantwortung der Untersuchungsfrage von Relevanz waren. Der vollständige Interview-Leitfaden kann im Anhang eingesehen werden (siehe Anhang 2)².

Zur besseren Übersichtlichkeit findet sich in diesem Abschnitt nur eine Liste mit den behandelten Themen:

- Charakterisierung der Nutzerinnengruppe(n)
- Problem- und Lebenslagen der Nutzerinnen
- Bedeutung des Faktors *Geschlecht* für die Nutzerinnen
- Darstellung der Angebotsstruktur innerhalb der Einrichtung
- Ausrichtung der Einrichtung auf die Zielgruppe
- Konzeptionelle Verankerung frauenspezifischer Aspekte in der Einrichtung
- Bewertung des Angebotes frauenspezifischer Suchtberatungsangebote in Hamburg
- Lücken in der Struktur frauenspezifischer Suchtberatungsangebotes in Hamburg
- Persönliche Haltung zu frauenspezifischer Suchthilfe
- Politisches Engagement

6.3 Auswahl und Beschreibung der Zielgruppe

Auf Grund der relativ kleinen Anzahl frauenspezifischer Suchtberatungsangebote in Hamburg fiel die Auswahl der Einrichtungen, dessen Mitarbeiterinnen interviewt werden sollten, nicht schwer. Bereits vor der Recherche stand durch eigene Praxiserfahrung fest, dass eine

² Auf Grund der unterschiedlichen Zielgruppen der Einrichtungen wurden einige Fragen im Leitfaden bezogen auf das Erkenntnisinteresse und die in dieser Arbeit fokussierte Zielgruppe spezifiziert. Solche Fragen wurden kenntlich gemacht.

Mitarbeiterin aus dem Ragazza und eine Mitarbeiterin von Frauenperspektiven interviewt werden sollte. Die Auswahl der dritten Einrichtung erfolgte nach einer Internetrecherche, bei der letztendlich die Wahl auf das Sperrgebiet, eine Fachberatungsstelle für Prostituierte, fiel. Zwar handelt es sich beim Sperrgebiet nicht um eine Einrichtung der Drogenhilfe, dennoch wurde diese Einrichtung bewusst ausgewählt, da es sich ehemals um eine frauenspezifische Einrichtung der Suchthilfe handelte. Darüber hinaus sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Rolle die Einrichtung auf Grund ihrer Lage in der Szene und auf Grund des Angebotes der Straßensozialarbeit in der frauenspezifischen Suchtarbeit spielt und welche Erfahrungen mit der Weitervermittlung von drogenkonsumierenden Frauen gemacht werden. Insofern spielen einige Aspekte eine wichtige Rolle bei der Beantwortung der Untersuchungsfrage.

Im Folgenden werden die ausgewählten Einrichtungen kurz vorgestellt:

Die Einrichtung *Frauenperspektiven* untersteht dem Trägerverein Frauenperspektiven e.V. Zielgruppe der Einrichtung sind Frauen und Mädchen mit stofflichen und nicht-stofflichen Suchtmittelproblematiken. Frauenperspektiven ist in ganz Hamburg die einzige frauenspezifische Suchtberatungsstelle, die suchtmittelübergreifend arbeitet. Im Mittelpunkt stehen die Betreuung und die Beratung. Dabei werden die frauenspezifischen Lebens- und Problemlagen berücksichtigt und der Konsum von Suchtmitteln als eine Bewältigungsstrategie aufgefasst. Innerhalb der Einrichtung arbeiten interdisziplinäre Teams aus Pädagoginnen, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen und Ärztinnen. Zu den Angeboten gehören Suchtberatung, diverse Gruppenangebote und Suchtnachsorge. Die Suchtberatung erfolgt kostenlos und eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse ist nicht notwendig. Das Angebot der Suchtberatung kann einmalig genutzt werden, es kann jedoch auch eine längerfristige Beratung in Anspruch genommen werden. Abstinenz ist keine Zugangsvoraussetzung. Die Einrichtung ist ausschließlich Frauen zugänglich. Weitere frauenspezifische Aspekte sind konzeptionell verankert (vgl. Frauenperspektiven e.V., o.J.).

Das *Ragazza* ist eine niedrighschwellige und akzeptierend arbeitende Kontakt- und Anlaufstelle für drogenkonsumierende, der Prostitution nachgehende Frauen. Das Angebot des Ragazzas ist in vielerlei Hinsicht auf die Nutzerinnengruppe ausgerichtet. Die Öffnungszeiten sind an die Arbeitszeiten der Nutzerinnen angepasst. Die Räume liegen in Hamburg St. Georg szenenah in der Nähe des Steindamms. Das Ragazza bietet den Nutzerinnen einen offenen Treffpunkt und einen Schutzraum. Das Team ist multiprofessionell aufgestellt und beschäftigt

Sozialpädagoginnen, Krankenschwestern und hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen. Unter den Mitarbeiterinnen sind ausschließlich Frauen. Zweimal wöchentlich bietet eine Ärztin oder eine Gynäkologin kostenlose Sprechstunden und Untersuchungen an. Das Angebot des Ragazzas umfasst Überlebenshilfen in Form von hygienischer Grundversorgung, Essen & Trinken, Spritzentausch und Schlaf- und Entspannungsmöglichkeiten. Viermal pro Woche haben fünf bis acht Frauen die Möglichkeit, nach den Öffnungszeiten das Übernachtungsangebot in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus gehören auch weiterführende Betreuungen und Case-Management zum Angebotsspektrum. Innerhalb der Einrichtung steht den Frauen ein Konsumraum zur Verfügung, in dem sie mitgebrachte illegalisierte Drogen unter hygienischen und sicheren Bedingungen konsumieren können. Die Einrichtung arbeitet parteilich für die Frauen. Der frauenspezifische Ansatz ist konzeptionell verankert. Das Ragazza nimmt eine akzeptierende Grundhaltung ein und orientiert sich an den subjektiven Bedürfnissen der Nutzerinnen. Außerdem engagiert sich der Trägerverein aktiv in der politischen Öffentlichkeit (vgl. Ragazza, o.J.).

Das *Sperrgebiet* ist ein Angebot der Diakonie mit zwei Standorten: St. Georg und St. Pauli. Es handelt sich um eine Fachberatungsstelle für Prostituierte. Die Angebote umfassen auch niedrigschwellige Hilfen und sind auf die Lebensrealitäten und Bedürfnisse von Prostituierten ausgerichtet. Probleme mit Alkohol oder anderen Drogen werden nur als eine Begleitproblematik neben der Prostitution thematisiert. Die Beratung erfolgt anonym und kostenfrei. Auch die Beratung via Telefon oder E-Mail wird den Nutzerinnen angeboten. Zum Angebot des Sperrgebiets gehört ein umfassendes Beratungsangebot, das auf die individuellen Unterstützungswünsche der Nutzerinnen ausgerichtet ist. Auch eine Begleitung zu Ämtern, Ärzten oder Behörden gehört zum Angebot. Darüber hinaus bietet das Sperrgebiet eine kostenfreie und anonyme Untersuchung durch eine Ärztin an (vgl. Sperrgebiet, o.J.). Das offene Caféangebot kann unverbindlich genutzt werden. Auch gibt es die Möglichkeit, Wäsche zu waschen und zu duschen (vgl. Diakonie, o.J.).

6.4 Durchführung der Interviews

Die Kontaktaufnahme zu der Zielgruppe erfolgte zunächst telefonisch. Nachdem sichergestellt wurde, dass in den Einrichtungen Bereitschaft herrschte, ein solches Interview durchzuführen, wurde ein kurzes Informationsblatt mit dem Vorhaben und den Themengebieten des Interviews per E-Mail an die Einrichtungen gesendet (siehe Anhang 1). Innerhalb der Einrichtungen wurde dann im Team abgefragt, wer sich bereit erklärt, ein solches Interview

zu führen. Nach der Rückmeldung der Interviewpartnerinnen erfolgten telefonische Terminabsprachen.

Alle Interviews wurden mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Vorab wurde mit den Expertinnen eine Einverständniserklärung zum Datenschutz getroffen. Darin wurde festgehalten, dass die Einrichtung namentlich genannt werden darf und nur die interviewte Person anonymisiert werden muss (siehe Anhang 3).

Die Interviews erfolgten außerhalb der Arbeitszeiten der Expertinnen und wurden in den Einrichtungen geführt. So konnte auch ein grober Eindruck von der Gestaltung und der Atmosphäre gewonnen werden. Auf Grund eines krankheitsbedingten Ausfalles musste ein Interview telefonisch erfolgen. Da in dieser Einrichtung schon einmal ein Interview durchgeführt wurde, wird der damals gewonnene Eindruck von der Einrichtung Einfluss in die Auswertung finden.

Das telefonische Interview mit Frauenperspektiven dauerte 52 Minuten, das Interview im Ragazza 47 Minuten. Das Interview im Sperrgebiet war bereits nach nur rund 30 Minuten abgeschlossen. Da die Nutzerinnen des Sperrgebiets nicht Zielgruppe dieser Arbeit sind, wurden die Fragen hier etwas spezifischer gestellt (siehe Anhang 2) und Fragen, die nur von geringer Relevanz für die Auswertung waren, wurden nach vorheriger Absprache bewusst knapp beantwortet.

Insgesamt wurden drei Expertinnen-Interviews im Zeitraum zwischen dem 09. April 2018 und dem 24. April 2018 durchgeführt.

6.5 Transkription

Bei der Transkription wird gesprochene Sprache in eine schriftliche Fassung gebracht. In dieser Arbeit wurden die Interviewaufnahmen wörtlich abgetippt.³ Die Textform des erhobenen Materials kann so als Grundlage zur interpretativen Auswertung genutzt werden. Da in dieser Arbeit die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wurde das gesprochene Wort zur besseren Lesbarkeit in normales Schriftdeutsch übertragen. Das bedeutet, dass Dialekte bereinigt wurden und die Standardrechtschreibung verwendet wurde, um so den Stil zu glätten (vgl. Mayring, 2016: 91). Satzbaufehler wurden in diesem Transkript nicht behoben und auch wiederholte Wörter sowie Satz- und Wortabbrüche wurden transkribiert. Die

³ Die Transkripte sind in einem Anhangband zu der Bachelor-Arbeit gebunden worden.

Interpunktion wurde zur besseren Lesbarkeit geglättet, sodass beim Senken der Stimme ein Punkt gesetzt wurde oder beim Heben der Stimme ein Fragezeichen. Dabei wurden Sinneinheiten und Gedankengänge beibehalten (vgl. Dresing/Pehl, 2018: 21). Auch wurden teilweise Anführungszeichen gesetzt, um fremde Positionen, die die Expertinnen äußerten, kenntlich zu machen.

Die Interviewerin wurde durch ein „I“ und die befragten Personen durch ein „A“, „B“ oder „C“ gekennzeichnet. Zur Übersicht werden die benutzten Transkriptionszeichen tabellarisch dargestellt. Die benutzten Zeichen lehnen sich an Bohnsack, der sich wiederum auf Fuß/Karbach bezieht, an (vgl. Bohnsack, 2010: 236 f.; zit. n. Fuß/Karbach, 2014: 30 f.):

...	- lange Pause
<u>Genau</u>	- Betonung
()	- unverständliche Äußerung
Viellei-	- Wortabbruch
[lacht]	- nichtsprachliche Äußerung
[...]	- Textauslassung bei der Zitierung von Interviewabschnitten in der Auswertung

6.6 Auswertungsmethode

Durch qualitative Forschungsmethoden, in diesem Fall Expertinneninterviews, werden Daten in Form von Texten, hier Transkripte, erhoben. Diese gilt es auszuwerten. Eine Schwierigkeit besteht in der Unklarheit der Daten, da zunächst nicht sicher ist, welche Ergebnisse sich in den Daten finden und ob diese für die Forschung relevant sind (vgl. Gläser/Laudel, 2009: 43).

Die Auswertung der Expertinneninterviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Jochen Gläser und Grit Laudel. Diese Auswertungsmethode stützt sich zwar auf die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring, weist jedoch einige erhebliche Unterschiede auf (vgl. ebd.: 46).

Bei der Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel werden die Ergebnisse anhand eines systematischen Verfahrens gewonnen, wobei das Transkript mit Hilfe eines Suchrasters durchgearbeitet wird und so relevante Informationen extrahiert

werden können. Diese Informationen werden in die Kategorien des Suchrasters eingeordnet. Das bedeutet, dass das Suchraster entwickelt wird, bevor der Text ausgewertet wird (vgl. ebd.: 46 f.).

