

Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen

Abschlussbericht

im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit

von:

Martina Schu
Tom Wünsche

FOGS - Gesellschaft für Forschung und
Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln
Tel.: 0221/973101-0 FAX: 0221/973101-11
E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de

Dr. Peter Tossmann
Benjamin Jonas

delphi - Gesellschaft für Forschung,
Beratung und Projektentwicklung mbH
Behaimstraße 20, 10585 Berlin
Tel.: 030/36282661, FAX: 030/36282669
E-Mail: kontakt@delphi-gesellschaft.de

in Kooperation mit:

Prof. Dr. Christel Zenker

Schwendener Str. 14c, 14195 Berlin

Dr. Martin Stolle

DZSKJ – Deutsches Zentrum für Suchtfragen
im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Tel.: 040/7410-59307, Fax: 040/7410-56571

Köln, im September 2009

713/2007

Inhaltsverzeichnis

Kap.		Seite
1	AUSGANGSSITUATION UND AUFGABENSTELLUNG	1
2	STAND DER FORSCHUNG	3
2.1	Epidemiologie des Substanzkonsums Kinder und Jugendlicher	3
2.1.1	Tabak	4
2.1.2	Alkohol	6
2.1.3	Cannabis	8
2.1.4	Andere illegale Drogen	9
2.2	Sozialisationsfaktoren und entwicklungspsychologische Aspekte substanzbezogener Störungen	9
2.2.1	Gendereinflüsse	11
2.2.2	Männliche Sozialisation	12
2.2.3	Weibliche Sozialisation	14
2.2.4	Substanzkonsum als passageres und adaptives Entwicklungsphänomen	16
2.2.5	Substanzkonsum als Ausdruck maladaptiver Entwicklungsverläufe	17
2.2.6	Biografische Risikofaktoren für Suchtentwicklungen	18
2.2.7	Migration und Sucht	21
2.2.8	Komorbidität	23
2.2.9	Fazit zu Sozialisationsfaktoren und entwicklungspsychologischen Aspekten	24
2.3	Suchtspezifischer Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen	24
2.4	Suchtspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	27
2.4.1	Geschlechtsspezifische Versorgung Jugendlicher mit Suchtproblemen	28
2.4.1.1	Genderaspekte in der männerbezogenen Suchtarbeit	29
2.4.1.2	Genderaspekte in der frauenbezogenen Suchthilfe	30
2.4.1.3	Genderaspekte in der gemischtgeschlechtlichen Suchthilfe	32
2.4.1.4	Gender- und Suchtaspekte in der Jugendhilfe	33
2.4.1.5	Gender- und Suchtaspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	34
2.4.2	Fazit	34
3	METHODIK DER UNTERSUCHUNG	35
3.1	Sekundäranalyse wissenschaftlicher Erkenntnisse	36
3.2	Bestandsaufnahme zu geschlechterspezifischen Konzepten und Angeboten	37
3.2.1	Vorab-Recherche	37
3.2.2	Befragung von Einrichtungen	38
3.3	Interviews mit Praxisexpertinnen und -experten für genderspezifische Suchthilfe	39
3.4	Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten kooperierender Versorgungsbereiche	41
3.5	Exemplarische Betrachtung von best Practice-Modellen zur Verzahnung verschiedener Hilfebereiche	41
3.6	Erhebung von Versorgungsbedarfen aus Sicht der Betroffenen	42
3.6.1	Beschreibung der Befragten	43
3.6.2	Durchführung und Auswertung	44
3.7	Beirat	45
4	DIE BERÜCKSICHTIGUNG VON GENDER MAINSTREAMING UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN	

	ASPEKTE IN DEN HILFEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE MIT SUCHTBEZOGENEN STÖRUNGEN	46
4.1	Subgruppenbildung zur Analyse	48
4.2	Ergebnisse der Befragungen	50
4.2.1	Rahmendaten	51
4.2.1.1	Angebotsform	51
4.2.1.2	Versorgungsbereich	52
4.2.1.3	Altersspezifische Ausrichtung der Angebote/Einrichtungen	54
4.2.1.4	Kosten- und Leistungsträger	55
4.2.2	Konzeption	57
4.2.3	Beschäftigte und Genderkompetenz	59
4.2.3.1	Genderbezogene Fort- und Weiterbildung	64
4.2.3.2	Supervision	66
Exkurs:	67	
	Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifische Suchthilfe in Aus- und Weiterbildung	67
4.2.4	Klienten und Klientinnen	70
4.2.5	Angebote und Leistungen	72
4.2.5.1	Angebotspektrum	72
4.2.5.2	Wahlfreiheit bzgl. des Geschlechts der Betreuungsperson	75
4.2.6	Anamnese	77
4.2.7	Behandlungsplanung	78
4.2.7.1	Genderbezogene Themen im Betreuungsprozess	80
4.2.8	Dokumentation und Qualitätssicherung	86
4.2.9	Attraktivität gendersensibler Arbeit	89
4.2.10	Erfahrungen mit der Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit	91
4.3	Fazit der Bestandsaufnahme in suchtspezifischen Einrichtungen für Jugendliche	92
5	VERNETZUNG UND KOOPERATION	93
5.1	Kooperation aus Sicht der suchtspezifisch arbeitenden Einrichtungen	95
5.1.1	Kooperationsvereinbarungen	95
5.1.2	Schriftliche Hilfeplanung und Fallkonferenzen	96
5.1.3	Bewertung von Versorgung und Vernetzung	98
5.2	Versorgung und Kooperation aus Sicht der Partner im Versorgungsumfeld und Beispiele für best Practice	99
5.2.1	Wahrnehmung suchtspezifischer Probleme bei Jugendlichen	100
5.2.2	Zugang zu suchtspezifischer Hilfe	101
5.2.3	Informiertheit der Fachkräfte	102
5.2.4	Bewertung der Versorgungssituation	102
5.2.5	Bewertung von Vernetzung und Kooperation	103
5.2.6	Bedarfe und Perspektiven	105
5.3	Best Practice-Vernetzung	107
5.3.1	Kooperation im Kreis Steinfurt	107
5.3.2	Vernetzung in Hamburg	109
5.3.2.1	Vernetzung auf struktureller Ebene	109
5.3.2.2	Vernetzung auf der Arbeitsebene	110
5.3.3	Fazit best Practice	111
6	DIE PERSPEKTIVE JUGENDLICHER IN SUCHTBEZOGENEN HILFEN	112
6.1.1	Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen	113
6.1.1.1	Soziodemografische Merkmale	113

6.1.1.2	Substanzkonsum und suchtbezogene Probleme	117
6.1.1.3	Andere Belastungen und Delinquenz	120
6.1.2	Bedingungen für die Nutzung von Hilfeangeboten	123
6.1.2.1	Bisherige Nutzung des Hilfesystems	123
6.1.2.2	Fördernde und hemmende Bedingungen für die Nutzung von Hilfen	126
6.1.2.3	Motive für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung	128
6.1.3	Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Aspekte durch die Jugendlichen	130
6.1.3.1	Beurteilung der Geschlechterverteilung	130
6.1.3.2	Anregungen und Verbesserungsvorschläge	133
6.1.4	Fazit	134
7	ZUSAMMENFASSENDER BILANZ UND EMPFEHLUNGEN	136
7.1	Zum aktuellen Stand von Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifischer Arbeit in Angeboten für Jugendliche mit suchtbezogenen Problemen	137
7.2	Die Versorgung aus der Perspektive jugendlicher Klienten und Klientinnen	139
7.3	Vernetzung, Kooperation und Schnittstellenprobleme	140
7.4	Empfehlungen	141
8	LITERATUR	149

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

<u>Abb./Tab.</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1: Verteilung der stichprobenneutralen Ausfälle	47
Abb. 2: Bildungsweg der Schülerinnen und Schüler	116
Abb. 3: Schulabschluss der ehemaligen Schülerinnen und Schüler	117
Abb. 4: Erster professioneller Kontakt im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum	125
Abb. 5: Anlaufstellen, die bisher im Zusammenhang mit Drogenproblemen genutzt wurden	126
Abb. 6: Bewertung der Geschlechterverteilung innerhalb der Klientel	130
Abb. 7: Bewertung der Geschlechterverteilung unter der Mitarbeiterschaft	132
Tab. 1: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums	17
Tab. 2: Anzahl durchgeführter Interviews in den ausgewählten Einrichtungen	45
Tab. 3: Ausschöpfung der Einrichtungsbefragung	48
Tab. 4: Einrichtungen nach betreutem Geschlecht	49
Tab. 5: Einrichtungen nach Alter der Klientel	50
Tab. 6: Einrichtungen nach Angebotstyp	51
Tab. 7: Angebotstyp nach Altersgruppe der Klientel	51
Tab. 8: Einrichtungen nach Angebotsform	52
Tab. 9: Angebotsform der Einrichtungen nach Altersgruppe der Klientel	52
Tab. 10: Einrichtungen nach Versorgungsbereich	53
Tab. 11: Versorgungsbereich nach Altersgruppe der Klientel	53
Tab. 12: Kosten- und Leistungsträger	56
Tab. 13: Sozialleistungsträger nach Versorgungsbereichen	57
Tab. 14: Gender Mainstreaming bzw. geschlechtssensible Arbeit in Leitbild und Konzept	58
Tab. 15: Einrichtungen nach Geschlecht der Fachkräfte	60
Tab. 16: Anzahl Beschäftigte nach Geschlecht	60
Tab. 17: Beschäftigtenzahl nach Angebotsform	62
Tab. 18: Alter und Geschlecht der Beschäftigten	62
Tab. 19: Beschäftigte nach Geschlecht und Führungsposition	63
Tab. 20: Fort- und/oder Weiterbildungen	64

Tab. 21:	Berücksichtigung von Genderaspekten in der Supervision	66
Tab. 22:	Anzahl der Klientinnen und Klienten	71
Tab. 23:	Klientel nach Geschlecht	71
Tab. 24:	Angebotsspektrum und Berücksichtigung der	73
Tab. 25:	Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Fachkraft/ Betreuungsperson – Erstgespräch	75
Tab. 26:	Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Fachkraft/ Bezugsperson im Betreuungsprozess	76
Tab. 27:	Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Betreuungsperson – nach Altersgruppe der Klientel	76
Tab. 28:	Berücksichtigung von Genderaspekten in der Anamnese	77
Tab. 29:	Zielarbeit im Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess	78
Tab. 30:	Umsetzung genderspezifischer Aspekte im Angebot (1)	80
Tab. 31:	Umsetzung genderspezifischer Aspekte im Angebot (2)	81
Tab. 32:	Genderbezogene Themen im Betreuungsprozess	82
Tab. 33:	Erfassung steuerungsrelevanter Daten	86
Tab. 34:	Evaluation der Einführung/Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit	87
Tab. 35:	Attraktive Aspekte der Einrichtungen mit Blick auf die Klientel sowie die Sozialleistungsträger	90
Tab. 36:	Verbindliche Kooperationsvereinbarungen	95
Tab. 37:	Kooperationsvereinbarungen nach Altersgruppe der Klientel	96
Tab. 38:	Kooperationsvereinbarungen nach Versorgungsbereich	96
Tab. 39:	Schriftliche Hilfeplanung im Jahr 2007	97
Tab. 40:	Durchführung von Fallkonferenzen im Jahr 2007	97
Tab. 41:	Alter der Befragten	113
Tab. 42:	Dauer Aufenthalt in aktueller Einrichtung	113
Tab. 43:	Wohnsituation vor Aufnahme in Einrichtung	114
Tab. 44:	Herkunft der Eltern; Sprache, die vorwiegend zu Hause gesprochen wird	115
Tab. 45:	Tätigkeit vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung	116
Tab. 46:	Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und illegal verschafften Medikamenten	118
Tab. 47:	Problematischer Cannabis- und Alkoholkonsum vor Aufnahme in aktuelle Einrichtung	120
Tab. 48:	Psychische Beschwerden und Gewaltbelastung	121
Tab. 49:	Delinquentes Verhalten	122

Tab. 50:	Alter des ersten Drogenkonsums, Wahrnehmung der ersten drogenassoziierten Probleme, des Erstkontakts mit professioneller Hilfe und Alter bei Befragung	124
Tab. 51:	Gründe, die zum Kontakt mit dem ersten prof. Angebot geführt haben	127
Tab. 52:	Gründe für die Inanspruchnahme von Hilfen	128
Tab. 53:	Gründe gegen die Inanspruchnahme von Hilfen	129
Tab. 54:	Bewertung der Geschlechterverteilung beim therapeutisch tätigen Personal und beim Betreuungspersonals von Freizeitaktivitäten	133
Tab. 55:	Wunsch nach zusätzlichen geschlechtsspezifischen Angeboten	134

1 Ausgangssituation und Aufgabenstellung

Der Einstieg in den Gebrauch von legalen und illegalen Drogen findet meist im Jugendalter statt. Suchtmittelkonsum, Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit lassen sich vor dem Hintergrund der diese Lebensphase bestimmenden Entwicklungsaufgaben und der personalen und sozialen Kompetenzen von Jugendlichen betrachten. Suchtmittelgebrauch erfüllt in vielen Fällen eine entwicklungsbedingte und zeitlich begrenzte „Funktion“ für konsumierende Kinder und Jugendliche. Der Konsum kann sich jedoch auch verfestigen und zur Suchtentwicklung führen, wenn weitere Faktoren hinzukommen wie z.B. bei Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien, deren persönliche Belastung eine eigene Suchtentwicklung wahrscheinlicher macht (vgl. Zobel, 2000).

Konsummuster, Konsummotive, Risiko- und Schutzfaktoren unterscheiden sich quantitativ und qualitativ bei Jungen und Mädchen. In der Literatur wird im Hinblick auf den risikanten Konsum von legalen und illegalen Drogen und Suchterkrankungen eine größere Vulnerabilität von Jungen und Männern gegenüber Mädchen und Frauen beschrieben. Allerdings sind – neben dem bekannt deutlich höheren Medikamentenkonsum von Frauen – einige spezifische Konsummuster von Mädchen ebenfalls besorgniserregend. So greifen in einigen Regionen Ostdeutschlands Mädchen mittlerweile häufiger zur Zigarette als ihre männlichen Altersgenossen. In Bezug auf den frühen Alkoholkonsum ist bei Mädchen eine höhere Präferenz für den Konsum von Mixgetränken zu beobachten.

Fakten und Trends beim gendertypischen Konsumverhalten, bei Suchtverläufen und -folgen erfordern, neben dem fachspezifischen Wissen, deshalb Genderkompetenz bei den beteiligten Professionen, d.h. die Fähigkeit, geschlechtstypische Verhaltensweisen und Bedingungen in Prävention und Therapie als wichtige Variable mit einzubeziehen. Dafür ist die Reflexion der eigenen Geschlechtsrolle eine Vorbedingung.

Gendersensible Suchtarbeit bedeutet, die Stärken des jeweiligen Geschlechts, seine Resilienzfaktoren und Ressourcen zu unterstützen, um Mädchen und Jungen Erlebens- und Verhaltenspotenziale zu eröffnen, die sie vor Suchtmittelkonsum und süchtigen Verhaltensweisen zur Lebensbewältigung schützen können (vgl. Kolip, 2002). Im therapeutischen Setting können geschlechtshomogene Angebote Schutz bieten und Stärken vermitteln, unterstützen und einen Schonraum für die Thematisierung scham- und angstbesetzter Erfahrungen bieten. Demgegenüber können geschlechterübergreifende Angebote wichtig sein, um das jeweils andere Geschlecht besser verstehen und respektieren zu lernen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu entdecken und sich selbst zu positionieren.

Neben der genderbezogenen Klientenarbeit müssen auch die strukturellen Gegebenheiten der Institution im Sinne von Gender Mainstreaming organisiert sein. Dies betrifft Leitbilder, Personalpolitik und qualitätssichernde Maßnahmen. Zurzeit wird jedoch nur in Ausnahmefällen Gender Mainstreaming institutionell umgesetzt. Verbindliche und wissenschaftlich gesicherte geschlechterspezifische, therapeutische, pädagogische oder medizinische Angebote finden sich nicht. Das Wissen über die Notwendigkeit und Effizienz genderspezifischer Angebote in der Suchthilfe ist entweder kaum vorhanden oder nicht genügend aufgearbeitet. Auch ist unklar, ob Jungen und Mädchen mit suchtbezogenen Problemen in gleichem Maße adäquate Hilfen erhalten.

Frühinterventionen, im Sinne aufsuchender Ansprache und von aktiv zugehenden Hilfeangeboten sind, trotz positiver Entwicklungen in den letzten Jahren, noch kaum integraler Bestandteil der etablierten Sucht- und Drogenhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Beide Hilfesegmente sind in der Komm-Struktur verhaftet. Die verschiedenen Leistungserbringer arbeiten wenig miteinander abgestimmt, obwohl sich hier in den letzten Jahren regional erste vielversprechende Ansätze entwickelt haben, vor allem in Großstäd-

ten wie Berlin, Bremen, Essen, Hamburg und München. Z.T. haben Sucht- bzw. Drogenhilfeträger Jugendhilfeaufgaben übernommen (vgl. Schlanstedt & Schu, 2002; Fachverband Drogen und Rauschmittel, 2007).

Insgesamt werden Jugendliche mit suchtbefragten Problemen zu wenig und zu spät erreicht und nicht so gut wie wünschenswert versorgt.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (im Folgenden kurz BMG) sich entschlossen, die bessere Ansprache und Versorgung von Suchtmittel konsumierenden Mädchen und Jungen zu fördern. Als wichtige Bedingungen hierfür werden geschlechtsspezifisches Arbeiten und eine bessere Vernetzung der Versorgungsbereiche erachtet. Im Rahmen des Forschungsprojekts sollen zunächst wissenschaftliche Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Anforderungen in der Suchthilfe aufgearbeitet und diesbezügliche Konzepte und Erfahrungen in der Praxis zusammengetragen werden. Im Einzelnen wurden folgende Aufgaben definiert:

- Bestandsaufnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Anforderungen in der Suchthilfe
- Bestandsaufnahme von mädchen- und jungenspezifischen Konzepten der Suchthilfe und Suchttherapie
- Erhebung der Erfahrungen mit diesen Konzepten
- Erhebung der Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten von Jungen und Mädchen bzw. ihren Zugang zu Suchthilfe/Suchttherapieangeboten beeinflussen
- Erhebung des Versorgungsbedarfs für von Sucht betroffene oder gefährdete Mädchen und Jungen aus Expertensicht
- Erhebung von Schnittstellenproblemen zwischen medizinischer Versorgung, Jugendhilfe und Drogenhilfe im Hinblick auf Genderaspekte
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung des Suchttherapie- und Suchthilfeangebots für Jugendliche unter Genderaspekten
- Entwicklung von Vorschlägen zur besseren Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie und psychiatrischer Suchttherapie unter Genderaspekten
- Erhebung der subjektiven Versorgungsbedürfnisse von Mädchen und Jungen mit problematischem Substanzkonsum.

Der Untersuchungsansatz zielte deshalb sowohl auf eine systematische Erfassung bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse als auch von praktischen Erfahrungen von Einrichtungen und Angeboten, die bereits eine geschlechterspezifische Ansprache von Jungen und Mädchen realisieren, ab. Zu betrachten war auch, ob und wie Vernetzung realisiert werden kann. Die Ergebnisse sollten dann in die Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung des Suchthilfe- und Suchttherapieangebots für Jugendliche unter Genderaspekten sowie durch eine bessere Verzahnung verschiedener Hilfefelder einfließen.

Im Juli 2007 beauftragte das BMG die Bietergemeinschaft aus FOGS und delphi (in Zusammenarbeit mit dem DZSKJ, Hamburg und Frau Prof. Dr. Zenker) mit der Studie. Hiermit legt die Bietergemeinschaft fristgerecht und vereinbarungsgemäß den Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben vor.

2 Stand der Forschung

Insbesondere mit Blick auf die erste in der Leistungsbeschreibung formulierte Aufgabe (Bestandsaufnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Anforderungen an die Suchthilfe) hat die Bietergemeinschaft im Herbst/Winter 2007/2008 eine umfassende Recherche durchgeführt, die auf unterschiedliche Quellen zurückgriff. Die Recherche wurde im gesamten Projektzeitraum weitergeführt, sodass auch aktuelle Titel berücksichtigt werden konnten.

Zunächst wurden *Recherchen u.a. in den Datenbanken* PSYINDEX, PSYINFO und MEDLINE sowie über die Bibliotheken verschiedener Universitäten und Fachhochschulen durchgeführt, durch die nach ausgewählten Stichwörtern („Kinder + Sucht“, „Kinder + Drogen“, „Jugend + Sucht“, „Jugend + Drogen“, „Jungen + Sucht“, „Jungen + Drogen“, „Mädchen + Sucht“, „Mädchen + Drogen“) relevante nationale und internationale Studien und Veröffentlichungen erfasst werden sollten. Tatsächlich waren jedoch kaum Studien zum Thema zu finden. Wissenschaftlich gesicherte, geschlechtssensible Vorgehensweisen gehören (noch) nicht zu den untersuchten Aspekten in der Suchthilfe und –therapie. Umso wichtiger war es deshalb, *Recherchen in einschlägigen Fachzeitschriften* (u.a. Sucht, Suchttherapie, Suchtmedizin), Kongressbänden, Veröffentlichungen der Fachverbände (z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Fachverband Sucht e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.) und „grauer“ Literatur durchzuführen. Gleichwohl ist auch hier der Befund schwierig: Zwar gibt es einige auf den Erfahrungen einzelner Projekte und Institutionen basierende Praxisberichte und Ergebnisevaluationen, systematische Identifikation von Wirkungen und Wirkfaktoren jedoch keine. Am häufigsten finden sich Erfahrungsberichte zu frauenspezifischer Suchtarbeit, die jedoch im Wesentlichen hier nicht berücksichtigt werden, da sie fast durchgängig auf Erwachsene zielen. Nur wenige Veröffentlichungen berücksichtigen neuere genderbezogene Diskurse, vermitteln oft jedoch wissenschaftlich (noch) nicht gesicherte Ratschläge für die Praxis (vgl. Landesfachstelle Frauen & Sucht BELLA DONNA, 2004; LWL, 2006).

Auch die *Suche über verschiedene Web-Seiten*, die entweder selbst systematisch Projekte zu bestimmten Themen wie Gesundheitsprojekte, Präventionsprojekte zusammenfassen oder die Hinweise und Links zu entsprechenden Web-Seiten von Fachverbänden, Institutionen, Einrichtungen, Projekten etc. geben, war nicht sehr erfolgreich.

Die Bietergemeinschaft hat deshalb großflächig auch im weiteren Sinn für das Thema (möglicherweise) relevante Literatur recherchiert. Dabei kamen über 1.000 Titel zusammen, die differenziert gesichtet und ausgewertet wurden.

In diesem Kapitel wird zunächst auf epidemiologische Daten und dabei auf Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen eingegangen (Kap. 2.1), um dann Sozialisationsfaktoren und entwicklungspsychologische Aspekte des Substanzkonsums Jugendlicher darzustellen (Kap. 2.2). Schließlich geht es in Kapitel 2.3 um den suchtspezifischen Hilfebedarf Jugendlicher und in Kapitel 2.4 um Erfahrungen mit gendersensiblen Konzepten in der Arbeit mit Jugendlichen mit suchtbefragten Problemlagen.

2.1 Epidemiologie des Substanzkonsums Kinder und Jugendlicher

In den vergangenen Jahren wurde die Notwendigkeit von Surveyuntersuchungen zum Gesundheitszustand und –verhalten von Jugendlichen erkannt (vgl. Bergmann, Kamtsiuris & Bellbach, 1999; Ravens-Sieberer, Görtler & Bullinger, 2000; Richter, 2003) und durch verschiedene Studien umgesetzt (z.B. HBSC-Studie, 2004 und 2006; ESPAD, 2004;

KiGGS, 2006; BZgA 2007a, b, c) Die Untersuchung des Substanzkonsums im Jugendalter ist von großer Bedeutung, denn „dem Tabak-, Alkohol- und Drogengebrauch liegen Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen zugrunde, die früh im Leben ausgeprägt werden und sich im weiteren Lebensverlauf als überaus stabil erweisen“ (Lampert & Thamm, 2007, S. 600).

Es wird gezeigt, dass sich die Prävalenzen zwischen weiblichen und männlichen Befragten zum Teil deutlich unterscheiden. Aus diesem Grund interessieren im Folgenden weniger die hinreichend bekannten Gesamtprevalenzen, sondern vielmehr die Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf den Substanzkonsum Jugendlicher.

2.1.1 Tabak

Rauchen ist an der Entstehung vieler Krankheiten maßgeblich beteiligt und „gilt als eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2007). Viele Krebserkrankungen stehen mit dem Rauchen in einem Kausalverhältnis, und rund 25 – 30 % aller Krebsfälle mit Todesfolge werden auf Rauchen zurückgeführt.

Ein allgemeiner Trend des Tabakkonsums über die letzten 30 Jahre kann nicht festgestellt werden, Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind jedoch nachweisbar.

Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA (BZgA, 2008 und 2004a) umfasst Daten von 1979 bis 2008, hinzu kommt die Repräsentativbefragung zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen (BZgA, 2007c), deren Ergebnisse auch in die Drogenaffinitätsstudie 2008 einfließen. Insgesamt lässt sich aufgrund dieser Untersuchungen feststellen, dass die Quote der Jugendlichen, die ständig oder gelegentlich rauchen, mit 16,2 % bei den weiblichen und 14,7 % bei den männlichen Konsumierenden im Alter von 12 bis 17 Jahren „aktuell einen historischen Tiefstand“ erreicht hat (BZgA, 2008, S.8). Während der Anteil rauchender Jugendlicher zwischen 1993 und 2001 deutlich anstieg, hat sich die RaucherInnenquote seit 2001 (weibliche Jugendliche 27,9 % und männliche Jugendliche 27,2 %) bei den Jugendlichen fast halbiert. In den Jahren 2004 bis 2007 haben mehr Jungen als Mädchen in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen geraucht, im Jahr 2008 jedoch erstmals mehr weibliche als männliche Befragte. Die „Genderlücke“, der Unterschied im Verhalten zwischen Mädchen und Jungen, hat sich beim Rauchverhalten geschlossen. Basierend auf den Daten der Studie von 2004 (BZgA, 2004a) wird deutlich, dass in Ostdeutschland bei beiden Geschlechtern mehr geraucht wird als in Westdeutschland. Hier rauchen die weiblichen Jugendlichen schon seit 1997 mehr als die männlichen. „Welche soziokulturellen Faktoren für diesen gravierenden Unterschied zwischen Ost und West verantwortlich zu machen sind, muss noch geklärt werden“ (Zenker, 2009a, S. 57).

Der Prozentsatz der starken Raucherinnen und Raucher hat sich bei den Jugendlichen zwischen zwölf und 25 Jahren im Zeitraum von 1993 bis 2004 von 34 % auf 12 % mehr als halbiert (BZgA, 2004a, S. 18). Auch hier ist der Rückgang bei den Raucherinnen weniger stark als bei den Rauchern, sodass die Mädchen die Jungen fast eingeholt haben.

Auch innerhalb der einzelnen Schul- und Ausbildungsstufen variiert die Raucherquote: Haupt- und Realschülerinnen und -schüler rauchen ebenso wie jene berufsbildender Schulen und mehr als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten im vergleichbaren Alter. Die Unterschiede lassen sich hauptsächlich durch außerschulische Einflüsse erklären: „In Familien, die ihre Kinder eher auf Haupt- oder Realschulen schicken, wird mehr geraucht als in den Herkunftsfamilien von Gymnasiasten“ (BZgA, 2004a, S. 23f). Sowohl das Zu-

sammenleben mit RaucherInnen als auch die Zahl der Rauchenden im Freundeskreis haben einen starken Einfluss auf das Rauchverhalten von Jugendlichen.

Seit 2007 wird in den Untersuchungen der BZgA auch nach Bekanntheit und Konsum von Tabak mit Shishas (Wasserpfeifen) gefragt. Bei über drei Viertel der befragten Jugendlichen ist die Shisha bekannt und über ein Drittel haben mindestens einmal im Leben eine Shisha geraucht. Der Anteil der Shisha Konsumierenden im Jahr 2008 liegt bei 12,2 %, im Vergleich zu 14 % im Jahr 2007. Das Shisha-Rauchen „könnte sich bei einem Teil der Jugendlichen zu einer ernst zu nehmenden Variante des Tabakkonsums entwickeln“ (BZgA 2008, S.10). Allerdings scheint das Risiko unterschätzt zu werden: Von den Jugendlichen, die Shishas kennen, schätzen nur 38 % das Shisha-Rauchen als ziemlich oder sehr schädlich ein, jedoch 91 % das Rauchen von Zigaretten. 33 % der Shisha-Raucher schätzen sich als Nichtraucherin oder Nichtraucher und 19 % als Nieraucherin oder Nieraucher ein.

Die Health Behaviour in School-aged Children-Studie (HBSC) untersucht den Tabakkonsum der 11- bis 15-Jährigen von 1994 bis 2006. Dabei lässt sich von 1994 bis 2002 ein signifikanter Anstieg der Rauchenden in dieser Altersgruppe (regelmäßiger Tabakkonsum, mindestens einmal in der Woche) beobachten. Seit 2002 kann eine Umkehr dieses Trends festgestellt werden. Die Zahlen fielen sogar unter die Werte von 1994. Allerdings rauchen nach dieser Studie bei den 13- bis 15-jährigen Jugendlichen schon in den Jahren 2005/06 signifikant mehr Mädchen als Jungen. Eine ähnliche Feststellung kann über die Jugendlichen getroffen werden, die überhaupt schon mindestens einmal eine Zigarette oder Zigarre oder Pfeife geraucht haben: „zwar bejahten 11,7 % der befragten 11-jährigen Jungen (7,5% % der Mädchen), mindestens einmal eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife geraucht zu haben. Doch kehrt sich in den höheren Altergruppen dieser Erfahrungsvorsprung der Jungen um: Unter den 13-Jährigen sind es mit 32,9 % zu 29,6 % mehr Mädchen als Jungen, die bereits einmal geraucht haben. Noch größer wird dieser Unterschied bei den 15-Jährigen, von denen Mädchen zu 60,1 % und Jungen zu 54,4 % mindestens einmal geraucht haben“ (Pfeiffer-Gerschel, Kipke David-Spickermann. & Bartsch, 2007).

Nach der Erhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts rauchen bei den 17-Jährigen 43,1 % der Jungen und 42 % der Mädchen, (Lampert & Thamm, 2007). Auch diese Studie zeigt, dass sowohl Sozialstatus wie auch besuchter Schultyp einen Einfluss auf die Prävalenzen bei den jeweiligen Altersgruppen haben. Ebenso wie die 15. Shell Jugendstudie (Shell Deutschland Holding, 2006, S.90 f.) zeigt der KiGGS auf, dass je niedriger soziale Schicht und besuchte Schulform, desto höher ist die Rate der rauchenden Jugendlichen ist (Lampert & Thamm, 2007, S. 606).

Ein starkes Rauchverhalten mit mehr als 20 Zigaretten pro Tag zeigten im Jahr 2004 12 % der jungen Frauen und 13 % der jungen Männer im Alter zwischen 12 und 25 Jahren (BZgA, 2004a, S. 18). Dabei wird kontrovers diskutiert, ob und wie Konsum zu Abhängigkeit führt: Einige Studien weisen darauf hin, dass es sich beim Rauchen im Jugendalter weniger um ein stabiles Phänomen handelt als um ein Verhalten, das noch in hohem Maße reversibel ist (vgl. Charlton, Moyer, Gupta. & Hill, 1999). Die Bindungen an die Zigarette sind in diesem Alter meist stärker durch das soziale Umfeld geprägt als durch die Wirkung der Substanz. Sargent, Mott und Stevens (1998) sprechen von einem „opportunistischen Verhalten“, weil Teenager unter bestimmten sozialen Bedingungen oftmals ohne weiteres fähig sind, nach einer Phase des sehr intensiven Zigarettenkonsums für einen langen Zeitraum nicht mehr zu rauchen. Die meisten Jugendlichen wären demnach Gelegenheitskonsumentinnen und -konsumenten und konsumierten regelmäßig geringe Dosen, bei denen externe, sozial vermittelte Auslöser gewichtiger sind als interne physiologische Reize.

Dem widersprechen jedoch andere Studien, darunter eine Längsschnittstudie der Arbeitsgruppe um Stanton (1996). Eine Stichprobe neuseeländischer Jugendlicher wurde zwischen dem 9. und 18. Lebensjahr regelmäßig u.a. zum Rauchen befragt. Die Validierung der Ergebnisse erfolgte über biochemische Daten (Speichelproben). Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Daten, die im 15. und 18. Lebensjahr der Befragten erhoben wurden. Von den 230 Jugendlichen im Alter von 15 Jahren, die mit dem Rauchen experimentierten, haben 33 % mit 18 aufgehört, während 47 % tägliche Raucher wurden. Die Mehrheit der 18-jährigen täglichen Raucherinnen und Raucher (62 %) gab an, dass sie zwischen 15 und 17 zu regelmäßig Rauchenden wurden. Die Ergebnisse der Nachbefragung zum Rauchstatus in der Stichprobe zeigen, dass es einen dramatischen Anstieg bei der Prävalenz des täglichen Rauchens zwischen dem 15. Lebensjahr (15 %) und dem 18. Lebensjahr (32 %) gab. Frühzeitig entwickelt sich ein stabiles Konsummuster: 88 % der täglichen Raucher im Alter von 15 Jahren sind auch tägliche Raucher mit 18 Jahren. Auch DiFranza, Savageau, Fletcher, Ockene, Rigotti, McNeill, Coleman & Wood (2002) konnten nachweisen, dass bei Jugendlichen bereits geringe Mengen Tabak in sehr kurzer Zeit Abhängigkeitssymptome bewirken.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Zahl der Tabak konsumierenden Jugendlichen im Laufe der letzten Jahre gesunken ist. Rauchten im Jahr 2001 noch 27,7 % der männlichen und 27,9 % der weiblichen Jugendlichen, sind es im Jahr 2008 noch 14,7 % der Jungen und 16,2 % der Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Weiter ist zu beobachten, dass sich die Prävalenz bei den Geschlechtern angenähert hat. Durch die Uneinheitlichkeit der untersuchten Altersgruppen in den verschiedenen Studien ist es schwierig, die Ergebnisse zu vergleichen. Doch schließt die „Genderlücke“ sich, vor allem weil der Rückgang des Rauchens bei den Mädchen geringer ist als bei den Jungen.

2.1.2 Alkohol

„Alkoholkonsum ist ein fester Bestandteil unserer Alltagskultur. Das Sammeln von Erfahrungen mit dem Alkohol gehört daher zu den Entwicklungsaufgaben im Jugendalter“ (Settertobulte & Richter, 2007, S. 15). Diese Feststellung wird von den Daten zur Prävalenz von Alkoholkonsum unter Jugendlichen gestützt. „Trinken von Alkohol gehört bei der Mehrheit der Jugendlichen zum Bestandteil ihres Sozialverhaltens und bestätigt sie im Gefühl erwachsen zu werden“ (Richter, 2005, S. 96). Zudem kann Alkohol bei Entwicklungsaufgaben helfen, den Status in der Peergroup erhöhen und vor allem Hemmnisse bei der Kontaktaufnahme mit dem anderen Geschlecht abbauen.

Einige junge Menschen entwickeln jedoch problematische Konsummuster in Bezug auf Alkohol. Etwa 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig und jährlich sind etwa 73.000 Todesfälle durch Alkohol bedingt (Lampert & Thamm, 2008). 25 % aller Todesfälle sind bei Männern im Alter zwischen 35 und 65 Jahren alkoholbedingt, bei den Frauen sind es 13 %. Bei Jugendlichen sind die typischen Alkohol assoziierten Erkrankungen des Herz-, Kreislauf- oder Verdauungssystems von geringerer Bedeutung als „unmittelbare somatische Komplikationen, wie Intoxikationen oder die lebensgefährliche Aspiration von Erbrochenem und Unterkühlung. Besonders relevant sind zudem die Gefährdungen durch alkoholassoziierte Verkehrsunfälle, Gewalttaten (Täter und Opfer) oder Suizidhandlungen“ (Stolle, Sack & Thomasius, 2009, S. 325).

Die Drogenaffinitätsstudie 2008 (BZgA, 2008) und die darin integrierte Studie „Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007“ zeigt, dass drei Viertel der befragten Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren schon mindestens einmal im Leben

Alkohol getrunken hatten. Regelmäßiger Alkoholkonsum sank bei den Jugendlichen von 21,6 % im Jahr 2007 auf 17,4 % im Jahr 2008, wobei Mädchen mit 12,8 % deutlich weniger regelmäßigen Alkoholkonsum aufweisen als Jungen (21,8 %). Die Situation im Jahr 2007 zeigte, dass 43 % der Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumierten. Dazu kommen 38 %, die mindestens einmal im Monat Alkohol tranken. Nur 6 % der Mädchen und Jungen tranken nie Alkohol, aber 54 % der Jungen gegenüber 31 % der Mädchen tranken mindestens einmal in der Woche Alkohol.

Der Anteil der Personen, die mindestens einmal im Monat Alkopops konsumieren, ist von 28 % im Jahr 2004 über 10,4 % im Jahr 2007 auf 9,8% im Jahr 2008 gesunken. Im Jahr 2007 gaben drei von vier befragten Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 an, dass sie im letzten Jahr nie Alkopops konsumiert haben: 73 % der Mädchen und 74 % der Jungen (BZgA, 2007a). Es scheint, dass die Einführung der Sondersteuer auf spiriturosenhaltige Alkopops den gewünschten Effekt hatte, wenngleich diese Reduzierung zumindest teilweise durch das Selbstmischen von Spirituosen, z.B. Wodka, mit Softgetränken kompensiert wird.

Deutliche Geschlechtsunterschiede können beim Konsum von Bier festgestellt werden. Während 76 % der männlichen Befragten zwischen 16 und 17 Jahren angaben, dass sie mindestens einmal im Monat Bier trinken, so sind es in derselben Altersgruppe nur 52 % der weiblichen Befragten (BZgA, 2007a). Gestützt werden diese Ergebnisse von der HBSC-Studie, die bei 15-Jährigen aktuellen regelmäßigen Bierkonsum (mindestens einmal pro Woche oder täglich) bei 19,5 % der Jungen beziehungsweise 8,8 % der Mädchen feststellte (Settertobulte & Richter, 2007).

Seit 2004 ist die konsumierte Gesamtalkoholmenge (in Gramm Alkohol) pro Woche deutlich angestiegen. Waren es im Jahr 2004 noch 44,2 Gramm Alkohol, die von Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren pro Woche konsumiert wurden, so stieg diese Zahl auf 50,4 Gramm im Jahr 2007 und 54,7 im Jahr 2008 an. Die weiblichen Befragten konsumieren dabei mit 28,7 Gramm Alkohol deutlich weniger als die männlichen mit 71,1 Gramm. Der Alkoholkonsum in größeren Mengen beginnt etwa mit dem 16. Lebensjahr: Während der Gesamtalkohol bei männlichen Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren noch bei 26,1 Gramm liegt, so steigt er bei 16- und 17-Jährigen auf 154,2 Gramm/Woche an (vgl. BZgA, 2007a).

Beim so genannten „Binge Drinking“ (fünf und mehr Einheiten Alkohol bei einer Trinkgelegenheit; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2007) ist der Anteil der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 22,6 % im Jahr 2004 auf 25,5 % im Jahr 2007 angestiegen und auf 20,4 % 2008 abgefallen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009). Bei den 12- bis 17-Jährigen praktizieren zwar mehr Jungen (23 %) als Mädchen (17,7 %) das Binge Drinking, der Rückgang seit 2007 ist bei den Jungen mit 7,7 % jedoch deutlich stärker als bei den Mädchen mit 2,4 %. In der Gruppe der 16- und 17-Jährigen Mädchen haben im Jahr 2007 37 % gegenüber 63 % der Jungen Binge Drinking betrieben (BZgA, 2007a). Zudem wird deutlich, dass Hauptschüler öfter und in höheren Mengen Alkohol trinken als andere Schüler (Kraus, Heppekausen, Barrera & Orth, 2004). Nach Stolle et al. (2009) gibt es zwei unterschiedliche Motivationsstränge für das Binge Drinking: Die erste Gruppe von Jugendlichen beiderlei Geschlechts „konsumiert in Erwartung von Spaß, aufregenden Erlebnissen, Vergnügung und vereinfachten Sozialkontakten. Dabei spielt die Erwartung gesteigerter sexueller Aktivitäten eine große Rolle. Die zweite Gruppe „trinkt zur Spannungsreduktion, Stressbewältigung und im Sinne einer Selbstmedikation zur Regulierung negativer Affekte“. Nur eine Minderheit setzt einen exzessiven Alkoholkonsum in späteren Altersstufen fort (vgl. ebenda, S. 325), was Aus-

druck tiefer liegender Konflikte sein kann. Die besondere Gefahr des Binge Drinkings zeigt sich, neben der Gefahr lebensbedrohlicher Intoxikationen, unter anderem in einem erhöhten Risiko für Suizidversuche und vollendete Suizide: Für High School-Schülerinnen und -Schüler in den USA wurde ein um das 4,3-Fache erhöhte Risiko für Suizidversuche durch Binge-Drinking nachgewiesen (Miller, Maimi, Brewer, & Jones, 2007).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl der regelmäßige Alkoholkonsum als auch das Binge Drinking bei den 12- bis 17-Jährigen seit 2004 rückläufig sind (BZgA, 2009). Gleichwohl ist die Gesamtmenge konsumierten Alkohols angestiegen und knapp jede/-r zehnte Jugendliche dieser Altersgruppe (8 %) betreibt einen riskanten oder gefährlichen Alkoholkonsum. Sowohl bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums als auch bei der Trinkmenge können Geschlechtsunterschiede festgestellt werden: Männliche Jugendliche konsumieren in größerer Zahl und riskanter als die Mädchen Alkohol (9,1 % der 12- bis 17-Jährigen Jungen gegenüber 7,3 % der Mädchen).

2.1.3 Cannabis

Cannabis ist die mit weitem Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge, sowohl in Deutschland als auch international (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2009).

Cannabis wird vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert und ist in der Altersgruppe der 20-Jährigen am weitesten verbreitet (Horn, 2008). Gerade für junge Konsumentinnen und Konsumenten scheint dies jedoch gefährlich, denn: „Es ist insbesondere der frühe Cannabiskonsum, der das Risiko späterer Drogenaffinität, das Risiko einer schnellen Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit sowie das Ausmaß neurokognitiver Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum erhöht“ (Petersen & Thomasius, 2007, S. X). Cannabiskonsum geht in der Regel dem Konsum anderer illegaler Drogen voraus. Nur 1 % derjenigen, die andere illegale Drogen konsumieren oder konsumiert haben, hat keine Erfahrung mit Cannabis.

Die zahlreichen Studien zur Prävalenz des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland und Europa untersuchen zum Teil unterschiedliche Altersgruppen und wie bei den bisher vorgestellten Prävalenzen ist eine Vergleichbarkeit nicht immer gegeben.

In der aktuellen Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2008) wird die Lebenszeitprävalenz der 12- bis 17-Jährigen mit 9,6 % angegeben, die der 12- bis 25-jährigen mit 28,3 %. Die Quote männlicher Jugendlicher und junger Erwachsener, die Cannabis konsumieren, liegt mit 18 % deutlich höher als die der weiblichen mit 11 % (BZgA, 2007b). Zwischen 1973 und 2004 hat die Erfahrung Jugendlicher im Alter von 14 bis 25 Jahren mit illegalen Drogen (in der Regel Cannabis) konstant zugenommen. Danach ist bei den 12- bis 17-Jährigen 2007 und 2008 ein minimaler Anstieg zu verzeichnen, bei den 18- und 19-jährigen Jugendlichen sank der Anteil von Cannabis erfahrenen Personen von 40,1 % auf 32,3 %. In der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren fiel der Anteil um 10 % auf 12 % und liegt damit unter dem Niveau von 1997. (BZgA, 2007c) Dies wird vom ähnlichen Ergebnis der HBSC-Studie gestützt. (Richter & Leppin, 2008, S. 164)

Deutlich wird bei den Untersuchungen, dass Erst- und regelmäßiger Konsum etwa mit dem 14. Lebensjahr beginnen. Die Cannabis Lebenszeitprävalenz jüngerer Befragter tendiert gegen null, der regelmäßige Konsum (definiert mit mehr als zehnmal im letzten Jahr)

liegt sogar bei 0 %. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Lampert und Thamm (2007) im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey.

Einen regelmäßigen Konsum betreiben 3,6 % der 11- bis 19-jährigen männlichen und 1 % der weiblichen Befragten. Dieses Ergebnis wird in allen Studien bestätigt, wobei die Unterschiede zwischen den Geschlechtern von Studie zu Studie variieren. Horn (2008) spricht in diesem Zusammenhang von einer „signifikant höheren Konsummenge bei Jungen“ (Richter et al., 2004). Zudem konsumieren Gesamtschüler und –schülerinnen signifikant mehr Cannabis als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen (Stolle, Sack & Thomasius, 2007).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Cannabis die mit weitem Abstand am meisten konsumierte illegale Droge bei Jugendlichen ist. Gleichwohl ist regelmäßiger Konsum in den beschriebenen Altersgruppen selten, bei deutlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern: Mädchen konsumieren in deutlich geringerer Zahl (regelmäßig) Cannabis.

2.1.4 Andere illegale Drogen

Bei der Gruppe der Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren haben nach einer Erhebung der BZgA (2004b) etwa 7 % der befragten Mädchen und Jungen Erfahrung mit anderen illegalen Drogen. An der Spitze stehen dabei psychoaktive Pflanzen oder Pilze, Ecstasy sowie Amphetamine mit jeweils 4 %. Für die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen liegt die Zahl nach dem KiGGS niedriger. Hier beträgt die „12-Monatsprävalenz für Ecstasy 0,5 % der 14- bis 17-jährigen Jungen und 0,6 % der gleichaltrigen Mädchen. Vergleichbar geringe Werte liegen für Aufputzmittel wie z.B. Speed oder Amphetamine vor (0,6 % der Jungen, 0,8 % der Mädchen)“ (Pfeiffer-Gerschel et al., 2007). Es muss jedoch beachtet werden, dass z. B. der Konsum so genannter Partydrogen (Ecstasy etc.) oder von Kokain in Ballungsgebieten bzw. in spezifischen Szenen deutlich weiter verbreitet ist, als dies aus Repräsentativerhebungen hervorgeht (vgl. von Sydow, 2001; Bendel, Hoefmann, Niemann, Redel, Veit & Wonka, 2002; Baumgärtner, 2004; Tossmann, Boldt & Tensil, 2001).

Auffallend ist, dass Mädchen bei dem hier berichteten Konsum illegaler Substanzen, Cannabis ausgenommen, höhere Prävalenzen aufweisen als Jungen.

Sowohl Opiat- als auch Kokainkonsum stellen in Repräsentativuntersuchungen bei Mädchen und Jungen eine Ausnahme dar.

2.2 Sozialisationsfaktoren und entwicklungspsychologische Aspekte substanzbezogener Störungen

Mädchen und Jungen, junge Frauen und junge Männer konsumieren unterschiedlich, wobei das Konsumverhalten weiblicher Konsumenten sich dem der männlichen in für sie negativer Weise annähert und andererseits – wegen der stärker sinkenden Prävalenzen bei Jungen/jungen Männern (Binge Drinking, Rauchen) – von einem für sie positiven Angleichen des Konsumverhaltens an das der Mädchen gesprochen werden kann, man spricht auch vom Schließen der „Genderlücke“. Insgesamt kann festgestellt werden, dass „die Geschlechtsunterschiede beim Konsum ... desto geringer [werden], je jünger die Konsumenten sind“ (Zenker 2009a, S. 58). Für England wurde durch Pritchard und Cox (2007) dargestellt, dass Mädchen in den letzten 20 Jahren die Jungen sogar überholt haben: Signifikant mehr Mädchen im Alter von 15 und 16 Jahren haben dort im Jahr 2005 geraucht,

Alkohol getrunken, Binge Drinking betrieben und Cannabis konsumiert als Jungen. Diese Aussagen gelten aber bisher ausschließlich für den Konsum und nicht für die Suchtstörungen. Trotz der sich angleichenden Prävalenzen sind es nach wie vor die männlichen Konsumenten, die stärker als die Konsumentinnen einen riskanten bzw. gefährlichen Konsum betreiben. Ob der steigende Suchtmittelkonsum der jungen Frauen in Zukunft zu höheren Abhängigkeitsraten oder Folgekrankheiten führt, wie dies in den letzten Jahren u. a. für die Mortalität durch Lungenkrebs zu sehen ist, bleibt abzuwarten. „Auf- oder Abwärtstrends im Konsum sind kultur-, zeit- und geschlechtsabhängig, weil beide Geschlechter sich veränderten Lebensbedingungen und Einstellungen anpassen und diese gleichzeitig gestalten“ (Zenker 2009, S. 59).

In den nächsten Abschnitten wird näher beleuchtet, welche Einflüsse u. a. das sozial konstruierte Geschlecht, also Gender, auf die Konsumententwicklung hat und ob sich damit auch die Veränderungen im Konsumverhalten erklären lassen. Bei beiden Geschlechtern müssen neben gendertypischen Sozialisationsfaktoren auch geschlechterübergreifende, Sucht begünstigende Risiken beachtet werden, nämlich negative soziale Faktoren in der Kindheit wie Sucht in der Herkunftsfamilie, schlechtes Bildungsniveau, negative Einkommensverhältnisse und negative Kindheitsereignisse wie z.B. Fremdunterbringungen (vgl. Krausz, Degkwitz & Verthein, 1998). Eine Gruppe von Personen, die problematischen Substanzkonsum betreiben, sind traumatisierte Menschen (vgl. Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Küstner, & Eckert, 2005; Reddemann, 2003). Insbesondere Mädchen haben ein großes Risiko, Opfer von physischem und sexuellem Missbrauch zu werden (vgl. Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Zenker, Bammann & Jahn, 2002). Aber auch die lange Zeit tabuisierten Gewalterfahrungen von Jungen rücken immer stärker ins Bewusstsein (vgl. Kuhn, 2003). Die Rolle von Traumatisierungen beim problematischen Substanzmittelgebrauch muss nicht nur in der Forschung, sondern auch bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beachtet werden, da sie zu komorbiden Störungen führen können.

Neben einer eher soziologischen Perspektive der Suchtentwicklung ist zur adäquaten Einschätzung des Substanzmissbrauches bei Kindern und Jugendlichen auch eine entwicklungspsychologische Sichtweise erforderlich. Die Intensität des Konsums, Konsumformen und die spezifischen Merkmale der konsumierten Substanz variieren über die verschiedenen Altersgruppen hinweg. Folgt man den Ergebnissen prospektiver Längsschnittuntersuchungen, so ist der Konsum psychotroper Substanzen im Allgemeinen auf bestimmte Entwicklungsphasen begrenzt. Den Ergebnissen der „Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)“-Studie von Wittchen und Mitarbeitern (1998) zufolge ist für die Mehrzahl der Jugendlichen der Substanzkonsum ein passageres, auf die Adoleszenz beschränktes Entwicklungsphänomen. Nur ein relativ kleiner Teil der konsumierenden Jugendlichen entwickelt relevante Missbrauchs- oder Abhängigkeitsformen. Innerhalb des Jugendalters sind aber auch stabile Gebrauchsmuster mit über mehrere Jahre fortgesetztem Konsum zu verzeichnen.