Das Suchraster in dieser Arbeit wurde ausgehend von den theoretischen Vorüberlegungen und aus dem Interview- Leitfaden bereits vor der Textbearbeitung entwickelt. Zunächst wurden Auswertungskategorien formuliert. Unter diesen Auswertungskategorien wurden dann Subkategorien entwickelt. Das Suchraster wurde offengehalten, sodass weitere Subkategorien während der Durcharbeitung der Ergebnisse hinzugefügt werden konnten.

In der ersten Auswertungskategorie sollten die Ziel- und Nutzerinnengruppen näher betrachtet werden. Dazu wurden folgende Subkategorien gebildet: *Opioidklientinnen im Hilfesystem, allgemeine Charakterisierung der Nutzerinnen, Problem- und Lebenslagen der Frauen, Ressourcen und Fähigkeiten* sowie die *Bedeutung des Faktors Geschlecht*. Unter der zweiten Auswertungskategorie wurden alle Ergebnisse zur Praxis frauenspezifischer Suchtberatung, bezogen auf Einrichtungen und Angebotsstruktur, gefasst. Dazu gehörten die Subkategorien *konzeptionelle Verankerungen frauenspezifischer Aspekte, die Ausrichtung der Angebote an die Zielgruppen* sowie die *strukturelle Anpassung der Einrichtungen an ihre Nutzerinnen*. In der letzten Kategorie sollten die bestehenden frauenspezifischen Angebote in Hamburg bewertet werden. Dazu wurden die Subkategorien *Frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen, Lücken in der Angebotsstruktur* und *politisches Engagement und Ausblick* gebildet.

Die genannten Auswertungskategorien bilden auch die Überschriften für das nun folgende Auswertungskapitel.

7. Darstellung der Ergebnisse aus der Praxisstudie

In diesem Kapitel soll eine schrittweise Auswertung der Ergebnisse aus den Expertinneninterviews erfolgen. Dazu werden zunächst die Nutzerinnen- und Zielgruppen näher beschrieben. An dieser Stelle soll insbesondere auf den Anteil und die Rolle von Opioidklientinnen in den Einrichtungen eingegangen werden. Auch werden die Problem- und Lebenslagen der Nutzerinnen thematisiert. Daraus sollen die Anforderungen an die Einrichtungen und deren Angebotsstruktur abgeleitet werden. Ausgehend davon wird dargestellt, auf welche Nutzerinnengruppen die Einrichtungen ausgerichtet sind und welche Zielgruppen angesprochen werden, um zu überprüfen, ob an dieser Stelle bereits erste Lücken erkennbar

werden. Der darauffolgende Abschnitt befasst sich mit der strukturellen Gestaltung der Einrichtungen, der Angebotsstruktur und mit dem Einfluss frauenspezifischer Aspekte auf die Konzeptionen der Einrichtungen. Dabei sollen eventuelle Lücken, die die Einrichtungen möglicherweise produzieren, aufgedeckt werden und herausgearbeitet werden, an welchen Stellen in der Einrichtungsstruktur mögliche offene Stellen bleiben. Der letzte Abschnitt befasst sich mit einer Bewertung der bestehenden Einrichtungen und Angebote. Dabei sollen auch die frauenspezifischen Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen Erwähnung finden. Weiterhin sollen konkrete Lücken benannt werden, die den vorangegangenen Subkategorien nicht zugeordnet werden konnten oder die über den Rahmen dieser Arbeit hinaus gehen und dennoch Erwähnung finden sollten. Auch soll das politische Engagement der Expertinnen kurz erläutert werden, um einen kurzen Ausblick zu geben, welche Rolle frauenspezifische Suchtarbeit in diesem Kontext einnimmt.

7.1 Überlebenskünstlerinnen- die Ziel- und Nutzerinnengruppen

Die verschiedenen Einrichtungen sprechen unterschiedliche Zielgruppen an. Insofern unterscheiden sich die verschiedenen Nutzerinnengruppen in einigen Punkten. Dennoch zeigen sich an einigen Stellen auch Gemeinsamkeiten. In dieser Auswertungskategorie werden die Nutzerinnengruppen unter den verschiedenen Subkategorien näher betrachtet. Vorab ist anzumerken, dass das Ragazza und das Sperrgebiet spezifische Nutzerinnen zur Zielgruppe haben und sie somit nicht allen drogenkonsumierenden Frauen Zugang bieten. Das Ragazza bietet Hilfen für sich prostituierende drogenabhängige Frauen und schließt somit Drogenkonsumentinnen, die nicht der Sexarbeit nachgehen, aus (vgl. Interview 2, Z. 147 f.). Das Sperrgebiet ist ebenfalls eine Anlaufstelle für Sexarbeiterinnen, schließt jedoch Nutzerinnen mit hartem Drogenkonsum aus⁴ (vgl. Interview 3, Z. 116 f.). Dem gegenüber steht das Angebot von Frauenperspektiven. Dort wird suchtmittelübergreifend gearbeitet und es werden Informationen und Beratung zu allen stofflichen und nicht-stofflichen Süchten geboten (vgl. Frauenperspektiven, o.J.).

⁴ Ergebnisse aus dem Interview mit der Expertin des Sperrgebiets finden innerhalb der Subkategorien nur dann Erwähnung, wenn sie für die Beantwortung der Untersuchungsfrage Relevanz haben.

7.1.1 Opioidklientinnen im Hilfesystem

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven arbeitet suchtmittelübergreifend. Dennoch nutzten 2017 nur insgesamt vier Frauen mit einer Opioidproblematik das Angebot (vgl. Interview 1, Z. 132 f.). Ein Großteil der Nutzerinnen (83%) nutzen die Einrichtung auf Grund von Alkoholproblematiken, 9% wegen Problemen mit Kokain und 18% auf Grund von Cannabiskonsum (vgl. ebd., Z.160 ff.). Die Expertin begründete den niedrigen Anteil an Opioidkonsumentinnen mit dem Umzug und der Umgestaltung der Einrichtung. Auf Grund struktureller Veränderungen haben viele unterschiedliche Gruppen von Frauen die Einrichtung genutzt. So sind beispielsweise Frauen, die von illegalen Drogen abhängig sind, abstinentorientierte Frauen oder auch Frauen, die sich in einem akuten Rauschzustand befanden, aufeinandergetroffen. Da diese Gruppen nicht gut miteinander harmonierten sind diejenigen Frauen, die illegale Drogen konsumierten, mit der Zeit der Einrichtung ferngeblieben und auf andere Einrichtungen ausgewichen. Bis heute hält sich der Ruf, dass bei Frauenperspektiven nur wenige Frauen sind, die von illegalen Drogen abhängig sind. Daher suchen Opioidkonsumentinnen eher Einrichtungen auf, in denen mehr Frauen anzutreffen sind, die illegale Drogen konsumieren (vgl. ebd., Z. 167 ff.).

Das Ragazza hat Konsumentinnen illegaler Suchtmittel und somit Opioidkonsumentinnen zur Zielgruppe. Allerdings schränkt ein zusätzliches Merkmal der Zielgruppe einigen Drogenkonsumentinnen den Zugang zum Ragazza ein: die Sexarbeit. Das Ragazza ist eine Einrichtung für Frauen, die illegale Drogen konsumieren und der Prostitution nachgehen. Das bedeutet, dass Frauen, die zwar illegale Drogen konsumieren, jedoch keine Sexarbeiterinnen sind, keinen Zugang zum Ragazza haben. Auf Grund der Bekanntheit des Ragazzas in der Szene gibt es auch Frauen, die zwar illegale Drogen konsumieren und auch der Prostitution nachgehen, den Weg ins Ragazza jedoch meiden, um einer Stigmatisierung zu entgehen.

„[...] wir kennen Frauen von der Straßensozialarbeit, die unser Angebot der Straßensozialarbeit nutzen, aber nicht ins Ragazza kommen. Damit das nicht ähm, also sozusagen in eine Richtung geht. Nämlich: „ach die äh geht anschaffen““ (Interview 2, Z. 74 ff.).

In der Szenenhierarchie stehen drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen ganz unten (vgl. ebd., Z. 145 f.). Diese Problematik wird durch das Interview im Sperrgebiet ebenfalls benannt. Dort nehmen einige Frauen nur Telefonberatung in Anspruch und meiden die Einrichtung aus Furcht vor Stigmata oder negativen Folgen (vgl. Interview 3, Z. 104 ff.).

Frauen, die harte Drogen wie Opioide, konsumieren können das Angebot des Sperrgebiets nicht nutzen.

„Allerdings ist harter Drogenkonsum hier ein Ausschlusskriterium. Dadurch dass wir 'ne Fachberatungsstelle sind und ähm müssen die Frauen in der Lage sein, beraten werden zu können, somit schließt es harten Drogenkonsum größtenteils aus. Und unsere Räumlichkeiten sind hier einfach schwierig für drogenkonsumierende Frauen“ (Interview 3, Z. 116 ff.).

Die Mitarbeiterinnen können die entsprechenden Frauen jedoch nur an das Ragazza verweisen. Andere frauenspezifische niedrigschwellige Anlaufstellen für Drogenkonsumentinnen waren nicht bekannt (vgl. ebd., Z. 125 ff.).

Es ist also festzuhalten, dass Frauen mit einer Opioidabhängigkeit spezifische Bedarfe haben, und dass die Einrichtung und die Angebotsstruktur speziell darauf ausgerichtet sein müssen. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass Frauen, die Opioide konsumieren, insbesondere wenn sie sich in einem Rauschzustand befinden, eine andere Form der Beratung bedürfen oder andere Bedarfe haben, als Frauen, die keinen Drogenkonsum haben oder sich nicht in einem akuten Rauschzustand befinden. In diesem Kontext sind beispielsweise Bedarfe im Sinne von Überlebenshilfen und alltagspraktischen Tipps zu benennen, sodass der Beratungsbedarf oft keine Priorität hat. Darüber hinaus wurde innerhalb der Interviews angedeutet, dass Opioidklientinnen eine spezielle Gruppe innerhalb der Gruppe süchtiger Frauen darstellen und dass Frauen, die unterschiedliche Suchtmittel konsumieren und verschiedenen Lebensstile führen, in denselben Einrichtungen nicht gut harmonieren. Daher erscheint es sinnvoll, dass es für Konsumentinnen von harten Drogen spezifische Einrichtungen geben muss. Allerdings wurde in diesem Zusammenhang auch angemerkt, dass es zum Konzept der Stadt Hamburg gehört, dass Beratungsstellen suchtmittelübergreifend arbeiten sollen: „Das ist das Konzept der Stadt Hamburg. Dass sie sagen, ‚wir wollen gar nicht spezialisierte Beratungsstellen vorweisen‘“ (Interview 1, Z. 165 ff.).

Eine weitere Lücke wird durch die Nutzungsvoraussetzungen des Ragazzas deutlich: das Angebot richtet sich an drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen. Somit können Drogenkonsumentinnen, die sich nicht prostituieren oder dies nicht offen legen wollen, die Angebote des Ragazzas nicht nutzen und müssen auf andere Einrichtungen ausweichen. Jedoch wurde im Interview mit dem Sperrgebiet deutlich, dass Frauen, die harte Drogen konsumieren und frauenspezifische Einrichtungen nutzen wollen nur die Möglichkeit haben, das Ragazza aufzusuchen, da es in Hamburg keine weitere frauenspezifische Suchtberatungsstelle mit

niedrigschwellige Hilfen gibt. Somit können Frauen, die nicht der Prostitution nachgehen, nur auf gemischtgeschlechtliche Einrichtungen ausweichen.

7.1.2 Allgemeine Charakterisierung der Nutzerinnen

Eine allgemeine Charakterisierung der Nutzerinnengruppen der Einrichtungen war nicht möglich.⁵ Bezogen auf die Definition von *Frau* sieht die Nutzung der Einrichtung im Ragazza und bei den Frauenperspektiven jeder Person offen, die sich der Gruppe der Frauen zugehörig fühlt und aus diesem Grund frauenspezifische Angebote in Anspruch nehmen möchte (vgl. Interview 1, Z.124 ff., Interview 2, Z. 18 ff.).

Die Art der konsumierten Droge wurde im vorangegangenen Abschnitt bereits erläutert. Dies stellt ein wesentliches Unterscheidungskriterium der unterschiedlichen Nutzerinnen dar. Darüber hinaus finden sich bei Frauenperspektiven und im Ragazza Frauen aus jeder Altersgruppe, aus allen Milieus und gesellschaftlichen Schichten bis hin zu Frauen mit den verschiedensten Bildungsabschlüssen und Erwerbssituationen (vgl. Interview 1, Z. 125 ff., Interview 2, Z. 156 ff.).