Für die Intensität des Konsums legaler und illegaler psychotroper Substanzen im Kindes- und Jugendalter spielen aus entwicklungspsychologischer Perspektive adoleszenztypische Besonderheiten in der Risikowahrnehmung eine Rolle. Nach Petermann und Roth (2006) weisen Jugendliche eine verzerrte Wahrnehmung bezüglich potenzieller Gefahren auf und neigen dazu, sich selbst stets als geringer gefährdet einzuschätzen als andere Personen. Diese Fehleinschätzung wird als „optimistischer Fehlschluss“ („optimistic bias“) beschrieben (Weinstein, 1989). Das für das Jugendalter typischerweise stark ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmal des „sensation seeking“ (Zuckermann, 1994) ist ein weiterer Faktor, der das Risikoverhalten im Jugendalter beeinflusst. Hiermit ist die Bereitschaft gemeint, für das Erleben neuer, intensiver und komplexer Erfahrungen und Eindrücke

physische, soziale, legale und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen. Nach Roth, Reudert und Petermann (2003) lassen bisherige Studien den Schluss zu, dass eine erhöhte Ausprägung des Merkmals „sensation seeking“ im Jugendalter mit einer ebenfalls erhöhten Wahrscheinlichkeit korrespondiert, legale wie illegale psychotrope Substanzen zu konsumieren.

2.2.1 Gendereinflüsse

Gender ist das kulturell und sozial determinierte Geschlecht, im Gegensatz zum biologisch determinierten, dem Sex. Gender ist das Ergebnis einer gesellschaftlichen (individuell, sozial, politisch) Konstruktion und Praxis und betrifft Geschlechtsrollen, -normen und -identitäten, denen sich niemand entziehen kann und zu denen jede und jeder sich verhalten muss. 1999 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, Gender Mainstreaming (GM) als Leitprinzip und prozessorientierte Querschnittsaufgabe zu fördern. Ressorts und Organisationen sollen von der Planung bis zur Evaluation die Ausgangsbedingungen und Auswirkungen auf die Geschlechter berücksichtigen (BMFSFJ, o.J.). In den seit 2000 geltenden Kinder- und Jugendplan-Richtlinien wurde GM als Leitprinzip verpflichtend vorgegeben. 2003 wurde Gender Mainstreaming als ein Ziel der Sucht- und Drogenpolitik formuliert, weil kulturelle Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit zu unterschiedlichen Präferenzen bei psychoaktiven Substanzen und Konsummustern führen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Ergänzend muss hinzugefügt werden, dass auch die Ursachen für risikoreiches oder süchtiges Verhalten geschlechtsspezifisch sind, genauso wie die psychosozialen Auswirkungen von Missbrauch und Sucht auf beide Geschlechter (vgl. Zenker, 2005). „Gender strukturiert soziale Unterschiede, Rangordnungen, Arbeitsteilungen und beeinflusst implizit und explizit Politik, Wirtschaft und Kultur, wodurch wiederum Individuen geprägt werden. Es entstehen kultur- und zeitabhängige Übereinkünfte und Normierungen: »typisch Frau – typisch Mann«, die wiederum als Beweis für das Vorhandensein von Geschlechtsunterschieden dienen“ (Zenker 2009a, S. 57). Die Berücksichtigung von Gender in der Suchtarbeit zielt auf die Unterstützung einer mit Wohlbefinden verbundenen Geschlechtsidentität als Mädchen/Frau oder als Junge/Mann, die zur persönlichen Zufriedenheit und Gesundheit der Klientinnen und Klienten beiträgt.

Um den Einfluss von Gender auf die Persönlichkeitsentwicklung von Jungen und Mädchen darzustellen, muss auch auf sozialwissenschaftliche Literatur zurückgegriffen werden. Viel eindeutiger als bei Erwachsenen, bei denen die Krankheit Sucht mit ihrer alles beherrschenden Symptomatik auch die professionelle Wahrnehmung und Haltung dominiert, ist Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen viel offensichtlicher mit der persönlichen Entwicklung im gegebenen sozialen Umfeld verwoben, sodass eine Lebensweltorientierung notwendig wird. Geschlechtsrollen unterliegen einem Wandel, der sich zur Zeit besonders bei den Mädchen und jungen Frauen als dramatisch darstellt. Gleichwohl muss bei allen Rollenänderungen beachtet werden, dass sie „nur langsam und nicht gleichförmig in allen sozialen Schichten vonstatten gehen“ (Zenker 2009a, S. 61). Daraus folgt auch, dass es keine Aussagen über *die* Mädchen oder *die* Jungen geben kann und in der Arbeit diese „Homogenitätsfalle“ vermieden werden muss. Wie deutlich die Unterschiede zwischen den Abhängigen eines Geschlechts sein können, wurde schon in einer Untersuchung zur Typologisierung weiblicher Sucht nachgewiesen (Zenker et al., 2002). Vielmehr muss ein Gleichgewicht zwischen „den Polen professioneller Praxis gefunden werden“, der unreflektierten, schematischen Kategorisierung einerseits und der Aufgabe von systematisch zu findenden Unterschieden andererseits (Helfferich, 2008).

Drogenkonsum und süchtige Verhaltensweisen erfüllen bestimmte Funktionen, so können sie Mädchen und Jungen helfen:

- sich ihre Geschlechtsrolle anzueignen,
- einer überfordernden Geschlechtsrolle Stand zu halten oder
- genutzt werden, um verletzend Erfahrungen und Traumata zu kompensieren und zu ertragen.

Nachfolgend wird aufgezeigt, welche typischen Anforderungen an die jeweilige Geschlechtsrolle gestellt werden, welche Überforderungen damit verbunden sein können und wo verletzend Erfahrungen und Traumata verortet werden können.

2.2.2 Männliche Sozialisation

Connell sieht in der Hegemonialität das grundlegende Prinzip bei der Herausbildung von Männlichkeit. Hegemoniale Männlichkeit ist „jene Form von Männlichkeit, die in einer gegebenen Struktur des Geschlechterverhältnisses die bestimmende Position einnimmt...“ (Connell, 1999, S. 97). Dieses Streben nach Macht führt zu spezifischen Merkmalen, die auch als „männliches Prinzip“ bezeichnet werden (vgl. u.a. Böhnisch 2001; Reinhard & Weiler, 2003): Externalisierung, Gewalt, Alleinsein, Körperferne, Rationalität, Kontrolle, Benutzung, Stummheit. Schon bei den 8- bis 11 jährigen Jungen zeigen sich, im Gegensatz zu den Mädchen dieser Altersgruppe, Erfahrung- und Verhaltensmuster, die in diese Richtung deuten, wobei als weitere wichtige beeinflussende Variable die Herkunftsschicht der Kinder zu nennen ist.

In der für das gesamte Bundesgebiet repräsentativen World Vision Studie zeigte sich, dass Jungen signifikant mehr Medienangebote konsumieren als Mädchen (82 % vs. 18 %) und dass 15 % der Jungen gegenüber 6 % der Mädchen schon Gewalt ausgeübt haben, wobei Jungen auch häufiger Gewaltopfer durch andere Kinder sind und häufiger Angst davor haben, bedroht oder geschlagen zu werden (World Vision Deutschland, 2007).

In der Shell-Jugendstudie konnte gezeigt werden, dass männliche Jugendliche (15 - 25 Jahre), im Gegensatz zu den weiblichen, eher den „Materialisten, Machern und Technikfreaks“ zuzurechnen sind. Ihre Werte orientieren sich an Lebensstandard, Selbstdurchsetzung sowie Macht und Einfluss, sie verbringen ihre Freizeit vorrangig mit Fernsehen und Computerspielen und sind signifikant häufiger als junge Frauen in Schlägereien (29 % : 14 %) verwickelt. Junge Männer orientieren sich bei der Kindererziehung und Arbeitsteilung an traditionellen Mustern, doch müssen sie sich heute neuen Anforderungen stellen, denn die Erwartungen der jungen Frauen an Partnerschaft und Kindererziehung weichen vom traditionellen Muster radikal ab. Die jungen Männer sind überfordert und weichen, mangels emotionaler und sozialer Lösungsfähigkeiten, in externalisierendes Verhalten aus, hierzu gehört, neben Aktivismus und Aggressivität, auch Suchtmittelkonsum. So wird etwa wöchentlicher Alkoholkonsum von 49 % der Jungen/jungen Männer, aber nur 31 % der Mädchen/jungen Frauen (Shell Deutschland Holding, 2006) angegeben.

Bedeutsam ist der Zusammenhang zwischen Männlichkeit und Gewalt (und der Zusammenhang mit Suchterkrankungen). Nach Connell hat Gewalt ihren Ursprung „im Dominanzstreben des Mannes“, das sich gegen Frauen *und* gegen andere Männer richtet (Connell, 2006). Bourdieu (1997) hat die These formuliert, dass sich Männlichkeit in den ernstesten Spielen des Wettbewerbs ausbildet, den Männer unter sich austragen. Gewalt ist gerade in der Phase der Adoleszenz eine nicht unübliche Form dieser ernstesten Spiele und in

bestimmten sozialen Milieus eine sozial anerkannte Form (Meuser, 2006). In einer Studie im Auftrag des BMSFFJ (2004) wurde ermittelt, dass 61 % von 266 befragten Männern angaben, als Kinder oder Jugendliche körperliche, 62 % seelische und 5 % sexualisierte Gewalt erlebt zu haben.

„Männer, die (...) sich nicht durchsetzen können, bilden marginalisierte Männlichkeiten aus. Das kann für einen großen Teil suchtmittelabhängiger Männer, die im Kampf um Vorherrschaft versagen, angenommen werden. Dies führt zu einem massiven Selbstwertverlust und der Konsum kann dann auch als Versuch zur Wiederherstellung von Macht bewertet werden. Gleichzeitig kann der Suchtmittelkonsum den Prozess der Ausbildung marginalisierter Männlichkeiten initialisieren und/oder verstärken“ (Engels, Ernst, Passia, & Sannemann 2008, S. 10f.). So zeigen abhängige Männer in höherem Maße die oben genannten männlichen Merkmale, die zudem in rigider Form in der Persönlichkeit repräsentiert sind. „Der Substanzkonsum kann vor diesem Hintergrund als Kompensationsversuch verstanden werden“ (Engels et al., 2008, S. 11). Auch Pech (2006, S. 49) versteht „Sucht als eine Möglichkeit der subjektiven Herstellung von Überlegenheit“. Dies geschieht auch und vor allem, um „psychosoziale Belastungen in Schule und Familie“ (Raithel, 2004) sowie Beruf zu kompensieren.

Bei Jugendlichen ist die Peergroup von besonderer Bedeutung (vgl. Laging, 2005). Diese bewertet das Verhalten der Jugendlichen, schreibt Verhaltensweisen vor und kann auch Genderdefinitionen übernehmen. Innerhalb der Peergroup können Jungen Verhaltensweisen (zumeist riskante wie z.B. Suchtmittelkonsum) testen, treten aber auch gleichzeitig in einen Wettkampf bzw. in Konkurrenz mit den anderen Jungen der Gruppe. Dies ist wichtig, denn „für die Geschlechtsidentitätsreproduktion bei Jungen sind diese Kategorien von Leistung und Sieg von zentraler Bedeutung. ... Die risikobezogenen bzw. explizit risikokonnotativen Verhaltensweisen bieten sich geradezu an, um männliche Integrität und Invulnerabilität zu demonstrieren. Gleichfalls kann über diese Risikoverhaltensweisen der Leistungsimperativ ‚ich bin der Beste‘ habitualisiert und demonstriert werden“ (Raithel, 2004, S. 149).

Exzessiver Alkoholkonsum gilt bei Jungen und Männern als Zeichen von Stärke und Durchhaltevermögen und kann mit dem Stereotyp „Männlichkeit“ gleichgesetzt werden (vgl. u.a. Jacob & Stöver, 2006). Suchtmittel dienen jungen Männern für Grenzerfahrungen, als Initiationsritus, zur Eroberung öffentlicher Räume und der Kommunikation in „Männerbünden“. „Männer haben zu Drogen eine positive Einstellung. Sie helfen das funktionell geprägte Selbst- und Körperkonzept aufrechtzuerhalten und Männlichkeit zu demonstrieren: »doing gender with drugs«“ (Violi, 2003). Daneben sieht Raithel (2004) noch weitere zentrale Entwicklungsaufgaben, zu deren Lösung das Risikoverhalten einen maßgeblichen Beitrag leistet, z.B. die Ablösung von den Eltern und der Aufbau eines autonomen sozialen und emotionalen (Bindungs-)Verhaltens, der Aufbau eines eigenen Werte- und Normensystems, die Erweiterung der intellektuellen Kompetenz und die Bewältigung veränderter Körpererfahrungen. Psychoaktive Substanzen können in der Umbruchphase „Jugend“ helfen, die Unsicherheiten und zeitweisen Überforderungen auszugleichen bzw. zu dämpfen (Freitag & Hurrelmann, 1999). Zwar gilt dies für beide Geschlechter, jedoch „ist zu beachten, dass die ‚Lösung‘ der Entwicklungsaufgaben unter unterschiedlicher geschlechtsspezifischer Bedeutung erfolgt“ (Raithel, 2004, S. 140). Jungen und junge Männer sind eher als Mädchen und junge Frauen bereit, Alkohol und illegale Drogen einzusetzen, während letztere ebenso häufig wie Jungen/junge Männer das akzeptierte und insgesamt sozial unauffälligere Rauchen benutzen.

Böhnisch (2001) erläutert, dass veränderte gesellschaftliche Bedingungen in einer globalisierten und externalisierten Welt, „die Masse Mann verstoßen können und sich nur noch

auf kleine und exklusive Männereliten stützen müssen“ (ebenda, S. 102). Damit könnten also auch „immer (mehr) junge Männer ... auf die Demonstration von Maskulinität verzichten“ (Zenker, 2009a, S. 60), was in der Tat geschieht, wenn z.B. jüngere Männer Teilzeitarbeit und Erziehungsurlaub nicht als Entwertung der eigenen Männlichkeit erleben. Andererseits ist jedoch auch das Gegenteil der Fall, „wo der Zugang zu Arbeit verwehrt aber auch da, wo ein Verdrängungswettbewerb um Arbeitsplätze stattfindet. [...] Vor allem die Männer, deren Selbstwertgefühl und soziale Geltung hauptsächlich von ihrem Status in der Arbeitswelt abhängt, suchen in ihrer Betroffenheit nach Formen der Bewältigung und greifen auf Bewältigungsmuster zurück, die man ihnen – so ihre untergründige Unterstellung – nicht nehmen kann. Eine solche Bewältigungsform (darunter der Suchtmittelkonsum, Anm. d. A.) ist der fast naturalistische Rückgriff auf traditionelle Maskulinität ... Solche Männlichkeitsbilder, welche die maskuline „natürliche“ Überlegenheit betonen, sind vor allem bei jungen Männern in den Randzonen sozialer Deklassierung zu beobachten“ (Böhnisch, 2001, S. 100). Damit korrespondieren die Unterschiede der Prävalenzen des Drogenkonsums in verschiedenen sozialen Gruppen wie etwa bei Schülern in Hauptschulen verglichen mit denen in Gymnasien.

Festzuhalten bleibt, dass Jungen und Männer, unabhängig von sozialer Schicht und auch bei fehlender individueller Problemlage, Suchtmittel zur Konstruktion von Männlichkeit nutzen – und das z.T. in problematischer Weise. Im weiteren Lebenslauf und bei fortschreitender Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und persönlicher Reifung kann auf Suchtmittel verzichtet werden bzw. dienen Suchtmittel dann vor allem lustbetonten, hedonistischen Zielen, eine Suchtentwicklung wird unwahrscheinlicher. Andererseits bieten sich insbesondere bei jungen Männern Drogen als Bewältigungsstrategie dann an, wenn individuelle Problemlagen nicht lösbar sind und andere Bewältigungsstrategien nie erlernt werden konnten, eine Suchtentwicklung wird wahrscheinlicher.

2.2.3 Weibliche Sozialisation

Mädchen und junge Frauen stehen heute vor der Aufgabe sich zwischen alten und neuen Sozialisationsbedingungen zurechtfinden zu müssen. „Junge Frauen sind heute eine durchsetzungswillige und leistungsstarke Generation“, die die jungen Männer im Bereich Bildung inzwischen überholt haben und ebenso „starken beruflichen Ehrgeiz zeigen“. „Sie wollen gut aussehen, erfolgreich sein und Familie mit Karriere verbinden“ (Shell Deutschland Holding, 2006, S. 36f). Darüber hinaus sind junge Frauen signifikant häufiger als „Idealistinnen“ einzustufen, sie „haben sich die höheren Werte, das Gute, Wahre, Schöne auf die Fahne geschrieben und engagieren sich dafür“ (ebenda, S. 25). Daneben bleiben „alte“ Sozialisationsmuster erhalten: Im Alter von 10 – 11 Jahren gibt es bei den Mädchen vor allem um das „Aufräumen“ Streit mit den Eltern, bei Jungen um „Schule“; signifikant weniger Mädchen als Jungen erhalten *regelmäßig* Taschengeld (World Vision Deutschland, 2007). 76 % der jungen Frauen (69 % der jungen Männer) meinen, dass man eine eigene Familie zum Glücklichein braucht und eigene Kinder wünschen sich 69 % der jungen Frauen (56 % der jungen Männer). Aber: Mädchen leiden häufiger als Jungen unter psychosomatischen Beschwerden, schätzen ihren Gesundheitszustand als schlechter ein und 43 % der Mädchen/jungen Frauen (24 % der Jungen/jungen Männer) halten sich für zu dick (Shell Deutschland Holding, 2006), ein Befund, der durch die KiGGS-Studie bestätigt wird. Wie auch bei Jungen hat die Peergroup eine besondere Bedeutung für die Entwicklung bei Mädchen. Jedoch konnten bisherige Forschungen zeigen, dass Peerbeziehungen bei Mädchen stärker als bei Jungen darauf abheben, einen emotionalen Austausch zu befördern und dadurch Nähe zu erzeugen (vgl. Rose, 1985).

In Bezug auf die Wahrnehmung illegaler Drogen durch Mädchen scheinen „besonders die erlebten Wirkungen von Kokain (aber auch der Amphetamine) ... aktuellen Mädchenbildern sehr zu entsprechen und der Konsum somit ein Mittel des gegenwärtigen Doing Gender zu sein. So ist von Mädchen in Suchtpräventionsveranstaltungen zu hören, unter Kokain seien sie genau das Mädchen, das sie immer sein wollen – selbstbewusst, cool, flotte Sprüche auf den Lippen“ (Schwartz, 2005, S. 68). Dies gilt vor allem für jüngere Mädchen.

Nach wie vor werden in der Literatur folgende Prinzipien weiblicher Sozialisation beschrieben, die auch suchtbahrend wirken können (vgl. a. Merfert-Diete & Soltau, 1984): Internalisierung, Schwach-Sein, Minderwertigkeit, Beziehungsenge, Körperorientierung, Emotionalität und Abhängigkeit (Reinhard & Weiler, 2003). Für Mädchen „muss auch heute eine einengende und sich ins Erwachsenenleben fortsetzende Sozialisation zu den Risikofaktoren gerechnet werden, die Suchtentwicklungen (und andere psychische Störungen, A. d. A.) begünstigen“ (Zenker, 2009a, S. 61). In einer Untersuchung mit stationär behandelten suchtkranken Frauen haben mehr als 90 % ihre Kindheit als demütigend, angepasst oder überfordernd beschrieben (Zenker et al., 2002).

Es stellt sich die Frage, ob die zitierten unterschiedlichen Befunde zu einer Änderung (und in welche Richtung?) des Gesundheitsverhaltens von Mädchen und Frauen beitragen werden. Beeinflussend auf diese Entwicklung wirken sich die Übernahme eher männlicher Konsumverhaltensweisen (Binge Drinking, Rauchen, vermehrter Konsum auch illegaler Drogen) aus, die weiterhin bestehenden typisch weiblichen Sozialisationsbedingungen und die schwer zu überbrückenden gegensätzlichen Lebensziele (Frau-Sein mit männlichen Ansprüchen an die Karriere).

Während bei Jungen/Männern, wie dargestellt, riskantes Verhalten auch im Sinne traditioneller Maskulinität erfolgt, scheint bei Frauen und Mädchen ein Wandel des Selbstverständnisses im Gang zu sein, vor allem bei der jüngeren Generation (vgl. Schwartz, 2005, S. 90). Seit Beginn des 20. Jahrhunderts dient u. a. Tabak- oder Alkoholkonsum Frauen dazu, sich zu emanzipieren, indem männliche Verhaltensweisen übernommen wurden (vgl. Haag, 2007; Zenker, 2009a). Heutzutage sind sowohl das Rauchen als auch der Konsum von Alkohol bei Frauen gesellschaftlich akzeptiert. Frauen nehmen an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und in der Arbeitswelt deutlich stärker Teil als früher und wollen auch stärker an Erfolg sowie materieller und immaterieller Unabhängigkeit beteiligt sein. Gleichzeitig ist aber auch die Gefahr der damit verbundenen Überlastung stärker gegeben, und damit ein Grund für Suchtentwicklungen (Zenker, 2009a, S. 61). Schwartz (2005) konnte nachweisen, dass Frauen, die in der ambulanten als auch in der stationären Suchthilfe behandelt wurden, stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Männer, jedoch durchschnittlich einen besseren Bildungsabschluss haben. Arbeitslosigkeit ist also auch für Frauen ein Risikofaktor für Suchtmittelkonsum, denn „für einige Frauen stellt Erwerbstätigkeit eine sehr unmittelbare Form der Vergewisserung des eigenen Werts dar“ (ebenda, S. 94).

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Grund für (risikoreichen) Suchtmittelkonsum bei Frauen ist das eigene bzw. das gesellschaftlich vorgegebene Körperbild. Dies gilt für einige Konsumstoffe stärker als für andere. Schon Mädchen konsumieren mehr Wein als Jungen, eine Tendenz, die sich im Erwachsenenleben fortsetzt. Wein gilt, anders als Bier, als kalorienarmes Zehrmitel, das zum Abnehmen eingesetzt wird. Zudem steht Wein für das Besondere, womit sich Frauen „als Genießerinnen und nicht Trinkerinnen stilisieren können“ (Vogt, 2008, S. 7). Das Rauchen dient jungen Frauen zur Gewichtsregulierung, und damit als Mittel, den eigenen Schönheitsidealen und denen anderer zu entsprechen, wird also zur Erhöhung des weiblichen Selbstwertes eingesetzt (vgl. Crisp, Sedwick, Ha-

lek, Joughin & Humphrey, 1999, S. 670). Gleiches gilt für den Missbrauch von entwässernden und abführenden Medikamenten. Mädchen zeigen häufiger ein gestörtes Körper-selbstbild und Essstörungen: Auch in der Bremer Studie mit 602 Achtklässlern (ca. 13 – 15 Jahre) hielten sich 47 % der Mädchen (35 % der Jungen) für zu dick und 35 % der Mädchen hatten schon Erfahrungen mit Diäten (16 % der Jungen). Signifikant mehr Mädchen als Jungen wiesen ein gestörtes Essverhalten auf (24 %:11 %) und signifikant häufiger waren Jugendliche in Sekundär- und Gesamtschulen betroffen als in Gymnasien. Essstörungen sind häufig Einstieg oder Begleiter weiblicher Suchtmittelabhängigkeit (Zenker et al., 2002).

2.2.4 Substanzkonsum als passageres und adaptives Entwicklungsphänomen

Nach Moffitt (1993) ist der Substanzkonsum im Jugendalter zu 90 % auf die Adoleszenz beschränkt („adolescence-limited“) und weitgehend funktional zu den adoleszenztypischen Entwicklungsaufgaben.

In westlichen Gesellschaften sehen sich Jugendliche zunehmend im Zwiespalt (immer früher) abgeschlossener biologischer Reife auf der einen und nicht zugestandener sozialer Erwachsenenrollen auf der anderen Seite. Dieses hat u. a. seine Ursache in immer längeren Ausbildungswegen und späterer ökonomischer Unabhängigkeit. In dieser Situation kann Substanzkonsum Autonomie demonstrieren und zur Abgrenzung von den Eltern beitragen, wobei ein Gefühl des Pseudo-Erwachsenseins herbeigeführt wird. Gleichzeitig werden in der für die Jugendlichen zunehmend wichtiger werdenden „peer group“ Normen entwickelt, die zumeist kritische Einstellungen gegenüber gesellschaftlichen Leistungsprinzipien befördern und im Rahmen derer der Substanzkonsum eine Funktion als Mittel der bewussten Abgrenzung von den Normen der Erwachsenenwelt erfährt (Silbereisen, 1998).

In kontrollierter Weise wird Substanzkonsum von Erwachsenen mitunter sogar erwartet (z. B. moderater Alkoholkonsum auf festlichen Gelegenheiten), sodass Jugendliche den Gebrauch im Übergang zum Erwachsenenalter erlernen müssen. Damit erfährt das jugendtypische Experimentieren mit psychotropen Substanzen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Konventionen eine gewisse Notwendigkeit. Auch innerhalb des Peerkontextes kann der Substanzkonsum vermeintlich funktional sein und zur Lösung interpersonaler Entwicklungsaufgaben beitragen. Wie schon beschrieben, kann er dem Etablieren/Sichern eines hohen Status unter Freunden und zur Anbahnung erster romantischer Beziehungen dienen (Silbereisen & Reese, 2001). Jugendliche, die an typischen Freizeitorten Alkohol trinken, haben einen größeren Freundeskreis und früher einen Freund/eine Freundin als andere Jugendliche (Engels & Knibbe, 2000).

Der Konsum psychotroper Substanzen bietet darüber hinaus die Möglichkeit einer kurzfristigen Erleichterung in unterschiedlichen psychischen, schulischen und sozialen Konfliktfeldern und stellt damit eine Bewältigungsstrategie für negative Gefühle (im Sinne einer Scheinlösung) dar. Mit der Übernahme von Erwachsenenrollen (Elternschaft, feste Partnerschaft, Berufsausübung etc.) verliert der Substanzkonsum diese Funktion, wenn keine psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit diesen Entwicklungsprozess behindern und soziale Netzwerke als Protektionsfaktoren wirken (Silbereisen, 1998). Entwicklungsbedingte bzw. adaptive Formen des Substanzkonsums können in diesem Kontext funktionalen Charakter bei der Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz haben. Reese und Silbereisen (2001) tragen verschiedene

Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und Funktionen des Substanzkonsums zusammen, die in der nachfolgenden Tabelle dargestellt werden.

Tab. 1: *Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums (nach Reese & Silbereisen, 2001)*

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept und Identität)	Ausdruck persönlichen Stils Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseins- erweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen Exzessiv-ritualisiertes Verhalten Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Ablösung von den Eltern	Unabhängigkeit von den Eltern demonstrieren Bewusste Verletzung der elterlichen Kontrolle
Übernahme von Verhaltensweisen Er- wachsener	Demonstration, Vorwegnahme des Erwach- senseins
Lebensgestaltung, -planung	Teilhabe an subkulturellem Lebensstil Spaß haben und Genießen
rigenes Wertesystem	gewollte Normverletzung Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	Ersatzziel verwehrter normativer Entwicklungsziele Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

2.2.5 Substanzkonsum als Ausdruck maladaptiver Entwick- lungsverläufe

Die oben beschriebene „normative“ Sichtweise adoleszenten Substanzkonsums darf jedoch nicht den Blick auf diejenigen Jugendlichen verstellen, die vor dem Hintergrund lebensgeschichtlich früher Risikofaktoren und im Zusammenhang mit problematischen Formen des Substanzkonsums eine substanzbezogene psychische Störung entwickeln. Diese zeichnet sich durch die Beibehaltung des Konsums auch bis in das Erwachsenenalter hinein, intensiviertere Konsummuster und häufig durch den zunehmenden Gebrauch von Substanzen mit größerem Abhängigkeitspotenzial bzw. polyvalenten Konsummustern aus. Die „normative“ Sichtweise auf adoleszenten Substanzgebrauch muss dementsprechend um eine „maladaptive“ ergänzt werden (Petermann & Roth, 2006). Maladaptive Entwicklungsverläufe können sich als symptomatischer Ausdruck vorbestehender kindlicher Verhaltensprobleme im Sinne einer entwicklungsphasenübergreifenden Störung des Sozialverhaltens in der Adoleszenz manifestieren. Auch der Beginn in der Adoleszenz als Missbrauchs- oder Abhängigkeitsstörung vor dem Hintergrund weiterer komorbider psychischer Störungen ist möglich.

2.2.6 Biografische Risikofaktoren für Suchtentwicklungen

Negative Sozialbedingungen beeinflussen die Elternbeziehungen bzw. wirken sich besonders negativ bei Alleinerziehenden auf das Erziehungsverhalten und die Beziehung zu den Kindern aus. „Ein sprunghafter Erziehungsstil, aggressives Verhalten sowie Alkohol- und Drogenkonsum können die Folge sein“ (Shell Deutschland Holding, 2006, S. 63). In bildungsferneren Schichten berichtet jeder zweite Junge und jedes fünfte Mädchen (8 – 11 Jahre) über Ohrfeigen und Züchtigungen durch die Eltern (World Vision Deutschland, 2007).

Eickhoff und Zinnecker (2000) haben aufgrund der Aussagen von 840 Jugendlichen im Alter von 12 bis 16 Jahren auf die Bedeutung der familiären Strukturen hingewiesen. Sie unterscheiden zwischen „Partnerfamilien“, deren Kinder ihre Eltern schätzen und die ein hohes Selbstwertgefühl haben, und „Konfliktfamilien“, deren Kinder das Elternhaus als stressreich erleben. Leider wurden die Daten nicht geschlechterspezifisch dargestellt, jedoch konnte gezeigt werden, dass Kinder aus Konfliktfamilien zu 60 % rauchen und 61 % Erfahrungen mit Alkohol haben, während es bei den Kindern aus Partnerfamilien jeweils nur 39 % waren. Bei Cannabis stellt sich das Verhältnis mit 13 % zu 5 % noch divergierender dar, ebenso wie bei Heroin, Ecstasy und/oder Kokain (8 % zu 3 %).

Das Aufwachsen von Jungen in unserer Gesellschaft ist durch deren (vergebliche) Suche nach einer männlichen Identifikationsperson geprägt. Entweder, wie bei alleinerziehenden Müttern, gibt es die Väter nicht oder sie sind über ihre Berufsrolle räumlich und mental abwesend, da sie sich um die familiäre Beziehungsarbeit (zu) wenig kümmern. Den Jungen bleiben die Nöte des Mann-Seins verborgen, was zu einer Idolisierung von starker Männlichkeit führt, bei gleichzeitiger Abwertung des Gefühlsmäßigen, Schwachen, Weiblichen, auch in der eigenen Person (Böhnisch, 2001). Noch beeinträchtigender sind diese Erfahrungen, wenn Jungen von Frauen mit entwertenden Einstellungen gegenüber Männlichkeit erzogen werden. „Bevor ich ein Nicht-Mann bleibe, ein Versager, ein Schwächling, ein Mädchen oder Mamas Zappelphilipp, gehe ich lieber zu den großen bösen Jungs und werde einer von denen“ (Koch-Möhr, zitiert nach: Zenker, 2009a, S. 59).

Derart negative familiäre Einflüsse scheinen Prädiktoren für Suchtmittelkonsum im Kindesalter zu sein, für Suchtmittelkonsum in der Jugend sind dies eher Peer- und sozioökonomische Einflüsse (vgl. a. Jordan & Sack, 2009). Die den Suchtmittelkonsum fördernden Peergroups zeichnen sich durch dissoziales Verhalten und missbräuchlichen Drogenkonsum aus. Farke (2008) weist darauf hin, dass (männliche) Jugendliche durch die Peergroup zum Drogenkonsum „verführt“ werden können. Mädchen kommen eher durch ihre Suchtmittel konsumierenden Partner an Drogen. Andererseits suchen Jugendliche sich aus persönlicher Motivation heraus die Peergroup aus, die zu ihnen passt.

Zu den biografischen Risikofaktoren späterer Suchtmittelabhängigkeit gehören des Weiteren Verlusterlebnisse, soziale Benachteiligungen, Suchtprobleme der Eltern und Gewalterfahrungen in der Kindheit (Krausz et al., 1998). Bei Eltern mit Suchtproblemen wird auf deren inkonsistentes und widersprüchliches Erziehungsverhalten, die übermäßige Strenge und Härte und die mangelnde emotionale Tragfähigkeit der Eltern-Kindbeziehung hingewiesen. Schulleistungen und das -verhalten, Intelligenz und sprachliche Fähigkeiten werden negativ beeinflusst, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, depressives Verhalten und psychosomatische Störungen kommen bei diesen Kindern gehäuft vor und die Gefahr sexueller Gewalterfahrungen ist hoch (Zobel, 2000). Klein (2001) weist darauf hin, dass Kinder, die der Alkoholbelastung eines Elternteils bzw. beider Eltern länger als vier Jahre ausgesetzt sind, häufig Selbstwertprobleme, affektiv-depressive Symptome und präsuizidale Gedanken aufweisen. Und obgleich alle Autoren betonen, dass es keinen fixen Ursache-

Wirkung-Zusammenhang zwischen den genannten Risikofaktoren und späterer Suchtmittelabhängigkeit gibt, belegen Studien den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und Stärke der Kindheitsbelastungen, dem Einstiegsalter in die Sucht und begleitenden psychischen Störungen. So zeigte sich in einer Studie mit 908 suchtkranken Frauen in stationärer Behandlung, dass Frauen, die vor dem 14. Lebensjahr mit ihrem Suchtverhalten begannen (Früheinsteigerinnen), deutlich stärker von negativen Ereignissen in ihrer Herkunftsfamilie betroffen waren als diejenigen, die nach dem 30. Lebensjahr in die Sucht eingestiegen sind (Späteinsteigerinnen). Nur 66 % der Früh- versus 80 % der Späteinsteigerinnen sind mit beiden Eltern aufgewachsen, Suchtprobleme der Eltern gaben 66 % der Früh- versus 30 % der Späteinsteigerinnen an, Gewalterfahrungen in der Kindheit hatten 60 % versus 45 %, Suizidversuche haben sowohl in der Kindheit wie im späteren Leben 20 % versus 3,1 % unternommen und selbstverletzende Handlungen 51% der Früheinsteigerinnen versus 2 % der Späteinsteigerinnen. Das Ausmaß der Beeinträchtigung zeigt sich auch daran, dass Früheinsteigerinnen an allen seelischen Störungen (affektive Störungen, Ängste, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen) häufiger leiden als die Frauen, die nach dem 30. Lebensjahr in die Sucht eingestiegen sind. Befragt nach ihrer Einschätzung bezüglich der Suchtursachen, gaben die Früheinsteigerinnen signifikant häufiger als die Späteinsteigerinnen seelische Gewalt (keine Liebe, Herabsetzung, Demütigung), Ausbeutung in der Kindheit (Verantwortung für Geschwister, Belastung durch Sucht in der Familie), negative Kindheitserfahrungen (schlechte Kindheit, Tod eines Elternteils) und sexuelle Gewalt an (Zenker et al., 2002).

Schmidt (2008) hat in einer „Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen“ nachgewiesen, dass 70 % der 291 12- bis 19-Jährigen (199 Jungen, 92 Mädchen) in einem Ortsteil mit negativen Sozialindikatoren aufgewachsen sind, Mädchen öfter als Jungen bei nur einem Elternteil, bei Angehörigen oder in Pflegefamilien sowie in stationären Jugendhilfeeinrichtungen. Die Schulbildung der Befragten lag signifikant unter dem durchschnittlichen Niveau der Jugendlichen in Bremen (bei Jungen stärker ausgeprägt als bei Mädchen), 34 % der Jungen und 46 % der Mädchen haben körperliche Gewalt und/oder sexuellen Missbrauch erlebt. Weitere Risikofaktoren waren Suchterkrankungen bei den Eltern, Elternstreitigkeiten, psychische Erkrankungen der Eltern und schwere Erkrankung oder Tod eines Elternteils. 70 % der Jungen und 42 % der Mädchen waren schon delinquent, 50 % der Jungen und 37 % der Mädchen hatten Kontaktprobleme, 55 % der Jungen und 36 % der Mädchen neigten zu Gewalttätigkeiten und bei 41 % der Jungen und 69 % der Mädchen lagen zusätzliche psychische Störungen vor, die zum überwiegenden Teil schon vor dem Suchtmittelmissbrauch bestanden (an erster Stelle bei den Jungen Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen, bei den Mädchen Persönlichkeits- und depressive Störungen). Schmidt weist darauf hin, dass „bei Jugendlichen und Heranwachsenden in den meisten Fällen ein problematischer Suchtmittelkonsum weniger als Ursache, sondern als Folge gravierender Belastungsfaktoren gesehen werden muss“ (ebenda, S. 32).

Gewalterfahrungen in der Kindheit gelten als bahrend für Suchtstörungen (vgl. Feselmayer, Scheibenbogen, Andorfer, Mayr & Beiglböck, 2006; Kuhn, 2004; Schnieders, Rassaerts, Schäfer & Soyka, 2006). Unterschieden wird zwischen seelischen, körperlichen und sexuellen Traumatisierungen. Durchschnittlich 39 % der weiblichen und 31 % der männlichen alkoholabhängigen Patienten berichten über Gewalterfahrungen in der Kindheit (Kemmner, Klein & Zemlin, 2004). Simpson und Miller (2002) stellen anhand eines Literatur-Reviews dar, dass unter suchtkranken Frauen sexuelle Missbrauchserfahrungen doppelt so häufig vorkommen wie bei Frauen in der Allgemeinbevölkerung. Von sexuellen Missbrauchserfahrungen haben in der Studie an stationär behandelten Frauen 44 % der Früheinsteigerinnen, die als Polysüchtige (inkl. Abhängigkeit von illegalen

Drogen) typologisiert wurden, gegenüber 22% der Alkoholikerinnen berichtet (Zenker et al., 2002). Die Wahrscheinlichkeit einer Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit ist bis zum 6,5-Fachen erhöht, wenn es in der Kindheit zu einem sexuellen Missbrauch kam (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers & Prescott, 2000). Zwar gibt es bei den weiblichen Suchtmittelabhängigen zwei- bis dreimal mehr Betroffene mit kindlichen Missbrauchserfahrungen, unter Berücksichtigung der Verteilung von 3:1 Männern zu Frauen im Suchthilfesystem ist aber die absolute Zahl der Männer mit Missbrauchserfahrungen mit der der Frauen zu vergleichen (Kuhn, 2004). In einer Studie im Auftrag des BMSFFJ (2004) wurde ermittelt, dass 61 % von 266 befragten Männern angaben, als Kinder oder Jugendliche körperliche, 62 % seelische und 5 % sexualisierte Gewalt erlebt zu haben.

Missbrauchs- und andere Gewalterfahrungen ziehen, wie alle Traumata, ein Spektrum von Folgen nach sich, das vielfältig und abhängig von der Art, Dauer und Intensität des erlebten Traumas ist. Dabei scheint das Trauma über die psychische Vermittlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit Alpträumen, Flash-backs, Meidungsverhalten und erhöhter Erregbarkeit zur Suchterkrankung zu führen (Schäfer & Reddemann, 2005). Bei den Personen mit PTBS ist die Wahrscheinlichkeit einer Substanzabhängigkeit 2- bis 12-mal höher als in der Gruppe der Personen ohne PTBS (vgl. Kuhn, 2004). Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und weiteren psychiatrischen Störungen auf dem Hintergrund familiärer Belastungen wie Patchwork-Familie, Tod eines Elternteils, psychiatrischer und somatischer Erkrankungen eines Elternteils, verzerrter intrafamiliärer Kommunikation, institutioneller Erziehung, sexueller Missbrauch und Migration benutzen sedierende Drogen, um auf diesem Wege ihre Impulsschwankungen zu steuern (Bilke, 2005).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Verwobenheit von Gender und Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen die Berücksichtigung und Aufarbeitung biografischer Ereignisse unbedingt erfordert. Für beide Geschlechter haben Gewalterfahrungen eine zentrale Bedeutung bei der Entwicklung und Ausprägung eines riskanten Suchtmittelkonsums oder von Abhängigkeit. Daher muss „die frühzeitige Berücksichtigung genderabhängiger und insbesondere bei Jungen möglicherweise tabuisierte Gewalterfahrung ... zum unerlässlichen therapeutischen Repertoire werden, weil die Betroffenen beim Suchtbeginn, bei den Konsumformen, den Verhaltensweisen, der Komorbidität und bei den Therapieergebnissen die negativeren Merkmale aufweisen“ (Zenker, 2009a, S. 63). Für den Erwerb von Genderkompetenz ist die Fähigkeit der Betreuerinnen und Betreuer zur Reflexion eigener genderbezogener Überzeugungen unerlässlich, um nicht negativ verstärkende Genderüberzeugungen auf die Kinder und Jugendlichen zu übertragen und zu verfestigen, um also Vorbild sein zu können (vgl. Bruhns, 2004) und um sich den von ihren Klientinnen und Klienten und vor sich selbst tabuisierten Erfahrungen stellen zu können. Entsprechende qualifizierte Fortbildungen für geschlechtergerechtes und -sensible Arbeiten gibt es im Sucht- und Jugendhilfebereich nur sporadisch. Geschlechtergerechtes Arbeiten nimmt die kulturell geprägten Gefühle, Gedanken, Einstellungen und Handlungsmuster sowie Bedürfnisse und biologischen Fähigkeiten von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern gleichermaßen Ernst, z.B. dadurch, dass in Suchtfacheinrichtungen Angebote vorgehalten werden, die die Bedürfnisse beider Geschlechter berücksichtigen. Gendersensibles Arbeiten bedeutet die Berücksichtigung der spezifischen, potenziell krank machenden Erfahrungen, die Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männer in ihrem Leben gemacht haben. Diese Erfahrungen können z.T. in geschlechtshomogenen Settings besser thematisiert werden als in zweigeschlechtlichen, das gilt sowohl für die Klientel untereinander als auch für die Betreuung dieser Klientel (vgl. Zenker, 2009b). Darüber hinaus ist die Diagnostik einer komorbiden psychischen Störung zu einem frühen Zeitpunkt in der Betreuung unerlässlich. Hierfür muss die Zusammenar-

beit zwischen Suchtfachhilfe, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie intensiviert und systematisch ausgebaut werden.

2.2.7 Migration und Sucht

Die Betrachtung der wenigen verfügbaren Daten über in Deutschland lebende Menschen mit Migrationshintergrund macht deutlich, dass ihre Zahl deutlich höher ist als es die übliche Angabe „8,9 % AusländerInnenanteil an der Gesamtbevölkerung der BRD“ vorgibt. Würde den Statistiken ein „Migrationskonzept“ zugrunde gelegt, ergäbe sich bei vorsichtiger Schätzung ein Mindestanteil „migrantischer Bevölkerung“ von 14,2 % (Bartelheimer, 2005, S. 362), der für die jüngeren Altersgruppen noch höher ausfiele. Aktuelle Mikrozensusergebnisse (2007) nennen die Zahl von 15,3 Millionen Einwohnern mit Migrationshintergrund in Deutschland. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 19 % (Haug, 2005).

Die PISA-Studie hat für das Jahr 2000 den Anteil der Fünfzehnjährigen in Deutschland mit Migrationshintergrund in den alten Bundesländern mit 21,7 % beziffert, im Gegensatz zu 11,6 % bei einer Erhebung über das Merkmal Staatsangehörigkeit (Klemm & van Ackeren, 2004). Die IGLU-Untersuchung hat die Pisa-Zahlen bestätigt. Die Differenz zwischen den Daten, die sich auf das Ausländerkonzept beziehen, zu denen, die das Migrationskonzept nutzen, erklärt sich durch das Einbeziehen der Eingebürgerten, der Aussiedler und Aussiedlerinnen sowie der Asylbewerber, Asylbewerberinnen und Flüchtlinge. Blickt man auf die Kinder unter sechs Jahren erhöht sich der „Migrationsanteil“ noch einmal (36 % in den Alt-Bundesländern, vgl. Leu, 2008).

Migrationserfahrung durch die eigene Migration oder die der Eltern stellt einen Risikofaktor für Suchtentwicklung dar. Das soziale Umfeld muss aufgegeben werden, was zu einem Verlust psychischer Stabilität führt, die in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess wiederhergestellt werden muss. Aus psychologischer Perspektive heißt dies, dass Migration per se eine traumatisierende Erfahrung darstellt – ungeachtet der im Einzelfall hinzukommenden belastenden Erlebnisse vor und nach der Auswanderung: Ein Teil der im Entwicklungsprozess geschaffenen psychischen Wirklichkeit geht verloren, die im Laufe der Sozialisation entstandene Identität wird in Frage gestellt, psychische Ganzheit wird gebrochen (vgl. z.B. Grinberg & Grinberg, 1990).

Erst im Verlauf des folgenden sozialisierenden Integrationsprozesses wird sich entscheiden, ob eine veränderte, angepasste Identität entwickelt wird oder nicht. Migration gleicht in dieser Hinsicht den großen Entwicklungskrisen des menschlichen Lebens wie z.B. der Krise des Erwachsenwerdens, der Pubertäts- und Adoleszenzkrise. Jugendliche mit Migrationshintergrund stehen also vor einer doppelten Herausforderung, die große psychische Anstrengungen erfordert und von ernststen Gefährdungen begleitet wird. Tatsächlich findet eine Vielzahl von möglichen Störungen der psychosozialen Gesundheit typischerweise ihren Ausgangspunkt im Zusammenhang mit der Bewältigung dieser (doppelten) Entwicklungsanforderungen.

Migration geht in der Regel mit weiteren erheblichen Belastungen einher: Trennungsschmerz, Verständigungsschwierigkeiten, Enttäuschung von Erwartungen, Ablehnung durch die neue Umgebung, Beziehungskrisen in den eigenen Familien, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit etc. Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen oder Alkohol sind in diesem Zusammenhang eine naheliegende Symptombildung, weil die Wirkung der Rauschmittel Schein-Lösungen für diese Probleme bietet (Schein-Beziehung, Schein-Sicherheit, Schein-Geborgenheit, Schein-Identität usw.). Für die Gruppe der Menschen,

die von illegalen Drogen abhängig sind, werden diese Faktoren verschärft, da sie zusätzlich von strafrechtlichen Konsequenzen betroffen sind. Aus diesem Grund befürchten nicht nur Migrantinnen und Migranten ohne deutschen Pass bei der Inanspruchnahme des Suchthilfesystems aufenthaltsrechtliche Konsequenzen (Haasen, Rangué, Blätter & Reimer, 2005).

Derzeit liegen lediglich fragmentarisch und regional unterschiedlich epidemiologische Daten zu Migration und Sucht vor. Baeten (1995) fand eine überproportionale Repräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund bei den Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in Belgien. Carron (1999) berichtete, dass die schweizerischen Fachleute davon ausgehen, dass Migranten und Migrantinnen besonders stark von Drogenproblemen betroffen seien. In den Niederlanden weisen verschiedene Migrantengruppen einen höheren Anteil an Drogenabhängigen auf als die allgemeine Bevölkerung (van de Wijngaart, 1999). Migranten und Migrantinnen stellen dort 6 % der Gesamtbevölkerung, aber etwa 28 % der Klientel von Drogenhilfeeinrichtungen (Trautmann, 1998).

In der (deutschen) Fachöffentlichkeit wird zwar seit Anfang der 90er Jahre vermehrt über den Drogenkonsum von Migranten und Migrantinnen publiziert, doch liegen für Deutschland keine epidemiologischen Studien vor, die eindeutig die Entwicklung des Drogenkonsums bei dieser Personengruppe nachvollziehen. Salman geht davon aus, dass Suchterkrankungen zum größten sozialen und gesundheitlichen Problem von Migrantinnen und Migranten in Deutschland werden (Salman, 1998). Ein Jugendhilfeprojekt in Berlin, das zu etwa 50 % Jugendliche mit Migrationshintergrund betreut, schätzt, dass die Prävalenz von Suchtmittelgebrauch unter diesen Jugendlichen in etwa der unter deutschen Jugendlichen entspricht. Allerdings bestünden wesentliche Unterschiede in den psychosozialen und soziokulturellen Bedingungen des Suchtmittelkonsums sowie der Möglichkeiten des Zugangs zu Informationen und Aufklärung über Substanzkonsum und zum Suchthilfesystem (Gangway, 2008). Auch Domenig vermutet, dass sich zumindest in Ballungsräumen das Konsumverhalten von Migranten und Migrantinnen und Deutschen bezogen auf illegale Substanzen angeglichen hat (Domenig, 2001).

Gleichwohl scheinen Migranten und Migrantinnen in der deutschen Suchthilfe unterrepräsentiert, insbesondere im ambulanten Bereich. Neben der Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen wirkt sich erschwerend aus, dass in einigen Kulturen Alkohol- und/oder Drogenkonsum verpönt oder tabuisiert ist, sodass sich Betroffene und deren Familien Hilfeangeboten verschließen. Als weitere Hemmnisse – seitens der (potenziellen) Klientel wie der Suchthilfe – werden sprachliche und kulturelle Barrieren, Vorbehalte gegenüber deutschen Institutionen, Unkenntnis des deutschen Hilfesystems und frühere Diskriminierungserfahrungen, ethnozentrisches und mittelschichtenorientiertes Beratungs- und Therapiesetting sowie Delegation an Sonderdienste beschrieben (Gaitanides, 1998 und 2002; Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003). Man kann davon ausgehen, dass diese Probleme sich bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen nochmals verschärft darstellen, da deren Bindung an die Herkunftsfamilie typischerweise stark ist und deren Suchtmittelproblematik von ihnen selbst und der Familie besonders lange geleugnet wird. Für das Suchthilfesystem ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausrichtung und der flexiblen Anpassung der vorhandenen Infrastruktur an die Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund. Dabei sind auch die Ressourcen wie z.B. die starke familiäre Bindung in die therapeutischen Prozesse einzubeziehen (Haasen, Toprak, Yagdiran & Kleinemeier, 2001).

2.2.8 Komorbidität

Psychische Komorbidität liegt vor, wenn eine substanzbezogene Störung und zugleich mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden. Im Kindes- und Jugendalter ist dies bei über 60 % der Patientinnen und Patienten mit substanzbezogenen Störungen der Fall (AACAP Official Action, 2005).