Bezogen auf die Altersstruktur ist jedoch eine Einschränkung feststellbar: lediglich das Sperrgebiet erlaubt auch Minderjährigen den Zugang zur Einrichtung (vgl. Interview 3, Z. 136). In den anderen Einrichtungen wird eine Volljährigkeit vorausgesetzt (vgl. Interview 2, Z. 169 f., frauenperspektiven, o.J.). Für minderjährige Drogenkonsument_innen gibt es in Hamburg spezifische Angebote (vgl. BGV, 2013: 63 ff.).

Dies lässt darauf schließen, dass nicht das Alter oder der Bildungsabschluss relevant für das Aufsuchen einer bestimmten Einrichtung sind, sondern eher die Art der konsumierten Droge, das Konsumverhalten und der Lebensstil ausschlaggebend sind. Die Entscheidung, welche Einrichtungen und welche Angebote den Bedarfen entsprechen und daher bevorzugt aufgesucht werden, ist also ein individueller Prozess.

7.1.3 Problem- und Lebenslagen der Frauen

Die Aussagen der Expertinnen bestätigen die im Theorieteil bereits erarbeiteten Problem- und Lebenslagen drogenkonsumierender Frauen. Viele Nutzerinnen sehen sich mit ein oder

⁵ Da die Nutzerinnengruppe des Sperrgebiets nicht zur fokussierten Zielgruppe dieser Arbeit gehört, entfällt eine Charakterisierung der Nutzerinnen der Sperrgebiets an dieser Stelle.

mehreren der genannten Problemlagen konfrontiert. Jede Frau hat jedoch unterschiedliche Beweggründe, die entsprechende Einrichtung aufzusuchen. Dementsprechend bringen sie unterschiedliche Bedürfnisse und Themen mit. Die Spannbreite kann dabei von alltäglichen Überlebenskämpfen bis hin zu nicht verarbeiteten Traumata reichen. Auf Grund der Vielfältigkeit der Lebens- und Problemlage der Frauen erfolgt die Ausarbeitung der Anforderungen an die Einrichtungen und das Aufzeigen von Lücken in der Einrichtungsstruktur zur besseren Übersichtlichkeit nicht am Ende dieses Abschnittes, sondern am Ende jedes Absatzes.

Allgemein ist festzuhalten, dass Frauen, die das Angebot von Frauenperspektiven in Anspruch nehmen, meist konkrete Anlässe haben, um das Angebot aufzusuchen oder sich in einer Krise befinden. Sie haben beispielsweise ihre Wohnung verloren, die Ehe beendet, fühlen sich einsam oder sind in ihrem Alltag und mit ihren Aufgaben überfordert (vgl. Interview 1, Z. 176 ff.). Das Aufsuchen des Ragazzas hingegen stellt für viele Frauen einen Teil der Alltagswelt dar, sodass oft alltägliche Probleme wie die Beschaffung von Drogen, eine Schlafplatzsuche oder der alltägliche Überlebenskampf angesprochen werden. Aber auch Themen wie Entgiftung oder Ausstieg werden dort behandelt (vgl. Interview 2, Z. 49 ff., Z. 210 ff.).

Zentrale Themen für viele Frauen sind Schwangerschaft und Kinder. Viele der Klientinnen haben bereits eigene Kinder (vgl. Interview 3, Z. 156 f.). Dabei erreicht diese Thematik sehr verschiedene Ebenen: Einige Frauen konsumieren aktiv Drogen und sind schwanger, andere Frauen haben den Kontakt zu ihren leiblichen Kindern verloren und wieder andere Frauen sind mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert (vgl. u.A. Interview 1, Z. 189 ff., Interview 2, Z. 42 ff.). Daraus resultieren spezielle Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und an die Angebotsstruktur. Oft benannten die Expertinnen, dass es nicht ausreichend Angebote für Mütter mit Kindern gibt (vgl. Interview 1, Z. 332 ff., Interview 2, Z. 305 ff.). Dies gilt sowohl für Einrichtungen, die einen erleichterten Zugang für Frauen mit Kindern bieten, als auch für Einrichtungen, in denen die Frauen lernen können, (wieder) mit ihren Kindern zusammen zu leben und einen Alltag aufzubauen (vgl. Interview 1, Z. 332, Interview 2, Z. 305 ff.). Dahingehend sollten spezifische Einrichtungen geschaffen werden, die Frauen mit Kindern zur Zielgruppe haben. Auf diese Weise können die Hilfen passgenauer gestaltet werden. Außerdem sollte den Hilfen möglichst nicht die klassische Komm-Struktur zu Grunde liegen (vgl. Interview 1, Z. 344 ff.).

Im theoretischen Teil wurde bereits ausgeführt, dass Frauen, die schwanger sind und illegale Substanzen konsumieren, erhöhte Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und an die Angebotsgestaltung stellen. Schwangere Drogenkonsumentinnen sind multiplen Belastungen ausgesetzt und benötigen eine intensive und kooperative Unterstützung. Bezogen auf die Mitarbeiterinnen müssen diese Empathie und Akzeptanz für die betroffenen Frauen zeigen. Schwangere Drogenkonsumentinnen benötigen eine engmaschige, systemische und kooperative Betreuung (vgl. Abschnitt 4.2.3.). Einige Nutzerinnen sind nicht krankenversichert und haben keine Ansprüche, sodass eine Weitervermittlung in diesen Fällen kaum möglich ist (vgl. Interview 2, Z. 49, Interview 3, Z. 23). Die Begleitung einer Schwangerschaft oder auch die Begleitung eines Schwangerschaftsabbruches kann in solchen Fällen nur von den ambulanten Beratungsangeboten geleistet werden, was eine zusätzliche Belastung und eine erhöhte Anforderung an die Angebote und Mitarbeiterinnen darstellt.

Ein weiteres zentrales Thema bei vielen Besucherinnen sind nicht verarbeitete Erlebnisse aus der Kindheit. So haben viele Frauen bereits Erfahrungen mit (sexualisierter) Gewalt und Vernachlässigung. Diese Gewaltspirale zieht sich weiter bis in das Erwachsenenleben. So benennen alle Expertinnen Gewalt als ein omnipräsentes Thema bei den Frauen (vgl. u.A. Interview 1, Z. 215 f., Interview 2, Z. 231 f.). Insbesondere in der Prostitution wird Gewalt durch Freier immer wieder thematisiert (vgl. Interview 3, Z. 152). Auf Grund dieser Erlebnisse bringen Frauen vielfältige Belastungen und Störungsbilder mit in die Einrichtungen.

„Und viele leben eben mit den Symptomen auch von Posttraumatischen Belastungsstörungen. [...] Das sind sehr viele. Das sind bei uns weit über 50% der Frauen“ (Interview 1, Z. 221 ff.).

Ein Großteil der Frauen, die in die Beratungsstellen kommen, hat bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen (vgl. ebd., Z. 416 ff.). Die Frauen bringen vielfältige psychische und psychosomatische Erkrankungen mit (vgl. Interview 2, Z. 347 f.). Den Belastungen und Störungen liegen häufig andere Ursachen und Zusammenhänge zu Grunde als bei den Männern (vgl. Interview 1, Z. 423 ff.).

Auch das Thema Prostitution wird immer wieder genannt. Sexarbeiterinnen spielen in der Szene eine gesonderte Rolle. Sie stehen in der Szenenhierarchie ganz unten (vgl. Interview 2, Z. 150 ff.). Sexarbeiterinnen sind mit spezifischen Themen und Problemlagen belastet, die im theoretischen Teil bereits ausgeführt wurden (vgl. Abschnitt 4.2.2). Themen wie Safer-Sex, Gewalt durch Freier, Sperrbezirksverordnungen, das Aussehen oder auch das Verhältnis zum eigenen Körper spiegeln dabei nur einen Ausschnitt wieder (vgl. u.A. Interview 2, Z. 100 ff.,

Z. 229 ff., Interview 3, Z. 153, 182 f.). Die Lebenswelten und Problemlagen von Sexarbeiterinnen wurden in Abschnitt 4.2.2 bereits grob dargestellt. Eine intensivere Auseinandersetzung mit den Lebenswelten von Drogenprostituierten würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Lebenswelten von Drogenprostituierten ganz besondere Anforderungen an das Hilfesystem stellen. Insbesondere Sexarbeiterinnen benötigen einen männerfreien Schutzraum. Insofern sind frauenspezifische Angebote, die ausschließlich drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen zur Zielgruppe haben, notwendig und sinnvoll. Dennoch muss es darüber hinaus Angebote für drogenkonsumierende Frauen geben, die nicht der Sexarbeit nachgehen oder die aus Angst vor Stigmata eine Einrichtung, die Sexarbeiterinnen zur Zielgruppe hat, nicht aufsuchen wollen.

Aus den oben genannten Lebens- und Problemlagen, die die Frauen mit in die Einrichtung bringen, von denen einige bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit ausgeführt wurden, ergeben sich erhöhte Anforderungen an die Einrichtungen und die Mitarbeiterinnen. Die komplexen Problemlagen der Frauen legen die Schlussfolgerung nahe, dass viele Nutzerinnen höherschwelligere und intensivere Hilfen benötigen. Zu diesen finden sie jedoch meist keinen Zugang, da sie die auf Grund ihrer Instabilität oder auf Grund ihres aktiven Drogenkonsums die Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllen. Da die Frauen meist einen ersten Zugang in das Hilfesystem über die ambulanten Hilfen finden, ist es an dieser Stelle wichtig, mehr niedrigschwellige und ambulante Suchtberatungsstellen zu etablieren, um den Frauen erleichterte Einstiegschancen in das Hilfesystem zu bieten.

7.1.4 Ressourcen und Fähigkeiten

Alle Frauen, die die Suchtberatungsstellen aufsuchen, sind „[...] Überlebenskünstler. Die haben unheimlich viele Fähigkeiten“ (Interview 2, Z. 236 f.). Jede Nutzerin bringt ganz individuelle Fähigkeiten und Ressourcen mit (vgl. Interview 1, Z. 201 f.).

Die Wahrnehmung und Stärkung individueller Fähigkeiten und Ressourcen ist ein wichtiger Ansatzpunkt bei der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen.

„[...] welche Ressourcen haben sie, weil sie Frauen sind und reden nicht allgemein von irgendwelchen Ressourcen oder Fähigkeiten, sondern wir gucken genau hin und versuchen eben genau die weiblichen Ressourcen herauszuarbeiten, die sonst oft gar nicht benannt werden, weil sie sich in einer Welt, die eher über Menschen spricht und eher die männlichen Lebenserfahrungen im Blick hat, [...]“ (Interview 1, Z. 360 ff.).

Es ist also wichtig, auch das Frausein als Stärke zu betrachten und damit als Ressourcen zu arbeiten. Hierin liegt ein wichtiger Punkt für die Weiterentwicklung der Frauen. Auch die Wertschätzung der Fähigkeiten, die die Frauen mitbringen, ist ein wichtiger Aspekt, um die Frauen zu stärken und Selbstvertrauen aufzubauen. Auf Grund dessen ist es wichtig, frauenspezifische Einrichtungen zu gestalten und frauenspezifische Aspekte in den Konzeptionen zu verankern, um die Hilfen passgenau auf die Zielgruppe auszurichten und die Wirksamkeit der Hilfen zu erhöhen.

„[...] es gibt statistische Hinweise darauf, sehr deutliche Hinweise darauf, dass Frauen tatsächlich etwas anderes erleben und deswegen auch andere Konzepte der äh des Herauskommens aus der Sucht benötigen“ (Interview 1, Z. 414 ff.).

Abschließend ist anzuerkennen, „[...] was die Frauen jeden Tag leben und erleben, das könnt‘ von uns keine leisten“ (Interview 2, Z. 247 f.).

7.1.5 Bedeutung des Faktors Geschlecht

Die Bedeutung des Faktors Geschlechts spielt für alle Nutzerinnen eine zentrale Rolle. Insbesondere bei der Beantwortung dieser Frage wurde immer auch die Notwendigkeit frauenspezifischer Suchtberatungseinrichtungen thematisiert. Auch wurde die Bedeutung des Geschlechtes meist als ein Problembereich benannt, der sowohl bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, als auch bei der Aufrechterhaltung dieser eine zentrale Rolle spielt (vgl. u.A.: Interview 1, Z. 230 ff., Interview 2, Z. 198 ff.).