An erster Stelle steht die (bei den Jungen dominierende) Störung des Sozialverhaltens, an zweiter Stelle die depressive Störung, die wiederum bei Mädchen häufiger anzutreffen ist. In ihrer Häufigkeit (absteigende Reihenfolge) treten komorbide psychische Erkrankungen wie folgt auf (Stolle et al., 2007; Thomasius, Jung & Schulte-Markwort, 2008):

- Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität
- depressive Störungen
- Angststörungen, sozialphobische Störungen
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, beispielsweise beginnende „Borderline-Störung“
- Essstörungen (insbesondere „binge eating“ und Bulimia nervosa)
- substanzinduzierte Psychosen (durch Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, psychotrope Pflanzen beziehungsweise Pilze, Kokain, LSD), sofern ihre Symptome mindestens 4 Wochen trotz Abstinenz bestehen
- schizophrene Psychosen.

Je nach konsumierter Hauptdroge wurde bei 25 % bis 57 % stationär behandelter süchtiger Männer mindestens eine psychiatrische Zusatzkrankung diagnostiziert, bei Frauen fanden sich Werte zwischen 38 % und 75 % (vgl. Arnold, Schmid & Simmedinger, 1999; Strobl, Klapper & Pelzel, 2003). 10 % einer Stichprobe erwachsener süchtiger Frauen haben in einer deutschen Studie angegeben, dass Essstörungen das erste Suchtverhalten in der Jugend waren, bevor sich eine stoffliche Abhängigkeit entwickelte bzw. dass sie noch immer zusätzlich unter mindestens einer pathologischen Essstörung leiden (vgl. Zenker et al., 2002).

Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind vor allem für das Kindes- und Jugendalter noch weitgehend unerforscht. Die Problematik der Komorbidität lässt sich wie folgt beschreiben (Schulz & Remschmidt, 1999): Einerseits handelt es sich bei vielen psychopathologischen Symptomen um Folgen der substanzbezogenen Störung (zum Beispiel amotivatives Syndrom bei Cannabisabhängigkeit, drogeninduzierte Psychose). Andererseits begünstigt eine Reihe anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung und beeinflusst deren Verlauf im Sinne einer Aggravation der Symptomatik, zum Beispiel hyperkinetische Störungen mit kombinierter Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Der fortgesetzte Substanzkonsum wiederum wirkt sich komplizierend auf den Verlauf der psychiatrischen Störung aus.

Das Vorliegen komorbider Störungen ist also mit einem negativen Verlauf der Suchtstörung assoziiert. Gleichzeitig scheint Komorbidität mit einem frühen Beginn süchtigen Verhaltens zusammenzuhängen (vgl. Essau & Conradt, 2009). Die hohen Komorbiditätsraten heben die Wichtigkeit umfassender Diagnostik der betroffenen Personen sowie integrierter Behandlungskonzepte hervor, da weder die Suchtstörung noch die komorbide psychische Störung für sich genommen erfolgreich behandelt werden können.

2.2.9 Fazit zu Sozialisationsfaktoren und entwicklungspsychologischen Aspekten

Da der Einstieg in den Gebrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln und stoffungebundenen süchtigen Verhaltensweisen meist im Kinder- und Jugendalter stattfindet, lassen sich Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit vor dem Hintergrund der diese Lebensphase bestimmenden Entwicklungsaufgaben und der personalen und sozialen Kompetenzen von Jugendlichen betrachten. Suchtmittelgebrauch erfüllt einerseits einen entwicklungsbedingten und zeitlich begrenzten „Nutzen“ für die Jugendlichen, kann sich in anderen Fällen aber noch in der Jugend als inadäquate Bewältigungsstrategie verfestigen oder später im Leben zur Suchtentwicklung führen.

Einerseits sind Jungen und Mädchen während ihres Lebens aufgrund ihres Geschlechts unterschiedlichen genderabhängigen Einflussfaktoren und Erfahrungen ausgesetzt, die zu unterschiedlichen gendertypischen „Antworten“ führen. Andererseits ähneln sich die psychosozialen Risikofaktoren für einige Kinder und Jugendliche, doch werden diese mädchen- oder jungentypisch verarbeitet, z.B. eher internalisierend (Mädchen) oder externalisierend (Jungen). Frühe Suchtentwicklungen korrespondieren in der Regel mit erlittenen massiven psychosozialen Beeinträchtigungen und führen zu Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung, wobei die Selbstwertregulierung vorrangig im Bereich der geschlechtlichen Identität misslingt. Traumatisierungen, Migrationshintergrund und alle anderen aufgezeigten Einflussfaktoren, müssen sowohl bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen als auch in der Forschung stärker beachtet werden. Gleich große professionelle Aufmerksamkeit erfordern die personalen und gendertypischen Widerstandsfaktoren, weil deren Stärkung die Entwicklung von Sucht und weiteren psychosozialen Störungen verhindern kann.

2.3 Suchtspezifischer Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen

Aktuell liegen keine Ergebnisse epidemiologischer Forschungsarbeiten vor, die den suchtspezifischen Hilfebedarf unter Jugendlichen bundesweit erfassen. Dennoch lassen sich einige Indikatoren heranziehen, die geeignet sind, den Interventionsbedarf für risikoreichen oder süchtigen Konsum abzuschätzen.

Als ein Indikator für problematischen und gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum wurden im Rahmen der ESPAD-Studie (vgl. Kraus, Pfeiffer-Gerschel & Papst, 2008) die Schülerinnen und Schüler nach dem Konsum von fünf und mehr Einheiten Alkohol zu einer Trinkgelegenheit („Binge Drinking“) in den letzten 30 Tagen befragt. Als eine Einheit wurde vorgegeben: ein Glas Bier (à 0,5 Liter), ein Glas Wein oder Sekt (à 0,2 Liter), eine Flasche Alkopops (à 0,33 Liter) oder ein Glas Spirituosen (à 0,04 Liter). 59 % der befragten Jugendlichen gaben an, mindestens einmal, knapp 27 % ein- oder zweimal und etwa genau so viele Jugendliche dreimal und häufiger fünf oder mehr Alkoholeinheiten bei einer Trinkgelegenheit, innerhalb der vergangenen 30 Tage, zu sich genommen zu haben. Es zeigen sich Geschlechterdifferenzen dahingehend, dass mehr Jungen als Mädchen über den Konsum von fünf oder mehr Alkoholeinheiten berichten (63,5 % vs. 54,2 %) (vgl. Kraus, Papst & Steiner, 2008). Folgt man den Ergebnissen einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung aus dem Münchener Raum aus den 90er Jahren, so kann davon ausgegangen werden, dass etwa zehn Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren missbräuchliche und weitere sechs Prozent abhängige Konsummuster von Alkohol zeigen (vgl. Holly, Türk, Nelson, Pfister & Wittchen, 1997). Im Hinblick auf die Erfas-

sung problematischen Alkoholkonsums Jugendlicher muss jedoch kritisch diskutiert werden, ob die klassischen Instrumente der Suchtdiagnostik (DSM, ICD) geeignet sind, die entwicklungstypischen Besonderheiten des Jugendalters zu berücksichtigen (Thomasius, Stolle & Sack, 2009) und aufkommende Suchtprobleme Jugendlicher adäquat zu erfassen (Tossmann, Kasten, Lang & Strüber, 2009).

Im Rahmen der bundesweiten Repräsentativstudie (vgl. Kraus, Augustin & Orth, 2005) wurde die Abhängigkeit von Cannabis mit Hilfe der Severity of Dependence Skala (vgl. Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall & Strang, 1995) erfasst. Danach kann davon ausgegangen werden, dass etwa jede zehnte aktuelle Cannabiskonsumentin (9,7%) und knapp jeder fünfte Konsument (18,7%) eine spezifische Abhängigkeitsproblematik aufweisen. Die Ergebnisse der repräsentativ angelegten Studie aus München und dem Münchener Umland (vgl. Wittchen, Perkonig & Reed, 1996) legen nahe, dass etwa 8 % – 9 % aller Cannabiskonsumierenden im Alter zwischen 14 und 24 Jahren das diagnostische Kriterium des Cannabismissbrauchs (Lifetime) erfüllen und etwa 4 – 7 % eine Abhängigkeit von Cannabis (Lifetime) nach DSM-IV entwickeln.

Erhebungen in Musik- und Jugendszenen bzw. bei spezifischen Personengruppen zeigen z.T. deutlich höhere Suchtbelastungen. So dokumentieren Kleiber, Soellner und Tossmann (1997) bei aktuell Cannabiskonsumierenden in 14 % der Fälle eine manifeste Abhängigkeit. Im Modellprogramm FreD wurde bei über 28 % aller (polizeilich) erstaußfälligen Konsumentinnen und Konsumenten ein täglicher Cannabiskonsum erfasst (vgl. Görge, Hartmann & Oliva, 2003). Im Rahmen der Studie „Drogenkonsum im Freistaat Sachsen“ wurde bei jeder zehnten Person, die (in den letzten zwölf Monaten ausschließlich) Cannabis konsumiert hat, eine Abhängigkeit festgestellt, jedoch bei jeder vierten Person, die auch Partydrogen konsumiert hat. In der zuletzt genannten Gruppe wurde zudem bei 16 % eine Ecstasy- und bei 30 % eine Amphetaminabhängigkeit beobachtet (vgl. Oliva, Tossmann, Baumeister, Görge & Hartmann, 2003).

Auch in der Bremer Untersuchung (Schmidt, 2008) wurde bei der überwiegenden Mehrzahl der Jugendlichen ein missbräuchlicher oder abhängiger Cannabiskonsum festgestellt. Bezieht man das Ergebnis auf Gesamt-Bremen, kann davon ausgegangen werden, dass für knapp 2 % aller Bremer Jugendlichen ein suchtspezifischer Hilfebedarf sowie meist eine Vielzahl weiterer Probleme und Auffälligkeiten vorliegen wie z.B. schulische Probleme, Delinquenz, psychische Störungen. Doch stehen der Mehrzahl der betroffenen Jugendlichen kaum geeignete soziale bzw. familiäre Ressourcen zur Verfügung, sie sind auf professionelle Hilfen angewiesen, doch „weist diese Problemgruppe [...] in der Regel eine nur geringe Bereitschaft auf, Hilfen in Anspruch zu nehmen“ (Schmidt, 2008, S. 3).

Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

Mit Blick auf jugendliche Raucherinnen und Raucher zeigt sich, dass zwar eine Mehrheit zu einer Änderung ihres Rauchverhaltens bereit ist, ihre Motivation zur Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm jedoch gering ist. Die meisten ziehen es vor, eigenständig Aufhörversuche zu unternehmen. Die Bereitschaft der Jugendlichen dazu steigt dann, wenn für sie keine Kosten entstehen und viele Freundinnen und Freunde gleichzeitig teilnehmen (vgl. Hepekausen, Kröger & Reese, 2001). Während in der Studie von Stanton et al. (1996) 87 % der Nichtraucher behaupten, dass sie – angenommen sie rauchten – eine Ausstiegsmaßnahme annehmen würden, sehen es die tatsächlich Rauchenden nur zu 50 % so. Als Gründe für die Ablehnung einer Ausstiegsmaßnahme wurden vor allem genannt: „mein Wille ist stark genug“ bzw. „ich ziehe es vor, das selbst zu machen“ (80 %), „es würde nicht funktionieren“ (9 %), „Geldverschwendung“ bzw. „zu teuer“ (5 %).

Auch Gillespie, Stanton, Lowe und Hunter (1995) fanden in einer repräsentativen Studie an 1.426 15-jährigen australischen Raucherinnen und Rauchern heraus, dass sogar nur ein relativ geringer Anteil von 12 % auf die Hilfe von Ausstiegsprogrammen zurückgreifen würde. Ein langsamer Ausstieg wäre für 68 % die Methode der Wahl. Rund 50 % bewerteten die Unterstützung einer Freundin bzw. eines Freundes als bevorzugte Ausstiegshilfe. Als attraktiv wurden auch hier Ausstiegprogramme eingeschätzt, „wenn sie umsonst sind“, „wenn Freunde mich unterstützen“ und „wenn viele Freunde teilnehmen würden“. Als unattraktiver wurden Programme bewertet, die damit verbunden sind, „dass meine Eltern herausfinden, dass ich rauche“ oder „die zur Mittagessenszeit durchgeführt werden“. Die bevorzugte Person zur Durchführung eines Ausstiegsprogramms wäre „ein Erwachsener von außerhalb der Schule“ (38 %) oder „ein Schüler“ (21 %).

Angesichts der vergleichsweise weiten Verbreitung problematischer Konsummuster von Alkohol und Cannabis unter Jugendlichen muss auch hier die Frage gestellt werden, ob und in welchem Umfang Jugendliche mit einem problematischen Substanzkonsum suchtspezifische Hilfeangebote in Anspruch nehmen. Entsprechend der Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (vgl. Sonntag, Hellwich & Bauer., 2007), in die die Daten von 749 ambulanten Einrichtungen eingegangen sind, ist der Anteil der Ratsuchenden im Alter unter 18 Jahren sehr gering: In Beratungsstellen für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen liegt das durchschnittliche Alter der männlichen Klientel bei 42 Jahren und das der weiblichen bei 45 Jahren. Der Anteil Minderjähriger an der Gesamtklientel von Alkoholberatungsstellen liegt derzeit unter 1 %. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch Jugendliche mit einem problematischen Alkoholkonsum muss demnach konstatiert werden, dass die professionelle Suchthilfe diese Zielgruppe derzeit nicht erreicht.

Klientinnen und Klienten, die Drogenberatungsstellen aufsuchen, sind durchschnittlich jünger als die Klientel der Alkoholberatungsstellen. Dies trifft vor allem auf Klientinnen und Klienten mit einer Cannabisdiagnose zu, die im Mittel 23 Jahre alt sind. Im Gegensatz zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholproblemen sind 19 % der Cannabisabhängigen, 5,9 % der Klientel mit einer Abhängigkeit von Stimulanzien und 1,5 % mit einer Kokainabhängigkeit unter 18 Jahre alt. Dabei ist der Anteil der weiblichen Jugendlichen, die die Hilfe von ambulanten Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen, geringfügig höher als der Anteil männlicher Jugendlicher, obgleich die Mädchen Cannabis und andere Drogen seltener als Jungen (missbräuchlich) konsumieren.

Doch obgleich der Anteil der Cannabisklientel in den Beratungsstellen heute mehr als doppelt so hoch ist wie im Jahr 1998 (vgl. Simon & Palazetti, 1999) und man eine deutliche Zunahme der Behandlungsnachfrage feststellen kann (vgl. Simon, Sonntag, Bühringer & Kraus, 2004), muss davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Mehrzahl aller Cannabisabhängigen – und insbesondere jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten – *keine* suchtspezifischen Hilfen in Anspruch nimmt. So konnte im Rahmen einer Studie, die im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie durchgeführt wurde (vgl. Oliva et al., 2003), gezeigt werden, dass nur ein vergleichsweise kleiner Anteil der Cannabisabhängigen (diagnostiziert nach DSM-IV) die entsprechende regionale Drogenberatungsstelle kennt und ein noch kleinerer Anteil dieser Cannabisabhängigen die suchtspezifischen Hilfen dieser Einrichtungen in Anspruch nimmt. Ähnliche Ergebnisse liegen auch aus dem Raum München vor (vgl. Perkonig, Phister, Liebe, Bühringer & Wittchen, 2004). Dass die überwiegende Mehrzahl der Cannabisabhängigen entsprechende Hilfen nicht nutzt, wird von ihnen vor allem mit vergleichsweise kleinen subjektiven Belastungen durch suchtspezifische Problemlagen begründet (vgl. Tossmann, 2004). In jüngster Vergangenheit konnte jedoch gezeigt werden, dass durch spezifische Angebote die Zielgruppe der Cannabiskonsumierenden

durchaus erreicht werden kann: Sowohl im Rahmen des Bundesmodellprogramms „FreD“ als auch im Rahmen des Beratungsprogramms „Realize it“ ist es gelungen, die Gruppe von jungen Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen anzusprechen und in ein Interventionsprogramm einzubinden.

2.4 Suchtspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Alle gesellschaftlichen Institutionen, in denen Heranwachsende unterrichtet, gefördert, beraten oder betreut werden, sind mit der Frage nach einem fachlich angemessenen Umgang mit dem Substanzkonsum Jugendlicher bzw. mit der Suchtgefährdung junger Menschen konfrontiert. Dies gilt, neben der Suchthilfe, insbesondere für Schulen und offene Jugendarbeit, die meist als erste Institutionen mit dem missbräuchlichen Konsum illegaler und legaler Drogen sowie Suchtverhaltensweisen zu tun haben. Weitere Institutionen, die von Suchtmittelgefährdung erfahren sind Polizei, Ärzte und Krankenhäuser, Erziehungsberatungsstellen, Jugendgerichtshilfe und Arbeitsagenturen.

In *Schulen* werden vor allem suchtpreventive Maßnahmen umgesetzt. In einigen Städten hält der Schulpsychologische Dienst ein eigenes Drogen- oder Suchtreferat o.ä. zur Beratung von Kindern/Jugendlichen, Lehrern, Eltern und anderen interessierten Personen vor. (vgl. z.B. Bremen: Drogenreferat Schulpsychologischer Dienst, o.J.; Hamburg: Suchtpreventionszentrum im Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung [SPZ, 2009]).

In der allgemeinen *Jugendarbeit* finden eher suchtspezifische pädagogische Maßnahmen Anwendung. Vielfach werden Jugendliche mit Suchtproblemen, u.a. aus Angst vor den damit verbundenen pädagogischen Problemen oder wegen der Rufschädigung der Einrichtung von Angeboten ausgeschlossen oder aus Einrichtungen entlassen (Bange Kristian & Thiem, 2009). Zum Teil wird eine bestehende Suchtproblematik nicht erkannt, geleugnet und nicht fachgerecht aufgegriffen. Manchmal wird das Suchtproblem individuell durch Eigeninitiative von Beschäftigten der Jugendhilfe angegangen. Dies ist aber nur solange erfolgreich, wie die Jugendlichen nicht rückfällig werden; ansonsten erfolgt meist die Entlassung (vgl. Tappe, 2002).

Im Hinblick auf die *Suchthilfe* muss nach wie vor konstatiert werden, dass jugendspezifische Angebote nicht regelhaft vorgehalten werden und Jugendliche mit einer suchtspezifischen Störung oft in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene aufgenommen und behandelt werden. Einen Sonderfall stellen z.B. die Schulprojekte für 13-27-Jährige dar, die parallel zur Suchtbehandlung, nach erfolgter Suchttherapie oder unter Substitution, angeboten werden (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel, 2006).

In der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* wurden erst in den letzten Jahren suchtspezifische Konzepte entwickelt, zuvor wurden jugendliche Patienten und Patientinnen entweder in die Erwachsenenpsychiatrie oder das Suchthilfesystem verwiesen.

Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen können also in unterschiedlichen Hilfesystemen je spezifisch versorgt werden, doch kooperieren die Institutionen unzureichend. Einzelinitiativen zwischen zwei oder mehr Versorgungsbeteiligten können nicht verhindern, dass aufgrund der Versäulung der Hilfesysteme, der unterschiedlichen Leistungsträger und Traditionen, der jeweiligen Ausdifferenzierung, der Selbstreferenzialität der Träger und Einrichtungen und der daraus resultierenden Unübersichtlichkeit und mangelnden Kenntnis der Fachkräfte über die anderen Hilfesysteme (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel, 2007), Jugendliche mit Suchtproblemen zwischen den Hilfesystemen ver-

lorengen. Von einer Versorgungskette oder einem Versorgungssystem kann nicht gesprochen werden. So zeigte sich z.B. in der Bremer Untersuchung über „Suchtmittel konsumierende Jugendliche“, dass mehr als jeder Dritte der 291 erfassten Jugendlichen im Alter von 12 bis 19 Jahren bereits Kontakt zu drei bis vier Institutionen hatte, jeder fünfte sogar zu fünf oder mehr Institutionen: Einrichtungen der Jugendhilfe, Suchthilfe, ambulante und stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erziehungsberatungsstellen, Jugendgerichtshilfe (Schmidt, 2008, S. 38).

Vonseiten der Einrichtungen, die mit suchtgefährdeten oder süchtigen Jugendlichen arbeiten, wird die Notwendigkeit von Kooperation, z.B. in Form eines engmaschigen Austauschs im Hilfenetz, zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe sowie ambulanter und stationärer Suchthilfe betont. Beim Übergang von der Einrichtung eines Versorgungssystems in die eines anderen erhöht sich ohne Kooperationsbezüge das Risiko eines Betreuungsabbruchs (Möller & Thoms, 2009).

2.4.1 Geschlechtsspezifische Versorgung Jugendlicher mit Suchtproblemen

Allen mit Suchtproblemen Jugendlicher konfrontierten Einrichtungen ist gemeinsam, dass die Berücksichtigung von Genderaspekten, wenn überhaupt, kaum systematisch erfolgt.

Gender Mainstreaming als institutionelle, strukturelle (Personalplanung und -förderung, Evaluation, Mitarbeiterqualifizierung) und konzeptionelle Verankerung von Gender als Top-Down-Strategie und Querschnittsaufgabe findet in der *Jugend- und Erwachsenensuchthilfe* kaum statt (vgl. Bentheim, May, Sturzenhecker & Winter, 2004, S.17ff.). Im Gegensatz dazu sind geschlechtsspezifische Einzelaktivitäten, zusätzlich zum (geschlechtsneutralen) Regelangebot, relativ häufig. Sie finden sich zum einen in gemischtgeschlechtlich arbeitenden Einrichtungen als Zusatzangebot - und richten sich dort vorwiegend an Frauen oder Mädchen, Zum anderen gibt es sie in geschlechtshomogen arbeitenden Einrichtungen. Dort werden sie als Themen vertiefende Elemente eingesetzt. In den meisten Einrichtungen, die mit einem Geschlecht arbeiten, vor allem wenn dies Mädchen/Frauen sind, ist geschlechtsspezifisches Arbeiten als Querschnittsaufgabe implementiert, aber nur in einem Teil der gemischtgeschlechtlich arbeitenden Einrichtungen.

In der *Jugendhilfe* wird die Mädchen- und Jungenarbeit seit Beginn der 1970er Jahre immer wieder neu diskutiert und hat durch die Verankerung von Gender Mainstreaming in dem seit 2001 geltenden Kinder- und Jugendplan neuen Auftrieb erhalten. Gleichwohl konnte sie bisher nicht regelhaft verortet werden (Hartwig & Muhlak, 2006; Heiliger, 2004; Bentheim et al., 2004). Auch gibt es (wie in der Suchthilfe) keinen gemeinsamen Diskurs von Mädchen- und Jungenarbeit und keine Verschränkung der Jugendforschung (resp. Suchtforschung) mit der Genderforschung (vgl. Bruhns, 2004; Hartwig, 2004). Die Arbeit mit den Mädchen und Jungen ist geprägt von der Behebung der multiplen Probleme, die die Kinder und Jugendlichen haben, sodass für die Berücksichtigung von Gender (vermeintlich) kein Raum bleibt (Hartwig & Kriener, 2006). Die Kombination von Sucht und Gender findet sich in der Jugendhilfe als eigenständiges Thema nur selten, da beide als sekundäre Probleme bzw. Themen betrachtet werden.

Die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* arbeitet störungszentriert, wobei Sucht als wichtige psychische Krankheit erst seit wenigen Jahren wahrgenommen wird, sowie individuenzentriert. Durch Letzteres werde Gender, so die Expertenmeinung, automatisch mitberücksichtigt.

Für die Darstellung geschlechtsspezifischer Angebote in Deutschland wurden folgende Quellen genutzt:

- Konzepte von Suchthilfeeinrichtungen, inkl. der Erfahrungsberichte von Patientinnen und Patienten
- Literatur und Internetdarstellungen unter den Begriffen „männerspezifisch + Sucht“, „Jungen + Sucht“, „Männer + Sucht“, „frauenspezifisch + Sucht“, „Frauen + Sucht“, „Mädchen + Sucht“ sowie „geschlechtsspezifisch + Sucht“
- Tagungsdokumentationen
- Veröffentlichungen über geschlechtsspezifische Arbeitsansätze in der Jugendhilfe (Kap. 2.4.1.4), und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kap. 2.4.1.5).

Zur Abbildung des Status quo der Berücksichtigung genderspezifischer Merkmale in der Betreuung von suchtgefährdeten und süchtigen Kindern und Jugendlichen kann vor allem auf Konzepte von Suchtfacheinrichtungen (Kap. 2.4.1.1 – 2.4.1.3) zurückgegriffen werden, Studien hierzu liegen nicht vor. Es wurden sowohl Konzeptionen von Einrichtungen analysiert, die jugendliche Suchtmittelkonsumierende betreuen wie auch von Erwachseneinrichtungen. In Letzteren werden Frauen und/oder Männer typischerweise ab 18 Jahre aufgenommen, seltener schon mit 17 Jahren oder nach dem 21. Lebensjahr. Ein Teil dieser Klientel erfüllt also nach der in diesem Bericht verwendeten Definition das Merkmal „jugendlich“. Darüber hinaus ist von Interesse, ob sich aus der Arbeit mit suchtkranken Erwachsenen Anregungen für die Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen ableiten lassen. Die Auswahl der Konzepte erfolgte so, dass möglichst viele Facetten geschlechtsspezifischer Arbeit mit Suchtgefährdeten und Süchtigen abgebildet werden können und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Den Autorinnen und Autoren dieses Berichtes ist bekannt, dass weitere Einrichtungen ähnlich arbeiten. Im Folgenden geht es also weniger um konkrete Einrichtungen, als vielmehr um eine Zusammenschau ihrer Erfahrungen mit Blick auf grundsätzlicher Erkenntnisse für die geschlechterspezifische Suchthilfe mit Jugendlichen.

2.4.1.1 Genderaspekte in der männerbezogenen Suchtarbeit

In keiner der betrachteten sieben Einrichtungen (s. in der Literaturliste unter „Konzepte und konzeptbezogene Veröffentlichungen“) werden ausschließlich *Jungen* behandelt. Die Angebote richten sich, ambulant und stationär, an (junge) Männer ab 18 Jahren. In einer Einrichtung wird für die 18- bis 25-Jährigen eine eigene Therapiegruppe angeboten.

In den meisten analysierten Konzepten und Veröffentlichungen fußt die Behandlungsbeschränkung auf Männer auf der Tradition des Trägers zur getrenntgeschlechtlichen Betreuung, in anderen Fällen ist sie Resultat einer rückläufigen Belegung mit Frauen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Genderdiskussion, so die Einrichtungen, haben sie einzelne männertypische Probleme im Therapiekonzept aufgegriffen, die gesondert bearbeitet werden, z.B. in Akutgruppen oder themenzentrierten Gruppen, die bei Bedarf oder regelmäßig zustande kommen. Diese Form der geschlechtsspezifischen Arbeit erhält dadurch den Status einer zusätzlichen Aufgabe im sonst genderneutralen Setting. Andere Einrichtungen haben „Männlichkeit und Sucht“ als zentrales Thema im Therapiekonzept verankert. Die Geschlechtsrollen der weiblichen und männlichen Beschäftigten werden nicht thematisiert.

Einrichtungen, die sich primär für die Arbeit mit süchtigen Männern entschieden haben, beschäftigen ausschließlich Männer oder haben alle wichtigen und einflussreichen Positi-

onen mit Männern besetzt sind, während Frauen in sozial weniger anerkannten Bereichen (z.B. Hauswirtschaft) eingesetzt werden.

Die Beschäftigung von männlichen Therapeuten gegenüber Frauen in untergeordneten Positionen wird in den Therapiekonzepten dezidiert begründet: Die klassische Rollenverteilung soll den Patienten eine bekannte bzw. ersehnte männliche Struktur anbieten, die insbesondere ausländischen Patienten mit starker patriarchaler Prägung Sicherheit und Geborgenheit gibt. Erst als abstinente Männer seien sie gefestigt genug, ihre Identität in einer gleichberechtigten Welt angstfrei zu erproben. Der Verdacht drängt sich auf, dass hier beschäftigungsbezogene Gegebenheiten positiv umgedeutet wurden.

Sind ausschließlich Männer in der Einrichtung tätig, soll dadurch dem Klienten ermöglicht werden, sich ohne Bezug auf Frauen als Mann zu erfahren. Sowohl Therapeuten wie Patienten hätten ohne Frauen nicht mehr die Möglichkeit, ihre weibliche Seite (Weichheit, Gefühl) an die Frauen zu delegieren. Als besonders wichtig wird die Vorbildfunktion der männlichen Mitarbeiter erachtet: Das in der Einrichtung erlebte und erlernte Vorbild ermögliche eine Neu-Orientierung der zuvor mangelhaft entwickelten männlichen Rolle der Patienten. Eine Klinik erwähnt, dass von den Mitarbeitenden große Sicherheit in der eigenen Geschlechtsidentität verlangt wird; ein Thema, das in den übrigen Einrichtungen nicht präsent ist. Es bleibt unklar, wie die Vorbild-Kompetenz oder Sicherheit in der Geschlechtsidentität der Fachkräfte erworben wurde oder wie sie definiert wird.

Als Querschnittsthemen in der Männer-Gender-Arbeit werden genannt:

- Männliche Identität und die Selbstwertregulation als Mann. Zentrale Aufgabe sei die Versöhnung der männlichen Wunschbilder von Kraft und Stärke mit den eigenen Ängsten und erlebten Ohnmachtsgefühlen. Drogenkonsum hätte die Auseinandersetzung mit den Lebensaufgaben ersetzt und müsste in dieser Funktion erkannt werden.
- Körperlichkeit, Körperinszenierung und nonverbale Brücken des Kontaktes.
- Gewalterfahrung, Aggressivität und Gewalttätigkeit, wobei Drogen die Möglichkeit bieten, Gewaltausbrüche zu entschuldigen und dadurch das gewalttätige Verhalten abzuspalten. Männer seien nur schwer in der Lage, über erlittene Gewalt oder ausgeübte Gewalt gegenüber der Partnerin zu sprechen.

Weitere Themenschwerpunkte sind:

- Mangel an väterlicher Zuwendung. Die alleinerziehenden Mütter seien, wegen der realen oder physischen und emotionalen Abwesenheit der Väter, wenig in der Lage gewesen, ihre Söhne auf die Männerrolle vorzubereiten.
- Beziehung zu anderen Männern, die typischerweise von Konkurrenz geprägt seien.
- Partnerschaft bzw. die Beziehung zur Partnerin, die gekennzeichnet sei von Distanzlosigkeit, Symbiose, Verwöhnung, Anklammerung, Abkehr. Frauen seien Objekte.
- Sexualität und sexuelle Versagenserlebnisse; dabei geht es vor allem um das Hinterfragen von Klischees.

2.4.1.2 Genderaspekte in der frauenbezogenen Suchthilfe

Es wurden Konzepte von vier mit Mädchen und von drei mit Frauen arbeitenden Einrichtungen, ambulant und stationär, analysiert.

Gender Mainstreaming ist in den hier untersuchten Einrichtungen vor allem konzeptionell verankert, wozu auch die ausschließliche Beschäftigung von Frauen zählt. Die Geschlechtsrollen der Mitarbeiterinnen werden nicht thematisiert.

In den Einrichtungen für Frauen (ab 18 Jahre) und Mädchen (Alter zwischen 12 und 21 Jahre) ist die Gender-Motivation durchweg eine primäre, ursprünglich aus der bewussten Abgrenzung gegenüber den dominierenden Patienten und männlichen Therapeuten entstanden, weshalb in diesen oft kleinen Einrichtungen ausschließlich Frauen arbeiten¹.

In den Konzepten wird durchweg das Ziel/die Querschnittsaufgabe/Oberkategorie (so die Einrichtungen) der Entwicklung einer positiven weiblichen Identität durch die Überwindung von einschränkenden Rollenmustern sowie die subjektorientierte Unterstützung hervorgehoben. Auch die Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation (z.B. durch Schuldenregulierung) und der Zugang zum Arbeitsmarkt werden konzeptionell verankert.

Suchtmittelabhängigkeit wird bei Frauen und Mädchen eher als sekundäre Störung betrachtet. Aktueller Alkoholkonsum sei (in einem ambulanten Setting) kein Ausschlussgrund von der Betreuung. Bei Mädchen behindere der Konsum einerseits die Alltagsbewältigung, erschwere die soziale Orientierung und Erarbeitung einer befriedigenden Zukunftsperspektive, andererseits würde durch den Konsum als Selbstmedikation eine psychische Stabilisierung gesichert. Weil die Einschränkung oder Einstellung des Konsums selbstverletzendes Verhalten und andere komorbide Störungen verschlimmern könne, schlimmstenfalls bis zur völligen Destabilisierung, müsse die Bearbeitung des Konsums von geeigneten Stabilisierungsmaßnahmen flankiert werden.

Fast immer werden das Vorhandensein und die Berücksichtigung komorbider Störungen erwähnt. Neben den typischen psychischen Störungen bei den Frauen (Depression, Angststörungen, Schlafstörungen) sind dies bei den Mädchen auch posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeits- und dissoziative Störungen, Suizidalität sowie auto- und fremdaggressives Verhalten. Dabei unterstütze die Verbesserung der emotionalen und körperlichen Selbstregulation und -wahrnehmung, u.a. durch Bewegungs- und Sporttherapie, den Gesundungsprozess.

Nur einmal wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme von Kleinkindern thematisiert, doch müssten dafür zunächst personelle und räumliche Ausstattung verbessert werden.

In der ambulanten Arbeit mit Mädchen werden die Information über Drogen, Kontakt- und therapeutische Angebote als wichtige Arbeitsaufgaben genannt. Im stationären Rahmen ist die pädagogische Unterstützung, mit dem Ziel der weitgehenden Selbständigkeit in allen Belangen, Ziel der Arbeit, da die Erfahrung zeige, dass in diesem Alter Reifeprozesse unterstützt werden müssen. Die Mädchen sollen den (regelmäßigen) Schulbesuch wiederaufnehmen oder mit einer Berufsausbildung beginnen. Eine enge Kooperation mit Lehrkräften und Ausbildern und Ausbilderinnen soll dies fördern.

Die Behandlung im gleichgeschlechtlichen Gruppensetting wird damit begründet, dass Frauen nur so die Möglichkeit haben, sich mit ihrer Suchterkrankung auf die ihnen eigene Art auseinanderzusetzen sowie angst- und schambesetzte Themen, insbesondere bzgl. sexueller Grenzverletzungen, im geschützten Raum ansprechen zu können. Bei der Entwicklung suchtmittelfreier Lösungsstrategien können die Frauen in der Gruppe gegenseitig von ihren Stärken profitieren, ohne ihre eigenen Bedürfnisse und ihre Selbstverantwortung aufzugeben. Erwähnt wird aber auch, dass Frauen wegen der typischen Selbstentwertung die Behandlung mit und von Frauen häufig zunächst ablehnen. In mehreren

¹ In größeren Frauen-Kliniken werden oft auch Männer als (Co-)Therapeuten beschäftigt, oft aus traditionellen Gründen und meist nicht konzeptionell begründet (in dieser Analyse nicht berücksichtigt).

Befragungen von betroffenen Frauen (Sidler, 2002; Burri, 2002; Tödte, 2005) zeigte sich, dass dann jedoch die gleichgeschlechtliche Therapie, ohne die Normen heterosexueller Umgangsformen, meist als Schutzraum empfunden wurde. Besonders wichtig waren dabei geschlechtshomogene Gesprächsgruppen, in denen die Frauen sich geborgen fühlen konnten, offen reden und sich besser mit sich selbst, den eigenen Problemen und negativen Erfahrungen auseinandersetzen konnten. Gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung helfe bei der Entwicklung persönlicher Stärke.

In einem Modellprojekt wurden auch Kinder süchtiger Frauen betreut. Dabei sei deren geschlechtergetrennte Betreuung wichtig, da tradierte Rollenvorstellungen und Rollenerwartungen leichter im geschlechtshomogenen Setting zu bearbeiten seien. Die Betreuung der Söhne dieser Frauen wurde auf Jungen vor Beginn der Pubertät begrenzt. Es ist jedoch fraglich, ob Rolleneinübungen erst mit der Pubertät einsetzen.

Die Bearbeitung der Rolle als Frau/Mädchen ist überall konzeptionell als Ziel verankert, zu den weiteren Themenschwerpunkte gehören:

- Vermittlung von Wissen über die Folgen des Suchtmittelkonsums inkl. finanzieller und juristischer Fragen
- Funktion der Drogen, etwa bei Über- oder Unterforderung
- Sexualität und (sexuelle) Gewalt
- Selbstverteidigungskurse
- Paarprobleme
- Erziehungsschwierigkeiten mit eigenen Kindern.

Themenschwerpunkte der *Mädchen*-Gender-Arbeit sind:

- Information über Suchtmittel und Essstörungen
- Reflexion von Frauen- und Männerbildern, Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen
- Körper und Körperinszenierung
- Gestaltung von Sexualität und Umgang mit sexuellem Missbrauch/Traumatisierung.
- Nutzung neuer Medien
- Gesundheitspflege.

2.4.1.3 Genderaspekte in der gemischtgeschlechtlichen Suchthilfe

Geschlechtsspezifische Ansätze sind in gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen in sehr unterschiedlichem Ausmaß implementiert, generell überwiegt der Mangel: Der Hinweis auf eine Mädchen- bzw. Frauengruppe ist oft das einzige Genderelement. Die folgende Darstellung berücksichtigt die Konzeptionsanalysen, Veröffentlichungen und die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Analysen der zwei Erwachsenen- und zwei Jugend-Sucht-Einrichtungen, für die geschlechtsspezifisches Arbeiten Hauptorientierung oder wichtiges Element ist.

In den Erwachsenensuchteinrichtungen werden Gender Mainstreaming-Aspekte vor allem durch dezidiert geschlechtsspezifische Konzepte verwirklicht, was bedeutet, dass Arbeitsfelder und Aufgaben in einen geschlechterbezogenen Zusammenhang gestellt werden und

geschlechtsbezogene Themen in Fall- und Teambesprechung und Supervision diskutiert werden. Darüber hinaus sind Wohn- und Sanitärbereiche geschlechtergetrennt, neue Angebote werden auf ihre Gendergerechtigkeit hin überprüft, geschlechterbezogene Hürden bei der Inanspruchnahme von Angeboten bereinigt und im Bereich der Selbsthilfe geschlechtsspezifische Gruppen unterstützt. Die Mitarbeitenden müssen sich mit den eigenen Rollenbildern auseinandersetzen.

Die geschlechtergerechte Arbeit umfasst die geschlechtshomogene Beratungssituation und Gruppenangebote sowohl für Frauen als auch für Männer. Bei den Verantwortungsbereichen der Klienten und Klientinnen wird auf eine geschlechtergerechte Teilhabe geachtet. Freizeit- und erlebnispädagogische Projekte werden zum Teil geschlechtergetrennt durchgeführt. Spezifische Projekte sollen die berufliche Identität von Frauen stärken. (Weitere) Themenschwerpunkte sind:

- das Rollenrepertoire von Frauen und Männern und
- emanzipatorische Entwicklungen.

In den beiden analysierten Einrichtungen für Jugendliche (bis 18 Jahre) werden geschlechtsspezifische Probleme vor allem in Einzelgesprächen bearbeitet. Jeder Jugendliche wird durch einen Bezugstherapeuten *und* eine Bezugstherapeutin unterstützt, um bei geschlechtsspezifischen Problemen einen passenden Ansprechpartner bzw. eine passende Ansprechpartnerin zu haben und um positive Rollenbilder kennenzulernen. Gemischtgeschlechtliche Gruppen, die entweder gleich- oder gegengeschlechtlich geleitet werden, sollen darüber hinaus ermöglichen, sich mit dem anderen Geschlecht auseinanderzusetzen und weibliche wie männliche Rollen kennenzulernen.

Die Gruppen werden auch als Peergroups verstanden, die bei der Identitätsbildung und bei der Auseinandersetzung mit den Eltern helfen sollen.

Gender Mainstreaming schlägt sich neben den konzeptionellen Aspekten auch in einer Gendergruppe für alle Mitarbeitenden, in geschlechtsspezifischen Fortbildungen und in Supervisionen und Fallbesprechungen nieder, in denen die Rollenbilder der Beschäftigten kontinuierlich reflektiert werden. Klienten- und mitarbeiterbezogene Daten werden grundsätzlich geschlechtsspezifisch ausgewertet.

2.4.1.4 Gender- und Suchtaspekte in der Jugendhilfe

Nach dem SGB VIII liegt der allgemeine Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe in der Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung junger Menschen. Kinder und Jugendliche sollen vor Gefahren für ihr Wohl geschützt, und die unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen und Jungen sollen berücksichtigt werden. Im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, insbesondere durch die stationäre Heimerziehung, werden auch suchtfgefährdete und süchtige Jugendliche erreicht und betreut. Viele Mädchen und Jungen, die vom ambulanten Sozialdienst (Einrichtung des Jugendamtes) oder in ambulanten und stationären Maßnahmen von Jugendhilfeträgern betreut werden, haben Erfahrungen mit legalen und illegalen Drogen.

Je nach Blickwinkel und Zeitpunkt der Untersuchung ist die Datenlage unterschiedlich: In der Untersuchung über „Hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen“ wurden 44 % der 12- bis 19-Jährigen von Einrichtungen der Jugendhilfe betreut (Schmidt 2008, S.28). Im Rahmen einer Hamburger Untersuchung über „Kinder und Jugendliche in Heimerziehung“ wurden 1998 von den 284 Untersuchten 15 % als Drogenkonsumenten und -konsumentinnen eingeschätzt (vgl. Bange et al., 2009, S. 415), von der

in der „Hamburger Basisdokumentation“ 2005 erfassten jugendlichen Klientel hatten 17 % derjenigen mit Alkoholproblemen und 29 % derjenigen mit illegalem Drogenkonsum „Heimerfahrung“ (vgl. Bange et al. 2009, S. 415). Unabhängig davon, dass Forschungsbedarf bezüglich der Anzahl Jugendlicher mit problematischem Suchtmittelkonsum in den Einrichtungen der Jugendhilfe besteht, bleibt festzustellen, dass in substanzielle Überlegungen über die suchtttherapeutische Versorgung Jugendlicher die Jugendhilfe miteinbezogen werden muss, z.B. durch enge Kooperationsbeziehungen zwischen Jugend- und Suchthilfe.

2.4.1.5 Gender- und Suchtaspekte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Behandlung von Suchtstörungen bei Kindern und Jugendlichen erfordert, wegen des hohen Anteils komorbider Störungen und wegen der Notwendigkeit pädagogischer, familientherapeutischer und schulischer Interventionen, eine störungsspezifische multidisziplinäre und multimodale Behandlung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und nicht der Erwachsenenpsychiatrie. Heute bieten 22 Kliniken Jugend-Suchtbehandlungen an, der Versorgungsbedarf ist aber größer. Die Altersbegrenzung liegt bei 18 Jahren (Schulte-Markwort & Stolle, 2009). Genderaspekte sind nicht expliziter Bestandteil des Selbstverständnisses. Die Expertengespräche haben ergeben, dass z.B. in Gruppen darauf geachtet werde, dass nicht nur ein oder zwei Mädchen dort vertreten sind. Bei besonderen Bedarfen würden ad hoc-Gruppen eingerichtet wie etwa bei sexuellen Traumatisierungen in der Vorgeschichte – auch für zwei Mädchen.

Bei der individuenzentrierten Behandlung werde Gender automatisch mitberücksichtigt, da die Problemlage des einzelnen Jungen oder Mädchens im Vordergrund steht. Das bedeutet, dass es dem einzelnen Therapeuten überlassen bleibt, ob und wieweit er Aspekte des sozialen Geschlechts berücksichtigt und auch, dass das Erlernen einer zufriedenen Geschlechtsrolle nicht regelhafter Bestandteil der Behandlung ist.

2.4.2 Fazit

„Gender“, „Sucht“ und „Jugend“ sind, jedes für sich genommen, in Praxis wie Wissenschaft intensiv beachtete und bearbeitete Felder. In der Zusammenschau „geschlechtsspezifische Suchtarbeit mit Jugendlichen“ fallen jedoch mehrere Lücken auf, die auf verschiedene Mängel zurückgeführt werden können. Hierzu ist die Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme mit ihren unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen und Kooperationschwierigkeiten zu rechnen, weiterhin die unzureichenden, nicht verpflichtenden und nicht qualitätsgesicherten Angebote in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. S. 67 Exkurs: Gender Mainstreaming in Aus- und Weiterbildung) sowie die nur zögerliche Beachtung dieser Querschnittsaufgabe durch Leitungs- und Fachkräfte in den versorgenden Einrichtungen. Dies gilt insbesondere für die Arbeit mit süchtigen Jungen und jungen Männern, deren soziales Geschlecht erst in den letzten Jahren ins Blickfeld des Interesses gerückt ist.

Es gibt eine Reihe der hier untersuchten Einrichtungen, die sich um Genderorientierung bemühen und deren Selbstverständnis von der breit gefächerten Implementation der unterschiedlichen Facetten von Gender Mainstreaming bis zu geschlechtsspezifischen Angeboten im ansonsten genderneutralen Setting reicht. Insgesamt fällt auf, dass Gender Mainstreaming in den Einrichtungen der Suchthilfe bisher, wenn überhaupt, vor allem konzeptionell beschrieben ist und dass die Genderkompetenz der Fachkräfte praktisch

nicht gefordert und kaum gefördert wird. Die oft beschworene Vorbildfunktion der Beschäftigten muss solange angezweifelt werden, wie deren Ausgestaltung ihrer Geschlechtsrollen nicht systematisch reflektiert wird. Die Gefahr ist groß, dass negative Rollenanteile bei den Jugendlichen durch nicht hinterfragtes Verhalten der Fachkräfte verfestigt werden (vgl. Budde, 2007; Bentheim et al., 2004) – es sei denn, man gibt sich mit der Überzeugung zufrieden, dass die Therapeutinnen und Therapeuten wahrscheinlich bessere Vorbilder sind als die bisherigen Erziehungspersonen der Kinder und Jugendlichen.

Zwischen den Betreuungsnotwendigkeiten süchtiger Frauen und Männer und denen von Mädchen und Jungen gibt es gravierende Unterschiede, die einerseits in den bisher nicht gefestigten Rollenbildern der Jugendlichen begründet liegen und andererseits darin, dass süchtiges Verhalten nicht als das beherrschende Problem der Jugendlichen gesehen wird. Um positive Reifungsprozesse zu unterstützen, stehen pädagogisch-unterstützende Maßnahmen im Vordergrund, die in auf Jugendliche spezialisierten Einrichtungen besser zu verwirklichen sind, als in solchen für Erwachsene. Dabei geht bei vielen Jugendlichen mit suchtbezogenen Problemen der pädagogische Bedarf über das Alter von 18 bzw. 21 Jahren hinaus, sodass über andere Altersvorgaben bei der Versorgung von Jugendlichen nachgedacht werden muss.

Einrichtungen für Jugendliche legen deutlich weniger Wert auf geschlechtshomogenes Arbeiten als Erwachseneneneinrichtungen. Der Argumentation, dass Kinder weibliche und männliche Vorbilder brauchen, kann gefolgt werden. Genau wie einige Erwachsene brauchen aber auch schon einige Jugendliche aufgrund ihrer zerstörerischen geschlechtsspezifischen Erfahrungen besondere Räume (z.B. Gruppen, Wohnbereiche und – seltener spezialisierte Einrichtungen), die umfassenden Schutz und eine psychische Stabilisierung ermöglichen. Eine geschlechtshomogene Belegung (Klientel und Fachkräfte) erscheint weder für Erwachsene noch für Jugendliche zwingend, wenn den jeweiligen Bedürfnissen und Bedarfen der Klientel gefolgt wird. Zweigeschlechtliche Betreuendenteams erscheinen sinnvoll, da sie die reale Welt abbilden und es unterschiedliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen für unterschiedliche Probleme gibt – vorausgesetzt, die Therapeuten und Therapeutinnen sind genderkompetent und es gibt ausreichend gleichgeschlechtliche Angebote und Schutzräume. Zudem steht die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit geschlechtsspezifischer Angebote noch aus (Winkler, 2004). Ein besonderer quantitativer wie qualitativer Forschungsbedarf besteht bezüglich der Betreuung suchtmittelmissbrauchender Jugendlicher in Einrichtungen der Jugendhilfe.

3 Methodik der Untersuchung

Aufgrund der umfassenden Aufgabenstellung, der Vielzahl der zu betrachtenden Dienste, der Vielfalt der beteiligten Trägerverbände sowie einer zu erwartenden breiten Streuung unterschiedlicher Umsetzungsformen von sucht- und genderspezifischen Hilfen für Jugendliche setzte die Bietergemeinschaft ein mehrschichtiges und mehrdimensionales Evaluationskonzept um, das verschiedene quantitative und qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung verknüpft.

Die Basis bildeten dabei eine Sekundäranalyse vorhandener Materialien und wissenschaftlicher Literatur sowie eine Bestandsaufnahme von Angeboten und Hilfen für Jugendliche mit Suchtproblemen, die sich unterteilte in eine *Breitenevaluation* (Oktober 2007 – Juli 2008) in Form einer schriftlichen Befragung und eine *Tiefenevaluation*, in deren Rahmen zwischen Oktober 2008 und Januar 2009 ausgewählte Angebote und Einrichtungen, insbesondere jene mit Erfahrungen in genderspezifischer Arbeit, vertieft persön-

lich befragt wurden. In der Bestandsaufnahme wurden also objektive Daten wie z.B. Versorgungsbereich, Einrichtungsgröße, Beschäftigtenzahlen und –verteilung ebenso berücksichtigt wie subjektive Einschätzungen (z.B. Berücksichtigung von genderaspekten, Erfahrungen mit Kooperation) der Beteiligten vor Ort. Ein qualitatives Vorgehen war unverzichtbar für die Bewertung der komplexen und jeweils spezifischen Realisierungsbedingungen von Konzepten, Zugangswegen und Angeboten für Mädchen und Jungen mit Suchtproblemen sowie von Schnittstellenproblemen. Befragungen von Kooperationspartnern und –partnerinnen im Versorgungssystem und von Jugendlichen selbst ergänzten das Vorgehen (beides im Frühjahr 2009).

Im Folgenden werden die einzelnen Arbeitsschritte vorgestellt.

3.1 Sekundäranalyse wissenschaftlicher Erkenntnisse

Insbesondere mit Blick auf die erste in der Leistungsbeschreibung formulierte Aufgabe (Bestandsaufnahme wissenschaftlicher Erkenntnisse zu geschlechterspezifischen Anforderungen an die Suchthilfe) hat die Bietergemeinschaft im Herbst/Winter 2007/2008 eine umfassende Recherche durchgeführt, die auf unterschiedliche Quellen zurückgriff. Die Recherche wurde im gesamten Projektzeitraum weitergeführt, sodass auch aktuelle Titel berücksichtigt werden konnten.

Zunächst wurden *Recherchen u.a. in den Datenbanken* PSYINDEX, PSYINFO und MEDLINE sowie über die Bibliotheken verschiedener Universitäten und Fachhochschulen durchgeführt, durch die nach ausgewählten Stichwörtern („Kinder + Sucht“, „Kinder + Drogen“, „Jugend + Sucht“, „Jugend + Drogen“, „Jungen + Sucht“, „Jungen + Drogen“, „Mädchen + Sucht“, „Mädchen + Drogen“) relevante nationale und internationale Studien und Veröffentlichungen erfasst werden sollten. Tatsächlich waren jedoch kaum Studien zum Thema zu finden. Wissenschaftlich gesicherte, geschlechtssensible Vorgehensweisen gehören (noch) nicht zu den untersuchten Aspekten in der Suchthilfe und -therapie. Umso wichtiger war es deshalb, *Recherchen in einschlägigen Fachzeitschriften* (u.a. Sucht, Suchttherapie, Suchtmedizin), Kongressbänden, Veröffentlichungen der Fachverbände (z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Fachverband Sucht e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.) und „grauer“ Literatur durchzuführen. Gleichwohl ist auch hier der Befund schwierig: Zwar gibt es einige auf den Erfahrungen einzelner Projekte und Institutionen basierende Praxisberichte und Ergebnisevaluationen, systematische Identifikation von Wirkungen und Wirkfaktoren jedoch keine. Am häufigsten finden sich Erfahrungsberichte zu frauenspezifischer Suchtarbeit, die jedoch im Wesentlichen hier nicht berücksichtigt werden, da sie fast durchgängig auf Erwachsene zielen. Nur wenige Veröffentlichungen berücksichtigen neuere genderbezogene Diskurse, vermitteln oft jedoch wissenschaftlich (noch) nicht gesicherte Ratschläge für die Praxis (vgl. Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW; BELLA DONNA, 2004; LWL, 2006).

Auch die *Suche über verschiedene Web-Seiten*, die entweder selbst systematisch Projekte zu bestimmten Themen wie Gesundheitsprojekte, Präventionsprojekte zusammenfassen oder die Hinweise und Links zu entsprechenden Web-Seiten von Fachverbänden, Institutionen, Einrichtungen, Projekten etc. geben, war nicht sehr erfolgreich.

Die Bietergemeinschaft hat deshalb großflächig auch im weiteren Sinn für das Thema (möglicherweise) relevante Literatur recherchiert. Dabei kamen über 1.000 Titel zusammen, die differenziert gesichtet und ausgewertet wurden.

3.2 Bestandsaufnahme zu geschlechterspezifischen Konzepten und Angeboten

Die Bietergemeinschaft hat für die Bestandsaufnahme der Angebote und praktischen Erfahrungen mit genderspezifischen Suchthilfeangeboten für Jugendliche (Breitenerhebung) ein dreistufiges Vorgehen realisiert: Zunächst wurden (1) relevante Expertinnen und Experten befragt, um ein aktuelles Bild zu Hilfskonzepten für Mädchen und Jungen mit problematischem Suchtmittelkonsum zu erhalten und das weitere Vorgehen vorzubereiten. Danach wurde nach *sämtlichen* Hilfen (Beratung oder Behandlung) im Zusammenhang mit jugendlichem Suchtmittelkonsum gesucht, unabhängig davon, in welchem System die Hilfen erbracht werden. D.h. es wurde nach jugend- und suchtspezifischen Angeboten in der ambulanten und der stationären Sucht- und Drogenhilfe, in suchtmmedizinischen Einrichtungen der Regelversorgung und von Spezialdiensten, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in spezifischen Jugend-Entgiftungseinrichtungen, in sekundärpräventiven Angeboten der Jugendhilfe und von Behörden gesucht. Die bei der Recherche gefundenen Angebote und Einrichtungen wurden schließlich (2) ausführlich schriftlich sowie (3) persönlich vertieft befragt.

3.2.1 Vorab-Recherche

Um die Angebote und Einrichtungen zu identifizieren, die Jungen und Mädchen mit problematischem Suchtstanzkonsum tatsächlich erreichen und die für problematisch konsumierende Jugendliche geschlechterspezifische Konzepte und Angebote vorhalten, wurde eine differenzierte Recherchestrategie umgesetzt. Zum einen wurden eigene Recherchen durchgeführt und zum anderen relevante Stellen um Hinweise zu Angeboten und Einrichtungen gebeten:

- Im Oktober 2007 wurden bundesweit insgesamt 89 Stellen angeschrieben und um Hinweise zu Angeboten und Einrichtungen für problematisch konsumierende Jugendliche gebeten, die (möglicherweise) geschlechtsspezifisch arbeiten. Angefragt wurden alle Landessucht- bzw. Drogenbeauftragten, die Psychiatriereferentinnen und -referenten der Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der leitenden Klinikärzte und -ärztinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Verbände der Sucht- und Drogenhilfe (wie z.B. der FDR, FVS, der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe und der Caritas Bundesverband), die DHS, die Landesstellen für Suchtfragen und weitere Fachstellen. Angeschrieben wurden des Weiteren die Kosten- und Leistungsträger (Landesjugendämter, Kranken- und Rentenversicherungen).
- Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) veröffentlichten dankenswerterweise Informationen zur Studie und riefen zur Mitarbeit auf.
- Die Bietergemeinschaft kontaktierte parallel zur o.g. Befragung ausgewählte Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, die mit Blick auf Mädchen und Jungen mit problematischem Substanzkonsum oder hinsichtlich entsprechender Arbeitsansätze über eine besondere Expertise verfügen.
- Schließlich wurden Konzepte, Jahresberichte und sonstige Unterlagen von Trägern und Einrichtungen, die über geschlechterspezifische Arbeit mit jugendlichen Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten berichten, systematisch gesichtet.

Mit der Vorab-Recherche wurden verschiedene Arten von ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen gesucht:

- eigenständige, spezialisierte Angebote und Einrichtungen
- Arbeitsansätze, die integriert in Facheinrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, der Psychiatrie, der Jugendhilfe u.ä. vorgehalten, jedoch nicht als spezifische Projekte oder Arbeitseinheiten kommuniziert werden
- Angebote, die sich an Jungen und Mädchen im Übergang zum Erwachsenenalter richten, die also z.B. im Bereich der Erwachsenensuchthilfe oder -psychiatrie vorgehalten werden.

Von den im Rahmen der Vorab-Recherche angeschriebenen 89 Stellen antworteten lediglich 48 Befragte. Neun von diesen informierten dabei nur darüber, dass sie die Anfrage an ihre Mitglieder weitergeleitet hatten, damit diese sich ggf. direkt an uns wenden konnten. 41 Befragte reagierten – trotz z.T. wiederholter Nachfragen – nicht. Die Befragung erbrachte Hinweise auf 317 Einrichtungen (darin Doppelnennungen). Über die anderen Recherchewege konnten weitere 150 Adressen zusammengetragen werden. Bereinigt um Doppelnennungen und nach einer ersten Prüfung, ob die Angebote aktuell noch bestehen, umfasste die Liste 341 Adressen aus dem gesamten Bundesgebiet.

3.2.2 Befragung von Einrichtungen

Die Liste mit 341 Angeboten und Einrichtungen umfasst vermutlich annähernd vollständig die Einrichtungen und Angebote, die sich in Deutschland an Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum bzw. Abhängigkeitsproblemen richten und dabei Genderaspekte berücksichtigen. Allerdings wurde am Antwortverhalten der Befragten deutlich, dass die Benennung von Einrichtungen in sehr unterschiedlicher Weise erfolgte². Um zu erfragen, wie geschlechterspezifisch die Einrichtungen tatsächlich gestaltet und wie sie mit anderen Hilfen vernetzt sind, wurden alle gesammelten Angebote und Einrichtungen von der Bietergemeinschaft angeschrieben und umfassend schriftlich befragt.

Die Befragung der 341 Einrichtungen startete im März 2008 und lief aufgrund des schleppenden Rücklaufs über fünf Monate bis Juli 2008. Die Beteiligung erfolgte online, per Paper-and-Pencil-Befragung oder durch Bearbeitung eines WordFormulars am PC.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 49 (teil-)standardisierte und offene Fragen, z.T. mit Unterfragen, die folgende Aspekte thematisierten:

- Rahmendaten (Einzugsgebiet, Größe, Finanzierung etc.)
- geschlechterspezifische Konzeption oder Konzeptionsteile
- sachliche und personelle Ausstattung (z.B. Qualifikation, auch im Hinblick auf genderspezifische Arbeitsansätze)
- Art des Zugangs und infrastrukturelle und organisatorische Voraussetzungen zur Realisierung der jeweiligen Zugangswege (z.B. Kooperation, Vernetzung)
- Zielgruppenerreichung und Merkmale der Jungen und Mädchen (Alter, Problemausprägung, Ethnie, soziale Lage etc.)

² Z.B. listeten manche Landessuchtreferentinnen und –referenten alle Jugend- und Suchtberatungsstellen im Land auf, während andere äußerten, dass keine Einrichtung im Land „wirklich geschlechtsspezifisch arbeitet“. Wiederum andere Befragte benannten nur die auf ein Geschlecht spezialisierten Einrichtungen.

- Einschätzungen zu inanspruchnahmerelevanten Faktoren sowie zum Versorgungsbedarf für problematisch Suchtmittel konsumierende Mädchen und Jungen
- geschlechterspezifische Gestaltung von Erstkontakt und Angebot/Arbeit
- Arbeit und Erfahrungen mit der Umsetzung geschlechterspezifischer Konzepte und Effekte/Wirkungen der geschlechtsspezifischen Änderungsbedarfe und Einschätzung der Übertragbarkeit der Erfahrungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Art und Umfang der Weitervermittlung sowie von Koordination und Schnittstellenmanagement; Bewertung von Schnittstellen und Schnittstellenproblemen
- Anregungen für die Verbesserung des Suchthilfe- bzw. Suchttherapieangebots unter Genderaspekten und für die Verbesserung der Verzahnung der verschiedenen Hilfebereiche.

Nach Ablauf der ursprünglich geplanten Rücksendefrist von sechs Wochen hatten lediglich 35 der insgesamt 341 Befragten (10,3 %) einen Fragebogen bearbeitet. Alle fehlenden Einrichtungen wurden daraufhin telefonisch kontaktiert, und es wurde ihnen angeboten, den Fragebogen als Telefoninterview zu bearbeiten. Mit 91 Einrichtungen konnte die telefonische Bearbeitung des Fragebogens realisiert werden. Die Fragebögen, die nicht online bearbeitet worden waren, wurden am Computer eingegeben.

Anschließend erfolgte die Datenbereinigung, bei der logisch falsche Werte entfernt wurden. Bei mehreren Einrichtungen war es nötig, telefonisch nachzufragen und bereits eingegebene Daten zu ändern. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS).

3.3 Interviews mit Praxisexpertinnen und -experten für genderspezifische Suchthilfe

Um Praxiserfahrungen vertieft zu erfassen, waren die Einrichtungen von Interesse, die genderspezifisch ausgerichtet sind. Die Auswertung der Einrichtungsbefragung zeigte, dass lediglich 41 der befragten Einrichtungen schwerpunktmäßig (= mind. 50 % der Klientel) Jugendliche und junge Erwachsene bis 21 Jahre betreuen, darunter zehn ambulante Angebote. Unter diesen 41 Einrichtungen wurden kriteriengeleitet vor allem die Einrichtungen für die Interviews ausgewählt, die ihre Arbeit vermutlich geschlechtsspezifisch umsetzen.

Wir danken den Gesprächspartnerinnen und -partnern für Ihre Bereitschaft, mit uns zu sprechen und uns an ihren Erfahrungen partizipieren zu lassen:

- Frau Alberti, Aktive Suchthilfe, Hamburg
- Herr Beer, easy Contact house, condrobs München
- Herr Benöhr, 4Change, Bornheim
- Herr Dr. Bilke, Vivantes Kliniken, Berlin
- Frau Collmann, Villa Störtebeker, Berlin
- Herr Eichhorn, Fachklinik Weihermühle, Großhabersdorf
- Herr Gerdes, Step Kids Villa Eden, Hannover

- Frau Herschelmann, Kajal, Hamburg
- Frau Kuwertz, Con-Action, condrobs München
- Herr Dr. Lorenz, Kipsy, Bremen
- Herr Mahringer, Come in, Hamburg
- Herr Monz, Jugenddorf Wolfstein, Wolfstein
- Frau Ohnmeiß und Frau Neuwirth, Lagaya und Jella, Stuttgart
- Frau Pannenbecker, Suchthilfe Direkt Essen gGmbH
- Frau Dr. Protz-Franke, Balance/Haus an der Polz, Seilershof
- Herr Rindler, Chill Out, Bietigheim-Bissingen
- Herr Ruml, Inizio, condrobs München
- Herr Schliekau, Dietrich-Bonhoeffer Klinik, Ahlhorn
- Herr Schwehm, Therapieverbund Ludwigsmühle, Landau
- Frau Wiedenau, Mäc Up, SKM Köln
- Herr Wilhelm, Fachklinik Bokholt, Bokholt.

In den Angeboten und Einrichtungen wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, wobei sowohl Leitungskräfte als auch Fachkräfte aus der direkten Klientenarbeit einbezogen wurden. Im Einzelnen zielten die Gespräche neben den o.g. Aspekten auf folgende Untersuchungsdimensionen:

- theoretische Grundannahmen für die geschlechterspezifische Arbeit sowie damit einhergehende Grundhaltungen
- Art der gewählten Zugangswege und Erreichung von Mädchen und Jungen je nach Zugangsweg
- Art und Umfang der geschlechterspezifischen Angebote und Angebotsgestaltung
- Infrastrukturelle, organisatorische und personelle Voraussetzungen (hier z.B. Bedeutung geschlechtshomogener Betreuung vs. Crosswork)
- hemmende und fördernde Faktoren der Erreichung von Jungen bzw. Mädchen sowie bei der Umsetzung geschlechtsspezifischer Angebote
- Einschätzung derjenigen Faktoren, die – je spezifisch – zur Compliance der Mädchen und der Jungen beitragen
- Einschätzung über die Besonderheiten der lokalen und regionalen Bedingungen (im Hinblick auf die Transferierbarkeit der jeweiligen Ansätze)
- Gestaltung der Kooperation mit anderen Angeboten und Diensten, insbesondere bereichsübergreifend, sowie Erfahrungen damit und Einschätzungen zu hemmenden und fördernden Faktoren von Netzwerkarbeit.

Die Ergebnisse dieses Untersuchungsschritts wurden systematisch analysiert, zusammengefasst und mit den Ergebnissen der Recherche und sekundäranalytischen Auswertungen verknüpft. Hierbei wurde auf spezifische Bedingungen der Angebote (z.B. besondere personelle, infrastrukturelle Situation), Widersprüche/Gegensätze zu fachlichen Standards bzw. dem „Mainstream“ der Angebote und Hinweise zur Verbesserung der Versorgung und der Transferierbarkeit der Erfahrungen geachtet.

3.4 Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten kooperierender Versorgungsbereiche

Ein inhaltlicher Schwerpunkt des Forschungsprojektes lag auf der Betrachtung der Schnittstellen und der Erarbeitung von Empfehlungen zur besseren Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe und -beratung, Jugendpsychiatrie und therapeutischer Angebote. Deshalb wurden die relevanten Versorgungsinstanzen direkt befragt. Da es dabei im Wesentlichen um qualitative Dimensionen von Zusammenarbeit ging, wurden Fokusgruppengespräche mit Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) und der Jugendhilfe durchgeführt. Um ebenfalls *Das* für Jugendliche relevante Regelsystem zu berücksichtigen, fanden zudem Fokusgruppen im Bereich Schule statt. Die Gesprächspartnerinnen und -partner repräsentierten die Regelversorgung, nicht suchtspezifische Angebote, da es nun darum ging, den Blick der Regelversorgung auf die suchtspezifische Arbeit sowie ihre Bedarfe zu eruieren.

Thematische Schwerpunkte der Fokusgruppen waren dabei u.a.:

- Wahrnehmung der Befragten zu Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen – im Konsumverhalten und in der Problementwicklung
- Einschätzungen zu geschlechterspezifischem Zugangs- bzw. Anspruchswegen sowie zu geschlechterspezifischem Versorgungsbedarf von Jugendlichen sowie zu geschlechterspezifischen Betreuungs- und Therapiekonzepten
- Anforderungen an und Empfehlungen für eine geschlechterspezifische Suchthilfe
- Einschätzungen und Empfehlungen zu Zu- und Übergängen, Verweisungen, Behandlungs-Koordination und Schnittstellenmanagement
- Anforderungen und Empfehlungen an eine bessere Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie und psychiatrischer Suchttherapie und der versorgungsbereichsübergreifenden Abstimmung und Koordination
- Prüfung des Transferpotenzials vorliegender Erfahrungen und Arbeitsansätze.

Die Fokusgruppen wurden nach Versorgungssegmenten durchgeführt, um spezifische und realistische Einschätzungen einzuholen. Da der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich schon in der Breiten- und Tiefenerhebung intensiver betrachtet wurde, sollte dieser Untersuchungsschritt sich stärker mit Jugendhilfe befassen und neben Jugendhilfeeinrichtungen auch Schulen betrachten. Insgesamt ergaben sich sechs Fokusgruppen, zwei pro Bereich unter Berücksichtigung ambulanter und stationärer Angebote, die im Frühjahr 2009 stattfanden.

Die Gespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt, protokolliert und zusammenfassend ausgewertet.

Wir danken den vielen Gesprächspartnerinnen und -partnern für Ihre Unterstützung.

3.5 Exemplarische Betrachtung von best Practice-Modellen zur Verzahnung verschiedener Hilfebereiche

Mit Blick auf die Aufgabenstellung, Empfehlungen für eine bessere Verzahnung der verschiedenen Hilfesegmente zu erarbeiten, wurden in einem weiteren Untersuchungsschritt explizit gute Erfahrungen (best Practice) von hilfesegmentübergreifender Kooperation recherchiert. Nach Recherchen über Fachzeitschriften und -tagungen sowie per Internet

wurden zwei Standorte bestimmt und besucht: Hamburg und der Landkreis Steinfurt. In Hamburg wurde am 9. April 2009 die Kooperation zwischen Therapiehilfe e.V. (Sucht- und Drogenhilfeangebote) und der Hamburger Kinder- und Jugendhilfe e.V. betrachtet sowie ein Gespräch mit der Vertreterin der Suchtbeauftragten zu strukturellen Maßnahmen der Vernetzung geführt.

In Steinfurt galt das Interesse der Kooperation zwischen mehreren Trägern aus dem Bereich Jugendhilfe mit der Suchthilfe des Diakonischen Werkes (5. Juni 2009). Mit den Gremien und Akteuren wurde gesprochen über:

- beteiligte Akteure/Einrichtungen
- Regularien, Verträge u.ä., Verbindlichkeit der Absprachen
- Art, Inhalte, Häufigkeit von Informations- und Datenaustausch und Kooperation
- unterstützende Instrumentarien (z.B. gemeinsame Hilfeplanung)
- Erfahrungen mit der Kooperation: fördernde und hemmende Bedingungen
- Effekte der vernetzten Arbeit: für die Klientel und für das Hilfesystem
- Anregungen für Aufbau bzw. Verbesserung der Verzahnung von Hilfen.

Wir danken den Gesprächspartnerinnen und –partnern für Ihre Bereitschaft, uns an ihren Erfahrungen partizipieren zu lassen:

- Herr Brinker, Caritas Suchtberatung Steinfurt
- Herr Elling, Evangelische Jugendhilfe Steinfurt
- Herr Hadebusch, terra nova Ochtrup
- Frau Harries-Hedder, Therapiehilfe e.V. Hamburg.
- Frau Krömer, Hamburger Kinder- und Jugendhilfe e.V.
- Frau Püschl, Behörde für Gesundheit und Soziales, Hamburg
- Frau Schultian, Christliches Jugenddorf Steinfurt
- Frau Strake, LWL Jugendheim Tecklenberg
- Herr Vorrink, Jugendamt Kreis Steinfurt

Die Befragungen wurden leitfadengestützt durchgeführt, protokolliert und zusammenfassend ausgewertet.

3.6 Erhebung von Versorgungsbedarfen aus Sicht der Betroffenen

Eine Aufgabe der vorliegenden Studie betrifft die Frage, wie junge Menschen möglichst früh in suchtbezogene Hilfen einbezogen werden können und wie diese Hilfeangebote aus der Perspektive Jugendlicher wahrgenommen und bewertet werden. Aus diesem Grund wurde unter Nutzerinnen und Nutzern von Suchthilfeeinrichtungen eine Fragebogenstudie durchgeführt. Hierbei galt es neben der Frage, unter welchen Bedingungen eine Inanspruchnahme der Angebote der Suchthilfe erfolgt, die Bedeutung genderspezifischer Aspekte der Suchtbehandlung Jugendlicher zu untersuchen.

Der Schwerpunkt dieses Arbeitsschritts lag in der Erhebung quantitativer Merkmale. Diese wurden im Rahmen fragebogengestützter Einzelinterviews erhoben, da eine gewöhnliche Fragebogenuntersuchung aufgrund möglicher Lese- und Verständnisprobleme aufseiten der Jugendlichen als nicht praktikabel erachtet wurde.

Die Interviews wurden ausschließlich in stationären Einrichtungen durchgeführt, da die Jungen und Mädchen hier einfacher erreicht und in ihrem gewohnten Setting befragt werden konnten. Die Interviews dauerten etwa 30 bis 40 Minuten.

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen dieses Arbeitsschritts dargelegt. Hierbei werden zunächst die Merkmale vorgestellt, die in der Untersuchung erhoben wurden (Abschnitt 3.6.1). In Abschnitt 3.6.2 werden dann die Umsetzung sowie die Auswertungsmethodik beschrieben.

3.6.1 Beschreibung der Befragten

Zur Beschreibung der Jugendlichen wurden folgende Merkmale erhoben:

- soziodemografische Merkmale: Alter, Geschlecht, aktuelle Tätigkeit, angestrebter bzw. erreichter Bildungsabschluss, Migrationshintergrund, Wohnstatus vor Aufnahme in die Einrichtung
- Substanzkonsum und konsumbezogene Probleme: Alter des ersten Drogenkonsums, 12-Monats-Prävalenz & 30-Tages-Prävalenz aller relevanten psychoaktiven Substanzen, das Ausmaß problematischen Alkohol- und Cannabiskonsums mittels der Kurzinstrumente *AUDIT-C* (Bush, Kivlahan, McDonnell, Fihn & Bradley., 1998) und *Severity of Dependence Scale* (SDS; Steiner, Baumeister & Kraus, 2008)
- psychische Probleme: Psychische Symptombelastung anhand der Kurzversion der *Symptom Checkliste* (SCL-K9; Klaghofer & Brähler, 2001), Vorliegen einer Essstörung mittels einer Screeningfrage
- Gewaltbelastung durch andere: Waren die Jugendlichen innerhalb der letzten zwölf Monate körperlicher Gewalt durch andere ausgesetzt? Wenn ja, wo fand die Gewalt statt (innerhalb und/oder außerhalb der Familie)? Es wurde keine Frage nach sexualisierter Gewalt gestellt, da in diesem Zusammenhang mit einem Großteil von Falschantworten gerechnet wurde und keine korrekte Dateninterpretation gewährleistet werden konnte.
- delinquentes Verhalten: Verbreitung von Körperverletzungsdelikten innerhalb der letzten zwölf Monate; Anteil an Befragten, die sich schon einmal wegen eigener Straftaten vor Gericht verantworten mussten.

Bedingungen für die Nutzung von Hilfeangeboten

Um die Bedingungen für die Nutzung von Suchthilfeangeboten aus Sicht der Jugendlichen zu untersuchen, wurden folgende Merkmale erhoben:

- grundlegende Angaben zur Nutzung: Wahrgenommene Problemdauer, Dauer der Nutzung suchtbezogener Hilfen, bisher genutzte Hilfeangebote
- fördernde und hemmende Bedingungen für die Nutzung: Anlass für den ersten Kontakt mit professionellen Einrichtungen, hierbei Einteilung in Eigen- und Fremdmotivierung
- Motivlage gegenüber der Nutzung professioneller Hilfe: Argumente, die aus Sicht der Jugendlichen für eine Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen und welche dagegen sprachen (bezogen auf den Zeitpunkt vor dem Erstkontakt).

Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Aspekte durch die Jugendlichen

Bei der Untersuchung von Genderaspekten in den Einrichtungen bzw. ihre Bedeutung aus Sicht der Jugendlichen musste davon ausgegangen werden, dass die Befragten vermutlich nur ein sehr rudimentäres Bild von einer gendersensiblen Angebotsgestaltung haben würden. Um den Stellenwert von Genderaspekten aus Sicht der Jugendlichen valide zu erfassen, wurde in der Befragung daher auf relativ einfache Inhalte fokussiert:

- Beurteilung der Geschlechterverteilung innerhalb der Klientel
- Beurteilung der Geschlechterverteilung innerhalb des therapeutisch tätigen Personals sowie der Betreuerinnen und Betreuer von Freizeitangeboten
- Bedarf nach zusätzlichen geschlechterspezifischen Therapie- und Freizeitangeboten.

3.6.2 Durchführung und Auswertung

Die Auswahl geeigneter Einrichtungen für die Befragung Jugendlicher wurde auf der Grundlage von Angaben aus der Einrichtungsbefragung getroffen. Dabei wurden mehrere Kriterien berücksichtigt: Zunächst kamen aus umsetzungstechnischen Gründen ausschließlich stationäre Einrichtungen in Betracht. Des Weiteren sollten ausschließlich Einrichtungen aufgesucht werden, deren Klientel überwiegend jugendlich, d.h. bis zu 21 Jahre alt war und es sollten Einrichtungen aus den Bereichen Sucht- und Jugendhilfe sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung hinreichend vertreten sein. Zu guter Letzt wurde bei der Auswahl darauf geachtet, Jugendliche aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands zu befragen.

Entsprechend dieses Verfahrens wurden Jugendliche aus insgesamt neun stationären Einrichtungen aus sieben Bundesländern rekrutiert, darunter primär sucht- und jugendtherapeutische Einrichtungen (s. Positionen 1 – 5 der nachfolgenden Tabelle), sowie aus kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen bzw. Anlaufstellen für Entgiftung (Positionen 6 – 9).

Die Fragebogeninterviews wurden im Zeitraum vom 12.03. bis zum 26.06.2009 an insgesamt 18 Terminen von zwei geschulten Interviewerinnen durchgeführt. Es wurde generell jede Klientin bzw. jeder Klient befragt, die/der sich zur Befragung bereit erklärte. Alles in allem wurden in den genannten Einrichtungen N = 108 Jugendliche angetroffen und gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Insgesamt folgten n = 103 Jugendliche dem Aufruf und ließen sich interviewen, hierunter 75 Jungen/junge Männer und 28 Mädchen/junge Frauen. Dies entspricht einer Ausschöpfung von 95,4 % der angestrebten Vollerhebung.

Die meisten Interviews wurden in der Therapeutischen Fachklinik „Come In“ in Hamburg, in der Therapeutischen Einrichtung Eppenhain und dem Haus an der Polz in Gransee durchgeführt (vgl. folgende Tabelle).

Tab. 2: Anzahl durchgeführter Interviews in den ausgewählten Einrichtungen

Einrichtung	Belegung zum Interviewzeitpunkt	Anzahl durchgeführter Interviews	Ausschöpfung
Therapeutische Einrichtung COME IN!, Hamburg	19	19	komplett
Therapeutische Einrichtung Eppenhain, Kelkheim	18	18	komplett
Haus an der Polz, Gransee	18	17	94,4 %
Therapiehof Sotterhausen	15	13	86,7 %
Wohneinrichtung Step out, Essen	7	7	komplett
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Jugendsuchstation	13	13	komplett
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Schleswig	10	8	80,0 %
Entzugshaus Count Down Drogen-therapie-Zentrum, Berlin	6	6	komplett
Vivantes Klinikum, Berlin	2	2	komplett
Gesamt	108	103	95,4 %

Allen Kooperationspartnerinnen und –partnern, die der Studiengruppe die Befragung in ihrer Einrichtung ermöglicht und diese tatkräftig unterstützt haben, sei hier ausdrücklich gedankt.

Die Auswertung bezieht sich, wo nicht anders vermerkt, auf alle Befragten ($n = 103$). Die Ergebnisse wurden geschlechtsspezifisch ausgewertet. Hierbei wurden abhängig vom Skalenniveau der zugrundeliegenden Merkmale Zusammenhangsanalysen (Phi- oder Cramers V-Koeffizient, mit inferenzstatistischer Absicherung durch einen Chi-Quadrat-Test) oder Tests auf Gruppenunterschiede (U-Test von Mann-Whitney, T-Test für unabhängige Stichproben) durchgeführt. Sämtlichen inferenzstatistischen Berechnungen liegt ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ zugrunde. Alle Analysen wurden mit dem Programmpaket SPSS 15 durchgeführt.

3.7 Beirat

Im Interesse einer beständigen Rückkoppelung mit dem Auftraggeber sowie zur Einbindung von Fachwissen und der Unterstützung der Untersuchung wurde ein Projektbeirat eingerichtet. Im Beirat arbeiten mit:

- Frau Awerbeck, Jugendamt Dortmund
- Herr Dr. Bilke, Vivantes Kliniken Berlin

- Frau Kirschbaum, BMG
- Frau Köhler-Azara, Drogenbeauftragte des Landes Berlin
- Frau Lubinski, Bereichsleiterin Prävention Condrops e.V. München
- Herr Wiegand, Deutsche Rentenversicherung, Hannover
- Herr Winckler, Therapeutische Einrichtung Eppenhain, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
- Frau Schu, Herr Dr. Tossmann, Frau Prof. Dr. Zenker und Herr Dr. Stolle, Bietergemeinschaft.

Der Beirat hat sich insgesamt viermal getroffen: zur ersten konstituierenden Sitzung am 06.11.2007, zur Diskussion erster Zwischenergebnisse am 17.06.2008, zur Besprechung des Zwischenberichts sowie des weiteren Vorgehens am 02.12.2008 sowie zur Diskussion des Abschlussberichts am 27.08.2009.

Die Autorinnen und Autoren danken dem Beirat für die anregende und kritische Begleitung der Studie.

4 Die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifischen Aspekte in den Hilfen für Kinder und Jugendliche mit suchtbewogenen Störungen

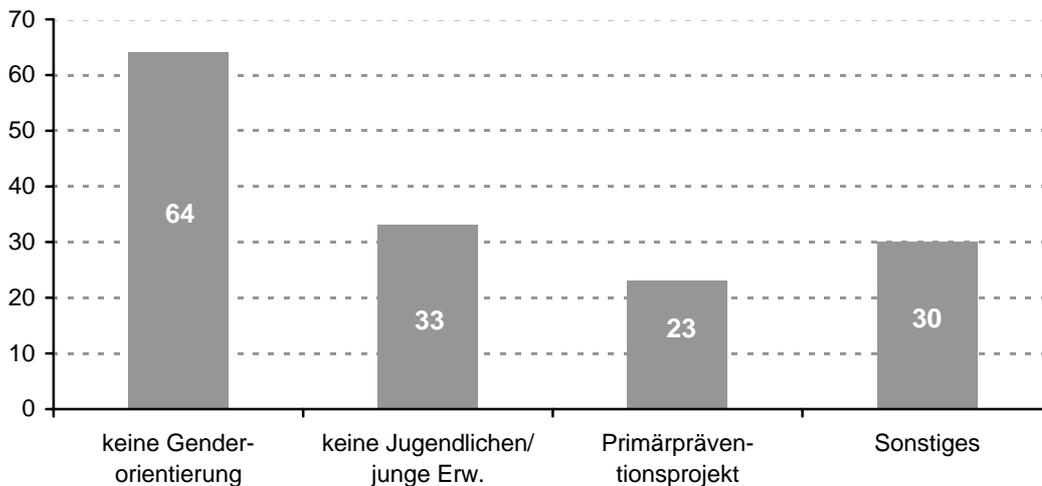
Im Rahmen dieser Untersuchung wurde nach einer umfassenden Vorab-Recherche (vgl. Abschnitt 2.2.1) im Frühjahr 2008 eine Befragung von Einrichtungen durchgeführt, die Jugendliche mit suchtbewogenen Problemlagen betreuen und die dabei – so die Hinweise der Vorab-Recherche – geschlechtsspezifische Ansätzen realisieren. Insgesamt wurden 341 Einrichtungen angeschrieben.

Nach Ablauf der ursprünglich geplanten Rücksendefrist von sechs Wochen hatten lediglich 35 der insgesamt 341 Befragten (10,3 %) einen Fragebogen bearbeitet zurückgeschickt. Einige Angeschriebene meldeten sich telefonisch und verwiesen darauf, dass sie fälschlicherweise angeschrieben wurden: Sie hätten entweder keine Jugendlichen/junge Erwachsene unter ihrer Klientel oder richteten sich nicht an Personen mit definitiv vorhandener Missbrauchs- bzw. Suchtproblematik (z.B. Primärpräventionsprojekte). Häufig war jedoch auch die Auskunft, dass die Angeschriebenen keine geschlechtsspezifische Ausrichtung verfolgten.

Dieser Rücklauf entsprach bei weitem nicht den Rücklaufquoten, die in Untersuchungen der hier beteiligten Institute im gleichen Handlungsfeld sonst erreicht werden. Deshalb und mit Blick auf die o.g. Rückmeldungen wurden alle fehlenden Einrichtungen angerufen und nochmals gebeten, den Fragebogen zu bearbeiten bzw. zu erläutern, aus welchen Gründen die Einrichtung nicht an der Befragung teilnimmt. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurde angeboten, die Befragung in Form eines Telefoninterviews durchzuführen. Hierfür wurde der für die schriftliche Bearbeitung konzipierte Fragebogen leicht gekürzt.

Insgesamt konnten 276 Einrichtungen erfolgreich telefonisch kontaktiert werden, die übrigen 65 wurden mehrfach angerufen (mindestens fünfmal), doch ohne Erfolg. Mit Blick auf die 276 Einrichtungen bestätigte sich, dass 150 Einrichtungen nicht zur gesuchten Gruppe gehörten (vgl. Abb. 1):

Abb. 1: Verteilung der stichprobenneutralen Ausfälle (n = 150)



Mit 64 Einrichtungen entfällt die deutlich größte Gruppe auf Einrichtungen, die angaben, keine genderbezogenen Angebote zu haben und nicht geschlechtsspezifisch zu arbeiten, und die deshalb auch nicht an der Befragung teilnehmen wollten. Dies sind immerhin 18,8 % der Bruttostichprobe und 42,7 % der Einrichtungen, die zwar erreicht wurden, von denen aber nur der Ablehnungsgrund notiert werden konnte.

Nimmt man hier hinzu, dass schon im Vorfeld Einrichtungen mit Verweis auf eine fehlende geschlechtsspezifische bzw. Gender-Orientierung die Befragung abgelehnt hatten, so verweist dieser Befund auf ein erstes Ergebnis: Geschlechtsspezifisches Arbeiten ist in der bundesdeutschen Suchthilfe für Jugendliche, zumindest jedoch unter den hier befragten Einrichtungen, nicht weit verbreitet. Zudem machten die Kommentare deutlich, dass Thema wenig Interesse auf sich zieht, oft als „Luxus“ bewertet wird: *„Wenn wir mal viel Zeit und Geld haben, beschäftigen wir uns auch mal damit“*³.

Des Weiteren erklärten 33 Einrichtungen (9,7 % der Bruttostichprobe), keine oder höchstens ausnahmsweise Klientel in der relevanten Altersgruppe zu betreuen, weitere 6,7 % leisten ausschließlich Primärprävention und sind daher für die vorliegende Befragung nicht von Interesse. Unter „Sonstiges“ wurde subsumiert, dass Einrichtungen nicht mehr existieren oder aufgrund unterschiedlicher Bezeichnungen doppelt angeschrieben wurden.

Das Ergebnis verweist auf die Qualität der „Meldungen“ in der Vorab-Recherche: Dies mag zum einen daran liegen, dass die dort befragten Experten und Expertinnen sich in unterschiedlicher Weise für die Ermittlung relevanter Einrichtungen engagiert haben, zum anderen aber auch daran, dass die Begriffe „geschlechtsspezifisches Arbeiten“ und „Gender Mainstreaming“ in der Suchthilfe (noch) nicht allgemeingültig definiert und einheitlich verstanden werden.

³ Kursiv gesetzte Aussagen in Anführungszeichen in den nächsten Kapiteln stammen - zum kleineren Teil - aus Telefongesprächen mit Befragten und - zum größeren Teil - aus persönlichen Interviews im Rahmen der vertiefenden Interviews mit Einrichtungen, der Fokusgruppengespräche und der Interviews mit Jugendlichen.

Dieses Ergebnis machte eine Bereinigung der Stichprobengröße notwendig wie in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tab. 3: Ausschöpfung der Einrichtungsbefragung

	abs.	in %
Bruttostichprobe (angeschriebene Einrichtungen)	341	100,0
davon:		
stichprobenneutrale Ausfälle (kein Gender, Klientel im falschen Alter etc.)	150	44,0
bereinigtes Stichprobenbrutto	191	100,0
systematische Ausfälle	65	34,0
realisierte Befragungen	126	66,0

Nach der Bereinigung der Bruttostichprobe um die 150 fälschlicherweise angeschriebenen Einrichtungen umfasst die bereinigte Stichprobe 191 Einrichtungen. Davon beteiligten sich 65 Einrichtungen *nicht* an der Befragung (34 %), bei denen offen bleiben muss, ob sie bzw. wie viele von ihnen zur Zielgruppe der Befragung gehören. 126 Angebote und Einrichtungen konnten in die Untersuchung einbezogen und damit eine Rücklaufquote von 66,0 % erreicht werden.

4.1 Subgruppenbildung zur Analyse

Geschlechtsspezifisches Arbeiten wird oft als Arbeiten mit einem Geschlecht verstanden. Lange Zeit wurde das Thema durch die im Rahmen der Frauenbewegung entstandene frauenspezifische Arbeit bestimmt. Auch heute noch verstehen viele Professionen unter „Gender“ Frauenarbeit unter neuem Namen. Vielerorts wurden aus „Frauenbeauftragten“ „Genderbeauftragte“ – oft genug ohne eine konzeptionelle Neuausrichtung und ohne Berücksichtigung männerspezifischer Aspekte.

Sowohl Frauen- oder Mädchenarbeit als auch Jungen- bzw. Männerarbeit definieren sich i.d.R. – ganz knapp – als geschlechtsbezogene Arbeit (erwachsener) Fachfrauen mit Mädchen/Frauen bzw. Fachmänner mit Jungen/Männern“ (vgl. z.B. Bentheim et al., 2004, S. 8). Frauen- und Mädchenarbeit entwickelte sich den 1970er Jahren und verfügt über gewachsene Traditionen und langjährige Erfahrungen. Allerdings beinhaltet die Orientierung an Frauen nicht unbedingt, dass das soziale Geschlecht „Gender“ umfassend berücksichtigt wird. Demgegenüber ist Jungen- und Männerarbeit deutlich jünger und kann noch nicht auf einen langjährigen Fachdiskurs zurückblicken. Beide Ansätze unterscheiden sich gleichwohl von jenen, die in gemischtgeschlechtlichen Kontexten geschlechtsspezifisch arbeiten (wollen).

Mit Blick auf diese konzeptionell wichtige Unterscheidung wurde die hier untersuchte Stichprobe zunächst daraufhin betrachtet, welche Geschlechter betreut werden.

Tab. 4: *Einrichtungen nach betreutem Geschlecht*

Klientel der Einrichtungen	abs.	in %
beide Geschlechter	92	73,0
ausschließlich Mädchen	20	15,9
ausschließlich Jungen	14	11,1
Gesamt	126	100,0

In der hier untersuchten Stichprobe dominieren mit 73 % Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen. Ein gutes Viertel der Befragten (27 %) konzentriert sich auf die Betreuung eines Geschlechts: 15,9 % der Einrichtungen betreuen ausschließlich Mädchen und Frauen und 11,1 % ausschließlich Jungen und Männer. Im Vorgriff auf Ergebnisse, über die später ausführlicher berichtet wird, werden für die Darstellung nicht die Begriffe „mädchenspezifisch“ oder „jungenspezifisch“ gewählt. Stattdessen wird von geschlechts-homogener Klientel⁴ gesprochen, unabhängig davon, ob die Konzentration einer konzeptionellen Entscheidung entspricht und fachlich untermauert ist oder aus eher pragmatischen Gründen stattfindet. Bei diesen Einrichtungen und ebenso bei jenen, die beide Geschlechter betreuen, wird im Folgenden zu prüfen sein, welche Rolle Gendergesichtspunkte in der Organisation und bei der Angebotsgestaltung spielen.

Die Studie soll sich auf Jugendliche beziehen. Da die Altersgrenze 18 Jahre aus entwicklungspsychologischer Sicht keine aussagekräftige ist und wenig mit den Reifungsprozessen in der Adoleszenz zu tun hat, insbesondere mit Blick auf Jugendliche mit suchtsbezogenen Störungen, wurde durch die Forschungsgruppe ein erweiterter Begriff von jugendlich zugrunde gelegt: Der Blick sollte sich richten auf Jugendliche zwischen 14 und 21 Jahren, ggf. auch auf unter 14-Jährige sowie bis zum 27. Lebensjahr (vgl. Angebot vom Mai 2007). Im Rahmen der Vorab-Recherche wurde eine Reihe Einrichtungen benannt, die sich an Erwachsene, i.S. von über 18 Jahre alte Personen, richten. Sie wurden aufgrund der erweiterten Definition gleichwohl in die Befragung eingeschlossen und erfragt, in welchem Umfang welche Altersgruppen betreut⁵ werden.

Lediglich 103 Einrichtungen (81,7 %) konnten das Alter ihrer Klientel zumindest grob angeben oder schätzen.⁶ Viele der befragten Einrichtungen betreuen weit überwiegend über 27-Jährige. Jugendliche werden hier nur „am Rande“ betreut: Weder Konzepte noch Angebote sind explizit auf Jugendliche abgestellt.

Um zu prüfen, ob die Betreuung Jugendlicher in auf ihre Altersgruppe spezialisierten Einrichtungen sich von jener in Erwachsenen-einrichtungen unterscheidet, wurde für die Analyse unterschieden zwischen Einrichtungen, deren Klientel zu mindestens 50 % bis 21 Jahre alt ist, und Einrichtungen, bei denen die Klientel zu über 50 % über 21 Jahre alt ist.

⁴ Die hier gewählten Begriffe „Klient“ und „Klientin“, auch in ihrer Pluralform, umfassen auch Begriffe wie „Nutzer“ und „Nutzerin“ oder die - vor allem im medizinischen Kontext verwandten - Begriffe „Patient“ und „Patientin“.

⁵ Wir verwenden hier und im weiteren Text häufig zur besseren Lesbarkeit den Begriff „betreuen“. Gemeint sind jeweils auch beraten, behandeln, begleiten u.ä.

⁶ Die Einrichtungen machten weit überwiegend keine genauen Altersangaben, sie schätzten vielmehr, wie viele Klientinnen und Klienten sie betreuen - gruppiert nach <14 Jahre, 14-17 Jahre, 18-21 Jahre, 22-27 Jahre, >27 Jahre.

Tab. 5: Einrichtungen nach Alter der Klientel (mindestens 50 % der Klientel bis 21 bzw. über 21 Jahre alt; n = 103)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
bis 21 Jahre	35	47,9	4	22,2	2	16,7	41	39,9
über 21 Jahre	38	52,1	14	77,8	10	83,3	62	60,1
Gesamt	73	100,0	18	100,0	12	100,0 ⁷	103	100,0

Cramers V > .20 p < .05

Drei Fünftel der untersuchten Einrichtungen betreuen überwiegend über 21-Jährige (60,1 %). Die Verteilung bei Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, ist ähnlich, während sich geschlechtshomogen arbeitende Einrichtungen mit 77,8 % (Einrichtungen für Mädchen/Frauen) bzw. 83,3 % (Einrichtungen für Jungen/ Männer) signifikant stärker an über 21-Jährige richten. Die hier zu betrachtende jugendbezogene Arbeit findet demnach stärker in gemischtgeschlechtlichen Kontexten statt. Dies erklärten Befragte damit, dass Jugendlichen eine geschlechtshomogene oder -spezifische Ausrichtung meist „*nicht so wichtig*“ sei.

4.2 Ergebnisse der Befragungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen sowie der vertiefenden Interviews in 21 Einrichtungen dargestellt, wobei generell nach der Ausrichtung der Einrichtungen auf beide Geschlechter, auf Mädchen/Frauen und auf Jungen/Männer unterschieden wird. Dort, wo es sinnvoll ist, wird zudem unterschieden nach Einrichtungen, in denen beide Geschlechter beschäftigt sind, und jenen, in denen ausschließlich Frauen bzw. ausschließlich Männer arbeiten. Zitate aus den Interviews sind kursiv gesetzt.

Die Darstellung geht zunächst auf Rahmendaten der Einrichtungen ein, um darzustellen, in welcher Weise Gender-Mainstreaming (GM)-Aspekte in der Organisation und in den Teams umgesetzt wurden. Schließlich wird die geschlechtsspezifische Ausrichtung der Arbeit mit den Jugendlichen in Konzeption und Angebotsspektrum betrachtet sowie bei qualitätssichernden Maßnahmen und bei Kooperationen. Aufgrund der eingeschränkten Datenqualität zur betreuten Klientel kann jedoch über diese nur wenig ausgesagt werden.

⁷ In dieser wie in allen folgenden Tabellen besteht die Möglichkeit, dass die Addition der Prozentwerte aufgrund von Auf- und Abrundungen nicht immer exakt 100 % ergibt.

4.2.1 Rahmendaten

Zunächst sollten die Befragten angeben, ob sie eine eigenständige Einrichtung beschreiben oder ein (Teil-)Angebot/einen Funktionsbereich innerhalb einer größeren Einrichtung.

Tab. 6: Einrichtungen nach Angebotstyp ($n = 126$)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
eigenständige Einrichtung	65	70,7	17	85,0	9	64,3	91	72,2
(Teil-)Angebot/ Funktionsbereich	27	29,3	3	15,0	5	35,7	35	27,8
Gesamt	92	100,0	20	100,0	14	100,0	126	100,0

72,2 % aller befragten Einrichtungen sind eigenständig, bei 27,8 % handelt es sich um Teilangebote in Einrichtungen. Zwischen den drei Einrichtungsgruppen bestehen hinsichtlich des Angebotstyps keine signifikanten Unterschiede, wenngleich die Einrichtungen, die ausschließlich Klientinnen betreuen, öfter eigenständige Einrichtungen sind.

Betrachtet man den Angebotstyp nach den Altersgruppen der Klientel zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied:

Tab. 7: Angebotstyp nach Altersgruppe der Klientel ($n = 103$)

	Einrichtungen mit 50 % Klientel bis 21		Einrichtungen mit 50 % Klientel über 21	
	abs.	%	abs.	%
eigenständiges Angebot	23	56,1	53	85,5
(Teil-)Angebot/Funktionsbereich	18	43,9	9	14,5
Gesamt	41	100,0	62	100,0

Cramers V > .20 $p < .01$

An Jugendliche bis 21 Jahre richten sich deutlich mehr Teilangebote als an die ältere Klientel. Diese Angebote/Funktionsbereiche sind häufig Bestandteile von Einrichtungen, die sich nicht primär an Jugendliche richten oder die Jugendliche erst als „neue“ Zielgruppe entdeckt haben.

4.2.1.1 Angebotsform

Die Einrichtungen sollten angeben, ob sie ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfe vorhalten. Da einige Einrichtungen über ein komplexes Angebot von ambulanten über teilstationäre bis stationäre Angebote verfügen, wurde hier unterschieden nach ambulant, stationär und „stationär +“, was Einrichtungen bezeichnet, die zusätzlich zu ihrem stationären Angebot auch teilstationäre und/oder ambulante Angebote vorhalten. Ähnliches gilt für „teilstationär +“: Hier werden ggf. auch ambulante Hilfen angeboten. Die Verteilung in der Stichprobe zeigt folgendes Bild:

Tab. 8: Einrichtungen nach Angebotsform (n = 103)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
stationär	37	40,2	6	30,0	9	64,3	52	41,3
ambulant	37	40,2	14	70,0	1	7,1	52	41,3
stationär +	17	18,5	0	0,0	3	21,4	20	15,9
teilstationär +	1	1,1	0	0,0	1	7,1	2	1,6
Gesamt	92	100,0	20	100,0	14	100,0	126	100,0

Cramers V > .20 p < .01

In der Stichprobe überwiegen die stationären Angebote, wenn man die Gruppe „stationär +“ mitberücksichtigt (zusammen 57,2 %). Die Verteilung innerhalb der einzelnen Gruppen unterscheidet sich jedoch deutlich, vor allem bei den Einrichtungen, die ausschließlich ein Geschlecht betreuen: 70 % der Einrichtungen für Mädchen bzw. Frauen arbeiten ambulant und z.T. niedrigschwellig. Demgegenüber dominieren bei den Einrichtungen mit ausschließlich männlicher Klientel die stationären Angebote mit zusammen 85,7 %, lediglich eine befragte Einrichtung für Jungen arbeitet ambulant (hoch signifikant). Dieser Unterschied wird die im Weiteren zu nennenden Ergebnisse beeinflussen und muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Tab. 9: Angebotsform der Einrichtungen nach Altersgruppe der Klientel (n = 103)

	Einrichtungen mit 50 % Klientel bis 21		Einrichtungen mit 50 % Klientel über 21	
	abs.	%	abs.	%
stationär	25	61,0	22	35,5
ambulant	10	24,4	33	53,2
stationär +	6	14,6	7	11,3
teilstationär +	0	0,0	0	0,0
Gesamt	41	100,0	62	100,0

Cramers V > .20 p < .05

Betrachtet man die Verteilung in den unterschiedlichen Angebotsformen nach den Altersgruppen der Klientel, wird deutlich, dass drei Fünftel der Einrichtungen, die vorwiegend Jugendliche bis 21 Jahre betreuen, stationäre Institutionen oder Angebote sind und damit eher später bzw. bei einer manifesten Problematik intervenierende Hilfen darstellen. Hierin zeigt sich ein (erster) Hinweis darauf, dass es (zu) wenig auf Jugendliche spezialisierte (niedrigschwellige) ambulante Angebote gibt.

4.2.1.2 Versorgungsbereich

Jugendliche mit suchtbefragten Problemen stehen an einer Nahtstelle der Versorgung: Die Jugendhilfe fühlt sich oft nicht für Suchtprobleme zuständig und die Suchthilfe rich-

tet sich schwerpunktmäßig an Erwachsene. Im Rahmen dieser Studie wurden Einrichtungen aus den Versorgungsbereichen Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie eingeschlossen und die Einrichtungen gebeten, sich selbst zu verorten. Dabei zeigte sich folgendes Bild:

Tab. 10: Einrichtungen nach Versorgungsbereich (n = 126)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Suchtkrankenhilfe	59	64,1	16	80,0	11	78,6	86	68,3
Kinder- und Jugendhilfe	17	18,5	2	10,0	1	7,1	20	15,9
Suchtkrankenhilfe/Kinder- und Jugendhilfe	7	7,6	2	10,0	2	14,3	11	8,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	5,4	0	0,0	0	0,0	5	4,0
Suchtkrankenhilfe/Psychiatrie	4	4,3	0	0,0	0	0,0	4	3,2
Gesamt	92	100,0	20	100,0	14	100,0	126	100,0

In der vorliegenden Befragung dominieren die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, z.T. mit (kinder- und jugend-)psychiatrischer Zuordnung. Bei den Einrichtungen mit geschlechtshomogener Klientel sind die Anteile der Suchtkrankenhilfe an der Versorgung noch größer als in den Vergleichsgruppen.