„Also nicht zuletzt natürlich auch Frauen konsumieren anders. Sie haben andere Gründe äh mit dem Konsum anzufangen. Sie konsumieren anders“ (Interview 2, Z. 117 f.).

Im Zusammenhang mit der Bedeutung des Faktors Geschlecht wurden allen voran die unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen von Männern und Frauen genannt und in diesem Zusammenhang auch die erhöhten Anforderungen an die Frauen, die zu Überforderungsgefühlen führen können. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde auf diese Umstände bereits näher eingegangen (vgl. Abschnitt 4.1).

Auch das Thema Selbstoptimierung wurde im Zusammenhang mit der Bedeutung des weiblichen Geschlechtes häufig genannt. Viele Frauen stehen unter einem extremen Druck, sich selber zu optimieren, schlank zu sein und hübsch auszusehen, um dem klassischen Frauenbild zu entsprechen. Dieser Druck ist bei Frauen wesentlich höher als bei Männern (vgl. Interview

1, Z. 317 ff., Interview 2, Z. 10 f.). In diesem Kontext zeigen Frauen häufiger selbstverletzendes Verhalten als Männer und nutzen den Drogenkonsum als eine Art Selbstmedikation (vgl. Interview 2, Z. 120 f.).

Der Konsum von Drogen verändert die Abläufe im Körper. Auch das Leben auf der Straße und der prekäre Drogenkonsum zeichnen sich auf den Körpern der Frauen ab und strapazieren ihn (vgl. ebd.: 200 ff.). Im Zusammenhang mit Prostitution wurde die Erfahrung gemacht, dass einige Frauen das Gefühl für ihren Körper verloren haben (vgl. Interview 3, Z. 182 f.).

An dieser Stelle sind frauenspezifische Konzepte, die sich mit der Bearbeitung genau dieser Thematiken auseinandersetzen, absolut notwendig. Die genannten Themen erfordern eine geschlechtsspezifische Bearbeitung, um so die Passgenauigkeit und Wirksamkeit der Hilfen zu erhöhen. Es gibt Erfahrungen, die nur Frauen machen und es gibt so etwas wie einen weiblichen Lebensalltag (vgl. Interview 1, Z. 357 ff.). Hieran wird die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Einrichtungen, die um diese Unterschiede wissen und ihre Konzepte dahingehend anpassen, sehr deutlich.

7.2 Praxis frauenspezifischer Suchtberatung – die Einrichtungen und ihre Angebotsstruktur

Wie bereits erwähnt sprechen die unterschiedlichen Einrichtungen unterschiedliche Nutzerinnengruppen an. Dahingehend sind auch die Angebotsstrukturen auf die unterschiedlichen Nutzerinnen ausgerichtet und an ihre Bedürfnisse und Lebenslagen angepasst. Sowohl das Ragazza als auch das Sperrgebiet sind Suchtberatungsstellen mit niedrigschwelligen Hilfen, die frauenspezifisch arbeiten (vgl. Ragazza, o.J., Sperrgebiet, o.J.).⁶ Frauenperspektiven ist eine frauenspezifische Suchtberatungsstelle und bietet den Nutzerinnen Informationen und Beratung telefonisch oder nach terminlicher Absprache. Darüber hinaus gibt es einen Kontaktbereich zur Kontaktaufnahme bei akuten Krisen oder Beratungsbedarfen und zum Aufenthalt vor oder nach der Beratung (vgl. Frauenperspektiven, o.J.).

⁶ Wie im vorangegangenen Abschnitt auch werden Ergebnisse aus dem Interview mit der Mitarbeiterin des Sperrgebiets nur an solchen Stellen eingebracht, an denen sie für diese Arbeit von Relevanz sind.

7.2.1 Konzeptionelle Verankerung frauenspezifischer Ansätze

Bezogen auf die konzeptionelle Verankerung frauenspezifischer Segmente ist auf Mitarbeiterinnenebene zu benennen, dass in allen drei Einrichtungen ausschließlich Frauen für Frauen arbeiten (vgl. Interview 1, Z. 96 f., Interview 2, Z. 90, Interview 3 Z. 219 f.). Auch spielte die Tatsache, eine Frau zu sein, eine wichtige Rolle in der Entscheidung, frauenspezifisch arbeiten zu wollen (vgl. Interview 1, Z. 380 ff., Interview 2, Z. 358 f.). Darüber hinaus - bezogen auf die Gestaltung der Einrichtung und Ausrichtung der Angebote bis hin zu den behandelten Themen - sind in den Konzeptionen der Einrichtungen frauenspezifische Themen verankert (vgl. u.A. Interview 1, Z. 351 ff., Interview 2, Z. 88 ff.).

Mit der konzeptionellen Verankerung von frauenspezifischen Ansätzen soll den Nutzerinnen ein Raum geschaffen werden, in dem sie Vertrauen in die Einrichtung fassen können. Auf diese Weise können Probleme und Themen, die in männerdominierten Einrichtungen häufig keinen Platz finden, offen ausgesprochen und besprochen werden:

„Sondern das ist ein Raum, wo wir Frauen willkommen heißen, wo wir Frauen mit ihren Belangen sehen wollen und auch sehen wollen wie sind die Bedürfnisse von Frauen. Dass wir oft Bedürfnisse und auch Belange ansprechen, die sonst in anderen Einrichtungen oft gar nicht angesprochen werden“ (Interview 1, Z. 99 ff.).

Auch soll den Frauen ein männerfreier Schutzraum geboten werden, in dem sie sich mit ihrem eigenen Geschlecht und ihrer Rolle als Frau auseinandersetzen können (vgl. Interview 2, Z. 91 ff., Interview 3, Z. 225). Wie bereits ausgeführt befinden sich viele Frauen seit ihrer Kindheit in einer Gewaltspirale. Die Gewalt geht dabei in den meisten Fällen von Männern aus. Das Durchbrechen dieser Gewaltspirale kann durch frauenspezifische Einrichtungen und das Schaffen eines männerfreien Raumes wenigstens für einen kurzen Zeitraum gelingen (vgl. Interview 3, Z. 226 ff.).

Auch müssen die Mitarbeiterinnen Kompetenzen im Bereich Gender vorweisen können, um den Frauen adäquate Beratung und Betreuung bieten zu können:

„[...] und wir, die wir ausgebildet sind, sind in diesen Fragen, in diesen weiblichen Sozialisationsbedingungen, in weiblichen [...] Denkweisen ähm und Handlungsfähigkeiten, da haben wir Ahnung von. Wir wissen, wie die Sozialisationsbedingungen von Frauen sind und wir fragen deshalb auch anders, um genau rauszukriegen, wie ist es ihnen ergangen als Frau oder Mädchen“ (Interview 1, Z. 366 ff.).

Die Notwendigkeit frauenspezifischer Suchthilfeeinrichtungen wird anhand der Lebens- und Problemlagen, die sowohl im theoretischen Teil dieser Arbeit (vgl. Kapitel 4) als auch in den vorangegangenen Auswertungskategorien (vgl. Abschnitt 7.1) bereits erläutert wurden, deutlich. In den folgenden Abschnitten soll die Umsetzung der konzeptionellen Verankerung frauenspezifischer Aspekte an konkreten Beispielen verdeutlicht werden.

7.2.2 Ausrichtung der Angebote an die Zielgruppen

In allen Einrichtungen wurden die Angebote so gestaltet, dass sie den Bedarfen der Zielgruppen entsprechen. Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits erläutert wurde, sprechen alle Einrichtungen unterschiedliche Nutzerinnen an. Dementsprechend lassen sich auch große Unterschiede in der Angebotsstruktur finden. Auch in diesem Abschnitt werden Lücken und ungedeckte Bedarfe absatzweise aufgedeckt.

Da es sich bei Frauenperspektiven um eine Beratungsstelle handelt, steht das Beratungsegment dort im Vordergrund (vgl. Interview 1, Z. 51 ff.). Die Beratungen werden individuell an die Bedürfnisse der Frauen angepasst: „[...] je nach dem, mit welcher Problemlage kommen sie, mit welcher Intensität von Missbrauchsverhalten, Missbrauchskonsum [...]“ (Interview 1, Z. 32 ff.). Darunter fallen sowohl einmalige als auch längerfristige Beratungen, Vermittlungen in weiterführende Hilfen oder soziale Stabilisierung und Integration (vgl. ebd., Z. 52 ff.). Jedoch arbeitet Frauenperspektiven mit Terminvergabe für Beratungsgespräche, eine offene Sprechstunde wird nur einmal pro Woche angeboten (vgl. Frauenperspektiven, o.J.). Außerdem gibt es Wartelisten, sodass die Hilfesuchenden nicht immer sofort Unterstützung erhalten können (vgl. Interview 1, Z. 286 f.). Frauenperspektiven ist die einzige frauenspezifische Suchtberatungsstelle in Hamburg, die suchtmittelübergreifend arbeitet. Auf Grund der Tatsache, dass dort bereits mit Wartelisten gearbeitet wird, wird deutlich, dass es nicht genügend Kapazitäten für die hohe Nachfrage gibt und dass eine Ausweitung des Angebotes oder die Etablierung weiterer frauenspezifischer Suchtberatungsstelle notwendig wäre.

Bezogen auf die Opioidklientinnen ist anzumerken, dass eine Begründung des geringen Anteils auch in der Ausgestaltung des Angebotes von Frauenperspektiven liegen kann, da die Arbeit mit Terminvergabe und Wartelisten und das Fehlen von niedrigschwelligen Hilfen für Opioidklientinnen wenig attraktiv erscheint. Daher werden niedrigschwelliger und offener gestaltete Angebote bevorzugt genutzt. Dies schließt die Notwendigkeit weiterer frauenspezifischer Suchtberatungsangebote jedoch nicht aus, sondern gibt einen Hinweis darauf, dass

Opioidklientinnen im Vergleich zu Frauen, die weniger harte Suchtmittel konsumieren, andere Bedarfe haben und die Einrichtungs- und Angebotsstruktur dementsprechend anders gestaltet werden muss (vgl. Abschnitt 7.1.1).

Ein Beispiel eben dafür stellt das Ragazza dar. Das Ragazza ist eine frauenspezifische Suchtberatungsstelle mit niedrigschwelligen Hilfen. Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits beschrieben, wird den Frauen ein offener Cafébereich angeboten, in dem sie sich mit anderen Besucherinnen und auch unverbindlich mit den Beraterinnen austauschen können. Den Nutzerinnen werden konkrete Überlebenshilfen, Möglichkeiten zur hygienischen Grundversorgung sowie Getränke und Mahlzeiten geboten. Darüber hinaus gibt es ein Beratungsangebot, welches freiwillig genutzt werden kann. Die Kontaktaufnahme und das Angebot der Beratung erfolgt dabei über den niedrigschwelligen Cafébereich. Die Inanspruchnahme der Beratung ist keine Zugangsvoraussetzung (vgl. Ragazza, o.J.). Auch hier sind die Angebotsschwerpunkte an die Nutzerinnengruppe angepasst. Ein wichtiges Angebot stellt beispielsweise die Schuldenberatung durch eine ausgebildete Fachkraft dar. Diese wird auf Grund des permanenten Geldmangels und der daraus resultierenden Schuldenanhäufung der Frauen häufig in Anspruch genommen. Auch auf Grund der Sperrgebietsverordnung sammeln die Frauen zusätzliche Schulden an (vgl. Interview 2, Z. 29 ff., 37 ff.). Die Beratungsthemen umfassen außerdem Themen wie Schwangerschaft, Kontakt zu Kindern, das Thema Frausein und Gewalterfahrungen, aber auch Ausstieg und Entgiftung (vgl. ebd., Z. 42 ff., Z. 49 ff.). Da das Ragazza drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen zur Zielgruppe hat, werden gynäkologische Untersuchungen, Safer Sex Beratung und Verhaltenstrainings für die Arbeit auf der Straße angeboten. Es ist also erkennbar, dass sich das Ragazza intensiv mit den Bedürfnissen der Nutzerinnen auseinandergesetzt hat und das Angebot dahingehend ausgerichtet hat. Da dieses Angebot jedoch auf diese spezielle Zielgruppe, drogenkonsumierende Frauen, die sich prostituieren, ausgerichtet ist, wird hier einmal mehr deutlich, dass es genau so ein Angebot auch für Frauen geben muss, die zwar Drogen auf prekäre Weise konsumieren, jedoch nicht der Sexarbeit nachgehen.