Betrachtet man die Verteilung nach Altersgruppen der Klientel, zeigt sich das erwartete (signifikante) Ergebnis:

Tab. 11: Versorgungsbereich nach Altersgruppe der Klientel (n = 103)

	Einrichtungen mit 50 % Klientel im Alter bis 21 Jahre		Einrichtungen mit 50 % Klientel im Alter über 21 Jahre	
	abs.	%	abs.	%
Suchtkrankenhilfe	15	36,6	57	91,9
Kinder- und Jugendhilfe	15	36,6	0	0,0
Suchtkrankenhilfe/Kinder- und Jugendhilfe	7	17,1	3	4,8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	3	7,3	0	0,0
Suchtkrankenhilfe/Psychiatrie	1	2,4	2	3,2
Gesamt	41	100,0	62	100,0

Cramers V > .20 p < .01

Die befragten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie betreuen keine Klienten, die älter als 21 Jahre sind. Diese Altersgruppe wird überwiegend von der Suchtkrankenhilfe, z.T. in doppelter Verortung mit Kinder- und Jugendhilfe bzw. Psychiatrie, betreut.

4.2.1.3 Altersspezifische Ausrichtung der Angebote/Einrichtungen

Die befragten Einrichtungen richten sich mehrheitlich an Erwachsene ab 18 Jahren (n = 62, 60,2 %), lediglich 41 der befragten Einrichtungen richten sich schwerpunktmäßig auf bis 21-Jährige (39,8 %).

Die Betreuung Jugendlicher und sehr junger Erwachsener in Einrichtungen für Ältere muss jedoch problematisiert werden. Hier kann man den pädagogischen und entwicklungspsychologischen Anforderungen an die Betreuung junger Menschen kaum gerecht werden. Auch in den Gesprächen mit Einrichtungsvertretern und –vertreterinnen betonten diese durchweg, dass *„Jugendliche sich sehr von Erwachsenen unterscheiden, ihre Motivation, Suchtmittel zu konsumieren ist anders und ebenso die Gründe, Hilfe zu suchen“*, *„Spezifische Angebote für Jugendliche sind sehr wichtig, hier geht es vor allem um Entwicklung und um Erziehung, der Suchtmittelkonsum sei i.d.R. nur eines von mehreren Problemen. Es ist enorm wichtig, speziell auf die Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen einzugehen.“* *„Jugendspezifische Angebote sind erforderlich, weil Jugendliche sowohl spezifische Bedürfnisse haben als auch vor spezifischen Entwicklungsaufgaben stehen. Die Aufgabe der jugendspezifischen therapeutischen Arbeit besteht darin, mit Jugendlichen eine unmittelbare Lebensperspektive zu erarbeiten (Schule, Ausbildung, andere persönliche Ziele etc.).“* *„Jugendspezifische Bedürfnisse differieren von denen Erwachsener, siehe z.B. die exzessiven Konsummuster von Alkohol am Wochenende. Auch die sexuelle Entwicklung stellt eine jugendtypische Entwicklungsaufgabe dar.“*

Im Rahmen der Betreuung Jugendlicher geht es nach Ansicht der Befragten also deutlich mehr um erzieherische Aufgaben, Begleitung bei der Entwicklung und Stärkung bei Reifungsprozessen. Zudem verweisen die Erfahrungen der Gesprächspartner und -partnerinnen darauf, dass die im Erwachsenenbereich häufig erwartete Abstinenzmotivation für Jugendliche unangemessen ist. Ihr Konsumverhalten binde sich in die allgemeinen Entwicklungsprozesse ein, ihr zeitlicher Horizont könne mit Vorstellungen von „nie mehr trinken“ schlicht nichts anfangen: *„Generell ist es jugendtypisch, schnelle, aber potenziell kurzlebige Entschlüsse zu fassen, sehr spontan zu sein, keine Langzeitmotivation zu haben und insgesamt eher instabil. Jugendliche können noch nicht lange planen, i.d.R. zeigen sie auch keinen Wunsch nach Dauer-Abstinenz, und ein Jahr ist für sie ein wahnsinnig langer Zeitraum.“* Auch verführe die erwachsene Umgebung immer wieder zum Konsum, z.B. bei gemeinsamen Festen. Die Befragten verweisen darauf, dass es in der Arbeit mit Jugendlichen darum gehe, Strategien eines verantwortlichen Umgangs mit psychotropen Substanzen zu entwickeln, darunter ggf. (phasenweise) Abstinenz. Ein differenzierter Umgang mit Abstinenz(motivation) werde z.T. auch durch die Sozialleistungsträger erschwert: Viele Einrichtungen berichten, dass dies mit den Jugendämtern kaum verhandelbar sei, sodass man nicht die Möglichkeit hätte, ehrliche und tragfähige Zielsetzungen mit den Jugendlichen zu erarbeiten: *„Die Jugendämter verlangten hingegen häufig zuviel Motivation, abstinentes Verhalten u.ä. Dabei braucht es Erziehung, einen festen Rahmen, Begleitung bei der Entwicklung – und nicht, dass schon vorab zu viel erwartet würde. Da ist die Abstinenzorientierung (als Voraussetzung und Inhalt) der Erwachsenensuchthilfe – unadäquaterweise – auf den Bereich Jugendliche übertragen worden.“*

Aber was genau ist „jugendlich“ – welche Altersgruppen gehören dazu? Übereinstimmend haben nahezu alle Befragten die Altersgrenze von 18 Jahren als „irrelevant“ abgelehnt. Viele Klientinnen und Klienten hätten erhebliche Entwicklungsdefizite, narzisstische u.a. Störungen und sind mit 18 Jahren *„alles andere als reif“* und: *„Nicht das biologische Alter, sondern das Entwicklungsalter sollte Grenzen ziehen. Von Kindern kann*

man sprechen bis etwa 12 Jahre und das Jugendalter hört nicht mit 18 auf, sinnvollerweise zählen dazu auch bis 21-/22-Jährige“. Dabei werden zwischen den Altersgruppen Binnenunterschiede gesehen: „Innerhalb der jugendlichen Altersstufen gibt es dann schon unterschiedliche Bedarfe und Schwerpunkte, einziger gemeinsamer Nenner der Zielgruppe ist, dass sich alle in der Pubertät befinden, in der früheren oder späteren.“ Auf diese „Binnen-Unterschiede“ muss man reagieren, u.a. durch intensive Begleitung und kleine Einheiten.

Übereinstimmend gaben die Befragten an, dass sie den Jugendlichen einen Schutzraum vor dem Erwachsenenbereich einräumen wollten, wie z.B. diese Aussagen verdeutlichen: *„Die jung-Erwachsenen und die Jugendlichen i.e.S. kann man zusammen betreuen, zumal da viele Klientinnen mit 18 und bis Anfang 20 weit weg von erwachsen sind. Die 14- bis 21-, oft sogar die bis 27-jährigen Mädchen brauchen Platz zum ‚Albern‘ und zum Kind- bzw. Mädchen-Sein – trotz oder gerade weil ihr (Beschaffungs-)Alltag von ‚erwachsenen‘ Tätigkeiten geprägt ist. Eine gemeinsame Betreuung mit erwachsenen Frauen (i.S. von über 30) würde den Mädchen nicht den Raum lassen, Kind und Mädchen sein zu dürfen.“*

Die Verfügbarkeit jugendspezifischer Angebote wird in dieser Untersuchung als unzureichend eingeschätzt. Insbesondere für Jugendliche zwischen 18 und 21 Jahren sei zu wenig Angebot vorhanden oder – aufgrund einer sehr engen Auslegung von Zuständigkeiten in vielen Jugendämtern – kaum zugänglich. Unter den Befragten herrscht übereinstimmend die Meinung vor, dass *„es nach wie vor zu wenig jugendspezifische Angebote [gibt]“*. Vor allen fehlen *„szenenahe und niedrigschwellige aufsuchende Angebote“* sowie *„wohornahe stationäre Einrichtungen“*.

Zusätzlich zu den Versorgungsdefiziten verweisen viele Befragte auf Mängel bei der Erreichung Jugendlicher. Hier würden Potenziale verschenkt, Jugendliche mit suchtbezogenen Problemen früher zu erreichen. Deshalb wird geraten, *„Kontakte zu den Jugendlichen noch mehr als bisher über Schulen herzustellen. Wichtig ist auch der Kontakt zu allgemein tages- und lebensstrukturierenden Maßnahmen, die spezifisch Jugendliche ansprechen.“* Hier zeigen sich eben jene Vernetzungsdefizite, die ein Grund für die Ausschreibung dieser Studie darstellten.

4.2.1.4 Kosten- und Leistungsträger

Erfragt wurde, wer die suchtbezogenen Hilfen für Jugendliche/junge Erwachsene finanziert und in welchen Anteilen. Nach den Angaben der Einrichtungen sind im Durchschnitt 2,7 Kosten- und Leistungsträgern an der Finanzierung der Angebote beteiligt. Im Einzelnen s. Tab. 12:

Tab. 12: Kosten- und Leistungsträger (Mehrfachnennungen möglich) (n = 126)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n = 92)		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n = 20)		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n = 14)		alle Einrichtungen (n = 126)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Rentenversicherung	44	47,8	9	45,0	10	71,4	63	50,0
Krankenversicherung	47	51,1	6	30,0	9	64,3	62	49,2
Kommunaler Sozialhilfeträger	33	35,9	2	10,0	6	42,9	41	32,5
Kommunaler Jugendhilfeträger	29	31,5	4	20,0	2	14,3	35	27,8
Eigenmittel	19	20,7	13	60,0	3	14,3	35	27,8
Land	21	22,8	8	40,0	2	14,3	31	24,6
Sonstige kommunale Mittel	18	19,6	7	35,0	0	0,0	25	19,8
Erstattung durch KlientInnen	13	14,1	4	20,0	1	7,1	18	14,3
Arbeitsverwaltung	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Bund	3	3,7	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Sonstiges	17	18,5	9	45,0	5	35,7	31	24,6
Gesamt	247		62		38		347	

Am häufigsten wurden mit 62 bzw. 63 Nennungen (d.h. die Hälfte der Einrichtungen) Renten- und Krankenversicherungen als Kosten- und Leistungsträger genannt. Fast 25 % der Einrichtungen erhalten Landesmittel und fast 15 % greifen auf eine zumindest Teilerstattung durch die Klientel zurück. Auffällig ist, dass Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen und Frauen betreuen, am häufigsten Eigenmittel angeben (60 %). Entsprechend ihres starken ambulant-niedrigschwiligen Schwerpunktes sind hier Renten- und Krankenversicherungen kaum vertreten.

Das Bild wird deutlicher, wenn man die Kosten- und Leistungsträger gegliedert nach Versorgungsbereichen betrachtet:

Tab. 13: Sozialleistungsträger nach Versorgungsbereichen (n = 126)

	Sucht- krankenhilfe (n=86)		Kinder- und Jugendhilfe (n=20)		Kinder- und Jugend- psychiatrie (n=5)		Suchtkran- kenhilfe / Kinder- und Jugendhilfe (n=11)		Suchtkran- kenhilfe / Psychiatrie (n=4)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Renten- versicherung	56	65,1	1	5,0	1	20,0	3	27,3	2	50,0
Kranken- versicherung	48	55,8	3	15,0	5	100,0	2	18,2	4	100,0
Kommunaler So- zialhilfeträger	31	36,0	6	30,0	0	0,0	3	27,3	1	25,0
Kommunaler Ju- gendhilfeträger	17	19,8	13	65,0	0	0,0	6	54,5	1	25,0
Eigenmittel	29	33,7	2	10,0	0	0,0	4	18,2	0	0,0
Land	24	27,9	5	25,0	0	0,0	2	18,2	0	0,0
Sonstige kommu- nale Mittel	21	24,4	2	10,0	1	20,0	1	9,1	0	0,0
Erstattung durch KlientInnen	17	19,8	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Arbeitsverwaltung	3	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bund	2	2,3	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sonstiges	25	29,1	3	15,0	0	0,0	3	27,3	0	0,0
Gesamt	273		35		7		24		8	

Wie aufgrund der Gesamtverteilung zu erwarten war, sind bei über der Hälfte der Suchthilfeeinrichtungen Renten- bzw. Krankenversicherungen (vorrangige) Kosten- und Leistungsträger, ansonsten Kommunen und Länder. Ein Drittel der Suchthilfeeinrichtungen trägt durch Eigenmittel zur Finanzierung bei.

In mehr als der Hälfte der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind kommunale Jugendhilfeträger beteiligt. 35 % der Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtungen haben diesen Kosten- und Leistungsträger nicht, hier handelt es sich z.T. um pauschal über Landeszuwendung oder über Projektmittel finanzierte ambulante und oft niedrigschwellige Angebote.

Bei den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Psychiatrie zeigt sich das erwartete Bild: Kosten- und Leistungsträger sind immer die Krankenkassen, z.T. ergänzt durch Rentenversicherung und kommunale Mittel.

4.2.2 Konzeption

Die Berücksichtigung von Genderaspekten darf als umso verankerter erwartet werden, je mehr sie in Grundsatzpapieren von Organisationen festgehalten wird (vgl. z.B. Müller, 2002; NLS, o.J.). Deshalb wurde im Rahmen der Befragung erhoben, ob Leitbilder oder Konzeptionen vorliegen und ob darin Gender Mainstreaming oder geschlechtssensibles Arbeiten beschrieben sind.

Ein Sechstel der Einrichtungen (n = 22) verfügt nicht über ein Leitbild, Konzeptionen gehören demgegenüber zum Standard (n = 120, 95 %). Die weiteren Ergebnisse zeigt die folgende Übersicht:

Tab. 14: Gender Mainstreaming bzw. geschlechtssensible Arbeit in Leitbild und Konzept

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
im Leitbild	n=74		n=18		n=12		n=104	
ja	26	35,1	12	66,7	4	33,3	42	40,4
nein	48	64,9	6	33,3	8	66,7	62	59,6
im Konzept	n=88		n=19		n=13		n=120	
ja	60	68,2	15	78,9	6	46,2	81	67,5
nein	28	31,8	4	21,1	7	53,8	39	32,5

In den Leitbildern werden Genderaspekte ganz überwiegend nicht berücksichtigt. Dies erklärten Befragte u.a. damit, dass Gender zwar in der täglichen Arbeit eine Rolle spiele, aber von der Bedeutung her nicht ins Leitbild gehöre. Dieses sei eher durch grundlegendere Aspekte wie zum Beispiel den Hinweis auf ein christliches Menschenbild geprägt. Bei den mädchen-/frauenspezifischen Einrichtungen ist Gender Mainstreaming bzw. geschlechtssensible Arbeit mehrheitlich im Leitbild beschrieben, wenn auch nicht signifikant öfter.

Mit Blick auf die Konzeptionen gaben zwei Drittel der Einrichtungen an, dass darin Gender-Anforderungen beschrieben sind, z.B. dass die Klientinnen und Klienten ein Wahlrecht bzgl. der Beratung durch ein bestimmtes Geschlecht haben oder dass Schutzräume für ein Geschlecht (überwiegend Mädchen) vorgehalten werden. Genderorientierung zeigt sich nach den Angaben in der Berücksichtigung geschlechter- und lebensphasenspezifischer Bedürfnisse und Probleme (z.B. Interventionen abgestimmt auf die Zielgruppe junge Erwachsene), der Behandlung genderrelevanter Themen (sexuelle Identität, Rollenklischees, Entwicklung eines positiven männlichen Rollenbildes) oder durch Kompetenzen bei der Berücksichtigung spezifischer Komorbidität (z.B. Depression, Borderline-Syndrom, Angststörungen etc.) in mädchen-spezifischer oder in männerspezifischer Arbeit sowie durch intensive Reflexionen der Geschlechtsrolle der Betreuerinnen und Betreuer.

Die genauere Analyse der vorliegenden Konzeptionen zeigt jedoch, dass die Selbstdarstellung im Rahmen der Befragung stark von der tatsächlichen Konzeption abweichen konnte: Auch wenn Einrichtungen angekreuzt hatten, „Gender in Konzeption berücksichtigt“, fand sich z.T. kein Wort zu geschlechtsspezifischer Arbeit, Gender Mainstreaming etc. Z.T. enthielt die Konzeption nur einen Satz wie „Wir berücksichtigen in unserer Arbeit die Belange von Mädchen und Jungen“ oder ein Wort „Gleichbehandlung“ (und damit eben nicht geschlechtsspezifische Betreuung). Ähnlich klangen auch einige Erläuterungen in den telefonischen Befragungen, wonach „Gender [...] doch überall drin[steckt].“ Diese Ergebnisse decken sich mit jenen von Evaluationen in anderen Bereichen, wonach Konzeptionen und Sach- oder Jahresberichte oft nur sich wiederholende Textbausteine zu Genderaspekten enthalten, die nichtssagend und stereotyp sind (vgl. für die Jugendhilfe z.B. Helmig & Schäfer, 2006).

Einschränkungen der zunächst dargestellten Ergebnisse ergeben sich auch durch die Nachfrage, ob die konzeptionell beschriebenen Anforderungen denn tatsächlich im konkreten Leistungsspektrum umgesetzt werden. Von allen befragten 126 Einrichtungen gaben nur 67 an, Gender-Aspekte im Leistungsangebot zu berücksichtigen, das entspricht 53 % aller Befragten und 82,7 % der Einrichtungen, die angegeben hatten, Gender Aspekte in der Konzeption beschrieben zu haben. 14 der 15 Einrichtungen (93,3 %) bestätigten die tatsächliche Umsetzung von Genderaspekten. Jedoch sind auch diese Zahlen mit Vorsicht zu betrachten: Die Konzepte von einem Teil der Mädchen-/Fraueneinrichtungen enthalten mehr Feminismus- und weniger Genderbezug und beharren z.T. auf nicht mehr der Fachdiskussion entsprechenden Positionen (z.B. weibliche Sozialisation als Sonder- und Opfergeschehen, männliche Sozialisation als Norm, vgl. dazu auch Puchert & Jungnitz, 2005; Deutsches Jugendinstitut, 2006).

Nur 42,9 % der Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen, haben Genderorientierung im Konzept beschrieben. Dies kann als weiterer Hinweis interpretiert werden, dass die Beschränkung auf eine rein männliche Klientel eher aus praktischen Überlegungen oder Notwendigkeiten geschieht. Auch in den Gesprächen mit den Einrichtungen wurde deutlich, dass ein Gutteil dieser Einrichtungen vor allem deshalb ausschließlich Jungen/Männer behandelt, weil die Zahl der behandelten Mädchen/Frauen in den vergangenen Jahren so stark zurückgegangen ist, dass ihre Aufnahme und das Vorhalten entsprechender sanitärer Bereiche und anderer Angebote nicht mehr gerechtfertigt werden kann (s.o.).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sich die konzeptionelle Verankerung von Gender Mainstreaming und gendersensibler Arbeit in der hier untersuchten Gruppe von Einrichtungen heterogen darstellt und i.d.R. erst in den Anfängen steckt.

4.2.3 Beschäftigte und Genderkompetenz

Dem Geschlecht der Beschäftigten kommt im Rahmen geschlechtsspezifischer und gendersensibler Arbeit eine besondere Bedeutung zu. Deshalb wurden in der Befragung nicht nur die Anzahl der Beschäftigten, sondern auch Geschlecht und – mit Blick auf Gender Mainstreaming-Aspekte – die Verteilung von Teilzeit- und Leitungsstellen nach Geschlecht erhoben. Die meisten Einrichtungen machten weder zur Verteilung von Voll- und Teilzeitstellen noch zu deren geschlechtlicher Zuordnung Angaben, weshalb diese Frage nicht sinnvoll ausgewertet werden kann.

Alle befragten Einrichtungen konnten Angaben zum Geschlecht ihrer Fachkräfte⁸ machen.

⁸ Erfragt wurden lediglich pädagogische, therapeutische oder medizinische Fachkräfte sowie Leitungskräfte.

Tab. 15: Einrichtungen nach Geschlecht der Fachkräfte (n = 126)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Frauen und Männer	87	94,6	4	20,0	12	85,7	103	81,7
ausschließlich Frauen	5	5,4	16	80,0	0	0,0	21	16,7
ausschließlich Männer	0	0,0	0	0,0	2	14,3	2	1,6
Gesamt	92	100,0	20	100,0	14	100,0	126	100,0

81,7 % aller Einrichtungen beschäftigen sowohl Frauen als auch Männer, 16,7 % ausschließlich Frauen und 1,6 % ausschließlich Männer. Interessant ist die Verteilung bei den Einrichtungen mit geschlechtshomogener Klientel. In 80 % der mädchen-/frauenspezifischen Einrichtungen werden ausschließlich Frauen beschäftigt (und in fünf der gemischt belegten Einrichtungen). Anders das Bild in den Einrichtungen, die ausschließlich Jungen und Männer betreuen: In zwei der 14 Einrichtungen sind ausschließlich Männer beschäftigt (14,3 %), in den übrigen 12 hingegen beide Geschlechter. Dies mag ein erneuter Hinweis auf die mangelnde konzeptionelle Verankerung von geschlechtsspezifischer Arbeit mit Jungen sein, aber auch darauf, dass Männer in der Arbeit mit Jungen weitgehend fehlen (vgl. dazu auch DJI, 2006).

Betrachtet man das Geschlecht der Beschäftigten nach den Altersgruppen der Klientel, so zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Sowohl die Einrichtung mit mehrheitlicher Klientel unter 21 Jahren als auch die mit einer älteren Klientel haben zu etwa 80 % beide Geschlechter beschäftigt.

In den Einrichtungen arbeiten 1.857 Fachkräfte. 60 der 123 Einrichtungen sind eher klein und beschäftigen maximal zehn Fachkräfte und in weiteren 35 Einrichtungen arbeiten zwischen elf und 20 Beschäftigte, sodass über drei Viertel aller hier untersuchten Einrichtungen bis zu 20 Beschäftigte haben. Nur fünf Einrichtungen haben mehr als 40 Beschäftigte. Das Personal verteilt sich wie folgt:

Tab. 16: Anzahl Beschäftigte nach Geschlecht (n = s. in Klammern; jeweils Anzahl der Einrichtungen mit Angaben zur Anzahl der Beschäftigten)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=89)		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=20)		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=14)		alle Einrichtungen (n=123)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Frauen	868	58,8	174	88,8	94	51,1	1.136	61,2
Männer	609	41,2	22	11,2	90	48,9	721	38,8
Gesamt	1.477	100,0	196	100,0	184	100,0	1.857	100,0

Generell ist ein hoher Anteil von Frauen beschäftigt, konzeptgemäß vor allem in den Einrichtungen für Mädchen und Frauen, aber auch in den übrigen: 61,2 % aller Beschäftigten

sind weiblich. Das entspricht dem bekannten Geschlechterverhältnis in Suchthilfeeinrichtungen (vgl. LWL, 2006, S. 41), wo immerhin traditionell eher mehr Männer als in vielen anderen sozialen Bereichen tätig sind (Anteil Männer an den Sozialarbeitern und -arbeiterinnen in Deutschland im Bereich Pflege und Erziehung 2002: 20,3 %, vgl. Stuve, Krabel, Kasiske & Schädler, 2005, S. 12).

Die Rolle gleichgeschlechtlicher Betreuung wurde in den vertiefenden Interviews unterschiedlich bewertet: Einrichtungen für Mädchen finden es i.d.R. unverzichtbar und konstitutiv, ausschließlich Frauen zu beschäftigen. Damit wird in erster Linie der konzeptionell gewünschte Schutzraum für Mädchen sichergestellt. Gleichwohl beziehen einige Einrichtungen männliche Fachkräfte mit ein, bspw. für ein bestimmtes Gruppen(therapie-)angebot oder um medizinische Diagnostik und die sich daraus ergebenden Impulse werden gezielt mit den Mädchen bearbeitet. Der Kontakt mit männlichen Helfern erfüllt hier zielgerichtet konzeptionell verankerte Funktionen und soll z.B. dazu zwingen, sich mit dem anderen Geschlecht auseinanderzusetzen. Das bietet Übungsmöglichkeiten für die Präsentation einer selbstbewussten und nicht unterwürfigen Geschlechtsrolle. Zudem soll den Mädchen ein Kontrast zu häufig gewalttätig oder unzuverlässig erlebten Männern geboten werden: *„es ist wichtig, männliche Fachkräfte mit einzubeziehen, damit die Mädchen auch (gute) Männer erleben können“*.

Anders das Bild in Einrichtungen für Jungen und Männer: Hier ist die Beschäftigung von Frauen die Regel. Die Untersuchung verweist dabei darauf, dass das Geschlecht der Beschäftigten in einem Gutteil der Einrichtungen für Jungen und Männer nicht hinterfragt wird. I.d.R. werden ganz selbstverständlich weibliche Betreuerinnen beschäftigt. Gleichwohl wird oft konstatiert, dass Jungen/junge Männer *männliche Rollenvorbilder brauchen. Daran mangelt es aber auch deshalb häufig, weil „Männer vielleicht dazu neigen, sich in der Beratung bzw. Therapie weniger persönlich einzubringen und weniger von sich preiszugeben. Damit haben sie es schwerer, in die wichtige Vorbildfunktion rein zu kommen“*. Einige (männliche) Interviewpartner akzentuieren mit Blick auf männliche Beschäftigte, dass *„starke“ beziehungsweise „echte Männer“* gefragt seien. *„Das muss gar kein Sozialarbeiter oder Therapeut sein, manchmal sei ein Handwerker/Anleiter sogar hilfreicher.“* Der Gesprächspartner bedauert jedoch, dass die Einbeziehung von Nicht-Fachkräften aufgrund der Vorgaben der Sozialleistungsträger nicht möglich sei.

Dort, wo Jungeneinrichtungen (oder gemischt belegte Einrichtungen) mehr oder gar ausschließlich Männer einstellen wollen, scheitern sie oft an der mangelnden Verfügbarkeit qualifizierter Männer. Zudem gibt es finanzielle Gründe: Frauen sind eher bereit, für die im Sozialbereich gezahlten – niedrigen – Gehälter zu arbeiten. Dies gilt insbesondere für nicht-leitende Tätigkeiten, denn Frauen verdienen auch in der Suchthilfe im Mittel weniger als Männer (vgl. dazu nächste Seite sowie z.B. WSI, 2008).

Konzentriert man sich auf jene Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen, so liegt der Anteil der männlichen Mitarbeiter bei 41,2 %. Einzig bei den Einrichtungen mit rein männlicher Klientel ergibt sich ein fast ausgeglichenes Verhältnis – im Team, nicht jedoch im Verhältnis zur betreuten Klientel. Und da (außer in den Mädcheneinrichtungen) in fast allen Einrichtungen deutlich mehr Jungen/Männer als Mädchen/Frauen betreut werden, muss davon ausgegangen werden, dass nicht ausreichend männliche Ansprechpartner vorhanden sind.

Kann man zum Geschlechterverhältnis in den Einrichtungen mehr sagen? Detailanalysen verweisen auf Zusammenhänge mit Arbeitsbereich und -umfang:

Tab. 17: Beschäftigtenzahl nach Angebotsform (n = 123 Einrichtungen)

	Beschäftigte gesamt...	... davon beschäftigte Frauen		... davon beschäftigte Männer	
	abs.	abs.	in %	abs.	in %
stationär (n=51)	947	564	59,6	383	40,4
stationär + (n=19)	486	286	58,9	200	41,1
teilstationär + (n=2)	13	5	38,5	8	71,5
ambulant (n=51)	411	281	68,4	130	31,6

Über 50 % der Fachkräfte arbeiten im stationären Bereich und das Geschlechterverhältnis ist fast identisch mit dem oben beschriebenen. Deutliche Abweichungen bestehen indes im ambulanten Bereich, wo die Frauen relativ stärker als in der Gesamtgruppe vertreten sind. Das korrespondiert vermutlich damit, dass im ambulanten Bereich viele Teilzeitstellen eingerichtet wurden, die wegen der traditionellen Doppelbelastung von Frauen (Familie und Beruf) eher von diesen besetzt werden.

Interessante Ergebnisse zeigen sich zudem, wenn man die Altersstruktur der Beschäftigten betrachtet: Für 1.558 Beschäftigte aus 104 Einrichtungen liegen Altersangaben vor.

Tab. 18: Alter und Geschlecht der Beschäftigten (n = 104)

	Beschäftigte gesamt		... davon beschäf- tigte Frauen*		... davon beschäf- tigte Männer*	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
bis 30 Jahre	210	13,5	145	69,1	65	30,9
31-40 Jahre	435	27,9	284	65,3	151	34,7
41-50 Jahre	585	37,6	355	60,7	230	39,3
51 Jahre und älter	328	21,1	167	50,9	161	49,1
Gesamt	1.558	100,0	951		607	

* Zeilenprozent.

Die Beschäftigten sind überwiegend über 40 Jahre alt, unter 30-Jährige stellen mit gut 13 % die Minderheit. Die Bedeutung des Alters wird von den Befragten kontrovers diskutiert. Einige betonen, dass es wichtig sei, dass die Fachkräfte eher jünger sind und sich leichter in die Lebenswelt der Klientel einfühlen könnten. Hier wird z.B. auf Internetsucht verwiesen und moniert, dass „ältere Beschäftigte oft (zu) viel Abstand zur Computerwelt haben und dass sie gar nicht verstehen könnten, was das für Jüngere bedeute“. „Die Altersspanne zwischen den Beschäftigten und Betreuten sollte nicht zu groß sein. Die Erfahrung zeigt, dass die Jugendlichen ein Gegenüber eher akzeptieren, wenn dieses authentisch von den jeweiligen Lebensumständen und auch von den aktuellen Ausprägungen der Jugendkultur Bescheid weiß.“

Wieder andere sehen „Probleme, wenn die Mitarbeiter zu jung sind und eine zu große Nähe zu den Klienten haben“. „Beschäftigte sollten nicht zu jung sein, weil die sich oft nicht ausreichend abgrenzen können.“

Die Mehrzahl der Befragten ist jedoch der Meinung, dass das Alter der Beschäftigten bei der Betreuung von Jugendlichen eher unwichtig ist. „Wichtig sind die vorhandenen be-

rufliche Kompetenz, sowie der ‚Draht‘ zu jungen Leuten“. „Bewährt hat sich eine gute Mischung aus verschiedenen Altersstufen. Junge Leute müssen allerdings unbedingt dabei sein, da sonst Glaubwürdigkeit und Vorbildfunktion leiden.“ „Das Alter spielt eher eine untergeordnete Rolle. Manchmal können Jugendliche besser etwas von der Großelterngeneration annehmen, also 55 Jahre und aufwärts, als von der Elterngeneration“. Mehrfach wird betont, dass das Team sowohl vom Geschlecht als auch vom Alter her gemischt/paritätisch besetzt sein sollte, damit die Jugendlichen sich an Ähnlichem und an Elternfiguren „abarbeiten“, „reiben“ können: „Jugendliche benötigen sowohl Ansprechpartner, die vom Alter nicht so weit entfernt sind, und daher auch Einblicke in die Jugendkultur haben, ohne dass dies ‚aufgesetzt‘ wirkt. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, ältere Rollenvorbilder zu bieten. Dies ist nicht nur auf Geschlechtsrollenvorbilder zu beziehen. Vielmehr muss den meisten Jugendlichen auch eine positive Mutter- bzw. Vaterfigur geboten werden sowie eine natürliche Autorität aufgrund der Lebenserfahrung.“

Je jünger die Mitarbeitenden sind, je weniger Männer sind darunter. In der jüngsten Altersgruppe (bis zu 30 Jahre alt) sind weniger als ein Drittel der Beschäftigten männlich, in der ältesten Gruppe dagegen die Hälfte. Dieser Befund bestätigt Berichte der Einrichtungen, wonach es vor allem seit Einführung des TVÖD immer schwieriger wird, männliche Mitarbeiter zu finden. Die Einrichtungen berichten, dass sich immer weniger Männer für die ausgeschriebenen Stellen interessieren und dass wenige Bewerber über die notwendigen Qualifikationen verfügen. Bei diesem Trend wird die Umsetzung von Gender Mainstreaming und gleichgeschlechtlicher Betreuung vor allem von Jungen und Männern immer schwieriger.

Anders sieht es bei dem Geschlecht der Führungskräfte aus. 118 befragte Einrichtungen machten Angaben zum Geschlecht ihrer Führungskräfte:

Tab. 19: Beschäftigte nach Geschlecht und Führungsposition (n = s. in Klammern; jeweils Anzahl der Einrichtungen mit Angaben zu den Beschäftigten)

	Beschäftigte gesamt		Führungskräfte	
	alle Einrichtungen (n=123)	Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen (n=100)	alle Einrichtungen (n=118)	Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen (n=86)
	in %	in %	in %	in %
Frauen	61,2	57,5	42,8	37,7
Männer	38,8	42,5	57,2	62,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

In den Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen sind fast zwei Drittel der Führungskräfte männlich – bei einem Anteil von 42,5 % aller Beschäftigten. Bei den vertiefenden Interviews berichtete lediglich eine Einrichtung von einer grundsätzlichen Berücksichtigung von Gender Mainstreaming in der Organisation: Hier fand eine Überprüfung der Beschäftigtenstruktur und –entlohnung statt, die zeigte, dass Frauen – trotz der engen Regelungen zu Eingruppierung und Entlohnung – weniger verdienen und seltener Führungspositionen innehaben. Zudem waren Frauen auffallend weniger krank. Der Träger ergriff daraufhin gezielte Maßnahmen zur Harmonisierung der Lohnhöhen und zur Erhöhung des Führungskräfteanteils unter den Mitarbeiterinnen, u.a. werden den Leitungskräften nun regelmäßig Auswertungen zu genderrelevanten Daten in der Belegschaft zur Verfügung gestellt, entsprechende Ziele formuliert, Gender Mainstreaming-Aspekte

im Rahmen der Qualitätssicherung berücksichtigt und die Personalgespräche entsprechend angepasst.

In dem hier betrachteten Ausschnitt von Einrichtungen gilt: „Drogenarbeit war und ist therapeutische Arbeit von Frauen unter männlicher Leitung oder wie die soziale Arbeit überhaupt, ein ‚weiblicher Beruf‘ unter männlicher Leitung“ (Scheffler, 2005, S. 1; ähnlich: DJI, 2006⁹). Gleichwohl kann immerhin festgestellt werden, dass das üblicherweise beobachtete Geschlechterverhältnis in Leitungsfunktionen von Suchthilfeeinrichtungen von 20 % Frauen zu 80 % Männern (vgl. LWL, 2006, S. 41) sich im untersuchten Sample leicht besser verteilt darstellt.

Gendersensible Arbeit bedarf auch der Reflexion der Geschlechterrollen und -verhältnisse unter den Mitarbeitenden und des Gender Mainstreamings in der Organisation allgemein – das Ergebnis der Befragung legt jedoch nahe, dass die Strukturen noch deutlich in Richtung Geschlechtergerechtigkeit verändert werden können.

4.2.3.1 Genderbezogene Fort- und Weiterbildung

Einrichtungen können nicht „einfach so“ geschlechtersensibel arbeiten. Auch eine geschlechterhomogene Betreuung reicht nicht aus, worauf auch in einigen (wenigen) Gesprächen im Rahmen der Interviews in den Einrichtungen verwiesen wurde: „*Es ist ein Trugschluss, zu denken, das frau Mädchenarbeit kann, bloß weil sie Frau ist!*“

Vielmehr erfordert dies den Aufbau von Genderkompetenz, u.a. durch Fort- und Weiterbildung, fachlichen Austausch etc. (vgl. z.B. LAG, 2004). Zudem erfordert die Arbeit mit Mädchen und Jungen auch Wissen über altersspezifische pädagogische Ansätze und Entwicklungspsychologie der Geschlechter.

Um einzuschätzen, welche Kompetenz bzgl. Gender Mainstreaming und gendersensiblen Arbeiten besteht, wurden die Einrichtungen nach entsprechenden Fortbildungsaktivitäten gefragt. Von den 126 Befragten gaben 86 an, entsprechende Fortbildungen genutzt zu haben (= mindestens eine Fachkraft hat mindestens eine der genannten Fort- und Weiterbildungen in Anspruch genommen). Diese verteilten sich wie folgt:

Tab. 20: Fort- und/oder Weiterbildungen (n = 86)

Thema	Anzahl Einrichtungen abs.	Anteil an allen Beschäftigten in %
gendersensible Arbeit	57	24,8
mädchen-/frauenspezifische Arbeit	56	26,7
jungen-/männerspezifische Arbeit	36	13,5
Gender Mainstreaming in Organisationen	30	17,6

Die Übersicht zeigt zunächst, dass Fort- und Weiterbildung zu Genderaspekten kein in der Breite der Einrichtungen genutztes Instrument ist (30 bis 57 von insg. 126 befragten Einrichtungen). Am relativ häufigsten werden Angebote zu gendersensibler Arbeit und zur Arbeit mit Mädchen/Frauen in Anspruch genommen. Wo Einrichtungen diese Angebote nutzen, tun dies immerhin ein gutes Viertel ihrer Beschäftigten und damit eine aus-

⁹ In den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe außerhalb von Kindertagesstätten (wo zu 90 % Frauen beschäftigt sind) arbeiteten 1994 68 % Frauen und 32 % Männer. Auf Männer entfielen jedoch 55 % der Leitungspositionen (DJI, 2006, S. 23).

reichende Zahl, um genderbezogene Ideen in die Einrichtungen zu tragen, an die Kollegen und Kolleginnen weiterzugeben und bei der Arbeit mit Klientinnen und Klienten anzuwenden.

Mädchen-/frauen- und jungen-/männerspezifische Veranstaltungen wurden auch von einem Gutteil der Einrichtungen besucht, die beide Geschlechter betreuen: Mitarbeitende aus 41,3 % dieser Einrichtungen nahmen an Veranstaltungen zu mädchen-/frauenspezifischer Arbeit teil und ähnlich viele zu gendersensibler Arbeit. Jungen-/männerspezifische Ansätze waren Seminargegenstand bei Beschäftigten aus 36 dieser Einrichtungen. Insgesamt wurden Fortbildungen zu jungenspezifischer Arbeit und zu Gender Mainstreaming in der Organisation seltener und von relativ weniger Mitarbeitenden genutzt.

Wenn man betrachtet, wie Fort- und Weiterbildung organisiert oder geplant wird, zeigt sich, dass in den befragten Einrichtungen eine gezielte Personalentwicklung mit der Planung von Fortbildung eher die Ausnahmen darstellt: Weniger als ein Fünftel der Befragten bejahen die entsprechende Frage. Meist entscheidet das Interesse des Mitarbeitenden, welche Fortbildungen genutzt werden, ggf. wird im Team gemeinsam überlegt. Dort, wo es Fortbildungsplanung gibt, erstreckt sich diese über eine Bandbreite von Themen, darunter, „je nach Bedarf“, auch Genderthemen. Damit unterschreiten die Ergebnisse der hier vorgestellten Befragung jene einer früheren Evaluation zu Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe, derzufolge im Herbst 2003 etwa die Hälfte der dort befragten Institutionen angab, ein Personalentwicklungskonzept zu haben, in dem zu 90 % Geschlechteraspekte berücksichtigt wurden (vgl. Helmig & Schäfer, 2006, S. 48).

In den Interviews zeigte sich hierzu ein breites Spektrum. Während Einrichtungen z.B. berichteten *„Im Team hat niemand eine Fortbildung zu Gender oder entsprechende spezifische Kenntnisse, manche haben aber mal was dazu gelesen. Es gibt dazu auch keine Planungen, das Thema ist für uns nicht vorrangig. Und alles, was an dementsprechenden Angeboten bisher auf den Tisch flatterte, wirkte ziemlich uninteressant.[...] Unsere Arbeit wird durch irgendeine Gender-Fortbildung auch nicht besser, wir arbeiten sowieso individuell und sensibel – mehr braucht es nicht“* oder *„das können die Mitarbeiter aus ihrer Lebenserfahrung heraus“*.

In den Gesprächen wird „Gender“ immer mal mit „Frauen“ verwechselt und zum „alten Hut“ oder zum „Modethema“ deklassiert wie z.B. in folgender Äußerung: *„Das Genderthema wird in 5 – 8 Jahren verschwunden sein, wenn die letzten Doppel-Familiennamen verschwunden sind“*.

Deutlich häufiger akzentuieren die befragten Einrichtungen, vor allem jene für Mädchen/junge Frauen jedoch den Bedarf nach Genderkompetenz: *„Beide Geschlechter benötigen für die therapeutische Arbeit Genderkompetenz. Die Beschäftigten müssen sich über ihre eigene Geschlechtsrolle klar werden. Wir haben schon viele Dramen erlebt, wenn weibliche Therapeutinnen auf den coolen schizoiden jungen Mann abfahren und männliche Therapeuten die Mädchen mit ihren kurzen Röcken so sexy finden. Gender und Genderverhalten/Sexualität spielen in der Psychotherapieausbildung unserer Therapeuten eine Rolle.“* *„Die meisten Mitarbeiterinnen haben sich bewusst dafür entschieden, mit Mädchen/Frauen zu arbeiten. Alle haben Fortbildungen zum Thema Frauen und Sucht besucht, des Weiteren, je nach Arbeitsschwerpunkt, Fortbildungen zu sexuellem Missbrauch, Gewalt, Frauen in der JVA etc.“* Oder – als hervorstechend positives Beispiel: *„Alle Mitarbeitenden haben Fortbildungen zu geschlechtsspezifischem Arbeiten. Zudem gab es im Rahmen der Organisationsentwicklung eine Gendergruppe für die Mitarbeitenden, die drei Jahre gearbeitet hat. Das Geschlecht der Klientel wie der Fachkräfte ist beständig Thema in den Fortbildungen und die Rollenbilder der Beschäftigten werden kontinuierlich in der Supervision und in Fallbesprechungen reflektiert“*.

Allerdings zeigte sich in der Untersuchung viel Unzufriedenheit mit den Lehrinhalten in den sozialen Ausbildungen: „Frauen- und Mädchenspezifische Themen werden inzwischen in den Grundausbildungen weniger behandelt als früher“ und „In der Einrichtung gilt mit Blick auf geschlechtsspezifisches Arbeiten ‚learning by doing‘, da die Grundausbildung die Betreuenden bei weitem nicht auf das vorbereitet, was sie brauchen“. „In der Grundausbildung wird leider viel zu wenig auf dieses Thema eingegangen, aber auch die Fortbildungsangebote sind eher „dürftig“. Tatsächlich werden wiederholt genderspezifische Fortbildungsmöglichkeiten vermisst: „Leider gibt es nicht genug Fortbildungsangebote in diesem Bereich.“ „Auf dem Fortbildungsmarkt gibt es leider kaum etwas.“ Vgl. den Exkurs im Anschluss an Abschnitt 4.2.3.2.

4.2.3.2 Supervision

Supervision gehört zum Standard sozialer Arbeit und ist eine der Möglichkeiten, Geschlechterrollen und Rollenerwartungen zu reflektieren. Die Befragungsergebnisse bestätigen zunächst, dass Supervision von nahezu allen Einrichtungen genutzt wird: 85,7 % nutzen regelmäßig Supervision und weitere 7,9 % bei Bedarf. D.h. lediglich 6,4 % der Einrichtungen verzichten auf diese Unterstützung. Einige Einrichtungen erläuterten, dass dies nur vorübergehend so sei. Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen und Frauen betreuen, greifen ohne Ausnahme auf supervisorische Unterstützung zurück.

Doch inwiefern gehören einerseits die geschlechtlichen Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen der Klientinnen und Klienten und andererseits die Geschlechtsrolle der Fachkräfte zu den Supervisionsaspekten?

Tab. 21: Berücksichtigung von Genderaspekten in der Supervision (n = 118)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen der Klientinnen und Klienten								
ja, regelmäßig	29	33,3	14	70,0	5	45,5	48	40,7
ja, bei Bedarf	50	57,5	5	25,0	5	45,5	60	50,9
nein	8	9,2	1	5,0	1	9,0	10	8,5
Gesamt	87	100,0	20	100,0	11	100,0	118	100,0
Geschlechtsrolle der Fachkräfte								
ja, regelmäßig	21	24,1	7	35,0	3	27,3	31	26,3
ja, bei Bedarf	61	70,1	11	55,0	5	45,5	77	65,3
nein	5	5,8	2	10,0	3	27,3	10	8,5
Gesamt	87	100,0	20	100,0	11	100,0	118	100,0

Die Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen der Klientinnen und Klienten werden im Rahmen der Supervision öfter regelmäßig behandelt als die Geschlechtsrolle der Fachkräfte (40,7 % vs. 26,3 %) korrespondiert. Etwa die Hälfte bzw. zwei Drittel der Einrichtungen behandeln diese Themen im Rahmen von Supervision „bei Bedarf“, wobei nicht klar ist, wie oft dieser Bedarf besteht oder wie genau er aussieht.

Wiederum holen die mädchen-/frauenspezifischen Einrichtungen mit 70 % öfter als die Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, und jene, die ausschließlich männliche Klienten haben, regelmäßig supervisorische Unterstützung zu Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen der Klientinnen und Klienten ein (nicht signifikant). Die Geschlechtsrolle der Fachkräfte und ihre Verhaftung in tradierten Rollenbildern wird jedoch über alle Einrichtungen hinweg öfter (nur) *bei Bedarf* als *regelmäßig* in der Supervision thematisiert.

Erstaunlich ist, dass jeweils 8,5 % der Einrichtungen weder klienten- noch mitarbeiterbezogen Genderaspekte in der Supervision behandeln, darunter auch Fraueneinrichtungen. Auffallend ist dabei, dass allein drei der elf auf Jungen und Männer zielenden Einrichtungen auf die Reflexion der Geschlechtsrolle der Fachkräfte – zumindest in der Supervision – verzichten.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung müssen auf dem Hintergrund der Auswahl der Einrichtungen betrachtet werden: Über die Art der Recherche von Einrichtungen wurden die jugend- und suchtbezogenen Einrichtungen in Deutschland herausgefiltert, für die zu vermuten stand, dass sie geschlechtsspezifische Arbeit realisieren. Des Weiteren kann vermutet werden, dass die Einrichtungen, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, ein höheres Commitment mit dem Gender-Thema aufwiesen als die übrigen. Gleichwohl zeigen die Ergebnisse, dass weder Gender Mainstreaming noch geschlechtsspezifische – und hier vor allem jungenspezifische – Arbeit ausreichend in den Einrichtungen verankert ist. Insbesondere erscheint fraglich, ob dem hohen Anteil männlicher Klienten fundiert geschlechtsspezifisch begegnet wird.

Exkurs:

Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifische Suchthilfe in Aus- und Weiterbildung

Die Umsetzung geschlechtergerechter Arbeit kann ohne entsprechende Ausbildung nicht gelingen, deshalb wurde im Rahmen der Studie zusätzlich eruiert, ob und wie Gender in Studiengängen für Soziale Arbeit/Sozialpädagogik verankert ist. Im Frühjahr 2009 wurden exemplarisch Curricula im Dateiformat von 24 Fachhochschulen aus allen Bundesländern, die per Zufall ausgewählt wurden, nach den Schlagwörtern „Gender“, „Geschlecht“ (auch als Wortbestandteil wie z.B. in geschlechtsspezifisch, geschlechtergerecht), „Mädchen“, „Jungen“, „Frauen“, und „Männer“ durchsucht. Es handelt sich um folgende Hochschulen/Fachhochschulen für soziale Arbeit: Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg, Hochschule Esslingen, Hochschule Neubrandenburg, Fachhochschule Nürnberg, Alice Salomon Hochschule Berlin, Evangelische Fachhochschule Berlin, Fachhochschule Potsdam, Fachhochschule Lausitz, Hochschule Bremen, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Evangelische Fachhochschule Hamburg, Fachhochschule Darmstadt, Hochschule Fulda, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Fachhochschule Dortmund, Fachhochschule Koblenz, Fachhochschule Ludwigshafen am Rhein, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden, Theologische Hochschule Friedensau, Fachhochschule Kiel und Fachhochschule Jena.

Nur in einem Modulhandbuch waren keine entsprechenden Angebote zu finden. Die Analyse unterschied im Weiteren danach, ob die genderrelevanten Inhalte einen festen Teil des Studiums bilden, ob es also Pflichtveranstaltungen zum Thema gibt, oder ob es sich um Wahlveranstaltungen im Sinne einer Vertiefung beziehungsweise Spezialisierung

handelt oder ob die Thematisierung von genderrelevanten Fragestellungen als interdisziplinäre Querschnittsaufgabe, die alle Bereiche des Studiums betrifft, verstanden wird.

An drei Fach- bzw. Hochschulen (FH Potsdam, HS Fulda und Katholische HS Nordrhein-Westfalen) wird der Erwerb von Genderkompetenz bzw. der Genderperspektive als *Querschnittsaufgabe* angesehen, die Thema in verschiedenen Modulen ist. So soll z.B. in Praxisprojekten die Fähigkeit entwickelt werden, das eigene Tun in seinen Konsequenzen für die Geschlechter zu bewerten, unterschiedliche Wertvorstellungen auf ihre Sozialisationsbedingungen, kulturellen und strukturellen Bedingtheiten bezüglich der Geschlechterverhältnisse zu erkennen und Strategien zur Vermeidung der Reproduktion von Geschlechterstereotypen zu entwickeln. Oder es wird die Berücksichtigung der Genderperspektive in der sozialen Arbeit als Schlüsselqualifikation gesehen, Studierende sollen im Umgang mit Daten soziale Ungleichheiten erkennen sowie einen selbstreflexiven Umgang mit Geschlechtsrollen einüben.

An zwölf der 24 (Fach-)Hochschulen werden *Module* zum Thema „Gender“ angeboten, z.T. als Wahlmodule, z.T. in Wahlpflichtbereichen. Die Studierenden haben hier zwar die Möglichkeit, Genderaspekte ins Studium zu integrieren, dies ist jedoch nicht verpflichtend. Angeboten werden u.a. Forschungsergebnisse der Sozialisations-, Gen-, Hirnforschung und Psychologie, die Darstellung geschlechterdifferenzierender Konzeptualisierungen sozialpädagogischer Hilfeangebote, Diskussionen über Gender als aktueller Aspekt von Sozialarbeit, die Praxisrelevanz geschlechtergerechter Ansätze, z.B. im Sozialrecht und die Reflexion eigener geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen.

An sieben (Fach-)Hochschulen sind Genderthemen *Teilbereiche innerhalb von Modulen* wie z.B. in Modulen über soziale Ungleichheit, Bewältigungshandeln und professionelles Handeln.

Die Mehrzahl der untersuchten (Fach-)Hochschul-Curricula räumt demnach Gender einen Stellenwert ein, der über die Berücksichtigung bzw. Erwähnung des Themas im Rahmen anderer Lerninhalte hinausgeht. Allerdings handelt es sich hierbei meist um Wahlpflichtveranstaltungen. Unter Gender Mainstreaming Gesichtspunkten sind es nur drei der hier analysierten 24 Hochschulen, die Gender als Querschnittsaufgabe implementiert haben.

Generell muss kritisiert werden, dass es jeder Fachhochschule überlassen bleibt zu entscheiden, in welcher Weise und in welchem Ausmaß Gender curricular verankert wird. Das heißt, dass die überwiegende Zahl der verantwortlichen Ministerien bisher Gender Mainstreaming nicht als umzusetzende Strategie verwirklicht haben. Ein erster Schritt könnte die Überprüfung der Verankerung von Gender als Querschnittsaufgabe in den Lehrinhalten der Fachhochschulen durch die Zertifizierungskommissionen sein.

Ein interessantes Beispiel kommt aus Hamburg: Hier haben sich die Fakultäten fast aller Hochschulen (u.a. Sozialarbeit, Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaft, Naturwissenschaft) zu einem hochschulübergreifenden Teilstudiengang „Gender Studies“ zusammengeschlossen. Das Fach kann als Nebenfach in Magisterstudiengängen (MA) sowie als Wahl- oder Nebenfach in Diplomstudiengängen studiert werden. An den beteiligten Hochschulen werden darüber hinaus zahlreiche Kurse angeboten, über welche Studierende das Zertifikat „Genderkompetenz“ erwerben können (Gender Studies Hamburg).

Die Recherche nach den Stichworten „Mädchen“, „Frauen“, „Jungen“, „Männer“ war ergebnislos. Damit bestätigt sich einerseits der Eindruck einiger Gesprächspartner und -partnerinnen, wonach frauenspezifische Konzepte in der Ausbildung nicht mehr beachtet werden und jungenspezifische Überlegungen noch nicht Eingang in die Ausbildung gefunden haben. Andererseits ist dieser Eindruck weder generalisierbar, noch ist über die

Analyse sicher zu folgern, dass mädchen-/frauengerechte und jungen-/männergerechte Arbeit nicht doch Gegenstand der Lehrinhalte ist.

Bei den Weiterbildungsangeboten kann auf eine Befragung der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA in den Jahren 2008 und 2009 in NRW verwiesen werden (vgl. Tödte, 2009). 76 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass ein Bedarf an weiterer Qualifizierung bzw. an spezifischen Fortbildungen für die geschlechtsspezifische Arbeit mit Frauen besteht und dass die bestehenden Angebote bei weitem nicht ausreichen.

Solange der Erwerb von Genderkompetenz nicht regelhaft in den Studiengängen der beteiligten Professionen verankert ist, ist es sinnvoll, berufsbegleitende Angebote dafür vorzuhalten. Inzwischen hat sich unter dem Stichwort Genderkompetenz und Managing Diversity ein Markt etabliert, auf dem Gender Mainstreaming sehr oft als reine Organisationsveränderung verstanden wird. So wurde die mangelnde Sachkenntnis der Trainerinnen und Trainer bezüglich der jeweiligen Arbeitsfelder von Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern beklagt. Die fachbezogene Ausgestaltung der Gendertrainings ist deshalb wichtig, Fachgesellschaften bietet sich hier ein breites Betätigungsfeld.

Entscheidend ist, dass Qualitätskriterien und Standards für die Planung, Durchführung und Auswertung solcher Weiterbildungen entwickelt werden. Trainingsangebote sollten einerseits für Führungskräfte den Prozess der Einführung von Gender Mainstreaming unterstützen, andererseits den Fachkräften Handlungshilfen für gendersensible Arbeit bieten. Wagner (2004) hält folgende Aspekte bei Trainingsumsetzungen für wichtig:

- Prozess- und Handlungsorientierung
- genderkompetente Trainer und Trainerinnen
- methodische Gestaltung
- Medieneinsatz
- Gestaltung der Rahmenbedingungen.

Für Fachkräfte der Jugendsozialarbeit werden inzwischen von einigen Fachhochschulen berufsbegleitende Kurse zum Erwerb von Genderkompetenz angeboten, z.B. von der Fachhochschule Kiel (vgl. Richter & Hurrelmann, 2004).

Eine unsystematische Suche im Rahmen dieser Studie zeigte, dass es zwar Fortbildungsmöglichkeiten zur geschlechtsspezifischen Arbeit mit Jugendlichen gibt, dass die meisten Angebote jedoch vor allem auf Jugendarbeit zielen wie z.B. „Genderpädagogik: Pädagogik der Geschlechter“ des Institutes für Jugendarbeit in München oder auch Fachtagungen wie z.B. im Februar 2008 in Ludwigshafen. Diese können zwar auch von Fachkräften aus dem Suchtbereich genutzt werden, sind jedoch nicht spezifisch auf ihr Feld ausgerichtet.

Betrachtet man das (geringe) Angebot an Fortbildungen zum Thema „Gender und Sucht“ oder „Gender, Sucht und Jugend“, zeigt sich eine deutliche Schiefelage: Mädchen- (bzw. frauen-)spezifische Angebote finden sich deutlich häufiger, wenngleich auf insgesamt niedrigem Niveau als jungen- bzw. männerspezifische wie z.B. die Fachveranstaltung der Arbeitsgemeinschaft „Mädchengerechte Jugendhilfe im Landkreis Marburg“: „Was haben Lebenslagen von Mädchen mit Suchtmittelkonsum zu tun?“ oder das Fortbildungsangebot von „Kajal“ in Hamburg (dies ist eher primärpräventiv ausgerichtet).

Für die Arbeit mit suchtkranken Männern entwickeln sich erst seit kurzem Angebote. Bspw. hat die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) 2006 eine Tagung zum Thema „Männer und Sucht“ durchgeführt und 2009 ein

Manual für die Arbeit mit süchtigen Männern (jedoch nicht mit Jungen) vorgelegt. Insgesamt ist die „Suchtgefährdetenhilfe [jedoch] nicht entsprechend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken vorbereitet“ (LWL, 2009, S.7) und der Bereich Jungen-Sucht-Arbeit noch weniger.

Abschließend bleibt festzustellen, dass es zwar Angebote für die Fortbildung in diesen Bereichen gibt, diese jedoch quantitativ nicht ausreichen, insbesondere nicht im Bereich jungenspezifischer Arbeit, um die Praxis effektiv zu unterstützen.

4.2.4 Klienten und Klientinnen

Im Rahmen der Befragung wurden auch Daten zu den Klienten und Klientinnen erhoben. Damit sollte zum einen die jeweils betreute Altersgruppe näher erfasst werden, da sich hieraus altersentsprechende Interventionen ableiten lassen. Die Klientendaten sollten zudem Auskunft über Altersstruktur, Herkunft, soziale Lage und zum Drogenkonsum geben.

Allerdings verweist die Auswertung auf erhebliche Probleme: Zwar machten 120 der 126 Einrichtungen Angaben zu den Klientenzahlen und dabei wurde meist auch zwischen männlicher und weiblicher Klientel unterschieden. Während lediglich 39 Einrichtungen die genaue Zahl von Klientinnen und Klienten angaben, beschränkten sich die übrigen Befragten auf (grobe) Schätzungen. In den 39 Einrichtungen wurden insgesamt im Jahr 2007 4.967 Klientinnen und Klienten betreut, wobei die Aussagekraft dieser – wenigen – Daten weiter eingeschränkt wird, weil auf zwei dieser Einrichtungen allein über 3.000 Klientinnen und Klienten entfallen. Die übrigen Befragten nannten meist nur ungefähre Größenordnungen. Die Datenqualität hängt z.T. mit bereichsbezogenen Strukturen zusammen: Stationen in (kinder- und jugend-)psychiatrischen Krankenhäusern verfügen z.B. nicht über eigene Statistiken und Belegungszahlen und in Jugendhilfeeinrichtungen findet sich i.d.R. nicht der Standard an Dokumentation, der inzwischen bspw. in der Suchthilfe verbreitet ist. Hinzu kommt auch, dass die Einrichtungen während der vielfach telefonisch durchgeführten Befragung die erfragten Angaben nicht vorliegen hatten und auch nicht bereit waren, anschließend die Angaben herauszusuchen und nachzuliefern.

Als noch problematischer stellt sich die Datenlage im Hinblick auf weitere Daten dar: Konsumverhalten, Diagnosen, Familien- und Wohnverhältnisse, Schulbildung und Ethnizität. Die meisten Einrichtungen haben ausschließlich zum Konsumverhalten und hier i.d.R. nur cursorische Einschätzungen abgegeben. In der Konsequenz kann deshalb nicht viel über die Klientel der befragten Einrichtungen berichtet werden. Im Folgenden wird ein knapper Überblick über die Altersstruktur vorgestellt.

Tab. 22: Anzahl der Klientinnen und Klienten (gruppiert) (n = 126)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
5 - 50	16	18,6	4	20,0	4	28,6	24	20,0
51 - 200	27	31,4	8	40,0	10	71,4	45	37,5
201 - 1.000	35	40,7	7	35,0	0	0,0	42	35,0
Über 1.000	8	9,3	1	5,0	0	0,0	9	7,5
Gesamt	86	100,0	20	100,0	14	100,0	120	100,0

Ein Fünftel der befragten Einrichtungen gehört zu den kleinen Einrichtungen mit maximal 50 Klientinnen und Klienten im Jahr 2007. Hierbei handelt es sich vor allem um stationäre Einrichtungen und Wohngruppen. Demgegenüber geben neun Einrichtungen an, von über 1.000 Klientinnen und Klienten in Anspruch genommen worden zu sein. Zum Teil handelt es sich dabei um Nutzer und Nutzerinnen niedrigschwelliger Kontaktangebote: Hier wurden bis zu 3.796 „Klientinnen und Klienten“ angegeben, wobei es sich vermutlich um die Anzahl persönlicher und telefonischer *Kontakte* handelt, darunter auch Einmalkontakte.

Die meisten Einrichtungen bewegen sich hinsichtlich ihrer Besucher- bzw. Klientenzahlen in einem mittleren Bereich. Die jungen-/männerhomogenen Einrichtungen betreuen bis zu 200 Klientinnen und Klienten. Dies deckt sich damit, dass stationäre Einrichtungen mit Langzeitbehandlung hier dominieren.

Befragt nach der Geschlechterverteilung ihrer Klientel haben die meisten Befragten Schätzungen abgegeben. Das Ergebnis zeigt

Tab. 23: Klientel nach Geschlecht (Anteile in %)

	alle Einrichtungen (n=120)	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=89)
Jungen/Männer	61,4	69,6
Mädchen/Frauen	38,6	30,4
Gesamt	100,0	100,0

Es wird deutlich, dass erheblich mehr Klienten als Klientinnen betreut werden, insbesondere wenn man die gemischt belegten Einrichtungen betrachtet. Von den 89 Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, haben nur sechs mehr Mädchen/Frauen als Jungen/Männer. Bei 48 der gemischt belegten Einrichtungen liegt der Mädchen-/Frauenanteil zwischen – geschätzten – 25 und 50 % und bei 35 unter 25 %. In allen Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, stellen Mädchen oder Frauen weniger als ein Drittel der Klientel. Zwischen der Gruppe der Einrichtungen, die überwiegend bis 21-Jährige betreuen, und der Gruppe mit überwiegend über 21-Jährigen besteht hinsichtlich des Geschlechts der behandelten Personen kein signifikanter Unterschied¹⁰: Jungen bzw. Män-

¹⁰ Zum Alter der Klientinnen und Klienten liegen kaum genaue Angaben vor, s. Kap. 4.1.

ner überwiegen in allen Altersgruppen mit etwa zwei Drittel. Hier sei an die Besetzung der Teams erinnert: Obwohl also fast 70 % der Klientel männlich ist, sind nur etwa 40 % der Beschäftigten männlich.

4.2.5 Angebote und Leistungen

Im folgenden Abschnitt werden die Angebote der Einrichtungen dargestellt und dann näher untersucht, wie der Hilfeprozess unter genderrelevanten Aspekten gestaltet wird.

Zunächst wurde erfragt, ob Mädchen/Frauen und Jungen/Männer in gleicher Weise die Möglichkeit haben, die Angebote der Einrichtungen zu nutzen. Dies bejahen fast alle (93,5 %) Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen. Eine auf ein Geschlecht bezogene Erschwernis oder Begrenzung des Zugangs gibt es demnach nicht. Das Geschlechterverhältnis der Klienten und Klientinnen, bei dem die Jungen/Männer deutlich in der Überzahl sind, wurde als ein möglicherweise den Zugang erschwerendes Element nicht reflektiert.

4.2.5.1 Angebotsspektrum

Die Einrichtungen wurden gebeten anzugeben, welche Angebote bei ihnen vorgehalten werden und bei welchen vorgehaltenen Angeboten die Geschlechtsrolle der Klientel berücksichtigt wird. Da in der Stichprobe sehr unterschiedliche Arten von Einrichtungen, von niedrigschwelligen Kontaktangeboten bis zu stationärer Therapie, vorhanden sind, zeigt sich erwartungsgemäß ein breites Spektrum vorgehaltener Hilfen.

Tab. 24: Angebotsspektrum und Berücksichtigung der (Angaben in %)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=92)		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/ Frauen betreuen (n=20)		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=14)	
	wird vorgehalten	... davon: Geschlechts-spez. wird berücksichtigt	wird vorgehalten	... davon: Geschlechts-spez. wird berücksichtigt	wird vorgehalten	... davon: Geschlechts-spez. wird berücksichtigt
Kontaktbereich	42,4	41,0	55,0	63,6	35,7	80,0
lebenspraktische Unterstützung	82,6	73,7	70,0	78,6	71,4	50,0
Beratung	84,8	74,4	100,0	70,0	85,7	41,7
Diagnostik	78,3	69,4	65,0	61,5	78,6	36,7
therapeutische Einzelarbeit	79,3	89,0	50,0	60,0	78,6	36,7
therapeutische Gruppenarbeit	68,5	84,1	50,0	60,0	71,4	50,0
Indikationsgruppen	62,0	64,9	55,0	54,6	50,0	42,9
Freizeitangebote	69,6	57,8	70,0	78,6	78,6	54,6
Trainings-/Arbeitsangebote	52,2	56,3	35,0	85,7	64,3	44,4
Sport	53,3	61,2	35,0	85,7	71,4	50,0
Arbeit mit Angehörigen	81,5	41,3	90,0	38,9	85,7	33,3
Arbeit mit anderen Profis/Multiplikatoren	70,7	41,5	85,0	35,3	50,0	71,4

Am häufigsten werden Beratung, auch von Angehörigen, sowie lebenspraktische Unterstützung angeboten, in allen drei Gruppen von über 80 % der Einrichtungen. Genderaspekte werden bei Beratungen überwiegend berücksichtigt, außer bei den Einrichtungen mit rein männlicher Klientel: Hier wird die Geschlechtsrolle in den Beratungsprozessen nur bei 41,7 % der Einrichtungen (die Beratung vorhalten) berücksichtigt. Bei der lebenspraktischen Unterstützung zeigt sich ein ähnliches Bild und bei der Arbeit mit Angehörigen werden in allen Einrichtungstypen geschlechtsspezifische Aspekte eher selten berücksichtigt.

Therapeutische Einzelarbeit wird öfter angeboten als Gruppenarbeit. Die Berücksichtigung der Geschlechtsrolle liegt bei Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, jeweils bei über 80 %. In Bezug auf die Gruppenarbeit kann vermutet werden, dass hierunter auch Frauen- bzw. Männergruppen subsumiert werden.

Die Ergebnisse bei den Sportangeboten unterscheiden sich deutlich: Während über 70 % der Einrichtungen für Jungen/Männer diese anbieten, sind es nur 35 % der Einrichtungen mit weiblicher Klientel. Dies ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass die Fraueneinrichtungen weit überwiegend ambulant und niedrigschwellig arbeiten und die Männereinrichtungen stationär.

Bei der Arbeit mit den Professionellen und Multiplikatoren anderer Einrichtungen wird die Geschlechtsspezifität eher weniger berücksichtigt, hier – überraschenderweise – am meisten von Einrichtungen für Jungen/junge Männer.

Insgesamt fällt auf, dass bei keinem Angebot die Geschlechtsspezifität systematisch berücksichtigt wird, obgleich dies bei einer Querschnittsaufgabe, wie „Gender“ sie darstellt, immer der Fall sein sollte (vgl. z.B. Weber & Faulstich-Wieland, 2003). Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen, berücksichtigen die Einflüsse der Geschlechtsrolle deutlich öfter als die Einrichtungen für Jungen/Männer. Bezogen auf die Altersgruppen „bis“ und „über 21 Jahre“ besteht zwischen den Einrichtungen hinsichtlich des Angebotsspektrums und der damit verbundenen Genderorientierung kein signifikanter Unterschied.

Nimmt man die Ergebnisse der vertiefenden Interviews hinzu, so zeigt sich, dass ein Teil der gemischt belegten Einrichtungen unter „geschlechtsspezifischen Angeboten“ zunächst Mädchen- und Jungengruppen versteht. In einigen Einrichtungen erschöpft sich damit geschlechtsspezifische Arbeit, in anderen sind diese Gruppen nur ein Element unter vielen. Mädchen- bzw. Frauengruppen sind vor allem gesprächs- und körperorientiert oder – seltener – Selbstverteidigungskurse. Für Jungen und Männer haben Sportangebote Vorrang, die oft als Einstieg genutzt werden, um „nebenbei“ oder anschließend mit den Klienten ins Gespräch zu kommen..

Die Einrichtungen berichten jedoch, dass diese „klassische“ Themenzuordnung nicht immer aufgehe: *„Ein Mitarbeiter hat für Jungen eine Floßtour angeboten. Einige wenige Mädchen hatten daran auch Interesse. Nach Rücksprache in der Gruppe aller Interessierten wurde entschieden, dass auch die interessierten Mädchen bei der Tour dabei sein können. [...] Ein Reiterhof hat für Mädchen der Einrichtung das Angebot einer Reitgruppe gemacht. Da auch Jungen am Reiten interessiert waren, wurde das exklusive Mädchen-Angebot abgelehnt. [...] In der Einrichtung gibt es eine „Ritzer-Gruppe“, die freiwillig stattfindet und allen interessierten Jugendlichen offen steht. In aller Regel wird diese Gruppe nur von Mädchen genutzt, zeitweise waren jedoch auch einige wenige Jungen dabei.“*

Die Gesprächspartnerinnen und -partner geben an, auf die Belegung zu achten und darauf, *„dass kein Mädchen allein in einer Jungengruppe ist“*. Generell würden Mädchen und Jungen getrennt untergebracht, eine Einrichtung berichtet über *„grundsätzlich getrennte Mädchen- und Jungentagen. Gegenseitige Besuche sind nur mit ausdrücklicher Erlaubnis der Betreuenden möglich.“* Hier wird versucht, einen Schutzraum innerhalb einer gemischtgeschlechtlichen Gemeinschaft sicherzustellen.

Die gemischt belegten Einrichtungen betonen weit überwiegend, dass *„Es zwar gute Erfahrungen [mit geschlechtsspezifischen Angeboten] gibt, aber grundsätzlich die Geschlechter gemeinsam behandelt werden sollten, da dies die reale Welt darstellt.“* *„[...] muss immer darauf geachtet werden, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen geschlechtsspezifischen und gemischtgeschlechtlichen Angeboten zu finden“*. *Die gemischtgeschlechtlichen Elemente werden für wichtig erachtet, damit „die Jugendlichen den Umgang mit dem anderen Geschlecht lernen“*.

Reine Mädcheneinrichtungen verstehen die Beschränkung auf ein Geschlecht i.d.R. als Voraussetzung für geschlechtsspezifisches Arbeiten. Mit Blick auf die Mädchen wird es als unverzichtbar betrachtet, diesen einen jungen- bzw. männerfreien Schutzraum zu gewährleisten: *„Das Wichtigste ist zunächst, einen Schutzraum vor (männlicher) Gewalt zu bieten“*. Die Angebote sind meist in eine Mädchenspezifische Konzeption eingebettet und werden viel öfter als tatsächlich geschlechtsspezifisch ausgerichtet beschrieben (s.o.).

Verglichen mit den Mädcheneinrichtungen sind die Jungeneinrichtungen weniger geschlechtsspezifisch aufgestellt, was Befragte auch bestätigen: „Wir arbeiten nur mit Jungs und jungen Männern. Die Angebote sind nicht immer gendersensibel, aber bei den Themen Gewalt, Sexualität und Vaterbeziehung kommt Gender doch ins Spiel.“

Viele Einrichtungen beschreiben, dass die Jugendlichen von sich aus meist nicht nach geschlechtergetrennten Angeboten fragen, und wenn überhaupt, dann kommt dies am ehesten von Mädchen. Gleichwohl werde die Abwesenheit des anderen Geschlechts im Verlauf geschätzt und ermögliche ungehemmtere Gespräche und freieres Agieren: „Geschlechtsspezifische Angebote werden von den Jugendlichen gut angenommen, jedoch dürfen es nicht zu viele sein, weil dann wieder gefordert wird, mehr zusammen zu machen.“

4.2.5.2 Wahlfreiheit bzgl. des Geschlechts der Betreuungsperson

Geschlechtsspezifische Arbeit wird häufig als Arbeit mit einem Geschlecht und durch Fachkräfte desselben Geschlechts verstanden. Insbesondere die frauenspezifische Arbeit basiert auf diesem Grundsatz. Und in gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen wird oftmals versucht, das Erstgespräch oder die Bezugsbetreuung im Verlauf geschlechtshomogen zu organisieren. Die Einrichtungen wurden deshalb um Auskunft gebeten, inwieweit Erstgespräch und laufende Betreuung geschlechtshomogen organisiert werden. Dargestellt werden ausschließlich die Einrichtungen, bei denen eine diesbezügliche Wahl möglich ist, da sie beide Geschlechter beschäftigen. Antworten liegen von 94 bzw. 98 dieser 103 Einrichtungen vor.

Tab. 25: Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Fachkraft/Betreuungsperson – Erstgespräch (n = 94 Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen)

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Das Erstgespräch wird bei uns geschlechtshomogen organisiert.	40	41,2	20	21,3	11	11,7	23	24,5
Die Klientin/der Klient kann wählen, ob das Erstgespräch mit einer Frau oder einem Mann geführt wird?	43	45,7	14	14,9	11	11,7	26	27,7

Eine geschlechtshomogene Organisation des Gesprächs findet bei gut zwei Fünftel *nie* statt. Fast die Hälfte der Einrichtungen räumt der Klientel *keine* Wahlmöglichkeiten im Bezug auf das Geschlecht der Fachkraft für das erste Gespräch ein. Diese Werte kommen jedoch nur z.T. aufgrund expliziter Entscheidungen zustande. Oftmals ist es den Einrichtungen gar nicht möglich, eine Wahl anzubieten, z.B. wenn nur eine Fachkraft im Dienst ist. Schon aus finanziellen Gründen können nicht immer zwei Beschäftigte bereitstehen. Immerhin ein Viertel der Einrichtungen lässt standardmäßig Wahlmöglichkeiten zu bzw. achtet darauf, das Erstgespräch geschlechtshomogen zu organisieren.

Wie sieht die Situation im Betreuungsverlauf aus? Können die Klientinnen und Klienten wählen, ob ihr Bezugsbetreuer, ihre Beraterin etc. ein Mann oder eine Frau ist? 98 Einrichtungen antworteten:

Tab. 26: Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Fachkraft/Bezugsperson im Betreuungsprozess (n = 98 Einrichtungen, die beide Geschlechter beschäftigen)

	abs.	in %
ja	55	56,1
nein	43	43,9
Gesamt	98	100,0

Tatsächlich geben über die Hälfte der Einrichtungen an, dass die Klientin oder der Klient wählen kann, von einem Mann oder einer Frau betreut zu werden. Bei den übrigen Einrichtungen kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass diese Frage nicht thematisiert wird. Vielmehr zeigte sich in den Interviews, dass es Gründe gibt, eine Auswahl nicht zuzulassen. So erklärte eine Einrichtung, die mit bereits gewalttätig gewordenen Jungen arbeitet: *„Diesen Jungs kann man oftmals keine Frau als behandelnde Fachkraft gegenüberstellen, da die große Gefahr einer Gewalthandlung ihr gegenüber besteht. Vielmehr wird hier ein Mann gebraucht, der den Jungs erst mal klar die Grenzen aufzeigt, und daher von ihnen auch respektiert wird.“* Ein Nein bei dieser Frage kann also nicht automatisch als fehlendes Genderverständnis interpretiert werden. Inwiefern hier jedoch die Geschlechtsrollen reflektiert wurden, bleibt offen, klingt doch bei diesem „männlichen“ Zitat auch ein Frauenbild an, das von Nachgiebigkeit und nicht von Durchsetzungsfähigkeit der Betreuerinnen geprägt ist.

Werden Jugendliche und Erwachsene bezüglich der Wahlfreiheit des Geschlechts der Betreuerperson gleich behandelt?

Tab. 27: Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Betreuungsperson – nach Altersgruppe der Klientel (n = 82)

	Einrichtungen mit 50 % Klientel bis 21 (n=34)		Einrichtungen mit 50 % Klientel über 21 (n=48)	
	abs.	in %	abs.	in %
ja	14	41,2	35	72,9
nein	20	58,8	13	27,1
Gesamt	34	100,0	48	100,0

Cramers V > .20 p < .05

Einrichtungen, die mehrheitlich bis 21-jährige Klientinnen und Klienten haben, räumen diesen signifikant seltener Wahlmöglichkeiten zum Geschlecht der dauerhaft betreuenden/beratenden Fachkraft ein als Einrichtungen, die eine mehrheitlich ältere Klientel haben.

Darunter ragt eine Einrichtung heraus, die angibt, dass die gendersensible Angebotsgestaltung damit beginnt, dass *„jede Klientin, jeder Klient ein Betreuendenteam aus einem Mann und einer Frau erhält, weil Erziehung prinzipiell männliche und weibliche Seiten umfassen sollte und so sowohl ein männlicher als auch ein weiblicher Blick auf den Jugendlichen, das Thema etc. sichergestellt wird. Tatsächlich haben die Jugendlichen oftmals eine schwache Mutter erlebt, die keine Grenzen gesetzt hat, der Vater fehlte meist ganz. Daher ist es wichtig, dass sie zum einen überhaupt männliche Elemente in der Erziehung als Rollenvorbild etc. kennenlernen und dass sie zum anderen konstruktive Formen von Erziehung durch Väter- und Mütter-Figuren erleben. Das Betreuendenteam bietet zudem die für die Entwicklung wichtigen positiven männlichen und weiblichen Rollen-*

vorbilder sowie Reibungs-/Abgrenzungsmöglichkeiten.“ In dieser Einrichtung werden zudem „gleichgeschlechtliche Gruppenangebote gemacht, aber auch explizit gegengeschlechtliche Angebote realisiert. Das hilft den Jungen, die mütterliche Komponente zu erleben, und den Mädchen, andere Männerbilder kennenzulernen. Für beide Gruppen ist es zudem wichtig, mal unter sich zu sein und sich vom anderen Geschlecht zu erholen“.

4.2.6 Anamnese

Im Folgenden werden Genderaspekte bei unterschiedlichen Arbeitsschritten betrachtet. Den Einrichtungen wurden Aussagen vorgegeben, für die sie auf einer Skala zwischen 0 % und 100 % abschätzen sollten, wie weit die jeweilige Aussage auf sie zutrifft. Die Angaben wurden für die Darstellung gruppiert in die Kategorien „nie“, „10 - 50%“ (eher selten), „60 - 80%“ (häufig) und „90 - 100%“ (regelhaft).

In der Fachdiskussion besteht weitgehend Einigkeit, dass eine gendersensible Arbeit nicht umhin kommt, in der Anamnese genderbedeutende Aspekte zu erfragen wie z.B. aktive oder passive Gewalterfahrungen, Sexualitätserleben, männliche und weibliche Leitfiguren oder Geschlechtsidentität.

Das Ergebnis zeigt zunächst, dass zwei Drittel der befragten Einrichtungen angeben, den Anamneseprozess standardisiert bzw. formalisiert durchzuführen.

Tab. 28: Berücksichtigung von Genderaspekten in der Anamnese

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %

In der Anamnese wird das Problem/Anliegen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang und den männlichen bzw. weiblichen Rollendefinitionen eruiert.

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=85)	12	14,1	20	23,5	23	27,1	30	35,3
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	1	5,3	4	21,1	6	31,6	8	42,1
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=13)	2	15,4	7	53,9	1	7,7	3	23,1

Es wird aktiv nach genderbedeutenden Ereignissen/geschlechtsspezifischen Traumatisierungserfahrungen im Leben gefragt.

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=85)	8	9,4	23	27,1	22	25,9	32	37,7
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen. (n=19)	0	0,0	2	10,5	3	15,8	14	73,7
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen. (n =13)	3	23,1	5	38,5	0	0,0	5	38,5

Die individuelle geschlechtsspezifische Identitätsentwicklung wird beleuchtet (Wollten die Eltern z. B. ein Kind eines bestimmten Geschlechts? Wollte der Klient/die Klientin selbst andersgeschlechtlich sein?)

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=84)	15	17,9	22	26,2	23	27,4	24	28,6
--	----	------	----	------	----	------	----	------

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	5	26,3	5	26,3	9	47,4
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=13)	2	15,4	6	46,2	0	0,0	5	38,5

Das Ergebnis zeigt deutliche Unterschiede je nach der Zielgruppe der Einrichtungen: Fast die Hälfte aller Fraueneinrichtungen berücksichtigt das Anliegen in Zusammenhang mit weiblichen Rollendefinitionen, drei Viertel fragen nach genderbedeutenden Ereignissen/geschlechtsspezifischen Traumatisierungserfahrungen. Weitere 15,8 % bis 31,6 % der Fraueneinrichtungen haben diese Aspekte oft im Blick.

In den gemischt belegten Einrichtungen fragen zwei bis drei Fünftel in der Anamneseerhebung nie bis selten nach genderbedeutsamen Ereignissen und lediglich etwa ein Drittel regelmäßig.

Besonders große Unterschiede zeigen sich bzgl. des Erfragens von Traumatisierungs- u.ä. Erfahrungen. Hier scheint sich ein vereinfachender traditionelle Rollen akzentuierender Blick durchzusetzen (Frauen und nicht Männer sind Opfer). Dass bei suchtkranken Frauen (sexueller) Missbrauch in der Vorgeschichte häufig ist, ist zur Genüge belegt (vgl. z.B. Vogt, Leopold, Tödt & Breuker-Gerig, 1998; Scheffler, 2002; Zenker et al., 2002). Doch verweisen auch Erfahrungen in der männerspezifischer Arbeit darauf, dass Erfassung und Berücksichtigung von sexualisierten Gewalterfahrungen und Demütigungen zum Standard in der Arbeit mit suchtkranken Jungen und Männern gehören sollten (vgl. z.B. Koch-Möhr, 2005; Engels & Theunißen, 2006; Röben, 2006).

4.2.7 Behandlungsplanung

Im Folgenden wird die Zielorientierung im Behandlungsprozess betrachtet.

Tab. 29: Zielarbeit im Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Ziele werden gemeinsam mit Klienten und Klientinnen erarbeitet								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=87)	2	2,3	0	0,0	4	4,6	81	93,1
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=20)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=14)	0	0,0	0	0,0	1	7,1	13	92,9
Individuelle Ziele werden auf dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Aufgabenstellungen erarbeitet								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=84)	6	7,1	17	20,2	29	34,5	32	38,1
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	2	10,5	1	5,3	5	26,3	11	57,9

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=13)	2	14,3	4	28,6	3	21,4	4	28,6

Ziele werden schriftlich fixiert

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=87)	3	3,5	10	11,5	12	13,8	62	71,3
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	4	21,1	3	15,8	12	63,2
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/Männer betreuen (n=14)	0	0,0	1	7,1	1	7,1	12	85,7

Fast alle Einrichtungen geben an, Ziele des Behandlungs- bzw. Beratungsprozesses regelmäßig gemeinsam mit den Klientinnen oder Klienten zu erarbeiten. Lediglich zwei Einrichtungen fallen aus dem Rahmen und verneinen dies. In einigen telefonischen Erhebungen wurde betont, dass eine Erarbeitung von Zielen ohne die Einbeziehung der Klientin oder des Klienten für ausgeschlossen gehalten wird und dass durch die Einbindung eine stärkere Compliance erreicht wird.

Dass die Ziele regelmäßig schriftlich fixiert werden, geben ebenfalls zwei Drittel bis 85,7 % der Einrichtungen an. Dass dies in den Jungeneinrichtungen am höchsten ausfällt, hängt vielleicht damit zusammen, dass es sich hier weit überwiegend um stationäre Therapieeinrichtungen handelt, in denen zielorientierte Therapiepläne am ehesten zum Standard gehören. Bei den drei Einrichtungen, die dies „nie“ tun, handelt es sich um niedrigschwellige ambulante Angebote.

Das Gesamtergebnis überrascht angesichts der Erfahrung, dass Zielarbeit vor allem im ambulanten Bereich insgesamt eher selten stattfindet (vgl. Schu, 2001; Kuhn, Schu, Vogt, Schmid, Simmedinger, Schlanstedt, Farnbacher, Verthein, Haasen, Claes, von der Schulenburg, Buhk, Zeikau & Koch, 2007) und liegt sicherlich im Übergewicht stationärer Einrichtungen (etwa 60 % der Befragten) und den Rahmenbedingungen des SGB VIII (§ 36, Hilfeplanung), nachdem zumindest ein Teil der Befragten Hilfeplanung erstellt bzw. daran mitwirken soll.

Mit Blick auf genderspezifische Fragestellungen zeigt sich jedoch, dass geschlechtsspezifischen Aufgabenstellungen im Rahmen der Zielarbeit eine eher geringe Bedeutung zukommt und deutlich seltener zum Standard gehört, am relativ häufigsten (57,9 %) bei den Einrichtungen für Mädchen/Frauen.

4.2.7.1 Genderbezogene Themen im Betreuungsprozess

Inwiefern fließen welche genderbezogenen Aspekte bei der Betreuung der Klientinnen und Klienten ein?

Tab. 30: Umsetzung genderspezifischer Aspekte im Angebot (1) (n = 87 Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen)

	nie		10 %-50 %		60 %-80 %		90 %-100 %	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Bei unseren Angeboten werden die Anliegen junger Frauen und Männer in gleicher Weise/gleichem Umfang berücksichtigt.	2	2,3	11	12,6	27	31,0	47	54,0
Bei der Planung unserer Angebote und Vorgehensweisen wird geprüft, ob und wann geschlechtsspezifische Interventionsmethoden erforderlich sind.	2	2,3	11	12,6	26	29,9	48	55,2

Über die Hälfte der gemischt belegten Einrichtungen geben an, dass die Anliegen junger Männer und junger Frauen regelhaft in gleicher Weise berücksichtigt werden. Diese Zahl erstaunt angesichts der Überzahl von Jungen/Männern in den (meisten) Einrichtungen und der bisherigen Ergebnisse. Möglicherweise haben die Einrichtungen bei dieser Frage das Geschlechterverhältnis der Klientel und das Angebot zueinander in Relation gesetzt. Die Berichte in den Interviews verweisen darauf, dass Gender als eine Kategorie individueller Betreuung interpretiert wird, z.B.: „Es geht nie nur ums Geschlecht, aber immer auch ums Geschlecht.“ oder „Wir ringen einzelfallorientiert um einen Umgang, der den Genderaspekten gerecht wird.“ und: „Gerade bei der sehr individuellen Behandlung, die die Jugendlichen in der Fachklinik erfahren, spielt Gender eine große Rolle. Es muss sehr stark auf die unterschiedlichen Biographien von Jungen und Mädchen eingegangen werden.“

Ebenfalls über 50 % der Einrichtungen geben an, bei der Planung von Angeboten i.d.R. zu prüfen, wann geschlechtsspezifische Interventionsmaßnahmen erforderlich sind.

Die Umsetzung konzeptionell relevanter Aspekte wurde noch in weiteren Fragen vertieft, deren Ergebnisse nun wieder über alle Einrichtungen (gruppiert nach betreuter Klientel) dargestellt werden:

Tab. 31: Umsetzung genderspezifischer Aspekte im Angebot (2) (alle Einrichtungen)

	nie		10 %-50 %		60 %-80 %		90 %-100 %	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Wir thematisieren die Rolle als Mädchen/Frau bzw. Junge/Mann auf das Konsumverhalten/die Suchtentwicklung <i>je nach individuellem Bedarf</i> .								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=88)	5	5,7	7	8,0	16	18,2	60	68,2
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=17)	0	0,0	1	5,9	4	23,5	12	70,6
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=12)	3	25,0	2	16,7	2	16,7	5	41,7
Wir thematisieren die Rolle als Mädchen/Frau bzw. Junge/Mann auf das Konsumverhalten/die Suchtentwicklung <i>systematisch in jedem Fall</i> .								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=85)	21	24,7	18	21,2	17	20,0	28	32,9
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n =19)	3	15,8	4	21,1	3	15,8	9	47,4
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=12)	4	33,3	2	16,7	1	8,3	5	41,7
Wir fördern die Entwicklung einer zufriedenen Geschlechtsrolle.								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=87)	1	1,2	9	10,3	38	43,7	39	44,8
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	0	0,0	4	21,1	15	79,0
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=12)	1	8,3	1	8,3	3	25,0	7	58,3
Geschlechterzuschreibungen und verschiedene Sozialisationsbedingungen werden regelmäßig im Rahmen von Teamsitzungen reflektiert.								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=87)	2	2,3	23	26,4	31	35,6	31	35,6
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen (n=19)	1	5,3	5	26,3	4	21,1	9	47,4
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=12)	1	8,3	3	25,0	2	16,7	6	50,0

Die jeweilige Geschlechtsrolle (als Mädchen/Frau bzw. Junge/Mann) wird im Betreuungsverlauf nur von einem Drittel der Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, regelhaft *systematisch* thematisiert, ein Viertel dieser Einrichtungen verzichtet gänzlich auf die *systematische* zugunsten einer *individuellen* Vorgehensweise (68,2 % regelhaft). Tatsächlich verweist jedoch nur eine systematische Berücksichtigung darauf, dass Themen institutionalisiert sind und z.B. bei der Einarbeitung neuer Fachkräfte berücksichtigt werden. Insbesondere bei der Einführung neuer Vorgehensweisen, und dazu zählt gendersensible Arbeit sicherlich, bewährt sich eine Festschreibung von Standards.

Von den Einrichtungen mit rein weiblicher Klientel gibt fast die Hälfte an, die Geschlechtsrolle *systematisch* zu thematisieren, bei jenen, die ausschließlich Jungen/Männer

betreuen, geben jeweils 41,7 % an, diese Rolle *individuell* oder *systematisch* zu thematisieren. Doch erscheint es mit Blick auf Jungen und Männer und insbesondere den steigenden Anteil von Migrantinnen und Migranten mit ihren spezifischen Rollenbildern notwendig, Männlichkeitskonzepte und speziell das „Doing gender with drugs“ zu thematisieren und zu reflektieren (vgl. z.B. Stöver, 2007).

44,8 % der beidgeschlechtlich behandelnden Einrichtungen geben an, dass sie die Entwicklung einer zufriedenen Geschlechtsrolle fördern, demgegenüber nehmen sich alle Einrichtungen für Mädchen/Frauen und drei Viertel der Jungeneinrichtungen dieses Themas regelhaft oder häufig an.

Im Vergleich zu den vorherigen Themen scheint der regelmäßigen Reflexion von Geschlechterzuschreibungen und verschiedenen Sozialisationsbedingungen eine geringere Bedeutung zugemessen zu werden. Nur etwa knapp die Hälfte der Einrichtungen mit geschlechtshomogener Klientel und wenig mehr als ein Drittel der Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen, tun dies regelhaft, während jeweils etwa ein Drittel dieses Thema selten bis nie reflektiert. Dabei käme der Reflexion ein hoher Stellenwert zu, wie bspw. der folgende Bericht zeigt: *„In unserer Einrichtung nehmen Frauen nehmen Jungs oft als ‚harte Typen‘ wahr, von denen Gefahr ausgehen kann. Den Jungs wird schon vorab mehr Delinquenz(bereitschaft), Neigung zu Hyperaktivität usw. zugeschrieben. Sie gelten viel eher als ‚Störer‘, während frau (aber auch mann) den Mädchen mit mehr Verständnis und Geduld begegnet. Bei Jungen heißt es zum Beispiel: ‚die klauen oder dealen doch‘. Mädchen hingegen hätten ‚emotionale und psychische Probleme‘. Wir beobachten, dass diese Wahrnehmung zu verstärkter Sanktionierung von Jungenverhalten führt und müssen immer wieder im Team dagegenhalten.“*

Im Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, welche genderrelevanten Themen im Betreuungsprozess berücksichtigt werden.

Tab. 32: Genderbezogene Themen im Betreuungsprozess – geordnet nach Zustimmung in Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
seelische Probleme								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=78)	0	0,0	0	0,0	17	21,8	61	78,2
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	0	0,0	3	15,8	16	84,2
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	0	0,0	2	15,4	11	84,6
Emotionalität								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	0	0,0	3	3,8	24	30,4	52	65,8
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	0	0,0	5	26,3	14	73,7
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	0	0,0	3	23,1	10	76,9

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Kommunikationsfähigkeit								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	0	0,0	6	7,6	23	29,1	50	63,3
Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	2	10,5	6	31,6	11	57,9
Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	1	7,7	2	15,4	10	76,9
erlittene Gewalt								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	0	0,0	14	17,7	20	25,3	45	57,0
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	0	0,0	4	21,1	15	78,9
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	2	15,4	4	30,8	7	53,9
Einstellung zu Mutter/Vater								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=80)	0	0,0	10	12,5	25	31,3	44	55,0
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	4	21,1	6	31,6	9	47,4
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	2	15,4	3	23,1	8	61,5
ausgeübte Gewalt								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	0	0,0	17	21,5	20	25,3	42	53,2
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	6	31,6	5	26,3	8	42,1
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	2	15,4	3	23,1	8	61,5
Suchtmittelkonsum zur Stärkung der eigenen Geschlechtsrolle								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	7	8,9	15	19,0	18	22,8	39	49,4
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=18)	1	5,6	5	27,8	0	0,0	12	66,7
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=11)	0	0,0	2	18,2	4	36,4	5	45,5

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Einstellung zu Schule/Ausbildung								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=80)	0	0,0	7	8,8	36	45,0	37	46,3
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=18)	0	0,0	6	33,3	7	38,9	5	27,8
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	2	15,4	3	23,1	8	61,5
Einstellung zu (anderen) Mädchen (bzw. Jungen)								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=78)	1	1,3	14	18,0	28	35,9	35	44,9
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	3	15,8	6	31,6	10	52,6
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=12)	0	0,0	3	25,0	2	16,7	7	58,3
zukünftige Rolle als Frau/als Mann								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	1	1,3	22	27,9	24	30,4	32	40,5
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	3	15,8	5	26,3	11	57,9
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=11)	0	0,0	3	27,3	2	18,2	6	54,6
Sexualität								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=80)	0	0,0	24	30,0	24	30,0	32	40,0
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=19)	0	0,0	4	21,1	4	21,1	11	57,9
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=13)	0	0,0	3	23,1	3	23,1	7	53,9
(Stabilisierung der) Geschlechtsidentität								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=79)	2	2,5	20	25,3	30	38,0	27	34,2
Einrichtungen, die ausschl. Mädchen/ Frauen betreuen (n=17)	0	0,0	3	17,6	5	29,4	9	45,0
Einrichtungen, die ausschl. Jungen/ Männer betreuen (n=12)	1	8,3	4	33,3	2	16,7	5	41,7

Besondere Beachtung erfahren in allen Einrichtungstypen seelische Probleme, Emotionalität und Kommunikationsfähigkeit. Seelische Probleme werden in vier Fünftel und mehr Einrichtungen regelhaft besprochen. Es können bezogen auf das Geschlecht der Klientel bei diesem Thema keine Bedeutungsunterschiede festgestellt werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich zum Themenbereich Emotionalität. Hier geben nur drei Einrichtungen an, dieses Thema in weniger als 50 % der Behandlungen anzusprechen, ansonsten rangiert es bei

drei Viertel der Einrichtungen weit oben. Auch hier lassen sich keine Unterschiede bei der Behandlung der beiden Geschlechter ausmachen.

Beim Thema Kommunikationsfähigkeit zeigen sich erstmals Unterschiede: In Fraueneinrichtungen kommt dem Aspekt zwar auch eine hohe Bedeutung zu, aber doch sichtlich weniger als in den Einrichtungen, die (auch) Jungen und Männer betreuen, worin sich möglicherweise das Stereotyp ausdrückt, dass Kommunikationsfähigkeit als eine „typisch weibliche Eigenschaft“ bei Mädchen nicht eigens thematisiert werden muss. Die Einrichtungen geben an, dass bei der Beratung und Behandlung des weiblichen Geschlechts *erlittene* Gewalt sowie Suchtmittelkonsum zur Stärkung der eigenen Geschlechtsrolle wichtige Themen sind, sie werden in mehr als zwei Drittel der mädchen-/frauenspezifischen Einrichtungen regelhaft behandelt.

In der Arbeit mit Jungen/Männern geht es dagegen öfter um *ausgeübte* Gewalt, Einstellung zur Schule bzw. Ausbildung, Einstellung zu den Eltern sowie um Kommunikationsfähigkeit. Besonders deutlich wird der Geschlechtsunterschied bei dem Thema Einstellung zur Schule bzw. Ausbildung: Während über 60 % der Einrichtungen für Jungen/Männer dieses Thema regelmäßig besprechen, ist es bei jenen für Mädchen/Frauen nur gut ein Viertel. Diese Beobachtungen decken sich mit bisher in der Literatur dargestellten. Bspw. stellten Zenker & Lang schon 1995 fest, dass eines der wichtigsten Substitutionsziele der substituierenden Ärzte und Ärztinnen für ihre männlichen Klienten die soziale Rehabilitation war, während für Frauen seelische und körperliche Stabilität im Vordergrund stand. Bei der geschlechtsspezifischen Fokussierung auf Themen und Lebensaufgaben scheint sich also nicht so viel verändert zu haben.

In den vertiefenden Gesprächen wird dagegen deutlich, dass die Geschlechterunterschiede sich verringern und dass deshalb *„bei den Mädchen und jungen Frauen Gewalt und Aggressionspotenziale verstärkt in den Blick genommen werden müssen und bei Jungen und jungen Männern 'das Opfer-sein'. Solche Themen kann man fast nur in geschlechtshomogenen Gruppen behandeln. Aus meiner Sicht ist auch die Bedeutung solcher Themen für die Jugendlichen selbst hoch und sie lassen sich sehr alltagspraktisch diskutieren, z.B. ‚wie verhalte ich mich auf einer Party?‘“* Eine Mädcheneinrichtung berichtet dazu: *„es ändert sich gerade: Junge Mädchen zeigen eine ganz andere Handlungspalette, agieren stärker aus, mit Komasaufen und Körperverletzung etc. Es geht aber nicht nur um Unterschiede bei den Jugendlichen, vielmehr neigt die Gesellschaft auch zu unterschiedlichen Antwortmustern. Klassisch ist z.B., dass wenn Mädchen sich über Suchtmittel inszenieren, sie in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, Jungen hingegen in eine Ausnüchterungszelle.“*

Erstaunlicherweise kommt dem Thema „Suchtmittelkonsum zur Stärkung der eigenen Geschlechtsrolle“ in Einrichtungen für Jungen relativ weniger Bedeutung zu (und auch in gemischt belegten Einrichtungen zeigt sich hierzu ein breites Spektrum mit z.T. geringer Bedeutungszuweisung), obgleich dies in der Fachliteratur insbesondere mit Blick auf Jungen und Männer besonders hervorgehoben wird („Doing gender with drugs“ – vgl. z.B. Koch-Möhr, 2005; Stöver, 2007). Dieses Ergebnis wird dadurch verstärkt, dass auch die Bedeutung des Themenbereichs „Stabilisierung der Geschlechtsidentität“ deutlich hinter den anderen Themen liegt: Weniger als die Hälfte aller Einrichtungen (bei den gemischtgeschlechtlichen sogar nur ein Drittel) gibt an, dieses Thema regelhaft zu behandeln.

Die Variationen, die sich bezüglich der Umsetzung/Berücksichtigung der oben dargestellten Themen zeigen, verweisen insgesamt auf eine eher traditionelle Ausprägung von Themen-Geschlecht-Zuordnungen und weniger auf die Umsetzung von Erkenntnissen der Genderforschung bzw. der Erfahrungen in gendersensibel arbeitenden Einrichtungen,

wenngleich erste Versuche in Richtung einer differenzierteren Geschlechterwahrnehmung zu beobachten sind. Die zurückhaltende Nutzung von Fortbildungsangeboten zu genderrelevanten Themen erscheint nach diesen Erkenntnissen erneut bedeutsam ebenso wie die bisher mangelnde Verankerung von Genderthemen in Weiterbildungsangeboten.

4.2.8 Dokumentation und Qualitätssicherung

Wenn Einrichtungen neue Konzepte verfolgen und einen neuen Ansatz umsetzen wollen, brauchen sie zur Steuerung ihrer Arbeit Daten und dazu eine adäquate Dokumentation.

Zunächst wurde erfragt, ob Maßnahmen ergriffen werden, um den „weiblichen“/den „männlichen“ Blick, also die geschlechtsbedingt unterschiedliche Wahrnehmung auf die Situation und die Problemausprägungen der Klientel sicherzustellen. 97 Einrichtungen mit männlichen und weiblichen Fachkräften antworten dazu. 43,3 % der Befragten geben an, dies regelhaft sicherzustellen, weitere 30,9 % „häufig“. Demgegenüber ordnen sich 22,7 % der Einrichtungen auf einer Skala bei 10 % - 50 % ein und drei (3,1 %) stellen nie sicher, dass Gender als differenzierender Blickwinkel berücksichtigt wird.

Im Weiteren wurde nach der Erfassung steuerungsrelevanter genderbezogener Daten gefragt und damit nach einer Bedingung für eine Steuerung des Angebots unter Gendergesichtspunkten.