Dies spiegelt sich auch im nächsten Punkt wieder: Das Ragazza ist in Hamburg das einzige Angebot mit einem Konsumraum nur für Frauen. Da die Angebote des Ragazzas jedoch nur von drogenkonsumierenden Sexarbeiterinnen genutzt werden können, bestätigt sich auch an dieser Stelle die Notwendigkeit eines frauenspezifischen Suchtberatungsangebotes mit niedrigschwelligen Hilfen, welches auch von Drogenkonsumentinnen genutzt werden kann, die nicht der Sexarbeit nachgehen. Die Etablierung eines weiteren Konsumraumes nur für Frauen

erachten die Expertinnen als notwendig (vgl. u.A. Interview 3, Z. 211 f.). Auf Grund der Einzigartigkeit des Ragazzas werden den Frauen außerdem keine Auswahlmöglichkeiten geboten. Die einzige Alternative zum Ragazza in Bezug auf niedrigschwellige Hilfen stellen gemischtgeschlechtliche Einrichtungen dar.

Genau wie das Ragazza ist auch das Sperrgebiet eine Einrichtung mit niedrigschwelligen Hilfen und sehr offen gestaltet. Der Cafébereich gleicht einem Wohnzimmer und bietet den Frauen eine Wohlfühlatmosphäre. Das Angebot reicht von konkreten Überlebenshilfen und Freizeitangeboten über medizinische Sprechstunden bis hin zu einer psychologischen Beratung (vgl. ebd., Z. 38 ff.). Einmal im Monat kann eine Friseurin kostenfrei in Anspruch genommen werden (vgl. ebd., Z. 61 f.). Dies soll jedoch nur am Rande erwähnt werden. Kontakte zu Drogenkonsumentinnen knüpfen die Mitarbeiterinnen des Sperrgebiets im Rahmen der Straßensozialarbeit, die zweimal pro Woche im Raum St. Georg und einmal wöchentlich in St. Pauli stattfindet. Ziel ist es, die Frauen dahingehend zu motivieren, Zugang zu den Hilfseinrichtungen zu finden (vgl. ebd., Z. 98 ff.). Wie bereits mehrfach angemerkt, ist das Ragazza jedoch die einzige frauenspezifische Einrichtung, an die die drogenkonsumierenden Frauen verwiesen werden können.

Über den alltäglichen Rahmen hinaus versuchen die Einrichtungen auch, den Nutzerinnen besondere Angebote zu machen. Dies ist auf Grund der engen Vorgaben der Finanzierungsträger meist schwierig zu leisten (vgl. Interview 1, Z. 47 ff.). Dennoch bieten die Mitarbeiterinnen von Frauenperspektiven Vorträge zu aktuellen, die Nutzerinnen betreffenden, Themen an. Dazu wurde beispielhaft das Thema Selbstoptimierung oder der Zusammenhang zwischen Sucht und Depressionen genannt (vgl. ebd., Z. 62 ff.). Das Ragazza bietet den Frauen Selbstverteidigungskurse, Verhaltenstrainings oder Themenwochen, beispielsweise zum Thema Gewalt, an (Interview 2, Z. 98 ff.). Im Sperrgebiet gibt es einmal im Jahr eine Testwoche, während der die Nutzerinnen sich kostenfrei auf HIV und sexuell übertragbare Infektionen (STI) testen lassen können (vgl. Interview 3, Z. 57 f.). Auch wenn solche Angebote wichtig und notwendig sind, können sie jedoch auf Grund geringer finanzieller Ressourcen oder auf Grund zu enger Vorgaben der Behörden, etc. den Frauen nicht ausreichend geboten werden.

Abschließend ist an dieser Stelle die Wichtigkeit ambulanter Suchtberatungsangebote hervorzuheben. Viele Frauen finden über diese Einrichtungen einen ersten Zugang in das

Hilfesystem. Häufig können sie bestimmte Voraussetzungen für weiterführende und oder stationäre Hilfen nicht erfüllen und eine Stabilisierung steht zunächst im Vordergrund:

„[...] Soziale Stabilisierung und Integration wird von vielen Frauen in Anspruch genommen, insbesondere denjenigen, die in ihrem Alltag destabilisiert sind. Und wo klar ist, die kann man auch erst mal gar nicht weitervermitteln, in weiterführende Maßnahmen“ (Interview 1, Z. 39 ff.).

Insofern ist an dieser Stelle erneut zu betonen, dass ambulante und niedrigschwellige Suchtberatungsangebote eine wichtige Rolle für den Zugang zum Hilfesystem spielen. Je größer die Reichweite der Hilfen ist und je passgenauer das Angebot auf spezifische Bedarfe ausgerichtet ist, desto leichter finden die Hilfesuchenden auch den Zugang in das Hilfesystem.

7.2.3 Strukturelle Anpassung der Einrichtungen an ihre Nutzerinnen

Allgemein ist festzuhalten, dass in allen drei Einrichtungen eine Atmosphäre geschaffen wurde, in der Frauen sich willkommen fühlen. Die Räume wurden so gestaltet, dass sie von Frauen angenommen werden und dass sie sich dort auch wohl fühlen (vgl. u.A. Interview 1, Z. 90 ff., Interview 3, Z. 232 ff.). Dies war auch bei einem Rundgang durch die Einrichtungen feststellbar. Dennoch ergaben sich auf struktureller Ebene einige Unterschiede zwischen den Einrichtungen⁷.

Die *Öffnungszeiten* der Einrichtungen unterschieden sich auf Grund der unterschiedlichen Nutzerinnengruppen deutlich voneinander: da bei den Frauenperspektiven das Beratungsangebot vorherrscht und insofern mit Terminvergabe gearbeitet wird, sind die Öffnungszeiten nicht besonders angepasst, sondern bewegen sich im Rahmen von 8-16 Uhr. An Feiertagen und an den Wochenenden ist geschlossen. Ein Bedarf nach erweiterten oder veränderten Öffnungszeiten wird jedoch auch nicht gesehen (vgl. Interview 1, Z. 102 ff.).

Das Ragazza hingegen hat die Öffnungszeiten „[...] an den Arbeitszeiten der Frauen angegliedert“ (Interview 2, Z. 130). Es gibt vier Nachtöffnungszeiten und drei Tagöffnungszeiten (vgl. ebd., Z. 274 f.). Das Ragazza steht den Frauen an jedem Wochenende und an jedem Feiertag offen. Damit sind sie in Hamburg die einzige Einrichtung, die Konsumentinnen am Wochenende versorgt. Andere Öffnungszeiten würden „[...] dem Leben eines Konsumenten und einer Konsumentin einfach nicht entsprechen [...]“ (Interview 2, Z. 140 f.). Allerdings werden zu Zeiten, zu denen das Ragazza nicht geöffnet ist, Lücken produziert. Die

⁷ Da die Zielgruppe dieser Arbeit nicht zur Nutzerinnengruppe des Sperrgebietes gehört, entfällt an dieser Stelle die Strukturbeschreibung des Sperrgebietes

Nutzerinnen haben zu den Zeiten nur die Ausweichmöglichkeit geschlechtsheterogene Einrichtungen aufzusuchen (vgl. ebd., Z. 263 ff.).

Bezogen auf die *Lage* ist Frauenperspektiven zunächst als einzige Einrichtung zu benennen, die für Klientinnen der gesamten Stadt Hamburg zuständig ist. Daher wurde versucht, die Lage der Einrichtung vom Hauptbahnhof aus möglichst gut erreichbar zu machen (vgl. Interview 1, Z. 105 ff.). Dennoch wurde hier bereits eine Schwierigkeit benannt: für viele Frauen sind die Wege zu weit. Die öffentlichen Verkehrsmittel kosten Geld und es gibt Gruppen von Frauen, die sich aus verschiedensten Gründen überfordert damit sehen, Wege hinter sich zu bringen (vgl. ebd., Z. 338 ff.).

Das Ragazza hat die Lage der Einrichtung, mitten im Bahnhofsviertel St. Georg und dem Lebensraum vieler Nutzerinnen, ganz bewusst gewählt (vgl. Interview 2, Z. 126 ff.). Zwar ist die Einrichtung auch Konsumentinnen aus anderen Stadtteilen zugänglich, ob diese jedoch das Ragazza aufsuchen, wurde in Frage gestellt (vgl. ebd., Z. 330 ff.).

Daraus lässt sich der Rückschluss ziehen, dass es mehr frauenspezifische Einrichtungen geben muss, die über den Raum Hamburgs verteilt liegen, um eine größere Reichweite zu schaffen, und so auch Frauen anzusprechen, die nicht die Wege zu den bestehenden Angeboten auf sich nehmen können oder wollen. Auch sollten Einrichtungen außerhalb der klassischen Komm-Struktur geschaffen werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass jede Einrichtung einen wichtigen Teil im System frauenspezifischer Hilfsangebote darstellt. Jede Einrichtung ist strukturell auf die entsprechende Nutzerinnengruppe ausgerichtet und an den Lebenswelten und Bedürfnissen der Nutzerinnen orientiert. Dennoch zeigt sich, dass jede Einrichtung eine spezifische Nutzerinnengruppe hat und dass die Einrichtungen mit der Anpassung an die Nutzerinnen Lücken produzieren und bestimmte Gruppen ausschließen. Bezogen auf die Öffnungszeiten werden insofern Lücken produziert, als dass jede Einrichtung für sich einzigartig ist und die Frauen außerhalb der Öffnungszeiten nur die Möglichkeit haben, auf gemischtgeschlechtliche Einrichtungen auszuweichen. Auch bezüglich der Lage ist festzuhalten, dass eine Ausweitung frauenspezifischer Angebote auf weitere Stadtteile und eine bessere und flächendeckendere Erreichbarkeit notwendig wäre.

7.3 Bewertung der frauenspezifischen Angebote in Hamburg

In diesem Abschnitt soll eine Bewertung der frauenspezifischen Angebote in Hamburg erfolgen. Da frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen innerhalb dieser Arbeit keine Berücksichtigung gefunden haben, jedoch einen wichtigen Teil des Hilfesystems ausmachen und auch in den Expertinneninterviews immer wieder thematisiert wurden, soll ihre Rolle im folgenden Abschnitt kurz dargestellt werden. Zwar wurden innerhalb jedes einzelnen Abschnittes bereits Lücken in der Einrichtungs- und Angebotsstruktur aufgedeckt, in diesem Abschnitt sollen jedoch weitere Lücken, die nicht in den obigen Subkategorien aufgedeckt wurden und nicht unbedingt die Zielgruppe dieser Arbeit betreffen, benannt werden. Außerdem soll das politische Engagement der Expertinnen thematisiert werden, um aufzuzeigen, wo frauenspezifische Suchtarbeit heute steht und wie der weitere Verlauf perspektivisch einzuschätzen ist.

7.3.1 Frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen

Über das Angebot frauenspezifischer Einrichtungen hinaus wurden auch immer wieder frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen thematisiert. Hier waren die Expertinnen unterschiedlicher Meinung. So wurden sie auf der einen Seite als sehr sinnvoll erachtet, da sie eine gute Ergänzung zu frauenspezifischen Einrichtungen darstellen (vgl. Interview 2, Z. 386 ff.). In Anbetracht der Tatsache, dass einige Frauengruppen durch die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsstellen nicht angesprochen werden und diese daher auf geschlechtsheterogene Einrichtungen ausweichen müssen, stellen geschlechtsspezifische Gruppen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen eine gute Austauschmöglichkeit für Frauen dar und sind eine sinnvolle Ergänzung, um Lücken im Hilfesystem auszufüllen. Dennoch müssen weitere frauenspezifische Einrichtungen geschaffen werden und die Lücken können nicht ausschließlich durch frauenspezifische Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen geschlossen werden, da dies den tatsächlichen Bedarfen der Nutzerinnen nicht entsprechen würde. Auf der anderen Seite wurden solche Angebote auch kritisiert und als problematisch empfunden. So wurde angemerkt, dass es sich auf Grund der Tatsache, dass Frauen im Suchthilfesystem stark unterrepräsentiert sind, schwierig gestalten könnte, überhaupt ausreichend Frauen für solche Angebote gewinnen zu können (vgl. Interview 1, Z. 493 ff.). Darüber hinaus wurde bemängelt, dass es für einige Frauen schwierig ist, Frauenangebote in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen in Anspruch zu nehmen oder eine weibliche

Beraterin zu wünschen, weil sie dadurch die Botschaft vermitteln würden, etwas Besonderes zu benötigen (vgl. ebd., Z. 472 ff.).