Tab. 33: Erfassung steuerungsrelevanter Daten – nach Rangfolge (ausschließlich Einrichtungen mit gemischtgeschlechtlicher Klientel)

	nie		10 %-50 %		60 %-80 %		90 %-100 %	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Für die Steuerung der Organisation werden ... geschlechterdifferenziert erfasst								
... Zugänge/Vermittlung (n=82)	12	14,6	13	15,9	2	2,4	55	67,1
... Erfolgs-/Abbruchquoten (n=81)	16	19,8	8	9,9	6	7,4	51	63,0
... Nutzungsverhalten/Inanspruchnahme der einzelnen Angebote (n=81)	30	37,0	9	11,1	9	11,1	33	40,7
... Zugangsmotive (n=77)	31	40,3	14	18,2	6	7,8	26	33,8
... die Nachhaltigkeit von Maßnahmen (n=75)	24	32,0	18	24,0	9	12,0	24	32,0
Es wird eine geschlechterdifferenzierte Datenerhebung im Hinblick auf Kosten, Mitteleinsatz durchgeführt. (n=83)	52	62,7	14	16,9	6	7,2	11	13,3

Mit Blick auf die geschlechterdifferenzierte Erfassung steuerungsrelevanter Daten nennen etwa zwei Drittel der Einrichtungen die regelhafte geschlechterdifferenzierte Dokumentation der Zugänge/Vermittlungen sowie der Erfolgs- und Abbruchquoten. Dies wird vermutlich durch die Beteiligung an zentralen Datenerfassungssystemen, z.B. Deutsche Suchthilfestatistik, und durch Nachweisverpflichtungen gegenüber Kosten- und Leistungsträgern bzw. Zuwendungsgebern gefördert (vgl. z.B. Berichtspflichten für die zuwendungsgeförderten Einrichtungen in Hamburg).

Die Nutzung einzelner Angebote im Gesamtspektrum von Einrichtungen wird überwiegend nur in Teilen (bzw. überhaupt) geschlechterdifferenziert erfasst. Erfahrungsgemäß handelt es sich dabei am ehesten um Daten zu explizit geschlechtsspezifisch angebotenen

bzw. genutzten Elementen wie z.B. einer Frauengruppe, geschlechtsspezifischen Indikationsgruppen oder bestimmten Sportangeboten. Einige Einrichtungen notieren klientenbezogen die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen, ambulanter Therapie u.ä. und können deshalb diese Daten (auch) geschlechterdifferenziert auswerten.

Weniger ausgeprägt stellt sich die Datenerhebung im Bezug auf die Erfassung von Zugangsmotiven und bzgl. der Nachhaltigkeit der Maßnahmen dar. 40 % bzw. 32 % der Einrichtungen geben an, hierzu keine geschlechterdifferenzierten Daten zu erheben. Dieser Wert wird nur unterboten durch die (kaum stattfindende) Erfassung von effizienzorientierten Daten: Vier Fünftel der Einrichtungen verfügen nicht bzw. kaum über geschlechtsdifferenzierte Daten zu Kosten und Mitteleinsatz. In beiden Fällen liegt das vermutlich daran, dass ein derartiges Controlling nicht nur mit Blick auf Genderfragen, sondern generell nicht stattfindet.

Was ist – über die Sammlung von Daten hinaus – zum Thema Evaluation in den Einrichtungen zu sagen? 62,7 % aller Einrichtungen haben Verantwortliche für die Evaluation benannt, was als Hinweis auf die Bedeutung, die dieser Aufgabe zugeschrieben wird, gedeutet werden kann. 80 % der Fraueneinrichtungen, und damit signifikant mehr als die anderen beiden Gruppen, verfügen über Evaluationsbeauftragte. Bei den Einrichtungen für beide Geschlechter sind es 60,9 % und bei den Jungeneinrichtungen 50 %. Bei 50 Einrichtungen ist erkennbar, ob die bzw. der Beauftragte ein Mann oder eine Frau ist, wobei sich eine ausgeglichene Verteilung zeigt: 23 Männern und 20 Frauen steht in sieben Fällen jeweils ein Team aus Mann und Frau gegenüber.

Tab. 34: Evaluation der Einführung/Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Die Einrichtung prüft regelmäßig ihre Strukturen und ihre Konzeption zur Umsetzung von genderspezifischen Grundsätzen								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=85)	19	22,4	23	27,1	17	20,0	26	30,6
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=16)	2	12,5	1	6,3	2	12,6	11	68,8
Einricht. für Jungen/Männer (n=13)	5	38,5	4	30,8	1	7,7	3	23,1
Erfahrungen und Fortschritte bei der Einführung/Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit werden dokumentiert und evaluiert								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=84)	32	38,1	21	25,0	13	15,5	18	21,4
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=16)	2	12,5	2	12,5	2	12,5	10	62,5
Einricht. für Jungen/Männer (n=13)	7	53,8	3	23,1	0	0,0	3	23,1
Instrumente und Verfahren hierzu sind festgelegt								
Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=84)	29	34,5	21	25,0	10	11,9	24	28,6
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=16)	3	18,8	5	31,3	0	0,0	8	50,0
Einricht. für Jungen/Männer (n=13)	7	53,8	3	23,1	1	7,7	2	14,3

	nie		10%-50%		60%-80%		90%-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %

Die gesammelten/dokumentierten Daten werden regelmäßig zur Steuerung und Planung der Einrichtung verwendet

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=85)	23	27,1	11	12,9	14	16,5	37	43,5
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=17)	1	5,9	1	5,9	1	5,9	14	64,7
Einricht. für Jungen/Männer (n=12)	5	41,7	2	16,6	0	0,0	5	41,7

Evaluierungsergebnisse fließen in die laufenden Prozesse ein

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=83)	20	24,1	9	10,8	16	19,3	38	45,8
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=16)	2	12,5	1	6,3	3	18,9	10	62,5
Einricht. für Jungen/Männer (n=12)	7	58,3	2	16,7	0	0,0	3	25,0

Es erfolgt ein Austausch zu genderbezogenen strukturellen und konzeptionellen Themen mit anderen Kooperationspartnern

Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=84)	26	31,0	30	35,7	12	14,3	12	14,3
Einricht. für Mädchen/Frauen (n=17)	1	5,9	2	11,8	4	23,6	10	58,8
Einricht. für Jungen/Männer (n=12)	6	50,0	1	8,3	2	16,6	3	25,0

Generell fällt auf, dass alle genannten Evaluationsmaßnahmen am häufigsten von den Mädcheneinrichtungen regelhaft berücksichtigt und umgesetzt werden. Im Einzelnen zeigt sich, dass fast ein Drittel der Einrichtungen für beide Geschlechter angibt, regelmäßig die Strukturen und die Konzeption zur Umsetzung von genderspezifischen Aspekten zu prüfen. Dies ist natürlich nur möglich, wenn genderspezifische Aspekte überhaupt konzeptionell festgelegt sind und Strukturen dafür bestehen. So darf es also nicht verwundern, wenn 19 Einrichtungen angeben, dies nie zu prüfen. Bei über zwei Drittel der Fraueneinrichtungen werden Strukturen und Konzeption zur Umsetzung von genderspezifischen Aspekten regelmäßig überprüft, bei den Einrichtungen für Jungen/Männer gibt dies hingegen nur gut ein Fünftel an. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Folgefrage: Werden Erfahrungen und Fortschritte bei der Einführung/Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit dokumentiert und evaluiert? Während bei den Einrichtungen für Mädchen/Frauen wiederum etwa zwei Drittel regelhaft Erfahrungen und Fortschritte bei der Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit betrachten, dokumentieren und evaluieren über die Hälfte der Männereinrichtungen nichts dergleichen.

Dass z.T. die Grundlagen für Evaluation fehlen, zeigen die Ergebnisse zur nächsten Frage: Weniger als ein Drittel der beidgeschlechtlich behandelnden Einrichtungen hat umfassend Instrumente und Verfahren zur genderspezifischen Evaluation festgelegt. Bei gut einem Drittel gibt es dazu nichts und bei einem weiteren Viertel nur wenig. Möglicherweise sind auch für eine nicht-genderbezogene Evaluation keine Instrumente und Verfahren festgelegt. Erneut zeigt sich die Diskrepanz zwischen Männer- und Fraueneinrichtungen. Dieses Antwortverhalten setzt sich fort, wenn man betrachtet, inwieweit Evaluationsergebnisse für Steuerung und Planung in der Einrichtung verwendet werden oder inwieweit sie in die laufenden Prozesse einfließen – aber auch die Mädcheneinrichtungen

nutzen nur etwa zu zwei Drittel (die anderen zu etwa 40 %) die Chance, ihre gesammelten Daten für eine bessere Steuerung zu verwenden.

Mit Blick auf die Kooperationsbeziehungen der Einrichtungen und die Bedeutung genderspezifischer Aspekte darin wird deutlich, dass Genderaspekte beim Austausch zu strukturellen und konzeptionellen Themen eher nicht berücksichtigt werden. Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen/Frauen betreuen, stehen deutlich stärker zu Gender-Themen im Austausch mit ihren Kooperationspartnern als die Einrichtungen, in denen ausschließlich männliche Klienten behandelt werden. Dies entspringt vermutlich der intensiveren konzeptionellen Grundierung der frauenspezifischen Angebote und Einrichtungen und einem stärkeren Interesse, auf Versorgungsstrukturen einzuwirken. Auch unter den gemischt belegten Einrichtungen scheint dem keine größere Bedeutung beigemessen zu werden: Nur ein Sechstel pflegt regelhaft Austausch zu Genderaspekten, doch über doppelt so viele tun dies nie.

4.2.9 Attraktivität gendersensibler Arbeit

Schließlich wurden die Einrichtungen gebeten abzuschätzen, welche Faktoren ihre Einrichtungen aus ihrer Sicht für Mädchen, für Jungen und für Sozialleistungsträger¹¹ interessant machen. Was fördert z.B. den Zugang von Mädchen und Jungen? Sehen sie Unterschiede?

In neuerer Zeit gibt es zunehmend Forderungen der Sozialleistungsträger, geschlechtsspezifische Gesichtspunkte in Angebotsspektrum und Vorgehensweisen zu berücksichtigen (vgl. Rahmenvereinbarung der BWG Hamburg, 2006; Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung, 2007; LAG Berlin, 2004). Doch welche Aspekte erscheinen den Befragten tatsächlich relevant für Kosten- und Leistungsträger? Die Einrichtungen sollten auf einer Liste ankreuzen, welche Angebotsaspekte den genannten drei Zielgruppen besonders wichtig sind.

Dabei zeigte sich zunächst, dass viele der hier abgefragten Faktoren mit wenigen Ausnahmen eher als für die Klientel als für die Sozialleistungsträger als attraktiv eingeschätzt werden, insbesondere auf Seiten der Einrichtungen für Mädchen/Frauen. Im Einzelnen s. die folgende Tabelle:

¹¹ Der Begriff „Sozialleistungsträger“ bezeichnet hier sowohl die Kosten- und Leistungsträger im klassischen Sinn als auch die Zuwendungsgeber in pauschal finanzierten Bereichen.

Tab. 35: Attraktive Aspekte der Einrichtungen mit Blick auf die Klientel sowie die Sozialleistungsträger (n = 126)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen (n=92)						Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen (n=20)				Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen (n=14)			
	Mädchen/ junge Frauen		Jungen/ junge Männer		Sozialleistungs- träger		Mädchen/ junge Frauen		Sozialleistungs- träger		Jungen/ junge Männer		Sozialleistungs- träger	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Lage der Einrichtung	52	56,5	51	55,4	32	34,8	16	80,0	8	40,0	9	64,3	6	42,9
Personal der Einrichtung	44	47,8	44	47,8	36	39,1	13	65,0	7	35,0	11	78,6	6	42,9
geschlechtsspezif. Ausrichtung	19	20,7	16	17,4	14	15,2	15	75,0	11	55,0	7	50,0	10	71,4
jugendspezifische Ausrichtung	35	38,0	35	38,0	26	28,3	5	25,0	4	20,0	7	50,0	10	71,4
Komm-Struktur	20	21,7	20	21,7	15	16,3	11	55,0	3	15,0	1	7,1	0	0,0
nachgehende Arbeit/Betreuung	24	26,1	23	25,0	25	27,2	7	35,0	7	35,0	5	35,7	8	57,1
aufsuchende Arbeit/Betreuung	18	19,6	18	19,6	16	17,4	7	35,0	6	30,0	1	7,1	1	7,1
Bekanntheit	42	45,7	42	45,7	37	40,2	13	65,0	9	45,0	11	78,6	11	78,6

Die Lage der Einrichtung, gefolgt von Personal und Bekanntheit, zeigen sich als größte Attraktivitätsfaktoren für Klientinnen und Klienten. „Lage“ bedeutet für ambulante und für stationäre Einrichtungen durchaus etwas Unterschiedliches: Für die ambulanten Angebote ist es wichtig, gut erreichbar und ggf. szenenah zu sein. Bei den stationären Einrichtungen steht jedoch oftmals eine schöne und ruhige Lage im Vordergrund. Teilweise wird eine Lage bevorzugt, die die Klientel aus ihrem sozialen Umfeld herauslöst und die Gefahr von Rückfällen mindert. Auch in Bezug auf die Sozialleistungsträger stehen die gleichen drei Aspekte: Bekanntheit, Personal und Lage auf den vorderen Plätzen, wenngleich vor allem die Jungeneinrichtungen eine jungen- und eine jugendspezifische Ausrichtung als besonders wichtiges Belegungsargument gegenüber Sozialleistungsträgern einschätzen.

Auch bei den geschlechtshomogen belegten Einrichtungen stehen dieselben Aspekte weit vorn, hier kommt jedoch der geschlechtsspezifischen – und mit Blick auf Jungen – auch der jugendspezifischen Ausrichtung große Bedeutung zu. In der Wahrnehmung der Einrichtungen achten Mädchen und Frauen stärker auf eine geschlechtsspezifische Ausrichtung als dies den Jungen zugeschrieben wird. Dies passt zu den Berichten, wonach Mädchen in gemischt belegten Einrichtungen häufiger geschlechtsspezifische Angebote einfordern und nutzen. Eine Detailanalyse zeigt, dass erwartungsgemäß die auf Jugendliche konzentrierten Einrichtungen die Bedeutung/Attraktion der jugendspezifischen Ausrichtung vergleichsweise hoch einschätzen.

4.2.10 Erfahrungen mit der Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit

Die befragten Einrichtungen bewerten ihre Erfahrungen bei der Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit durchweg positiv und betrachten diese Ausrichtung als richtig und zielführend für eine bessere Betreuung der Klientinnen und Klienten. Gerade mit Blick auf Jugendliche wird ein geschlechtsspezifisches Vorgehen als *„unentbehrlich für Nachreifung, Persönlichkeitsentwicklung und Rollenfindung“* erachtet: *„Jugendliche brauchen unbedingt eigene und geschlechtsspezifisch ausgerichtete Angebote.“*

Während die Einrichtungen für Mädchen mädchen- und frauenspezifische Ansätze unvermindert wichtig finden, wird berichtet, dass die Geschlechtsspezifik bei der Arbeit mit Jungen und Männern teilweise schwierig umzusetzen ist. Zum einen würden die männlichen Klienten als weniger gendersensibel erlebt als Frauen, insbesondere dort, wo die Klientel auch größere Migrantenteile aufweist. Es gebe z.B. Widerstände beim Thema *„der eigene Vater“*. Zum anderen zeigten sich auch die männlichen Fachkräfte als wenig gendersensibel oder gehen eher *„technisch“* damit um. Ähnliches schildert auch Bentheim et al. (2004): *„Jungenarbeit wird als bloße Technik und Methode verstanden, ein Verfahren, bei dem die Person außen vor bleibt. ... Sie [die männlichen Pädagogen] selbst haben häufig den Eindruck, dass Jungenarbeit hohe Anforderungen stellt, die sie selber in ihrem Handeln nicht umzusetzen in der Lage sind.“* (S. 88f.). Und schließlich kommt es regelhaft zu dem paradox anmutenden Effekt, dass auf männliche Klienten, eben weil sie die Mehrheit und damit vermeintlich die Norm darstellen, nicht spezifisch geachtet wird.

Zahlreiche Einrichtungen regen mit Blick auf die Zukunft eine Reihe von Verbesserungen an, darunter an erster Stelle den Ausbau geschlechtsspezifischer Arbeit. Im Einzelnen wird folgender Auf- und Ausbau gewünscht:

- Angebote für Mädchen (öfter), Angebote für Jungen

- Kenntnisse über geschlechtsspezifische Sozialisations- und Entwicklungsbedingungen
- Berücksichtigung von Genderaspekten in den Teams: Stellenbesetzung, Sensibilisierung der Beschäftigten für das Thema, Reflexion der eigenen Geschlechtsrolle etc.
- Angebote für bis 18-Jährige und eine stärker altersspezifische Angebotsgestaltung
- Elternarbeit (Müttergruppe)

Andere Anregungen zielen auf mehr Struktur in der gendersensiblen Arbeit und bei Gender Mainstreaming sowie deren Verankerung in QM-Prozessen. Dazu gehören auch Kosten-Nutzen-Analysen und die Evaluation der Angebote hinsichtlich Geschlechtergerechtigkeit, Mitteleinsatz etc. Ziel sollte die Entwicklung von Standards in Struktur- und Prozessdimensionen sein, angefangen bei so einfachen Aspekten wie „keine Aufnahme einzelner Mädchen oder Jungen in größere Gruppen des anderen Geschlechts“. Sehr viele Befragte wünschen sich mehr Männer in der Arbeit – einhergehend mit einer besseren Entlohnung.

4.3 Fazit der Bestandsaufnahme in suchtspezifischen Einrichtungen für Jugendliche

Im Rahmen der Bestandsaufnahme zu geschlechtsspezifischer Arbeit in den Einrichtungen ist deutlich geworden, dass größere Unsicherheiten bestehen, was gendersensible Arbeit in der Suchthilfe mit Jugendlichen ist und wer sie leistet. Dies gilt gleichermaßen für Landes- und Verbandsvertreter und –vertreterinnen wie – in etwas anders gelagerter Weise – auch für die Einrichtungen selbst. Zudem ergeben sich aus der Qualität der Daten – vor allem hinsichtlich der Auskünfte über die Klientel der Einrichtungen – Einschränkungen für die Auswertung.

Gleichwohl kann konstatiert werden, dass gendersensible Arbeit in der Suchthilfe für Jugendliche noch keineswegs ein Regelangebot darstellt oder konzeptionell breit verankert ist. Vielmehr steht die Etablierung eines „Genderblicks“ noch weitgehend am Anfang. Und dieser Situation des Beginns ist es wohl geschuldet, dass es große begriffliche Unschärfen gibt, z.T. Ignoranz („*individuelles Arbeiten ist doch automatisch Gender*“) und eine weit verbreitete Gleichsetzung von geschlechtsspezifischer mit frauenspezifischer Arbeit oder auch die Überzeugung, dass mit dem Angebot eines Mädchen-/Frauen-Gesprächskreises, in einer ansonsten traditionell strukturierten Einrichtung, dem Gendergedanken Genüge getan wird. Dass auch Jungen und Männer spezifische Sozialisations- und Lebensbedingungen haben, wird demgegenüber noch kaum wahrgenommen.

Betrachtet man die unterschiedlichen Genderdimensionen, so kann festgehalten werden, dass weder **fachliche** Aspekte (suchtspezifisches und entwicklungspsychologisches Wissen unter Berücksichtigung der jeweiligen Geschlechterunterschiede) weit verbreitet sind, noch auf einer **persönlichen Ebene** die Reflexion der eigenen Geschlechterrolle und -sozialisation der Fachkräfte zum Standard gehören. Ebenso kann nicht von einer **strukturell-organisatorischen Verankerung** von Gender Mainstreaming in der Breite der Einrichtungen gesprochen werden.

Bezogen auf die Angebotsformen stellen sich mädchen- und frauenspezifische Einrichtungen konzeptionell und im Angebotsspektrum deutlich ausgearbeiteter dar. Doch erscheinen sie z.T. den Traditionen der Frauenarbeit verhaftet, z.T. geht es hier immer noch um die Abgrenzung zum „bösen Männlichen“ und dann erst um eine Steigerung der

Wahrnehmung und der Möglichkeiten für das weibliche Geschlecht. Dass Männer nicht die „Norm“ oder gar „das zu bekämpfende Geschlecht“ darstellen, sondern auch unter speziellen und nicht immer förderlichen Bedingungen aufwachsen und leben, wird z.T. wenig wahrgenommen.

Demgegenüber wurden die Einrichtungen für Jungen/Männer öfter eher „naturwüchsig“, wenn nicht sogar „wider Willen“ zu Jungen-/Männereinrichtungen – durch die mangelnde Inanspruchnahme durch Mädchen und Frauen. Nur ein Teil der befragten Einrichtungen hat sich (inzwischen) aktiv für ein geschlechtsspezifisches Arbeiten entschieden und dies auch konzeptionell unterlegt. Überwiegend – bei den geschlechtshomogen mit Jungen wie auch bei den gemischt belegten Einrichtungen erscheint die konzeptionelle Basis der Arbeit mit Jungen und Männern jedoch noch deutlich optimierbar.

Dort, wo Einrichtungen sich auf den Weg für gendersensibles Arbeiten machen, treffen sie auf verschiedene Schwierigkeiten, darunter den Mangel an männlichen, insbesondere männlichen gendersensibel arbeitenden Fachkräften. Die Bedeutung des Geschlechts der Fachkräfte und die Auswirkungen gleichgeschlechtlicher vs. gemischtgeschlechtlicher Arbeit („Crosswork“) waren deshalb Themen in den Tiefeninterviews (s.o.).

Schließlich ist festzuhalten, dass gendersensible Arbeit mit Jugendlichen zum einen auch die Spezifika der Altersgruppe und die damit verbundenen besonderen entwicklungspsychologischen und pädagogischen Anforderungen berücksichtigen muss. Zum anderen gehen mit dem ständig wachsenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund – in der Suchtarbeit, aber auch in der Gesellschaft allgemein – Anforderungen an die Arbeit einher, die gerade hinsichtlich je spezifischer Geschlechterkonzepte zu bedenken sind.

5 Vernetzung und Kooperation

Die Studie sollte sich nicht nur der Umsetzung geschlechtsspezifischer Arbeit mit Jugendlichen widmen, sondern dabei auch untersuchen, welche Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen es gibt. Dabei wurde vorausgesetzt, dass Vernetzung sowohl zu einer früheren Erreichung von Jugendlichen mit suchtbezogenen Problemen beitragen kann als auch zu einer besseren Versorgung dieser Klientel, da sie doch häufig einen komplexen Bedarf nach erzieherischen, psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfen aufweist. Es war herauszuarbeiten, welche Schnittstellen bestehen, wie sie gestaltet sind, welche Erfahrungen mit Kooperation bestehen und welche Faktoren eine gute Vernetzung fördern bzw. hemmen. Aus den Erkenntnissen sollten Empfehlungen zur besseren Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe und -beratung, Jugendpsychiatrie und therapeutischer Angebote abgeleitet werden.

Zur Beantwortung dieses Fragenkomplexes wurden mehrere Arbeitsschritte umgesetzt: Zum einen wurden die Einrichtungen für Jugendliche um Daten zu ihren Kooperationsbeziehungen, institutionell und fallbezogen, sowie um Einschätzungen zu ihren Erfahrungen mit der Zusammenarbeit gebeten. Hierzu wurden sowohl in der schriftlichen Befragung Fragen gestellt als auch das Thema in Interviews vor Ort vertieft. Die Ergebnisse werden im folgenden Kapitel 5.1 dargestellt.

Zum anderen wurde es für relevant erachtet, verschiedene mit Blick auf die Versorgung von Jugendlichen mit suchtbezogenen Problemen relevante Versorgungsinstanzen direkt zu befragen. Da es dabei im Wesentlichen um qualitative Dimensionen von Zusammenarbeit ging, wurden Fokusgruppengespräche mit Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Jugendhilfe und der Schule durchgeführt (s. Kap. 5.2). Dabei repräsentierten die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner die Regelversor-

gung und nicht suchtspezifische Angebote. Hier ging es darum, den Blick der Regelversorgung einzuholen, der Bereiche, in denen Jugendliche sich aufhalten und ggf. schon Hilfe – jedoch nicht suchtspezifische – in Anspruch nehmen.

Thematische Schwerpunkte der Fokusgruppen waren dabei u.a.:

- Wahrnehmung der Befragten zu Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen – im Konsumverhalten und in der Problementwicklung
- Einschätzungen zu geschlechterspezifischen Zugangs- bzw. Ansrachewegen sowie zum Versorgungsbedarf von Mädchen und von Jungen, zu geschlechterspezifischen Betreuungs- und Therapiekonzepten
- Anforderungen an und Empfehlungen für eine geschlechterspezifische Suchthilfe
- Einschätzungen und Empfehlungen zu Zu- und Übergängen, Verweisungen, Behandlungs-Koordination und Schnittstellenmanagement
- Anforderungen und Empfehlungen an eine bessere Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie und psychiatrischer Suchttherapie und der versorgungsbereichsübergreifenden Abstimmung und Koordination
- Prüfung des Transferpotenzials vorliegender Erfahrungen und Arbeitsansätze.

Die Fokusgruppen wurden i.d.R. getrennt nach Versorgungssegmenten durchgeführt, um spezifische und realistische Einschätzungen einzuholen. Pro Hilfesegment (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule) wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt, die sich wie folgt verteilen:

- Zwei Fokusgruppen im Bereich **Schule**: am 27.03.2009 in Köln mit der Suchtbeauftragten einer Realschule, einer Sozialpädagogin einer Tages- und Abendschule sowie zwei Lehrkräften eines Gymnasiums, darunter eine Beratungslehrerin und am 16.04.2009 in Hamburg mit vier Sozialpädagogen und –pädagoginnen sowie einer Diplom-Pädagogin, die an einer Gesamtschule, einer Grund- und Hauptschule, einem Gymnasium sowie an einer zentralen Beratungs- und Unterstützungsstelle Schule tätig sind.
- Zwei Fokusgruppen im Bereich **Jugendhilfe**: am 13. April 2009 in Berlin-Pankow (Schwerpunkt: offene Angebote der Jugendhilfe; April 2009) und am 7. Juli 2009 in Dortmund mit 4 Mitarbeitenden des Jugendamtes, sowie einer Mitarbeiterin einer Notschleifstelle, einem Mitarbeiter der Kompetenzagentur sowie zwei Mitarbeitern von freien Jugendhilfeträgern.
- Eine Fokusgruppen mit fünf Chefärzten und Chefärztinnen stationärer **Kinder- und Jugendpsychiatrie** im Rahmen des jährlichen Treffens der BAG KJPP in Nürnberg am 8. Mai 2009.
- Eine Fokusgruppe mit dem Arbeitskreis Suchtprävention und Suchthilfe in Berlin Spandau, an dem sozialraumbezogenen Fachkräfte aus den Bereichen Jugendhilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Selbsthilfe und der Polizei mitarbeiten (Juni 2009). Diese Gesprächsrunde war im Unterschied zu den vorgenannten mit **Akteuren verschiedener Bereiche** besetzt, weil ein bestehendes Gremium genutzt wurde, um die zur Diskussion stehenden Themen zu eruieren. Dabei wurden die verschiedenen Sichtweisen der Bereiche herausgearbeitet.

Schließlich wurden, vor allem mit Blick auf die Aufgabenstellung, Empfehlungen für eine bessere Verzahnung der verschiedenen Hilfesegmente zu erarbeiten, in einem weiteren

Untersuchungsschritt explizit gute Erfahrungen (best Practice) von hilfesegmentübergreifender Kooperation untersucht. Die Recherche nach best Practice wurde in einschlägigen Zeitschriften, Tagungsberichten und per Internet durchgeführt und zwei Beispiele identifiziert. Die Auswahl schließt selbstverständlich nicht aus, dass es auch andernorts gute Vernetzung gibt. Die beiden ausgewählten Regionen wurden besucht und die Akteure zu Geschichte, Entwicklung, Modus und Erfahrungen mit der Zusammenarbeit befragt. Dabei wurden auch fördernde und hemmende Bedingungen einer gelingenden Kooperation herausgearbeitet. Die Ergebnisse sind in Kapitel 3 dargestellt).

Alle Gespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt, protokolliert und zusammenfassend ausgewertet (vgl. Kapitel 3).

5.1 Kooperation aus Sicht der suchtspezifisch arbeitenden Einrichtungen

Die große Mehrheit der befragten Einrichtungen begrüßt die Mehrgleisigkeit in der Versorgung Jugendlicher, weil „Aufgaben und Anforderungen unterschiedlich sind“, „spezialisierte Hilfen erforderlich sind“, „mehrgleisige Interventionen sinnvoll sind“ etc. Doch wird zugleich darauf verwiesen, dass (mehr) Durchlässigkeit und Kooperation vonnöten seien.

Bei der Betrachtung der Kooperationen wurde zum einen auf verbindliche Kooperationsvereinbarungen fokussiert und zum anderen auf konkrete fallbezogene Formen der Zusammenarbeit.

5.1.1 Kooperationsvereinbarungen

Die Einrichtungen berichteten vielfach über Kooperationsbeziehungen, vor allem mit den regionalen Jugendämtern und mit Jugendhilfeeinrichtungen sowie mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei der schriftlichen Erhebung wurden die Einrichtungen nach verbindlichen Kooperationsvereinbarungen mit anderen Institutionen befragt. Insgesamt 113 Einrichtungen machten dazu Angaben:

Tab. 36: Verbindliche Kooperationsvereinbarungen (n = 113)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	66	79,5	16	94,1	11	84,6	93	82,3
nein	17	20,5	1	5,9	2	15,4	20	17,7
Gesamt	83	100,0	17	100,0	13	100,0	113	100,0

Im Mittel gaben 82,3 % der Befragten an, bindende Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen getroffen zu haben, darunter fast alle Fraueneinrichtungen. Mit Blick auf Erfahrungen aus früheren Untersuchungen erstaunt dieser hohe Anteil. Soweit in den Tiefeninterviews von Kooperationsverträgen berichtet wurde, handelte es sich meist um die medizinische Betreuung von Klienten und Klientinnen. Die drei untersuchten Gruppen weisen keine signifikanten Unterschiede auf.

Wegen der Vorschriften des SGB VIII war zu erwarten, dass Einrichtungen, die schwerpunktmäßig Jugendliche und junge Erwachsene betreuen, stärker über Kooperationsvereinbarungen mit anderen Diensten verbunden sind als jene für Erwachsene. Eine Überprüfung ergab folgendes Ergebnis:

Tab. 37: Kooperationsvereinbarungen nach Altersgruppe der Klientel (n = 95)

	Einrichtungen mit 50 % Klientel bis 21		Einrichtungen mit 50 % Klientel über 21	
	abs.	in %	abs.	in %
ja	26	70,3	52	89,7
nein	11	29,7	6	10,3
Gesamt	37	100,0	58	100,0

Cramers V > .20 p < .05

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen – allerdings anders als erwartet: Einrichtungen, die überwiegend eine über 21-jährige Klientel betreuen, berichten signifikant öfter über Kooperationsvereinbarungen als solche, deren überwiegende Klientel jünger ist. Dieses Bild bestätigt sich, wenn die Zahl der Kooperationsvereinbarungen nach einzelnen Versorgungsbereichen analysiert wird:

Tab. 38: Kooperationsvereinbarungen nach Versorgungsbereich (n = 93)

	abs.	in % von Versorgungsbereich
Suchtkrankenhilfe	65	75,6
Kinder- und Jugendhilfe	12	60,0
Suchtkrankenhilfe/Kinder- und Jugendhilfe	8	72,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5	100,0
Suchtkrankenhilfe / Psychiatrie	3	75,0

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen als i.d.R. stationäre Spezialangebote stellen sich – zumindest in der hier eingeschlossenen Gruppe – vollständig als vernetzte Institutionen dar. Demgegenüber berichteten, entgegen der Erwartung, nur 60 % der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen über vorhandene Kooperationsvereinbarungen. Ein Viertel der Einrichtungen dieser Gruppe sind niedrigschwellige Kontaktangebote, von denen institutionelle Kooperationen traditionell eher weniger eingegangen werden.

5.1.2 Schriftliche Hilfeplanung und Fallkonferenzen

Kooperation wird besonders da konkret, wo es um fallbezogene Zusammenarbeit geht. Seit vielen Jahren setzt das SGB VIII hier Maßstäbe und hat die Durchführung von Fallkonferenzen initiiert (SGB VIII § 36). Doch auch diesseits gesetzlicher Regelungen etablieren sich zunehmend Fallkonferenzen und mit Versorgungsbeteiligten abgestimmte Hilfeplanungen, um die Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen zu koordinieren. Große Teile der Jugendlichen mit Suchtproblemen und ihrer Familien sind mit mehreren Problemen und einer Vielzahl potenzieller Helfer, Behörden etc. konfrontiert. Deshalb wurden die Einrichtungen gefragt, ob sie an (schriftlichen) Hilfeplanprozessen

beteiligt sind bzw. an Fallkonferenzen mit anderen Einrichtungen. 92 der 126 Befragten gaben Auskunft zu Hilfeplanungen:

Tab. 39: Schriftliche Hilfeplanung im Jahr 2007 (n = 92)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	48	75,0	11	57,9	4	44,4	63	68,5
nein	16	25,0	8	42,1	5	55,6	29	31,5
Gesamt	64	100,0	19	100,0	9	100,0	92	100,0

Von den 92 Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, geben gut zwei Drittel an, schriftlich festgehaltene Hilfeplanungen durchzuführen bzw. daran beteiligt zu sein. Am häufigsten kommt dies bei den gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen vor.

Prüft man die Ergebnisse mit Blick auf die Altersgruppe der Klientel, zeigen sich keine signifikanten Ergebnisse, wenngleich die Einrichtungen für Jüngere sich erwartungsgemäß etwas öfter an Hilfeplanungen beteiligen (77,8 %) als die Einrichtungen, die überwiegend über 21-Jährige betreuen (64,4 %).

Welches Bild zeigt sich hinsichtlich der Durchführung von Fallkonferenzen mit anderen Institutionen? 121 Einrichtungen machten hierzu Angaben:

Tab. 40: Durchführung von Fallkonferenzen im Jahr 2007 (n = 121)

	Einrichtungen, die beide Geschlechter betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Mädchen betreuen		Einrichtungen, die ausschließlich Jungen betreuen		alle Einrichtungen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	72	82,8	17	85,0	5	35,7	94	77,7
nein	15	17,2	3	15,0	9	64,3	27	22,3
Gesamt	87	100,0	20	100,0	14	100,0	121	100,0

Cramers V > .20 p < .05

Die Zahl der Einrichtungen, die Fallkonferenzen durchführen, übertrifft jene, die von schriftlichen Hilfeplanungen berichten: Insgesamt 94 Einrichtungen (77,7 %) geben an, Fallkonferenzen durchzuführen bzw. sich daran zu beteiligen. Die Einrichtungen mit rein männlicher Klientel fallen hier im Vergleich zu den anderen Gruppen signifikant ab: Nur ein Drittel dieser Einrichtungen beteiligt sich an Fallkonferenzen – im Unterschied zu je über vier Fünftel der beiden anderen Einrichtungsgruppen.

Ambulante Einrichtungen beteiligen sich etwas intensiver an Fallkonferenzen als stationäre, am intensivsten eingebunden sind Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, die zu drei Viertel über Fallkonferenzen berichten.

Lediglich 57 Einrichtungen geben an, die Jugendlichen sowie teilweise auch deren Eltern in die Fallkonferenzen einzubeziehen, davon 42 Einrichtungen grundsätzlich, also in jedem Fall.

Ebenfalls 57 Einrichtungen machen Angaben zu der Zahl der Institutionen, mit denen Fallkonferenzen erfolgen. Dabei zeigt sich, dass 40 dieser Einrichtungen (70,2 %) sich auf einen engen Kreis von maximal fünf anderen Einrichtungen konzentrieren, vorrangig handelt es sich dabei um Jugendämter, medizinische Instanzen und seltener um Jobcenter, Jugendgerichtshilfen, sozialpsychiatrische Dienste und Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen. Nur von 31 Einrichtungen ist bekannt, in wie vielen Fällen trägerinterne bzw. -externe Institutionen beteiligt sind. Dort finden Fallkonferenzen überwiegend mit externen Stellen statt, lediglich sieben Einrichtungen (22,6 %) haben Fallkonferenzen fast nur (zu über 80 %) mit trägerinternen Stellen organisiert.

5.1.3 Bewertung von Versorgung und Vernetzung

65 der schriftlich befragten Einrichtungen berichten über ihre Kooperationserfahrungen (37-mal Suchtkrankenhilfe, 20-mal Kinder- und Jugendhilfe, fünfmal Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie dreimal psychiatrische Einrichtungen). Darunter sehen zwar einige die Zusammenarbeit positiv und betonen die Notwendigkeit abgestimmter Hilfeerbringung. Auch in den Interviews wurden positive Beispiele für Kooperationen benannt: Eine stationäre Suchthilfeeinrichtung stellt bspw. alle Betreuten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor und stimmt das Vorgehen mit den Fachleuten dort ab. Eine andere lobt die hohe Fachlichkeit im örtlichen Jugendamt und die enge Koordination im Rahmen der gemeinsamen Hilfeplanung. Deutlich wird jedoch, dass Kooperation i.d.R. bilateral abläuft und auf persönlichen Kontakten und Sympathie der Fachkräfte beruhe: *„Die persönliche Ebene der Kooperationspartner ist von entscheidender Bedeutung. Nur wenn es dort stimmt, ist es möglich, die absolut notwendigen kurzen Wege zu schaffen“*.

Insgesamt überwiegt bei den Befragten die Kritik, z.B. werden *„die oft unklaren Strukturen bezogen auf Kooperation und Übernahme von Verantwortung“* bemängelt. Es fehle an Verbindlichkeit, Routinen und Instrumenten der Zusammenarbeit. Insbesondere mit Blick auf die Jugendämter, aber auch in anderen Kontexten, vermissen die Gesprächspartner und -partnerinnen Fachlichkeit. Die – stationäre – Kinder- und Jugendpsychiatrie wird überwiegend als guter Kooperationspartner beschrieben, einige Stimmen beklagen jedoch *„arrogantes Verhalten der Ärzte“*. Anders hingegen die ambulante jugendpsychiatrische Versorgung: Deren Vertreter und Vertreterinnen beklagen die z.T. *„desaströs schlechte Versorgung mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“* und zudem deren mangelnde Bereitschaft, Jugendliche mit suchtbezogenen Problemen zu behandeln.

Allerdings lässt sich generell eine Tendenz beobachten, die eigene Fachlichkeit höher zu schätzen als die der anderen Beteiligten. So sagte ein Gesprächspartner sehr deutlich: *„Bei uns ist die Fachlichkeit am höchsten“* und nur ein Teil der Befragten realisierte gegenseitige Defizite: *„Die Jugendhilfe hat zu wenig Kenntnisse über Sucht und die Suchthilfe zu wenige über pädagogische und Entwicklungsarbeit“*. *„Uns in der Suchthilfe sind auch die Arbeitsweisen und Aufgabenstellungen der KJPP nicht genügend bekannt.“*

Die Suchthilfeeinrichtungen kritisieren in den Fokusrunden häufig, dass Jugendhilfe sich gegenüber suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen abgrenze, Klientel aus der Suchthilfe nicht aufnehme oder konsumierende Jugendliche entlasse. Auch wird mehrfach berichtet, dass Jugendämter *„Einschätzungen und Empfehlungen von Suchthilfeeinrichtungen nicht annehmen“*, z.T. seien sie nicht einmal bereit, auf Betreuungsempfehlungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzugehen.

Schließlich beklagen Versorgungsbeteiligte aus allen Bereichen die Kompliziertheit der Finanzierungsregeln und die fehlende Abstimmung zwischen den Leistungsträgern. Mit

Blick auf den Leistungsträger Jugendamt wird aus mehreren Städten berichtet, dass *„der Übergang der Zuständigkeit ab dem 18. Lebensjahr besonders problematisch ist. Das Jugendamt lehnt ab dem 18. Geburtstag sehr konsequent die Zuständigkeit ab, es gibt nur, aber auch das immer weniger, Weiterbetreuungen bei sich schon vor dem 18. Geburtstag in Betreuung befindlichen Jugendlichen.“* *„Die Versorgung der 18- bis 25-Jährigen ist besonders schwierig, für sie gibt es das geringste Angebot, aber viele Abgrenzungen.“* Die Probleme bei der Kostenübernahme durch das Jugendamt werden als besonders problematisch wahrgenommen, da *„diese Altersgrenze mit der Realität der Jugendlichen, ihren Kompetenzen etc. nichts zu tun hat.“*

Befragt nach Anregungen für eine Verbesserung der Kooperation rieten die meisten Befragten zu einem deutlichen Mehr an Kontakt und Kommunikation. Angeregt wurde, Kooperationen verbindlicher zu gestalten, Kooperationsstandards zu entwickeln und zu vereinbaren (darin auch Regelungen zum datenschutzgerechten fallbezogenen Informationsaustausch, zu Bearbeitungs- und Benachrichtigungsfristen), Case Management mit federführender Funktion einzurichten u.ä. Statt neue Strukturen zu schaffen, sollten die vorhandenen effektiver und intensiver genutzt und „von oben“ gesteuert werden. Als gutes Mittel dazu wird immer wieder die Durchführung von Fallkonferenzen und gemeinsamer Hilfeplanung angeregt, es wird sogar gefordert, diese verbindlich vorzuschreiben. Man plädiert für *„Leistungsfonds, übergreifende Leistungsträgerschaften“* und *„gemeinsame teilstationäre und stationäre Angebote von Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie“*.

Weiterhin werden stärkere Fachlichkeit und Lebensweltkenntnis der zuständigen Mitarbeitenden in den Jugendämtern und in SGB-II-Einheiten gewünscht. Und schließlich wird es als notwendig erachtet, Kostenklärung bzw. die Übergänge zwischen verschiedenen Hilfen und insbesondere von der Jugendhilfe in den Erwachsenenbereich besser zu organisieren. Zur allgemeinen Verbesserung werden u.a. mehr Fachaustausch, gemeinsame Foren oder Fachtagungen vorgeschlagen. Alle Vorschläge im Einzelnen bedürfen jedoch – darauf wird häufig hingewiesen – der Bereitschaft zur Kooperation und der gegenseitigen Achtung, eines kollegialen Verhältnisses *„auf Augenhöhe“*.

5.2 Versorgung und Kooperation aus Sicht der Partner im Versorgungsumfeld und Beispiele für best Practice

Im Folgenden soll die Sicht der (potenziellen) Kooperationspartner der oben befragten Einrichtungen auf Bedarfe und Versorgung von Jugendlichen mit suchtbezogenen Problemen dargestellt werden. Dabei geht es auch um die Betrachtung der Schnittstellen aus ihrer Sicht und ihre Einschätzung zur Zusammenarbeit und den jeweiligen Stärken und Schwächen.

Im Rahmen von insgesamt sechs Fokusgruppen wurde mit Fachkräfte´n aus Jugendhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie diskutiert. Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner repräsentierten die Regelversorgung¹², nicht suchtspezifische Angebote, und damit jene Versorgungsfelder, in denen Jugendliche zuerst auffallen und von wo

¹² Die Fokusgruppen waren z.T. sehr schwierig zu organisieren, insbesondere in den Bereichen Schule und Jugendhilfe war viel Motivationsarbeit nötig. Viele Anfragen wurden abgelehnt. Hier zeigte sich gleich zu Beginn bei vielen Angefragten eine große thematische Ferne und mangelnde Bereitschaft, sich mit suchtbezogenen Themen zu beschäftigen. Mit Blick auf die Erfahrungen bei der Planung der Gesprächsrunden kann vermutet werden, dass die schließlich in den Fokusgruppen versammelten Fachkräfte eine gewisse „Positivselektion“ mit einer größeren Nähe zu bzw. Erfahrung mit Suchtthemen darstellen.

aus Hilfe initiiert werden könnte und – so die Hoffnung – bei besserer Verzahnung auch früher angeschoben würde. Zudem wird unterstellt, dass eine nicht nur frühe, sondern auch abgestimmte Hilfeerbringung effektiver ist.

Mit Blick auf diese Annahmen wurden in den Fokusgruppen folgende Fragen vertieft:

- Wahrnehmung der Befragten zu Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen – im Konsumverhalten und in der Problementwicklung
- Einschätzungen zu geschlechterspezifischen Zugangs- bzw. Ansrachewegen sowie zu geschlechterspezifischem Versorgungsbedarf von Jugendlichen, zu geschlechterspezifischen Betreuungs- und Therapiekonzepten
- Einschätzungen und Empfehlungen zu Zu- und Übergängen, Verweisungen, Behandlungs-Koordination und Schnittstellenmanagement
- Anforderungen und Wünsche von Seiten der Befragten an an die Suchthilfe
- Anforderungen und Empfehlungen an eine bessere Verzahnung von Jugendhilfe, Suchthilfe, Jugendpsychiatrie und der versorgungsbereichsübergreifenden Abstimmung und Koordination

Wie oben dargestellt (vgl. Abschnitt 2.4) wurden die Fokusgruppen im Wesentlichen getrennt nach Versorgungssegmenten durchgeführt, um spezifische und realistische Einschätzungen einzuholen. Insgesamt beteiligten sich knapp 40 Fachkräfte aus Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Gesprächsrunden.

5.2.1 Wahrnehmung suchtbezogener Probleme bei Jugendlichen

Alle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner weisen darauf hin, dass Alkoholkonsum unter Jugendlichen am weitesten verbreitet ist. Diese Einschätzung ist vermutlich auf eine reduzierte Wahrnehmung des Tabakkonsums zurückzuführen. Auf Tabakkonsum ging ausschließlich eine Gesprächsrunde aus dem Bereich Schule ein und hob dabei hervor, dass ihrer Beobachtung nach inzwischen *„fast mehr Mädchen als Jungen rauchen“*. Alle übrigen Fokusgruppen richteten ihr Augenmerk vor allem auf Alkohol und sahen darin *„Droge Nr. 1“*. Dabei bestand weitgehend Einigkeit dazu, dass Mädchen beim Alkoholkonsum den Jungen *„in nichts mehr nachstehen“*, wenngleich unterschiedliche Vorlieben beobachtet wurden, was genau getrunken wird: *„Jungen trinken Bier und Mädchen süße alkoholische Getränke“*. Aus dem Bereich der Jugendhilfe wurde berichtet, dass Mädchen zwischen elf und 14 Jahren oft mehr Alkohol trinken als gleichaltrige Jungen. In späteren Lebensjahren kehre das Verhältnis sich jedoch um. Mädchen würden oft durch ältere Freunde zum Alkoholkonsum verleitet, während Jungen z.T. schon in der Familie an das Trinken herangeführt würden. Eltern werden häufiger als *„negative Vorbilder“* erwähnt, z.B. wenn Eltern ihren Kindern im Rahmen der *„Jugendweihe mit 13, 14 Jahren die ‚offizielle‘ Erlaubnis geben, sich dazu mit der Familie zu betrinken“*.

Die Rolle der Eltern für den Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen wurde in den meisten Gesprächen problematisiert, sie seien *„abwesend“* oder selbst alkohol- oder drogenabhängig und wären oft ein *„negatives Vorbild“*. Gleichwohl betonten alle Fachkräfte die Bedeutung von Elternarbeit. Die Eltern müssten *„aufgeklärt werden“*, sie seien *„häufig unsicher“* und *„überfordert“*. Mit der nötigen Begleitung hingegen könnten Eltern eine wichtige Ressource werden und ihr Kind wirksam unterstützen.

An zweiter Stelle sehen die Fachkräfte den Cannabiskonsum. Dabei wird deutlich unterschieden: Jungen konsumierten wesentlich häufiger und mehr Cannabis. Insbesondere Jugendliche mit moslemischen Hintergrund griffen öfter zu Cannabis als zu Alkohol, der aus religiösen Gründen eher tabuisiert sei. Dass Mädchen weniger zu Cannabis und generell illegalen Drogen greifen, erklärten Fachkräfte aus dem schulischen Bereich mit deren „*höherer Leistungsorientierung*“. In Berlin scheint Cannabiskonsum in bestimmten Szenen (Hiphop- und Graffiti-Szene) sowie an höheren Schulen weiter verbreitet zu sein als in anderen Kontexten.

Allerdings wird aus den Schulen berichtet, dass „*die Probleme mit dem Konsum synthetischer Drogen zunehmen, auch bei Mädchen*“. Die Fachkräfte aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wiesen sogar auf einen intensiveren Konsum synthetischer Drogen, wie z.B. Ecstasy, durch Mädchen hin. Diese Substanzen „*kommen Mädchen aufgrund der besseren Kommunikationsfähigkeit in der Wirkung entgegen*“. Aus diesem Bereich wird zudem – vor allem für Mädchen – vom Missbrauch von Analgetika, häufig zusammen mit Alkohol, berichtet. Demgegenüber wird aus Berlin gemeldet, dass: „*besonders bei männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund in letzter Zeit ein Trend zu Medikamenten mit Schmerzempfindlichkeit erzeugender Wirkung (Tilidin) zu beobachten [ist]. Besonders bei Jüngeren kommt es zunehmend vor, dass Medikamente aus dem heimischen Medikamentenschrank (insbesondere Antidepressiva) in verschiedenen Kombinationen und zusammen mit Alkohol konsumiert werden, um die Wirkung zu testen.*“

Die Kinder- und Jugendpsychiater und –psychiaterinnen beschreiben, dass Jungen sich öfter „*lärmend-externalisierend*“ darstellen und häufiger in Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum als „*Täter*“ agieren. Demgegenüber seien „*Mädchen eher Opfer, die sich im Rahmen des Suchtmittelkonsums auf unterschiedliche Weise missbrauchen lassen*“.

5.2.2 Zugang zu suchtspezifischer Hilfe

Anknüpfend an die o.g. Beschreibungen des Verhaltens von Jungen und Mädchen wird aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichtet, dass Jungen aufgrund der begleitenden externalisierenden Störungsbilder (s.o.) viel häufiger als Mädchen fremdmotiviert und aufgrund von gerichtlichen Auflagen in die Kliniken kommen, Anlass sei i.d.R. direkt der Suchtmittelkonsum. Mädchen kämen hingegen öfter freiwillig, z.T. auf Hinweise der Jugendämter und „*über Peers*“, wobei häufig komorbide Störungen Anlass zur Inanspruchnahme darstellten. Behandlungsbedürftige Suchtprobleme zeigten sich oft erst nach einiger Zeit. Die Behandlungsentscheidungen von Jungen in der KJPP zielen meist darauf „*zunächst nur einen qualifizierten Entzug durchzuführen, wohingegen Mädchen eher bereit sind, sich auch auf eine Weiterbehandlung mit mehr psychotherapeutischen Anteilen einzulassen*“.

Aus der Jugendhilfe wird berichtet, dass Jugendliche unter 18 Jahren meist „*kein Problembewusstsein bzgl. ihres Konsumverhaltens haben*“. Es sei „*fast ausgeschlossen, dass sie von sich aus eine Beratungsstelle aufsuchen*“. Die Fachkräfte sind sich einig, dass Jugendlichen am besten mit einer vertrauensvollen Beziehung (i.d.R. im Rahmen von Jugendhilfe) geholfen werden könne und dass Suchtprobleme nicht sogleich thematisiert werden sollten: „*Erst wenn eine vernünftige Basis aufgebaut ist, kann über den Suchtmittelkonsum gesprochen werden. Diese Basis ist auch vonnöten, um mit den Jugendlichen zu einer Suchtberatungsstelle zu gehen.*“

Von der Inanspruchnahme von Suchtberatung sehen Jugendliche dem Eindruck der Befragten nach auch deshalb ab, weil sie *„ein schlechtes Bild von Suchthilfeeinrichtungen haben“*, vor allem weil sie denken, dass es ihnen *„nicht so schlecht geht, wie denen, die dort sitzen“*. *„Jugendliche werden abgeschreckt, wenn sie in einer Suchtberatungsstelle auf Junkies oder Langzeitalkoholiker treffen“*.