Frauenspezifische Angebote in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen stellen also eine sinnvolle Ergänzung innerhalb der Angebotsstruktur dar. Dennoch können sie die Lücken, die innerhalb der Struktur frauenspezifischer Suchtberatungseinrichtungen bestehen, nicht füllen. Auch sind sie nur eine Ergänzung zu frauenspezifischen Einrichtungen und können nicht als Ersatz solcher betrachtet werden. Zusätzlich wurde in diesem Kontext angemerkt, dass es nicht nur immer um frauenspezifische Angebote gehen sollte, sondern allgemein um geschlechtsspezifische Angebote, sodass auch das Angebot an männerspezifischen Einrichtungen und Angeboten verbessert werden muss (vgl. Interview 1, Z. 288 ff., vgl. Interview 2, Z. 287 f.).

7.3.2 Lücken in der Angebotsstruktur

Alle drei Expertinnen waren einheitlich der Meinung, dass die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen in Hamburg quantitativ nicht ausreichend sind (vgl. Interview 1, Z. 270, Interview 2, Z. 335 f., Interview 3, Z. 189 f.). Mehr noch: die bestehenden Einrichtungen werden sogar sukzessiv kleiner (vgl. Interview 1, Z. 270 f., Interview 3, Z. 197 ff.). Da generell zunehmend an sozialen Einrichtungen gespart und Personal abgebaut wird, erfolgen die ersten Einsparungen meist an der Reduktion von Einrichtungen, die spezifische Zielgruppen haben. Und genau dies trifft das Angebot frauenspezifischer Suchtberatungseinrichtungen (vgl. Interview 1, Z. 281 ff., Interview 2, Z. 451 ff.). Zwar besteht ein Bedarf nach einer quantitativen Ausweitung frauenspezifischer Angebote und Einrichtungen und es gibt viele Zielgruppen, die mit dem bestehenden Angebot noch gar nicht erreicht werden können. Dennoch wird auf Grund finanzieller Einschränkungen genau an dieser Stelle gespart, sodass die Reichweite der bestehenden Einrichtungen und Angeboten sogar noch sinkt (vgl. Interview 1, Z. 277 ff.).

„[...] also es wird ja sowieso generell an sozialen Hilfen gespart, wo äh auch immer das möglich ist. Und natürlich sind es häufig die Fraueneinrichtungen“ (Interview 2, Z. 452 ff.).

In diesem Kontext ist das Sperrgebiet als gutes Beispiel zu benennen: Das Sperrgebiet war in der Vergangenheit ein Drogenhilfeangebot für junge Frauen und Mädchen in der Prostitution, welches durch behördliche Vorgaben zu einer Fachberatungsstelle Prostitution umgewandelt wurde (vgl. Interview 3, Z. 69 ff.). Darüber hinaus ist der Konsum harter Drogen mittlerweile

sogar ein Ausschlusskriterium für die Nutzung der Einrichtung (vgl. ebd., Z. 116 f.). Sicherlich ist eine frauenspezifische Einrichtung für Sexarbeiterinnen, die keine Drogen konsumieren, notwendig und sinnvoll. Dennoch wurde mit der Umwandlung der Einrichtung eine weitere Lücke in der Angebotsstruktur für Drogenkonsumentinnen geschaffen, sodass trotz des erhöhten Bedarfes weniger Frauen erreicht werden können.

In allen drei Interviews wurde immer wieder thematisiert, dass es nicht ausreichend Angebote für Frauen gibt, die „[...] in anderen Zusammenhängen konsumieren [...]“ (Interview 2, Z. 322). Zwar sind diese Gruppen nicht Zielgruppe dieser Arbeit, da diese Lücke jedoch so häufig benannt wurde, soll sie trotzdem kurz erwähnt werden. Es gibt beispielweise nicht ausreichend Angebote für Frauen, die keine Prekär-Konsumentinnen sind (vgl. ebd., Z. 465 ff.), oder für Frauen, die sogenannte Enhealthment-Mittel konsumieren oder leistungsfördernde Drogen und synthetische Cannabinoide über das Internet bestellen. Diese Arten von Drogen sind leicht zu beschaffen und einfach zu konsumieren und werden daher von Frauen bevorzugt genutzt. Allerdings ist eben diese Gruppe von Konsumentinnen nur schwer erreichbar und könnte beispielsweise über das Internet leichter angesprochen werden (vgl. Interview 1, Z. 298 ff.). Auch Migrantinnen, in dessen Kulturen der Konsum von Drogen verpönt ist, stellen eine spezifische Zielgruppe dar, für die Angebote geschaffen werden müssen (vgl. Interview 2, Z. 329 ff., Z. 470 ff.). Diese Lücken sollen jedoch nur am Rande erwähnt werden. Außerdem zeigen sie nur einen kleinen Ausschnitt der tatsächlichen Defizite. Es gibt also über die Zielgruppe dieser Arbeit hinaus eine große Bandbreite an Frauen, die über das Suchthilfesystem gar nicht erreicht werden können, wodurch erkennbar wird, wie groß und weitreichend die Defizite in der Struktur frauenspezifischer Angebote sind.

Neben spezifischen Gruppen wurden auch Lücken innerhalb der Einrichtungs- und Angebotsstruktur benannt, die im Rahmen dieser Arbeit nicht erwähnt wurden. Auch hier wurden solche nur am Rande erwähnt und beleuchten nur einen kleinen Teil. So wurden ein Mangel an stationären Therapieangeboten, Übernachtungsangeboten und auch Wohngruppen benannt, die ausschließlich auf Frauen ausgerichtet sind. Darüber hinaus wurde auch ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen Wohnangeboten für Frauen benannt (vgl. Interview 3, Z. 205). In diesem Zusammenhang wurde die Wichtigkeit eines festen und gesicherten Wohnortes als Grundvoraussetzung für eine Stabilisierung genannt (vgl. Interview 2, Z. 310 ff.).

Abschließend ist also festzuhalten, dass diese Arbeit nur einen kleinen Teil der Lücken im Hilfesystem aufdeckt. Dies ist sowohl im Kontext der fokussierten Nutzerinnengruppen als

auch im Kontext der betrachteten frauenspezifischen Suchtberatungsstellen zu verstehen. So gibt es viele unterschiedliche Ziel- und Nutzerinnengruppen die über das bestehende Suchthilfesystem nicht erreicht werden können. Außerdem stellen die Suchtberatungsstellen nur einen kleinen Teil des komplexen Suchthilfesystems dar. Auch in anderen Bereichen der Suchthilfe müssen frauenspezifische Einrichtungen und Angebote etabliert und erweitert werden.

7.3.3 Politisches Engagement und Ausblick

Für alle Expertinnen hat das politische Engagement das gleiche obergeordnete Ziel: *Gleichberechtigung* (vgl. Interview 1, Z. 371 f., Interview 2, Z. 359 f., Interview 3, Z. 27 ff.). Hinter dem politischen Engagement steckt bei allen Expertinnen auch eine feministische Komponente (vgl. Interview 1, Z. 401 f., Interview 2, Z. 359, Interview 3, Z. 240). Noch immer ist die Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen keine gesamtgesellschaftliche Tatsache, sodass die Expertinnen weiterhin aktiv für eine Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen kämpfen müssen. Eine Expertin beschreibt die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern aktuell sogar als rückschrittig und beobachtet die Tendenz einer Bewegung zurück zu einer heterozentristischen Lebensweise (vgl. Interview 1, Z. 402 ff., Z. 516 f.). Ein Zusammenhang wird unter anderem in dem Generationenwechsel in der Frauensuchtarbeit gesehen, da jüngere Kolleg_innen Gleichberechtigung in vielen Fällen als gegeben ansehen und so den Kampf für Gleichberechtigung vernachlässigen (vgl. ebd., Z. 528 ff.).

Die Expertinnen kämpfen nicht nur auf Ebene der Suchthilfe für Frauen, auch in Bereichen darüber hinaus müssen frauenspezifische Einrichtungen und Angebote geschaffen werden. Dazu wurden beispielsweise der psychosoziale Beratungsbereich benannt und auch Angebote für drogenabhängige Eltern wurden immer wieder gefordert (vgl. ebd., Z. 503 ff.).

Das Ragazza setzt sich unter anderem mit den Rechten von Prostituierten auseinander, kämpft für eine Entkriminalisierung des Betäubungsmittelgesetzes und macht auf die Lebensumstände bestimmter Bevölkerungsgruppen aufmerksam (vgl. Interview 2, Z. 412 ff.). Die Mitarbeiterinnen des Sperrgebiets engagieren sich im Rahmen des Bündnis der Fachberatungsstellen für Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter (bufas) für die Anerkennung von Sexarbeit (vgl. Interview 3, Z. 25 ff.). Ein frauenpolitisches Engagement erfolgt durch die Diakonie als Dachverband (vgl. ebd., Z. 256 f.).

Dieses weitreichende politische Engagement der Expertinnen zeigt, wie komplex die Thematik der Geschlechterungleichheit noch immer ist. Auch wird deutlich, auf wie vielen Ebenen

drogenkonsumierende Frauen, aber auch Drogenkonsument_innen im Allgemeinen, von Ungleichbehandlung und Benachteiligung betroffen sind. Auch der Abbau von Stigmata ist in vielen Bereichen Teil des politischen Engagements. Dies verdeutlicht einmal mehr die Notwendigkeit von differenzierten frauenspezifischen Suchthilfeangeboten.

Ein Rückschritt ist auch bei der Etablierung frauenspezifischer Einrichtungen erkennbar, da diese nicht mehr als modern erachtet werden (vgl. Interview 2, Z. 440 f.). Die Notwendigkeit frauenspezifischer Angebote wird seitens der Politik dahingehend in Frage gestellt, ob eine Etablierung frauenspezifischer Angebote in geschlechtsheterogenen Einrichtungen nicht ausreichend sei (vgl. ebd., Z. 402 ff.). Die Wichtigkeit solcher Angebote wurde in den Interviews anerkannt, es wurde jedoch auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass solche Angebote nicht ausreichend den Bedürfnissen der Nutzerinnen entsprechen und darüber hinaus weitere frauenspezifische Einrichtungen etabliert werden müssten.

Bezogen auf Gender Mainstreaming ist festzustellen, dass die Umsetzung der Strategie noch nicht auf allen notwendigen Ebenen stattgefunden hat. So sitzen beispielsweise auf institutioneller Ebene noch immer nicht genügend Frauen an den Schaltstellen. Gender Mainstreaming wird zwar in einigen Teilen der Suchthilfe durchgesetzt und Einrichtungen der Suchthilfe werden immer wieder auf die Empfehlungen der AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg (Sturm et al.: 2006) verwiesen, um Gender Mainstreaming in ihren Konzeptionen zu berücksichtigen. Dennoch muss Gender Mainstreaming auch auf administrativer Ebene umgesetzt werden, sodass Frauen Entscheidungen treffen und Leitungspositionen einnehmen. Hier erfolgt jedoch noch keine ausreichende Umsetzung der Strategie (vgl. Interview 1, Z. 455 ff.). Dies wiederum kann als Faktor betrachtet werden, der sich negativ auf frauenspezifische Angebote auswirkt und die Etablierung und Gestaltung weiterer frauenspezifischer Angebote einschränkt.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Notwendigkeit frauenspezifischer Einrichtungen nicht nur in Bereichen der Suchthilfe, sondern auch darüber hinaus auf politischer Ebene noch immer argumentiert werden muss. Das politische Engagement erstreckt sich über die Frauensuchthilfe hinaus auf andere Bereiche, in denen Frauen Ungleichbehandlung und Benachteiligung erfahren. Selbiges gilt für das Thema Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern. Insofern müssen auf politischer Ebene vielschichtige Herausforderungen bewältigt werden. Die Ressourcen, die für dieses Engagement verbraucht werden, könnten

allerdings besser in die Etablierung weiterer frauenspezifischer Angebote und in den Ausbau bestehender Einrichtungen investiert werden.

8. Fazit

Bevor nun ein abschließendes Fazit gezogen wird, muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Zielgruppe dieser Arbeit, die opioidabhängigen Frauen, nur eine kleine Gruppe unter den Drogenkonsument_innen darstellen. Darüber hinaus gibt es eine hohe Anzahl von Frauen mit stofflichen- und nichtstofflichen Süchten in unterschiedlichster Ausprägung, die mit individuellen Problemlagen konfrontiert sind und unterschiedliche Ansprüche an das Hilfesystem haben, die in dieser Arbeit keine Berücksichtigung gefunden haben. Auch der empirische Teil dieser Arbeit ist nur als eine exemplarische Fallstudie zu betrachten und es wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben. Im Rahmen dieser Arbeit konnte nur ein kleiner Teil frauenspezifischer Suchtarbeit untersucht werden. Über den Rahmen dieser Arbeit hinaus gibt es einen großen Anteil an frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtungen – und angeboten und auch über das Angebot der Suchthilfe hinaus frauenspezifische Hilfsangebote, die innerhalb dieser Arbeit bezüglich ihrer Passgenauigkeit oder in Bezug auf Lücken in der Struktur nicht untersucht werden konnten.