5.2.3 Informiertheit der Fachkräfte

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fokusgruppen wurden nach ihrer Informiertheit zu suchtspezifischen Hilfemöglichkeiten befragt. Dabei zeigte sich, dass diese vom Regelsystem Schule über die Jugendhilfe bis hin zur Kinder- und Jugendpsychiatrie zunimmt. Die Lehrkräfte betonten, dass sie *„nicht alle Probleme erkennen könnten“*, dass ihnen dazu *„Fachkenntnis und diagnostisches ‚Handwerkszeug‘ fehlt“*. Etwas besser informiert fühlten sich in Schulen eingesetzte Sozialpädagogen: *„intuitives Rüstzeug ist schon da“*. Gleichwohl konstatierten sie, dass *„der durchschnittliche Lehrer wahrscheinlich deutlich schlechter informiert ist“*.

Auch in der Jugendhilfe werden die eigenen suchtspezifischen Kenntnisse als begrenzt eingeschätzt. Häufiger wird betont, dass *„Sucht oft nicht das dringlichste Problem der Jugendlichen“* sei und Kenntnisse zu Suchtmitteln, Wirkweisen und Suchtentwicklung werden als nachrangig für die eigene Praxis erlebt. Auch wissen die meisten Gesprächspartner und –partnerinnen eher wenig über Institutionen und Möglichkeiten der Suchthilfe.

5.2.4 Bewertung der Versorgungssituation

In allen Fokusgruppen bestand einheitlich die Einschätzung, dass suchtspezifische Hilfen für Jugendliche erforderlich sind, dass es jedoch zu wenig *jugendspezifische* Hilfen gebe. Vor allem jugendpsychiatrische Dienste seien hoffnungslos überlastet, wenn man Jugendliche dort vorstellen möchte, müsse man *„einen langen Atem“* haben. Demgegenüber hätten die Suchtberatungsstellen viel mehr Kapazitäten. Dies variiert jedoch von Region zu Region, so berichtet bspw. ein Gesprächspartner, dass er in seinem Bundesland nur von einer kompetenten Jugend-Suchtberatungsstelle wisse.

Lehrkräfte vermissen ausreichend Präventionsangebote und Sozialarbeit *in* den Schulen. Aus Sicht der Jugendhilfe mangelt es vor allem an Streetwork und aufsuchender Arbeit im Lebensumfeld der Jugendlichen. Die Kommstruktur der Suchthilfe sei ein Problem, Sprechstunden o.ä. vor Ort selten. Generell wird die Versorgung nicht als ausreichend erachtet, wenngleich in den Gesprächen auch deutlich wird, dass die Gesprächspartner und –partnerinnen über nur begrenzte Kenntnisse über das Versorgungssystem verfügen und schwerpunktmäßig die Angebote kennen, die in ihr Arbeitsfeld hineinragen wie z.B. Sprechstunden von Suchthilfeeinrichtungen in Schule oder Jugendhilfeeinrichtungen.

Mit Blick auf das eigene Helfefeld hinterfragten die Vertreterinnen und Vertreter der Jugendhilfe das i.d.R. gegebene Alkoholverbot in den Jugendhilfeeinrichtungen und das Abstinenzparadigma. Viele Fachkräfte sprachen sich statt dessen dafür aus, in Einrichtungen *„lieber ein kontrolliertes Trinken zu tolerieren, damit möglichst viele Jugendliche erreicht werden“* und somit auch zu einer größeren Zahl von Betroffenen eine Beziehung aufgebaut werden könne. Erst dann könne auf Problematisierung und ggf. Veränderung des Konsumverhaltens hingewirkt werden.

Mit Blick auf geschlechtersensible Ansprache und Angebote zeigte sich ein differenziertes Bild: Fast alle Befragten hatten nicht viel zum Thema Gender zu berichten, man arbeite „individuell“, „Geschlechtsspezifisches“ spiele dann „keine so große Rolle“. Dennoch wurde ein differenziertes Vorgehen deutlich, das vermutlich eher intuitiv gewählt wird. Bspw. berichteten Lehrkräfte, dass Gespräche über eine Drogenauffälligkeit oder -problematik mit Mädchen „anders geführt“ würden als mit Jungen und dass es „Unterschiede in einem optimalen Zugang zwischen den Geschlechtern“ gebe. Mit Mädchen könne man „anders/besser reden als mit Jungen“. Mädchen seien eher bereit, „etwas von sich preiszugeben“ und nutzen eher angebotene Hilfen. Mit Jungen sei man hingegen generell „forscher, fordernder, direkter“. Ein Lehrer bekannte seine Unsicherheit, „bei Mädchen einen Verdacht auf eine Essstörung anzusprechen“. Die Lehrkräfte vermuteten, dass der Zugang zu Jungen leichter über sportliche Aktivitäten gelingt. In der Jugendhilfe würden z.T. Freizeitangebote geschlechtshomogen durchgeführt, bspw. Schminkkurse oder Body Building. Auch hier gilt, dass Mädchen eher kommunikative und stylingorientierte Angebote unterbreitet werden, während Jungen eher auf erlebnis- und körperbezogene Möglichkeiten treffen wie z.B. Klettern, Boxen, Fußballspielen.

Unter den Vertretern und Vertreterinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrschte Uneinigkeit, ob sich die Ausbildung der Geschlechtsidentität der Jugendlichen als Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz besser in gemischtgeschlechtlichen oder geschlechtshomogenen Gruppen fördern lasse. Es blieb offen, ob man zunächst eine psychische Stabilisierung der meist in dieser Beziehung desorientierten Jugendlichen im gleichgeschlechtlichen Rahmen herbeiführen müsse, bevor sich eine funktionale Geschlechtsidentität überhaupt entwickeln ließe, oder ob sich eine solche nur in Abgrenzung zum anderen Geschlecht entwickeln lasse und dementsprechend gemischtgeschlechtlichen Gruppen der Vorzug zu geben sei. Es überwog die Einschätzung, dass „das ‚Gleiche‘ als auch das ‚Andere‘ wichtig“ seien. Zudem müssten Indikationen für die Jungen- oder Mädchen-Gruppe individuell gestellt werden. Manchmal sei eine „Extrastunde Traumatherapie“ vielleicht sinnvoller als die Teilnahme an der Mädchengruppe.

Wichtig seien weiterhin positive Rollenvorbilder auf Station. Ein Gesprächspartner geht – wie auch Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus Jugendhilfe und Schule – in diesem Zusammenhang davon aus, dass Mädchen z.T. besser behandelt würden als Jungen, da der Anteil des weiblichen Personals weitaus größer sei als der des männlichen. Jungen kämen da mitunter „unter die Räder“. Auch profitierten Mädchen weit mehr von sexualpädagogischer Förderung, seien da zugänglicher. Bei Jungen werde bei diesem Thema sofort „die Abwehrformation hochgefahren“ und es gäbe auch für männliche Mitarbeiter „kaum ein Rankommen“. Eine andere Teilnehmerin berichtet von einem „Kriegerprojekt“ in ihrer Klinik mit „Männerrunde am Feuer und Draußenübernachtung“, das von den Jungen sehr gut angenommen worden sei und die „Funktion eines Initiationsritus“ eingenommen habe. In einer anderen Klinik erfreue sich eine dauerhaft angebotene „Arbeitsgruppe Prinzessinnenpower“ großer Beliebtheit. Damit decken sich die Erfahrungen und Schwerpunktsetzungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit jenen in Jugendhilfe und Schulsozialarbeit.

5.2.5 Bewertung von Vernetzung und Kooperation

Die in den Fokusgruppen geschilderten Kooperationserfahrungen verweisen auf ein breites Bild: Die **Lehrkräfte** können kaum über Erfahrungen berichten, sie suchen im Bedarfsfall zunächst Kontakt mit den Eltern und regen den Besuch bei Fachberatungsstellen an. Die Sozialpädagogen und –pädagoginnen in Schulen kooperieren deutlich öfter mit

sozialen Einrichtungen, darunter aber nur wenig mit der Suchthilfe. Lediglich aus einer Berufsschule wird von einer festen Kooperation mit einer Drogenberatungsstelle berichtet, die vertraglich fixiert sei, über geregelte Verfahrensweisen verfüge und als „*sehr effektiv*“ eingeschätzt wird.

Ein Gesprächspartner berichtet von schlechten Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wonach Termine dort nur mit viel Druck und längerer Wartezeit möglich waren und die Behandlung knapp und ergebnislos. Dieser Beratungslehrer hat sich „*nicht ernstgenommen*“ gefühlt. Darüber hinaus wird moniert, dass die Rückmeldungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie spärlich seien und meist nur an den einweisenden bzw. überweisenden Arzt oder die einweisende bzw. überweisende /Ärztin gingen. Die Schule werde zu wenig miteinbezogen. Mitunter verschwänden die Informationen „*irgendwo im Bermudadreieck zwischen Suchthilfe, ASD und KJPP*“.

In zwei Fokusgruppen aus dem Bereich **Jugendhilfe** wird berichtet, dass keine Kooperationen mit der Suchthilfe bestehen. Lediglich in wenigen Einzelfällen gebe es eine Vermittlung. Als Positivbeispiel wird zwar auf einen „*runden Tisch zu substituierten Müttern mit ihren Kindern*“ verwiesen, in dem sehr gut kooperiert werde – gleichwohl konnten die guten Erfahrungen dort noch nicht generell in die Jugendhilfe übertragen werden. In einem Berliner Bezirk hingegen funktioniere „*die ressortübergreifende Kooperation hervorragend*“. Hier wurde – in der Umsetzung sozialräumlicher Konzepte – eine AG Sucht eingerichtet, an der Vertreter und Vertreterinnen von Polizei, Jugendamt, Suchthilfe und Schulen zusammenarbeiten. Man habe z.B. „*eine Suchtwoche in einer Schule durchgeführt*“. Generell sei die Kooperation mit Schulen im Bezirk jedoch sehr unterschiedlich und den Lehrkräften sei eine Teilnahme an Gremien in aller Regel kaum möglich. Die Kooperation im Bezirk sei z. T. vertraglich geregelt, hätte sich aber auch durch Kontakte, die auf Konferenzen geknüpft worden waren, ergeben. Auch hier bestätigt sich ein Befund der Gespräche in den untersuchten Einrichtungen: Gut sei der Kontakt da, „*wo man sich persönlich kennt*“.

Einige Befragte berichteten, dass durch Kooperationen und gemeinsame Aktionen mehr Angebote für Jugendliche umgesetzt werden könnten, z.B. mehr Freizeitaktivitäten. Gleichwohl fänden auch bei guter Kooperation von Diensten nur wenige Jugendliche von sich aus den Weg in die Suchtberatung. Aus diesem Grund gehe Jugendhilfe zum einen dazu über, „*eigene Angebote*“ zu machen. Zum anderen unterstütze man den Weg in die Suchtberatung, z.B. durch entsprechende Vereinbarungen mit den Jugendlichen, durch Begleitung beim Besuch u.ä.

Zur Kinder- und Jugendpsychiatrie gebe es „*so gut wie keine Kontakte*“, da die meisten Jugendlichen für die Psychiatrie „*noch nicht süchtig genug*“ seien.

Die Vertreterinnen und Vertreter der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** bestätigten, dass das suchtspezifische Angebot für Jugendliche in weiten Teilen Deutschlands so unzureichend vorhanden sei, dass „*man kaum etwas vernetzen*“ könne (s.o.). Anders sei es z.B. in Baden-Württemberg, wo alle Beratungsstellen der Suchthilfe auch jugendspezifische Angebote bereithielten. Ein Problem sei, dass „*der ASD [Jugendamt] keine Indikationen bzw. Zuweisungen der Suchthilfe akzeptiere und notwendige Hilfen dadurch verzögert werden*“. Sozialrechtliche Zuständigkeiten seien ungeklärt, auch die Krankenkassen akzeptierten keine Therapieindikationen der Suchthilfe. Die Finanzierungswege seien unterschiedlich und kaum transparent. Gleichwohl geschehe auf kommunaler Ebene z.T. Positives durch die Einrichtung bereichsübergreifender Gremien wie z.B. die Vernetzung durch die kommunale Gesundheitskonferenz in Duisburg (oder durch AK wie den o.g. Arbeitskreis Suchtprävention und Suchthilfe in Berlin Spandau).

Nach der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei die größte Schwierigkeit „eine adäquate weitere therapeutische Versorgung zu finden“. Es sei „so gut wie unmöglich, Jugendliche mit Suchtproblemen bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten anzubinden“. Es bestünden nicht nur lange Wartezeiten, sondern auch viele Vorbehalte gegenüber dieser Klientel und Zweifel, „ob das Störungsbild überhaupt psychotherapeutisch zu behandeln sei“. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie müsse die Jugendlichen dann meist in der eigenen Ambulanz weiterbehandeln, was aus Kapazitätsgründen ebenfalls schwierig sei. Diese Einschätzung bestätigt ähnlich lautende Berichte aus den untersuchten Einrichtungen für Jugendliche mit suchtbefragten Problemen.

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass die Wahrnehmungen in den Versorgungsbereichen z.T. sehr eigen-zentriert sind und Kooperationsprobleme vor allem den je anderen Bereichen zugeordnet werden. Dass die sucht- und jugendspezifische Versorgung insgesamt eher unzureichend ist, kann jedoch als weitgehend konsensfähig bewertet werden. Die Probleme mit Kooperationen beschreiben ein weites Feld und geben vielfache Hinweise auf Veränderungsbedarfe (s.u.). Gute Erfahrungen mit Vernetzung bestehen in Einzelfällen, i.d.R. aufbauend auf persönlichen Kontakten. Zudem fördern sozialräumliche Versorgungskonzepte Austausch und Kooperation.

5.2.6 Bedarfe und Perspektiven

In den Fokusgruppen wurde eine Vielzahl von Bedarfen und Anregungen für die Verbesserung der Versorgung von Jugendlichen mit suchtbefragten Problemlagen formuliert. Zunächst wurde in fast allen Gesprächen auf die Bedeutung der Eltern hingewiesen. Eltern müssten aktiv angesprochen und sensibilisiert werden. Sie müssen motiviert werden, auf das Konsumverhalten ihrer Kinder zu achten und bräuchten Hilfen, entsprechende Probleme ihrer Kinder zu erkennen. Zudem sei eine eigene Begleitung von Eltern notwendig.

Auch sollten Kinder- und Jugend- sowie Hausärzte sensibilisiert werden, Suchtentwicklungen frühzeitig wahrzunehmen, anzusprechen und Hilfe zu vermitteln. Gegebenfalls müsse in punkto Früherkennung allgemeiner psychischer Störungen „ein spezifisches Modul in den Vorsorgekatalog der Kinderärzte/innen integriert werden“.

Mit Blick auf den Bereich Schule wurde mehr Weiterbildung für Lehrkräfte gefordert. Sie bräuchten – wie es auch für den Großteil der Fachkräfte in der Jugendhilfe als notwendig erachtet wurde – Fortbildung zu suchtbefragten Themen und gut verständliche Diagnoseschulungen. Hierzu bot z.B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie an, stärker in der Qualifizierung der Jugend- und Suchthilfe, der Schule sowie auch der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in jugend-suchtpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen bzw. -psychopathologischen Aspekten des Kindes- und Jugendalters sowie komorbider psychischer Störungen mitzuwirken.

Die Lehrkräfte wünschten sich mehr Kontakt zu Suchtfachkräften, wobei sie dafür plädierten, dass diese „in die Schulen“ kommen. Suchtberater und Suchtberaterinnen sollten regelmäßig in der Schule präsent sein, sollten Lehrkräften, Eltern und Schülern und Schülerinnen gleichermaßen zur Verfügung stehen. Vielfach geäußert wurde der Wunsch nach mehr Prävention und vor allem Sekundärprävention in den Klassen, „nicht nur einmal in ein bis zwei Jahren“. Die Lehrkräfte betonten die Bedeutung von Unterstützungspersonal, das nicht in Unterricht und Notengebung eingebunden sei. Nur so seien die Schüler und Schülerinnen frei, offen zu sein und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Eine Teilnehmerin regte an, in der Schule Fotos von Suchtberatungskräften mit Kontaktangaben aufzuhängen. Das erleichtere Jugendlichen den Zugang. Von Vorteil wäre zudem, wenn die Auswahl zwischen einem Mann und einer Frau bestünde. Ebenfalls zur Reduzierung von Schwellenängsten und zur Bahnung von Wegen wurde angeregt, Projektunterricht auszulagern und z.B. Suchthilfeeinrichtungen zu besuchen.

Der Wunsch nach mehr Prävention und Sekundärprävention wurde auch in den übrigen Fokusgruppen geäußert. Sekundärpräventive Angebote sollten auch in Jugendhilfeeinrichtungen stattfinden. Zudem wurde angeregt, innovative Projekte wie HaLT und FreD flächendeckend umzusetzen. Außerdem wurde angeregt, Jugendhilfekonzepte zu überdenken und die Forderungen nach Abstinenz und strikten Alkoholverboten durch angemessenere Regeln zu ersetzen. Jugendliche sollten vielmehr beim Erwerb eines „*kontrollierten und verantwortungsbewussten Konsums*“ unterstützt werden.

Fast alle Gesprächspartner und –partnerinnen betonten, dass Jugendliche von sich aus kaum den Weg in Beratungsstellen schaffen, z.T. aus mangelndem Problembewusstsein, z.T. weil diese mit ihrer erwachsenen und z.T. verelendeten Klientel abschreckend auf sie wirken. Deshalb wurde zum einen gefordert, viel mehr Streetwork und aufsuchende Arbeit zu realisieren. Jugendliche müssten in ihrem Lebensumfeld aktiv angesprochen werden. Zudem sollte es Beratungsstellen geben die sich speziell an Jugendliche richten. Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kam die Anregung, dass „*Suchtberater sich therapeutisch qualifizieren und behandeln dürfen*“ sollten – mit Anerkennung durch die Sozialleistungsträger. Damit „*kann ein Beziehungsabbruch vermieden werden und das große Risiko, dass die Jugendlichen auf dem Weg in die nächste Institution ‚verloren‘ gehen.*“ Zum anderen sollten auch jugendspezifische Rehabilitationseinrichtungen auf- bzw. ausgebaut werden, da gerade bei schwerwiegenden strukturellen Störungen substanzabhängiger Jugendlicher „*eine alleinige kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht ausreichend ist*“.

Wie nicht anders zu erwarten gingen die Wünsche generell mit der Forderung nach mehr Ressourcen, mehr Personal einher.

Schließlich wurde auf die Bedeutung einer besseren Vernetzung für früheres Erreichen und eine abgestimmte Versorgung hingewiesen. Dabei betonten die Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen, dass Kontakt und Kommunikation „*auf Augenhöhe*“ stattfinden müssten, damit sie gelinge. Insbesondere der ASD inklusive Erziehungs- bzw. Familienberatung und die Suchthilfe müssen in Bezug auf Jugendliche „*eins sein*“, sich „*jugendspezifisch verlinken und vernetzen*“. In einem zweiten Schritt müsste die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbezogen und ggf. gemeinsam „*ein Auftrag für sie definiert werden (Diagnostik, Entzug, weitere Behandlung komorbider Störungen etc.)*“. Ziel sollte es sein, Beschäftigte „*aus verschiedenen Hilfesystemen zusammenzuführen*“, z.B. könnten gemeinsame Sprechstunden durchgeführt und (zunehmend) gemeinsame Helferkonferenzen etabliert werden.

Ein Hinweis betraf die Hochrisikogruppe der Kinder von Sucht- und anderen psychisch Kranken. Hier gab es zum einen den Wunsch an die Suchthilfe, sich mehr der Kinder ihrer erwachsenen Klientel anzunehmen. Die Suchthilfe sollte mehr für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert und fortgebildet werden und gleichzeitig bei früh einsetzenden Verhaltensauffälligkeiten entsprechend zuweisen können. Kinder dürften nicht dazu missbraucht werden, ihre Eltern zu stabilisieren.

Zudem sollte die Erwachsenenpsychiatrie fest mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Sucht- und der Jugendhilfe vernetzt werden, z.B. über einen „*KJPP-Liaisondienst*“. Über

gemeinsame Hilfeplanung könnte eine frühere und effektivere Hilfe organisiert werden. Alle Systeme sollten einer „*Verpflichtung zur Vernetzung*“ unterliegen.

Die Empfehlungen berücksichtigten kaum Gender-Aspekte. Lediglich die Vertreter und Vertreterinnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sprachen sich dafür aus, im Prinzip gemischgeschlechtliche Hilfen vorzuhalten und nur in Ausnahmefällen spezifisch geschlechtshomogene Einrichtungen zu etablieren (z.B. für multiple traumatisierte süchtige Mädchen). Gleichwohl sollten „*stets geschlechtsspezifische bzw. gendersensible Gruppen innerhalb eines gemischtgeschlechtlichen Angebotes*“ vorhanden sein. Insgesamt bestand eher die Einschätzung, dass Angebote für Jugendliche mit suchtbezogenen Problemen insgesamt noch so unzureichend seien, dass man „*jetzt weniger ans ‚Gendern‘ denken, sondern in einem ersten Schritt die notwendigen Strukturen etablieren*“ müsse: „*Bevor die Grundmauern stünden, könne man eben nicht den Dachstuhl ausbauen*“.

Vor allem die Gesprächspartner und –partnerinnen mit Erfahrungen in sozialräumlich organisierten Netzen empfahlen die fachübergreifende sozialräumliche Orientierung und Organisation von Versorgung als gute Möglichkeit, Vernetzung konkret aufzubauen und zum Nutzen aller zu entwickeln. Dabei brauche es jedoch Verbindlichkeit, Verträge und Strukturen.

Einige erachteten es für „*ideal*“, wenn die verschiedenen Angebote/Systeme in Bezug auf Jugend und Familien eine räumliche Einheit böten: „*alles unter einem Dach*“.

Schließlich wurde in den Fokusgruppen immer wieder darauf hingewiesen, dass Suchtprophylaxe und -hilfe eine gesellschaftliche Aufgabe sei, die wahrgenommen werden müsse und die bei einer besseren Sorge für Familien beginne.

5.3 Best Practice-Vernetzung

Es ist davon auszugehen, dass eine bessere Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe wichtig für eine frühere Erreichung und bessere Versorgung betroffener Jugendlicher ist. Deshalb wurde nach Beispielen für „best-practice-Kooperationen“ gesucht. Hier sollen nun zwei Beispiele näher betrachtet werden, von denen eines im ländlichen Bereich in Nordrhein-Westfalen verortet ist und das andere in Hamburg.

5.3.1 Kooperation im Kreis Steinfurt

Angeregt durch den LWL und ein niederländisches Vorbild beschlossen verschiedene freie und der öffentliche Jugendhilfeträger des Kreises Steinfurt (Jugendamt Kreis Steinfurt, LWL Jugendheim Tecklenburg, terra nova Jugendhilfe, evangelische Jugendhilfe Ochtrup und Christliches Jugenddorf Steinfurt) und die Sucht- und Drogenberatungsstelle der Caritas im Dekanat Steinfurt im Jahr 2003 die gute einzelfallbezogene Zusammenarbeit zwischen den MitarbeiterInnen und Mitarbeitern der Sucht- und Jugendhilfe weiterzuentwickeln und verbindlichere Strukturen aufzubauen, um langfristig Kontinuität und Qualitätsentwicklung im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen zu sichern.

Die Geschäftsleitungen der Träger stellten für die Kooperation Beschäftigte für den Kooperationsentwicklungsprozess und die Mitarbeit in einer Steuerungsgruppe frei (mit Zeitanteilen). Der Prozess wurde von Beginn an vom Kreis-Jugendamt begleitet und un-

terstützt, ein Mitarbeiter des Jugendamtes arbeitet seit Gründung der Steuerungsgruppe kontinuierlich mit.

Der Steuerungskreis entwickelte ein Phasenmodell zum Umgang mit Suchtmittelkonsum, das im Christlichen Jugenddorf Steinfurt eingeführt wurde und mit dem ein Verfahren festgelegt wurde, wenn Jugendliche wegen des Konsums von Suchtmitteln auffällig werden. Zu Beginn der Betreuung muss die betreute Person einen Vertrag unterschreiben, der dieses Phasenmodell enthält. Nach mehreren möglichen Interventionen ist – als dritte Phase – bei Konsum die Behandlung in einer Suchthilfeeinrichtung (zumeist die Caritas Suchtberatung) vorgesehen. Sollte die/der Jugendliche diese Behandlung nicht annehmen, kann der Vertrag gekündigt werden. In der Folge wurden erheblich weniger Probleme mit drogenkonsumierenden Jugendlichen beobachtet.

Parallel zu diesem Prozess wurde allgemein deutlich, welche Schnittstellen die Bereiche haben und dass die Fachkräfte mehr Wissen und die Einrichtungen neue Konzepte brauchen. Daher wurden in Folge trägerübergreifende Fortbildungen, zum Teil durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Drogenberatungsstelle, durchgeführt. Themen waren z.B. Stoffkunde, Funktion und Wirkung von Suchtmitteln, Reaktionen auf Drogenkonsum (zwischen Wegsehen und Überreagieren) und Beratungstechniken wie z.B. „Motivierende Gesprächsführung. Für Eltern wurde ein Manual „Hilfe mein Kind pubertiert“ und für Jugendliche ein Trainingsprogramm zur Selbstkontrolle entwickelt (vgl. auch Heckmann, Hilgemann & Brinker, 2007).

Die Steuerungsgruppe dient zudem dem gegenseitigen Austausch, gemeinsamen Fallbesprechungen und der Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit.

Bei Terminen in der Suchtberatung werden die Jugendlichen von ihren Bezugsbetreuenden begleitet, und es wird so u.a. sichergestellt, dass sie die Suchthilfeeinrichtung aufsuchen. Zwischen den Mitarbeitenden beider Einrichtungen finden gemeinsame Hilfeplanungen statt, was zunehmend gut funktioniert. Auch während des Betreuungsprozesses findet ein regelmäßiger Austausch statt, sodass die Betreuenden aller Einrichtungen immer auf dem neuesten Stand seien. Mit Datenschutzanforderungen werde verantwortlich umgegangen.

Auf Initiative der Steuerungsgruppe entstand schließlich eine Zusammenarbeit mit der niederländischen Saxion Hogeschool Enschede, Fachbereich Soziale Arbeit. Gemeinsam werden Forschungsfragestellungen erarbeitet, die von Studierenden z.B. im Rahmen von Diplomarbeiten bearbeitet werden. Die Studierenden haben die Möglichkeit, in der Praxis Lösungen zu erarbeiten.

Die Beteiligten in Steinfurt berichten über positive Effekte der mittlerweile sechs Jahre andauernden Kooperation: Die Mitarbeitenden der beteiligten Einrichtungen haben sich und die Arbeit der anderen Einrichtungen bei gemeinsamen Aktionen und Fortbildungen näher kennen und schätzen gelernt. Gegenseitige Vorurteile konnten abgebaut und Zusammenarbeit aufgebaut werden. Die Beschäftigten wissen genau, wer der jeweilige Ansprechpartner bzw. die jeweilige Ansprechpartnerin in den anderen Einrichtungen ist, und die Wege für die Zusammenarbeit wurden kürzer. Insbesondere das Jugendamt zeigt sich zufrieden, da es nun kein Problem mehr sei, konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu finden. Die Befragten stimmen darin überein, dass durch die Zusammenarbeit beider Systeme die Qualität der Arbeit gesteigert und den Jugendlichen deutlich besser geholfen werde.

5.3.2 Vernetzung in Hamburg

In Hamburg wurden in zwei Gesprächen sowohl die Verwaltungsbemühungen und – praxis eruiert als auch ein Beispiel einer konkreten mehrjährigen Kooperation zwischen einem Träger der Jugendhilfe und einem Träger der Suchthilfe betrachtet. Beides soll vorgestellt werden, da die Steuerungsfunktion der Landesbehörde sicher den Rahmen für die konkrete Kooperation bildet.

5.3.2.1 Vernetzung auf struktureller Ebene

In Hamburg wurden 2005 das Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ verabschiedet und damit auch die behördlichen Aufgaben neu geregelt: Die Federführung für Suchtprävention wechselte aus der Fachabteilung Drogen und Sucht des Amtes für Gesundheit und Verbraucherschutz zum Amt für Jugend und Familie und mit ihr der zugehörige Beschäftigte. Ziele waren u.a. eine bessere Wahrnehmung suchtbezogener Aufgaben im Jugendbereich und ein bessere Vernetzung der Behörden, die für die Umsetzung des Konzepts zuständig sind. Der Aufgaben- und Mitarbeiterwechsel wirke sich förderlich aus, zudem wurde eine vertiefte behördliche Zusammenarbeit der beiden Ressorts sowie der Schulbehörde institutionalisiert. Jugendbehörde und die Fachabteilung Drogen und Sucht nehmen einige Aufgaben inzwischen zusammen wahr, insbesondere im Bereich der indizierten Prävention. In allen Bezirken sind jetzt Suchtpräventionskoordinatoren und -koordinatorinnen tätig, die Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit arbeiten nach einer Globalrichtlinie, nach der sie jährlich mindestens ein Projekt im Bezirk durchführen. Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit auf Verwaltungsebene wird derzeit ein Workshop zum Nutzen von Netzwerken geplant.

Im Zuge der Umsetzung des Konzepts wurden regional zugeordnet Suchtberatungsstellen für Jugendliche aufgebaut, die mobil arbeiten. *„Weil suchtgefährdete Jugendliche kaum auf eigene Initiative Hilfe suchen würden“*, wurde es den ausgewählten Einrichtungen zur Auflage gemacht, Kooperationsbeziehungen mit den Bezirksämtern und weitere Vernetzungen einzugehen und nachzuweisen. Tatsächlich seien tragfähige Kooperationen aufgebaut worden.. U.a. wurden Ziele und Zielgruppen der Suchtberatung für Jugendliche mit allen Kooperationspartnern gemeinsam entwickelt. Als (Pflicht-)Zielgruppen wurden festgelegt: 14- bis 18-Jährige mit Suchtproblemen, 14-bis 27-jährige Migranten und Migrantinnen mit Suchtproblemen und Angehörige dieser Gruppen.

Mit Blick auf Vernetzung wird seitens der Fachabteilung Drogen und Sucht auch auf die Rahmenvereinbarung „Schwangerschaft – Kind – Sucht“ verwiesen, die 2006 mit einer Vielzahl verschiedener Beteiligter erarbeitet und mittlerweile von 80 Stellen unterzeichnet wurde. Schon der Nebeneffekt der Erarbeitung, das Kennenlernen vieler Versorgungsbeteiligter, sei positiv gewesen und habe eine bessere Kooperation unterstützt.

Des Weiteren haben sich die Träger der Sucht- und Drogenhilfe selbst verpflichtet, das Thema „Kinder von Suchtkranken“ stärker in den Blick zu nehmen. U.a. wurde die Dokumentation der Klientel um einige Items erweitert, die nun routinemäßig abgefragt werden. Je nach Problemlage ist geregelt, wie vorzugehen und wer einzuschalten ist (kollegiale Beratung, Einschalten des Jugendamtes ...). Aus jeder Beratungsstelle wurde eine Fachkraft zum Thema Kinderschutz qualifiziert. Die Maßnahmen führten dazu, dass die Hamburger Suchthilfe die Verantwortung für Kinder angenommen habe. Die Behörde hat Anfang 2009 einen Ganztagsworkshop mit 40 Beschäftigten der Suchthilfe und 20 Beschäftigten aus dem ASD zu Verständnisproblemen und Kooperationsmöglichkeiten organisiert; eine Vereinbarung für verbesserte Kooperation ist geplant.

Im Juli 2006 wurde mit finanzieller Förderung durch die Behörde das „Deutsche Zentrums für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalters“ (DZSKJ) beim Universitätsklinikum Eppendorf aufgebaut. Ziel ist die Verbesserung der Qualität der indizierten Suchtprävention und der Suchthilfe für Jugendliche durch Forschung, Konzept- und Methodenentwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung.

Weiterhin schwierig und angesichts der aktuellen grundlegenden Umstrukturierung der Hamburger Schullandschaft nochmals schwieriger gestaltet sich die Vernetzung Suchthilfe – Schule.

Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifische Arbeit sind definierte Anforderungen in der Hamburger Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Suchthilfe, zu der auch in den jährlichen Sachberichten berichtet werden muss. Gleichwohl sei die Umsetzung noch zögerlich, gute Beispiele eines umfassenderen Gender-Begriffs liegen aber vor. Seitens der Fachabteilung Drogen und Sucht wurden die Sachberichte gezielt auf Genderaspekte hin ausgewertet und die Ergebnisse mit Trägern der Suchthilfe diskutiert. Das Ziel ist eine weitere Sensibilisierung für das Thema.

Auch die o.g. Suchtberatung für Jugendliche soll – vertraglich vereinbart – gendersensibel arbeiten und Jungen und Mädchen gleichermaßen erreichen. Damit dies gelingen kann, bedürfe es jedoch noch größerer Anstrengungen, derzeit werden deutlich mehr Jungen betreut, obgleich z.B. die Zahl der wegen Alkoholintoxikation stationär in Kliniken eingelieferten Mädchen vergleichbar mit der der Jungen sei.

5.3.2.2 Vernetzung auf der Arbeitsebene

Nachdem die Jugendhilfe immer häufiger mit suchtbezogenen Problemen konfrontiert sei, insbesondere mit (exzessivem) Alkoholkonsum, und die Therapiehilfe e.V. Hamburg bei Analyse ihrer Klientendaten festgestellt habe, kaum Zuweisungen aus der Jugendhilfe zu bekommen, nahm der Träger Therapiehilfe e.V. Kontakt zum Träger Hamburger Kinder- und Jugendhilfe e.V. auf. 2005 wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen. Eine Steuerungsgruppe aus Vertreterinnen der Geschäftsführungen der Träger und (leitenden) Mitarbeitenden verschiedener Einrichtungen steuert die Kooperation. In regelmäßigen Treffen werden Schwerpunktthemen abgestimmt und einmal jährlich die Kooperationserfahrungen ausgewertet.

Beide Träger arbeiten hamburgweit, weshalb Regionalgruppen mit einem größeren Beschäftigten-Kreis geschaffen wurden. Hier finden gemeinsame Fallbesprechungen statt, werden Informationen zu den jeweiligen Rahmenbedingungen ausgetauscht, gemeinsame Präventionsaktionen geplant etc. Zusätzlich wurde pro Einrichtung eine feste Ansprechpartnerin bzw. ein fester Ansprechpartner für Anfragen des anderen Trägers benannt.

Zu Beginn der Kooperation wurden viele gegenseitige Fortbildungen durchgeführt zu Sucht und zu Jugend- und Suchthilfe (Was ist Jugendhilfe? Was ist Suchthilfe? Wie wird gearbeitet? Unter welchen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen? Wie funktionieren die jeweils bezirklich/behördlich Verantwortlichen etc.).

In den Jugendhilfe-Einrichtungen führt die Therapiehilfe Präventionsveranstaltungen durch und beide Träger nehmen Klientel des anderen Trägers bevorzugt auf. Für die gemeinsame Betreuung von Jugendlichen wurden ein Therapiepass (eine Art Laufzettel) erarbeitet sowie eine gegenseitige Schweigepflichtsentbindung im Einzelfall. Wichtige Elemente der Kooperation sind kollegiale Beratung und Supervision sowie ggf. Ko-Beratung. Nutzen Jugendliche Hilfen von beiden Trägern, wird die Betreuung gemeinsam abgestimmt.

Die Kooperation umzusetzen, sei nicht leicht gewesen, wobei zum einen darauf verwiesen wird, dass die zuständige Behörde zwar auf Kooperation dränge, dafür aber nicht die (notwendigen) Ressourcen zur Verfügung stelle. Zum anderen seien suchttherapeutische Arbeit und pädagogische Jugendhilfe konzeptionell sehr verschieden, z.B. habe Suchthilfe klarere Regeln und sanktioniere im Einzelfall eher, während Jugendhilfe individueller vorgehe und eine kontinuierliche Betreuung sicherstelle.

Des Weiteren wird berichtet, dass es angesichts der Größe beider Träger mit erheblichem Aufwand verbunden sei, z.B. Beschlüsse der Steuerungsgruppe an die Basis zu bringen. Das gelinge bisher nicht überall gleichermaßen und mit jedem Mitarbeiterwechsel müsse man „von vorn anfangen“. Die Hamburger Kinder- und Jugendhilfe habe deshalb Informationen über die Kooperation zum festen Bestandteil des formalisierten Einarbeitungsverfahrens gemacht.

Trotz vieler gemeinsamer Aktivitäten gebe es weiterhin manchmal Vorbehalte gegen suchtmittelkonsumierende Jugendliche und gegen Neuaufnahmen aus dem Come In (jugendspezifische Einrichtung der Therapiehilfe). Besser funktioniere es, Jugendhilfe-Klientel für suchttherapeutische Maßnahmen in Einrichtungen der Therapiehilfe zu geben, sie dort kontinuierlich weiter zu betreuen und sie dann wieder in die Jugendhilfe aufzunehmen. Immer noch nicht funktioniere eine Dokumentation der gemeinsamen Fallarbeit, weshalb die jährlichen Auswertungsgespräche nicht ausreichend datenbasiert erfolgen.

Die Gesprächspartnerinnen berichten, dass beide Seiten sehr viel über das je andere Arbeitsfeld gelernt haben und dass gute Erfahrungen mit gegenseitiger schneller und unkomplizierter Hilfeleistung gemacht wurden. Insbesondere sei die Handlungskompetenz der Jugendhilfebeschäftigten deutlich verbessert, sie hätten nicht mehr so viel Scheu vor dem Thema Sucht, fühlten sich informierter und handelten bei Verdacht prompt: Die Jugendlichen werden dann direktiv zur Therapiehilfe geschickt und müssten ein Mindestprogramm absolvieren, das über den Therapiepass kontrolliert werde. Z.T. organisieren die Mitarbeitenden kollegiale Beratung oder Ko-Beratung.

5.3.3 Fazit best Practice

An den geschilderten Beispielen für gute Vernetzung zwischen Jugend- und Suchthilfe lassen sich einige fördernde Bedingungen herausfiltern: So erscheint es als wichtig(st) Grundbedingung, dass die Geschäftsführungen/Leitungen der Träger Kooperation wollen. Der Vernetzung muss Zeit und Raum eingeräumt werden und die Umsetzung muss – wiederholt und nachhaltig – kontrolliert werden (Top-down). Gleichwohl sollten auch die Beschäftigten an der Umsetzung intensiv beteiligt werden, sie sollten ihr Interesse definieren, Schwerpunkte setzen können etc. Hilfreich für die Implementierung von Vernetzung ist das dementsprechende Einfordern und Fördern seitens der Sozialleistungsträger und Zuwendungsgeber. Dies gilt vermutlich auch für die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifischer Arbeit, die in den betrachteten Beispielen keine wichtigen Aspekte/Themen der Kooperation darstellten.

Die Kooperation sollte schriftlich fixiert werden. Hilfreich sind zudem das Strukturieren von Vorgehensweisen, der Einsatz gemeinsamer Instrumente für den Informationsaustausch u.a., schriftliche Verträge mit den Betroffenen etc.

Gegenseitige Fortbildungen und fachliche Inputs helfen, Themen und Systeme kennenzulernen und zu verstehen: Wie arbeiten die anderen? Was sind deren Rahmenbedingun-

gen? Welche Gesetze gelten? Wie funktioniert die Finanzierung? Wie sind die Strukturen und Abläufe?

Schließlich wird Kooperation dann mit Leben erfüllt, wenn Beschäftigte sich persönlich kennenlernen und im professionellen Handeln erleben, „*Kontakt schafft Vertrauen*“. Hilfreich ist hier, über die gemeinsame Betreuung von Klientinnen und Klienten hinaus, auch das Erarbeiten gemeinsamer Verfahrensstandards, von Instrumenten u.a. Und Kooperation lebt zum anderen über das Erfahren von konkretem Nutzen, einem praktischen Mehrwert für die eigene Arbeit und den Zuwachs von Handlungskompetenz.

Kooperation sollte gleichgewichtig organisiert sein. Die Beteiligten sollten das Gefühl haben, sich in ähnlichem Umfang zu engagieren. Hilfreich ist hierfür z.B. eine Dokumentation der Zeitaufwände.

Kooperation kann nur „*auf Augenhöhe*“ gelingen. Alle Beteiligten sollten voneinander lernen können und sich ergänzen wollen – ohne heimliche Überlegenheitsgefühle bzw. Zuschreibungen von (In)Kompetenz.

Der Einblick in die oben dargestellten Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe verweist darauf, dass Kooperation eine Entwicklungsaufgabe der gesamten Organisation und vor allem der Leitung ist und keine selbstverständlich implementierte Aufgabe einzelner Beschäftigter sein kann. Auch Sozialleistungsträger sollten Kooperation einfordern, aber auch Ressourcen dafür bereitstellen. Träger und Leitungspersonal haben die Aufgaben der Anleitung, Strukturierung, Koordination und des Controllings kooperativer Prozesse. Kooperation muss immer wieder angestoßen werden, mit jedem neuen Beschäftigten, mit jedem Jahr. Und schließlich braucht Kooperation Ressourcen und Reflexion.

6 Die Perspektive Jugendlicher in suchtbezogenen Hilfen

Die Studie sollte u.a. untersuchen, wie junge Menschen möglichst früh durch suchtbezogene Hilfen erreicht werden können und wie diese Hilfeangebote aus der Perspektive Jugendlicher wahrgenommen und bewertet werden. Deshalb wurden jugendliche Nutzerinnen und Nutzer von Suchthilfeeinrichtungen befragt. Im Rahmen der Fragebogeninterviews wurde eruiert, unter welchen Bedingungen eine Inanspruchnahme der Angebote der Suchthilfe erfolgt und welche Bedeutung genderspezifischen Aspekten in der Suchthilfe für Jugendliche zukommt.

Der Schwerpunkt dieses Arbeitsschritts lag in der Erhebung quantitativer Merkmale (vgl. Abschnitt 3.6). Im Folgenden werden zunächst Merkmale der Befragten vorgestellt (Abschnitt 6.1.1). Danach wird die Versorgungssituation aus Sicht der Jugendlichen dargestellt, wobei es zunächst um die Bedingungen für die Nutzung von Hilfeangeboten geht (Abschnitt 6.1.2) und anschließend um die Befunde zu genderspezifischen Aspekten in den Einrichtungen.

6.1.1 Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen

6.1.1.1 Soziodemografische Merkmale

Alter und Geschlecht

Die Altersspanne der Befragten reicht von 13 Jahren bis 22 Jahren. Wie Tab. 41 zeigt, sind die meisten Jugendlichen, die in den Einrichtungen angetroffen wurden, zwischen 16 und 19 Jahren alt (insgesamt 75,7 %). Klientinnen und Klienten bis 15 Jahre stellen mit 11,7 % einen fast ebenso großen Anteil wie Befragte, die mindestens 20 Jahre alt sind (12,6 %). Das Durchschnittsalter liegt bei $M=17,7$ Jahren ($SD=1,8$), Jungen/junge Männer sind im Schnitt 17,7 Jahre alt ($SD=1,7$) und weibliche Befragte 17,6 Jahre ($SD=2,0$).

Tab. 41: *Alter der Befragten (Angaben in %)*

Altersgruppe	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Gesamt (n=103)
bis 15 Jahre	9,3	17,9	11,7
16 bis 17 Jahre	33,3	35,7	34,0
18 bis 19 Jahre	45,3	32,1	41,7
20 bis 22 Jahre	12,0	14,3	12,6

Die Geschlechterverteilung unter den Befragten entspricht mit 72,8 % männlichen Jugendlichen und 27,2 % Klientinnen der Verteilung der Klientel in der deutschen Suchthilfe (dort: 71,5 %; vgl. IFT, 2008).

Aufenthaltsdauer in aktueller Einrichtung

In Tab. 42 ist dargestellt, wie lange sich die Befragten zum Zeitpunkt der Untersuchung in der von ihnen genutzten Einrichtung aufhielten.

Tab. 42: *Dauer Aufenthalt in aktueller Einrichtung (Angaben in %)*

Aufenthaltsdauer	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Gesamt (n=103)
max. 1 Monat	22,7	39,3	27,2
2 Monate bis max. 3 Monate	29,3	42,9	33,0
4 Monate bis max. 6 Monate	16,0	3,6	12,6
7 Monate bis max. 1 Jahr	18,7	7,1	15,5
mehr als 1 Jahr	13,3	7,1	11,7

Ungefähr ein Viertel der Befragten (27,2 %) gab an, seit maximal einem Monat in der Einrichtung zu sein, weitere 33 % gaben zwei bis drei Monate zu Protokoll. Eine Mehrheit der Jugendlichen (60,2 %) wies somit eine maximale Aufenthaltsdauer von drei Monaten auf. Eine Verweildauer von mehr als drei Monaten liegt demnach bei 39,8 % der Befragten vor. Ungefähr jeder neunte Klient bzw. jede neunte Klientin (11,7 %) äußerte, länger als ein Jahr in der aktuellen Einrichtung zu leben.

Vergleicht man die weiblichen mit männlichen Befragten, so zeigt sich bei den weiblichen Jugendlichen ein höherer Anteil mit vergleichsweise kurzer Aufenthaltsdauer. So äußerten 82,2 % der Mädchen/jungen Frauen, seit maximal drei Monaten in der aktuellen Einrichtung zu leben. Bei den männlichen Befragten liegt dieser Anteil lediglich bei

52 %. Hinsichtlich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zeigt sich jedoch kein signifikanter Unterschied [$T(101)=1,350$; $p=.180$].

Wohnsituation vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung

Tab. 43 gibt Auskunft über den Wohnstatus der Befragten vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung.

Tab. 43: *Wohnsituation vor Aufnahme in Einrichtung (Angaben in %)*

Wohnsituation	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
noch zu Hause	64,0	42,9	n.s.	58,3
<i>mit alleinerz. Elternteil</i>	37,3	25,0	--	34,0
<i>mit beiden Elternteilen</i>	16,0	14,3	--	15,5
<i>mit einem Elternteil und Stiefmutter/Stiefvater</i>	10,7	3,6	--	8,7
nicht mehr zu Hause	36,0	57,1	--	41,7
<i>im betreuten Kontext (in betreuter WG, im Heim)</i>	16,0	25,0	--	18,4
<i>selbstständig (allein, mit Partner/in, in WG)</i>	13,3	28,6	--	17,5
<i>sonstiger Kontext</i>	6,7	3,6	--	5,8

Die Mehrheit der Jugendlichen gab an, vorher bei ihren Eltern bzw. bei Erziehungsberechtigten gewohnt zu haben (58,3 %). Ein Drittel der Befragten (34 %) äußerte, mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammenzuwohnen, nur 15,5 % mit beiden Elternteilen. 8,7 % lebten nach eigener Angabe bei einem Elternteil und dessen Partnerin bzw. Partner.

Befragte, die nicht mehr zu Hause wohnten, machen insgesamt einen Anteil von 41,7 % aus. Der größte Teil von ihnen (18,4 % aller Befragten) gab an, im betreuten Kontext zu leben, wie z.B. in einer betreuten Wohngemeinschaft oder in einer stationären Einrichtung. Fast ebenso viele (17,5 %) äußerten, eigenständig zu leben (d.h. allein, mit Partner bzw. Partnerin oder in einer nicht betreuten WG). Befragte, die angaben, in einem anderen Wohnkontext zu leben (z.B. Gefängnis, auf der Straße), stellen einen Anteil von 5,8 %.

Eine geschlechtsspezifische Analyse des Wohnstatus zeigt, dass die Mehrheit der männlichen Befragte noch bei den Erziehungsberechtigten lebte (64 %). Dies trifft dagegen nur auf die Minderheit der weiblichen Befragten zu (42,9 %, statistisch nicht signifikant)¹³.

Migrationshintergrund der Eltern

Das Vorliegen eines Migrationshintergrunds und mangelhafte Kenntnisse der deutschen Sprache sind Merkmale, die oft mit geringen Entwicklungschancen assoziiert werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005). Ein Migrationshintergrund wurde dann angenommen, wenn mindestens ein Elternteil nicht aus Deutsch-

¹³ Zusammenhang Wohnsituation (bei Erziehungsberechtigten: ja/nein) & Geschlecht: $\Phi=0,191$; $p=.053$ (n=103)

land stammte (vgl. Kuhnke, 2006). In Tab. 44 sind die Angaben der Jugendlichen zur Herkunft ihrer Eltern und zur Sprache, die vorwiegend zu Hause gesprochen wird, dargestellt.

Tab. 44: *Herkunft der Eltern; Sprache, die vorwiegend zu Hause gesprochen wird (Angaben in %)*

Herkunft der Eltern	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
beide Elternteile aus Deutschland	77,3	78,6	n.s.	77,7
ein Elternteil aus anderem Land	14,7	10,7	--	13,6
beide Elternteile aus anderem Land	8,0	10,7	--	8,7
Zu Hause gesprochene Sprache				
deutsch	93,3	96,4	n.s.	94,2
andere Sprache	6,7	3,6	--	5,8

77,7 % aller Befragten äußerten, dass beide Elternteile aus Deutschland stammten. Nach der oben genannten Definition liegt somit bei gut einem Fünftel (22,3 %) ein Migrationshintergrund vor. Dieser Wert ist mit dem bevölkerungsbezogenen Anteil von Personen im Alter zwischen 15 bis 20 Jahren mit Migrationshintergrund vergleichbar (bundesweit 23,9 %; Statistisches Bundesamt, 2009a). 13,6 % der Befragten gaben zu Protokoll, dass eines ihrer Elternteile nicht aus Deutschland stammte, bei weiteren 8,7 % beide Elternteile¹⁴.

5,8 % der Jugendlichen äußerten, im alltäglichen Beisammensein schwerpunktmäßig eine andere Sprache als Deutsch zu sprechen¹⁵. Aufgrund der untergeordneten Rolle, die die deutsche Sprache in ihrer Familie spielt, sind bei ihnen Schwächen in den deutschen Sprachfertigkeiten somit nicht auszuschließen.

Betrachtet man die Ergebnisse in Abhängigkeit vom Geschlecht der Befragten, so zeigen sich weder in der Herkunft der Eltern noch in der zu Hause gesprochenen Sprache geschlechterspezifische Unterschiede¹⁶.

Tätigkeitsstatus

Tab. 45 stellt die vorwiegende Tätigkeit der Befragten vor ihrer Aufnahme in die