In dieser Arbeit ging es um eine kritische Betrachtung der bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsangebote in Hamburg. Dabei sollten die spezifischen Problemlagen opioidabhängiger Frauen eine besondere Berücksichtigung finden.

Wie in der Arbeit deutlich wurde, sind die Hintergründe und Wege von Frauen in den Suchtmittelkonsum sehr komplex und individuell. Im Kern werden sie beeinflusst durch negative Erfahrungen in ihrer Biografie, durch belastende Lebensereignisse, wie (sexualisierte) Gewalterfahrungen oder das Aufwachsen mit süchtigen Elternteilen und Heimerfahrungen. Es spielen sowohl individuelle Lebensereignisse als auch gesellschaftliche Bedingungen, wie Sozialisationsbedingungen von Frauen, die Ungleichbehandlung der Geschlechter oder überhöhte Rollenerwartungen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung.

Es wurde in dieser Arbeit deutlich, mit welchen massiven Problemlagen sich opioidabhängige Frauen konfrontiert sehen. Gewalterfahrungen, Prostitution, Obdachlosigkeit, Kinder und Komorbidität stellen dabei nur einen Teil des täglichen Überlebenskampfes dar. Auch die

gesellschaftliche Stigmatisierung Drogenabhängiger zeigt bei Frauen ein wesentlich höheres Maß als bei Männern.

Hierin wird die Notwendigkeit frauenspezifischer Suchthilfeeinrichtungen besonders deutlich. Denn wie eingangs schon vermutet und innerhalb dieser Arbeit belegt: Suchterkrankungen bei Frauen und Männern weisen Unterschiede auf. Dies bezieht sich auf den Einstieg in die Sucht, die Suchtentwicklung, auf geschlechtsspezifische Problemlagen, aber auch auf den Ausstieg. Und es wurde in dieser Arbeit deutlich, dass einige frauenspezifische Problemlagen erst im Zusammenhang mit Männern entstehen. Insofern muss den Frauen mittels frauenspezifischer Suchthilfeeinrichtungen ein männerfreier Schutzraum geboten werden. Außerdem brauchen sie einen Raum, in dem sie ausreichend Platz für frauenbezogene Themen bekommen. In diesem muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich mit den Hintergründen der eigenen Suchtbiografie auseinandersetzen zu können und zu lernen, das Frausein als Ressource zu betrachten. Nicht zuletzt auch, um alternative Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf den Drogenkonsum entwerfen zu können.

Insgesamt betrachtet ist das Suchthilfesystem in Hamburg gut aufgestellt und umfasst eine breite Palette an Hilfen. Dennoch sind Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen stark unterrepräsentiert. In dieser Arbeit wurde deutlich, dass der geringe Frauenanteil in den gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen unter anderem darin begründet liegt, dass sie den Bedarfen der Frauen nicht entsprechen und dass in männerdominierten Einrichtungen nicht ausreichend Raum für frauenspezifische Themen besteht.

Die eingangs gestellte Frage, wie weit die Bedarfe opioidkonsumierender Frauen durch die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsangebote gedeckt werden, lässt sich auf Grund der Ergebnisse der qualitativen Interviews mit *teilweise* beantworten. Diese Erkenntnis bezieht sich sowohl auf Defizite in den bereits bestehenden Angeboten, als auch auf die Notwendigkeit weitere Einrichtungen zu etablieren.

Zu den bestehenden Einrichtungen ist zunächst festzuhalten, dass sie auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet sind und ihre Angebotsstruktur dahingehend angepasst haben. So ist das Ragazza in Hamburg die einzige Suchtberatungsstelle mit niedrigschwelligen Hilfen für Opioidkonsumentinnen. Das Sperrgebiet bietet zwar auch niedrigschwellige Hilfen, schließt Opioidkonsumentinnen jedoch aus. Frauenperspektiven arbeitet als einzige frauenspezifische Einrichtung suchtmittelübergreifend, bietet jedoch keine niedrigschwelligen Hilfen und wird von opioidkonsumierenden Frauen tendenziell weniger aufgesucht. Insofern produzieren die

bestehenden Einrichtungen bereits erste Lücken. Dennoch stellen alle Angebote einen wichtigen Teil frauenspezifischer Suchtberatungseinrichtungen dar. Insgesamt betrachtet decken sie die Bedürfnisse der Klientinnen jedoch nur teilweise ab und es bleiben Defizite und Lücken bestehen.

Über die bereits bestehenden Einrichtungen hinaus gibt es große Lücken in der Einrichtungs- und Angebotsstruktur. So gibt es beispielsweise keine frauenspezifische Suchtberatungseinrichtung mit niedrigschwelligem Hilfen, die allen Opioidkonsumentinnen zugänglich ist. Eine Einrichtung, die dem Konzept des Ragazzas entspricht, jedoch die Sexarbeit nicht als Zugangskriterium voraussetzt, wäre sinnvoll und notwendig. Außerdem müssen mehr Angebote in den verschiedenen Stadtteilen Hamburgs platziert werden, um eine bessere Erreichbarkeit zu schaffen. Auch müssten die Angebote verstärkt auf spezifische Zielgruppen ausgeweitet werden. So sollten spezifische Angebote für Mütter oder Migrantinnen gestaltet werden. Dafür müssen jedoch auch Angebote entwickelt werden, deren Konzepte nicht der klassischen Komm-Struktur entsprechen, sondern die der Zielgruppe entgegen kommen und die die Frauen dort abholen, wo sie Hilfe und Unterstützung benötigen.

Auch die Etablierung geschlechtssensibler Konzepte in geschlechtsheterogenen Einrichtungen und die ganzheitliche Implementierung von Gender Mainstreaming muss weiter vorangetrieben werden. Geschlechtsspezifische Angebote in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen können geschlechtsspezifische Einrichtungen zwar nicht ersetzen, sie nehmen jedoch einen wichtigen Stellenwert ein. Außerdem ist die Strategie Gender Mainstreaming noch nicht ausreichend etabliert und muss auch auf administrativer Ebene umgesetzt werden, sodass mehr Frauen Leitungspositionen einnehmen und Entscheidungsträgerinnen werden.

Ein häufig benanntes Problem bei der Umsetzung frauenspezifischer Angebote war die Finanzierung. Die Angebote werden auf Grund von Einsparungen sukzessiv kleiner, obwohl die Institutionen sogar für die Ausweitung der Angebote und die Etablierung weiterer frauenspezifischer Einrichtungen plädieren. Auch ist zu ergänzen, dass auf politischer Ebene die Notwendigkeit frauenspezifischer Einrichtungen noch immer argumentiert werden muss und dass bestehende Lücken im Zuge von Gender Mainstreaming eher durch geschlechtsspezifische Angebote in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen gedeckt werden sollen. Dies entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Bedarfen opioidkonsumierender Frauen.

Abschließend lässt sich sagen, dass sich opioidkonsumierende Frauen mit multiplen Problemlagen konfrontiert sehen. Daraus resultieren individuelle Ansprüche der Frauen an das

Hilfesystem. Auf Grund dessen ist es gut und richtig, dass die bestehenden Einrichtungen sich auf spezifische Zielgruppen ausgerichtet haben. Je besser eine Einrichtung auf die Zielgruppe ausgerichtet ist, desto passgenauer können die Hilfen gestaltet werden und umso wirksamer sind die Hilfen. Dennoch ist eine Ausweitung der frauenspezifischen Angebote sowie die Etablierung zusätzlicher frauenspezifischer Einrichtungen sinnvoll und notwendig.

Literaturverzeichnis

- BADO e.V. (Hg.) 2017: Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. Von: Lindemann, Christina; Neumann-Runde, Eike; Martens, Marcus-Sebastian. Online unter: http://www.bado.de/dokumente/2016/BADO-Statusbericht%202016_www.pdf (Zugriff: 28.01.2018)
- Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) (Hg.) 2017: Das Soziale Hilfesystem für wohnungslose Menschen. Online unter: www.hamburg.de/contentblob/127994/data/hilfesystem-datei.pdf (Zugriff: 14.03.2018)
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (Hg.) 2013: Suchthilfebericht 2013. Online unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/2452156/data/broschuere-familie-kind-sucht.pdf>. (Zugriff: 24.03.2018)
- Bernard, Christiane 2016: Lebenssituation und Alltagsbewältigung von Frauen in der Straßendrogenszene. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 185-207
- Bernard, Christiane 2016a: Gender und illegale Drogen: ein Überblick. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 15-44
- Bernard, Christiane/ Tödte, Martina 2016: Einleitung. In: Tödte, Martina/Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 9-12
- Bohnsack, Ralf 2010: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 8. durchgesehene Auflage. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Brosch, Renate 2005: Geschlechtsspezifische Aspekte in der Drogenbehandlung. In: Eisenbach-Stangl, Irmgard/ Susanne Lentner/ Rudolf Mader (Hg.): Männer, Frauen, Sucht. Wien: Facultas Universitätsverlag, 145-159
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2016: Strategie „Gender Mainstreaming“. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gleichstellung-und-teilhabe/strategie-gender-mainstreaming/strategie--gender-mainstreaming-/80436?view=DEFAULT> (Zugriff: 01.03.2018)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2004: DHS-Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten. Hamm.

- Diakonie o.J. Online unter: <https://www.diakonie-hamburg.de/de/rat-und-hilfe/prostitution/Beratung-und-Unterstuetzung-fuer-junge-Frauen> (Zugriff: 27.04.2018)
- Dilling, Horst / Mombour, Werner/, Schmidt, Martin (Hg.) 2015: Weltgesundheitsorganisation. ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: hogrefe Verlag
- Dresing, Thorsten/ Pehl, Thorsten 2018: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH
- Faust, Volker o.J.: Obdachlosigkeit und seelische Störung. Online unter: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/obdachlosigkeit.html> (Zugriff: 24.03.2018)
- Frauenperspektiven o.J. Online unter: <http://www.frauenperspektiven.de/> (Zugriff: 04.04.2018)
- Gläser, Jochen/ Laudel, Grit 2009: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Heinzen-Voß, Doris/ Ludwig, Karola 2016: Empfehlungen: Genderaspekte in Institutionen der Suchthilfe. In: Heinzen-Voß, Doris/ Stöver, Heino (Hg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers, 9-48
- Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt (HmbGVBl) 1980: Verordnung über das Verbot der Prostitution vom 21. Oktober 1980. Letzte berücksichtigte Änderung: §1 geändert durch Rechtsvorschrift vom 22. Dezember 1981
- Jungbluth, Hans Joachim 2004: Drogenhilfe. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Mayring, Philipp 2016: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Peine, Elke 2016: Die Säulen der Frauensuchtarbeit. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 67-88
- Peine, Elke/ Homann, Antje 2016: Süchtige und traumatisierte Klientinnen in der ambulanten Suchtberatung. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 281-300
- Ragazza o.J. Online unter: <http://ragazza-hamburg.de/de/> (Zugriff: 04.04.2018)

- Scherbaum, Norbert 2016: Opiate. In: Batra, Anil/ Bilke-Hentsch, Oliver (Hg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 158-173
- Scherbaum, Norbert 2017: Das Drogentaschenbuch. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Schmidt, Günter 2013: Drogen-Wissen: Abhängigkeit. Psychische und physische Abhängigkeit von Drogen und Medikamenten. Online unter: http://www.drogenwissen.de/DRUGS/DW_GE/abhaengigkeit.shtml (Zugriff: 06.02.2018)
- Schwarting, Frauke 2016: Die Entstehung der Frauensuchtarbeit in Deutschland. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 45-66
- Sperrgebiet o.J. Online unter: <http://www.sperrgebiet-hamburg.de/> (Zugriff: 04.04.2018)
- Sturm, Barbara/ Peine, Elke/ Dobusch, Gabi/ König, Gabriele/ Tielmann Gudrun/ Schacht, Karin/ Harries Hedder, Karin/ Ackermann, Regine/ Heyden, Ursula 2006: Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. Eine Empfehlung der AG Frau und Sucht des Fachrats der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg. Online unter: http://www.frauenperspektiven.de/uploads/images/Aktuelles/GenderMainstreaming_Hamburg_Fachrat_2006.pdf (Zugriff: 26.03.2018)
- Täschner, Karl-Ludwig/ Bloching, Benedikt/ Bühringer, Gerhard/ Wiesbeck, Gerhard 2010: Therapie der Drogenabhängigkeit. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH
- Thoms, Edelhard 2016: Kokain. In: Batra, Anil/ Bilke-Hentsch, Oliver (Hg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 174-191
- Tödte, Martina/ Bernard, Christiane 2016: Herausforderungen an die Zukunft der Frauensuchtarbeit. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 385-409
- Tödte, Martina/ Kaubisch, Silvia/ Leuders, Anne 2016: Schwangerschaft und Mutterschaft bei drogenabhängigen Frauen. In: Tödte, Martina/ Bernard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 163-183
- Tügel, Christine/ Lieb, Christiane 2014: Sucht ohne Obdach: Problemeinschätzung und Handlungsbedarfe aus Sicht der Suchthilfe. [Veranstaltungspräsentation] Online unter: www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/1105.pdf (Zugriff: 24.03.2018)
- Vogelsang, Monika 2016: Zur Komorbidität bei Suchterkrankungen. In: Vogelsang, Monika/ Schuhler, Petra (Hg.): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klini-

- sche Praxis. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, 241-249
- Vogelsang, Monika 2016a: Frauenspezifische Aspekte der Suchttherapie. In: Vogelsang, Monika/ Schuhler, Petra (Hg.): Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers, 89-101
- Vogt, Irmgard 2004: Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Vogt, Irmgard 2010: Probleme mit und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, psychotherapeutische Behandlungen und spezifische Behandlungsansätze für Mädchen und Frauen. In: Suchttherapie, Jg. 11(2010), H. 4, 173-178
- Vogt, Irmgard 2016: Frauen, Gewalterfahrungen und der Konsum von Alkohol und anderen Drogen. In: Tödte, Martina/ Bernhard, Christiane (Hg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript Verlag, 101-123
- Vogt, Irmgard 2016a: Eltern-Kinder-Sucht: Anforderungen an die Suchthilfe. In: Heinzen-Voß, Doris/ Stöver, Heino (Hg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers, 93-118
- World Health Organization (WHO) 2018: Dependence syndrome. Online unter: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (Zugriff: 22.02.2018)
- Wirtz, Markus Antonius (Hg.) 2017: Dorsch- Lexikon der Psychologie. 18., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag
- Wüst, Ann-Kristin 2008: Drogenprostitution. Zur Lebenswelt opiatabhängiger Frauen. Münster: INDRO e.V. (Hg.)
- Zenker, Christel 2016: Genderbewusste Arbeit bei Suchtstörungen. In: Heinzen-Voß, Doris/ Stöver, Heino (Hg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers, 71-91
- Zurhold, Heike 2000: „Frauen und Sucht: illegale Drogen“. In: Poehlke Thomas/ Flenker, Ingo/ Schlüter, Hans-Joachim/ Busch, Heiner (Hg.): Drogen. Suchtmedizinische Versorgung. Vol. 2. Berlin, Heidelberg: Springer, 161-171
- Zurhold, Heike 2005: Entwicklungsverläufe von jungen Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie. Berlin: VW

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Anhang

Anhang 1	Informationsblatt	68
Anhang 2	Interview-Leitfaden	69
Anhang 3	Datenschutzvereinbarung	72

Sehr geehrte Frau [*Name der Ansprechpartnerin*],

vielen Dank für das erfreuliche Telefonat! Die Expertinnen-Interviews sollen im Rahmen meiner Abschlussarbeit an der *HAW Hamburg, Department Soziale Arbeit* mit dem Titel

„Frauenspezifische Suchthilfe in Hamburg- Eine kritische Betrachtung der frauenspezifischen Suchtberatungsangebote unter Berücksichtigung der spezifischen Problemlagen opioidkonsumierender Frauen“

stattfinden.

Im Fokus meiner Arbeit stehen Frauen, die regelmäßig Opiode konsumieren. Im theoretischen Teil meiner Arbeit habe ich bereits die spezifischen Lebens- und Problemlagen opioidkonsumierender Frauen erarbeitet. Im Mittelpunkt des empirischen Teils meiner Arbeit steht die kritische Betrachtung der bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungsstellen in Hamburg. Ziel ist es herauszufinden, wie die bestehenden frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen gestaltet sind und inwiefern die bestehenden Einrichtungen und Angebote die Bedarfe drogenkonsumierender Frauen decken. Dazu möchte ich Sie als Expertin des Arbeitsfeldes frauenspezifischer Suchtarbeit bezüglich Ihrer Erfahrungen und Eindrücke befragen.

Die Fragen befassen sich mit folgenden Themengebieten

- Charakterisierung der Nutzerinnengruppe(n)
- Problem- und Lebenslagen der Nutzerinnen
- Bedeutung des Faktors *Geschlecht* für die Nutzerinnen
- Darstellung der Angebotsstruktur innerhalb der Einrichtung
- Ausrichtung der Einrichtung auf die Zielgruppe
- Konzeptionelle Verankerung frauenspezifischer Aspekte in der Einrichtung
- Bewertung des Angebotes frauenspezifischer Suchtberatungsangebote in Hamburg
- Lücken in der Struktur frauenspezifischer Suchtberatungsangebotes in Hamburg
- Persönliche Haltung zu frauenspezifischer Suchthilfe
- Politisches Engagement

Die Interviews werden schätzungsweise 45-60 Minuten in Anspruch nehmen und mittels eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet.

Mit freundlichen Grüßen

Sina Schröder

Themenblock I - Einrichtung und Nutzerinnen

Leitfrage	Check	konkrete Nachfrage
<p>Ich habe während meiner Recherche erfahren, dass Sie <i>[kurze Aufzählung der Angebote]</i> anbieten. Mich interessiert, ob bei Ihnen alle Angebote die gleiche Gewichtung haben und gleichwertig genutzt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Beratungsangebote •Gruppenangebote • medizinische Versorgung • offene Bereiche/ Café •Übernachtungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> •Haben Sie neben den alltäglichen Angeboten auch besondere Veranstaltungen/Aktivitäten? •Sperrgebiet: Haben sie ein konkretes Angebot, das sich speziell an drogenkonsumierende Frauen richtet?
<p>Ich habe während meiner Recherche zu meiner Abschlussarbeit viel über die spezifischen Bedürfnisse von weiblichen Abhängigkeitserkrankten erfahren. Inwiefern ist Ihre Einrichtung strukturell auf diese Bedürfnisse ausgerichtet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Lage im Sozialraum • Öffnungszeiten •Schwerpunktt Themen •medizinisches Versorgungsangebot 	<ul style="list-style-type: none"> •Hat sich das Angebot im Laufe des Bestehens der Einrichtung verändert oder angepasst?
<p>Sie erleben vermutlich viele verschiedene Nutzerinnen mit ganz individuellen Geschichten- können Sie die Zielgruppe dennoch charakterisieren? Gibt es unterschiedliche Nutzerinnengruppen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Alter • Suchtmittel-,verlauf •Erwerbstätigkeit •Familie/ Kinder •Wohnsituation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sperrgebiet: An welche frauenspezifischen Einrichtungen in Hamburg vermitteln Sie Drogenkonsumentinnen weiter? •Frauenperspektiven: Wie erklären Sie sich den geringen Anteil an Opioidkonsumentinnen bei Ihnen in der Einrichtung?
<p>Das Aufsuchen <i>[Name der Einrichtung]</i> gehört vermutlich für viele Frauen zum Alltag. Was für Themen bringen diese Frauen mit?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Abhängigkeitserkrankung • Gewalterfahrungen •Szenealltag/ Überlebenskampf •Familie/ Kinder •Wohnsituation • Prostitution 	<ul style="list-style-type: none"> •Was empfinden die Frauen schwierig in ihrem Alltag? •Was für Fähigkeiten oder Strategien bringen die Frauen mit, um ihren Alltag zu bewältigen oder eventuelle Schwierigkeiten zu überwinden?
<p>Ich wüsste gerne, inwiefern das eigene Geschlecht die Frauen beeinflusst. In welchen Lebensbereichen hat das Geschlecht eine Bedeutung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Rollenerwartung •Verhältnis zum Körper •Verständnis der Sexualität •Verständnis von Weiblichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> •Können Sie das anhand eines konkreten (Fall-)Beispiels veranschaulichen?

Themenblock II - Frauenspezifische Einrichtungen in Hamburg		
Leitfrage	Check	konkrete Nachfrage
Decken die bestehenden Angebote und Einrichtungen in Hamburg die Bedarfe der Zielgruppe(n) Ihrer Erfahrung nach ausreichend?	<ul style="list-style-type: none"> •Auslastung der Einrichtungen •Bekanntheit der Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> •Angebot der Einrichtung •frauenspezifische Ausrichtung •Erreichbarkeit/ Reichweite 	<ul style="list-style-type: none"> •Sehen Sie einen Bedarf nach weiteren frauenspezifischen Angeboten?
Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge, wie Hilfen für abhängigkeiterkrankte Frauen besser gestaltet werden könnten und an welchen Stellen weitere Einrichtungen notwendig wären?	<ul style="list-style-type: none"> •Erweiterung des Angebotes •Etablierung weiterer Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> •Können sie ein konkretes Beispiel für ein Angebot oder einen Bereich nennen? •Glauben Sie, dass es weitere frauenspezifische Einrichtungen geben sollte?
Inwiefern sind frauenspezifische Aspekte in Ihrer Einrichtung konzeptionell verankert?	<ul style="list-style-type: none"> •strukturelle Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> •Akzeptanz/ Wertschätzung <ul style="list-style-type: none"> •Personal •Thematisierung des Geschlechts •Unterstützung/Förderung/Stärkung <ul style="list-style-type: none"> •Schutzraum 	<ul style="list-style-type: none"> •Können Sie einige konkrete Beispiele für die Umsetzung benennen?

Themenblock III - Notwendigkeit Frauenspezifischer Einrichtungen – politische Engagement

Leitfrage	Check	konkrete Nachfrage
Was bewegt Sie persönlich dazu, frauenspezifisch zu arbeiten?	<ul style="list-style-type: none"> •eigene Biografie •eigenes Geschlecht •Feminismus (siehe auch vorangegangene Check-Punkte)	<ul style="list-style-type: none"> •Worin sehen Sie die Notwendigkeit in frauenspezifischen Angeboten?
Inwiefern glauben Sie, dass im Suchthilfebereich geschlechtsspezifisch gearbeitet werden sollte?	<ul style="list-style-type: none"> •Problem- und Bedürfnislagen abhängigkeiterkrankter Frauen •Schutzraum •Rolle der Frauen auf der Szene •geschlechtsspezifische Angebote in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> •Können Sie das anhand eines Beispiels veranschaulichen, damit ich mir das besser vorstellen kann?
Engagieren Sie (oder der Träger) sich politisch in den Bereichen Gender Mainstreaming oder frauenspezifische Suchtarbeit?	<ul style="list-style-type: none"> •Feminismus •Gleichberechtigung •Gender Mainstreaming •Ebenen des Engagements 	<ul style="list-style-type: none"> •In welchen Bereichen über die Suchthilfe hinaus engagieren Sie sich? •Finden Sie genügend Gehör und Unterstützung?
Abschlussfrage		
Gibt es etwas was Ihnen wichtig erscheint, und dass Sie an dieser Stelle anmerken möchten, was noch nicht angesprochen wurde?		



Einverständniserklärung im Rahmen meiner Abschlussarbeit an der HAW Hamburg

„Frauenspezifische Suchthilfe in Hamburg- Eine kritische Betrachtung der frauenspezifischen Suchtberatungsangebote unter Berücksichtigung der spezifischen Problemlagen opioidkonsumierender Frauen“

- Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten *streng vertraulich* behandelt werden
- Zugang zur Bandaufnahme hat ausschließlich die Interviewerin für die Auswertung, die Aufnahme wird verschlossen aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung gelöscht
- Zu Auswertungszwecken wird von der Bandaufnahme ein Transkript angefertigt

Ich, _____, erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ von _____ geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen, anonymisiert, verschriftet und für die Auswertung im Rahmen der oben genannten Abschlussarbeit verwendet werden darf.

Der Name der Einrichtung darf in der Abschlussarbeit genannt werden: Ja Nein

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass das verschriftete Interview anonymisiert unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte in der oben genannten Abschlussarbeit verwendet werden darf.

Die Teilnahme an diesem Interview ist *freiwillig*. Sie dient dem empirischen Teil meiner Abschlussarbeit. Die Befragte kann ihre Einverständniserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Hamburg, den

Interviewerin:

Befragte: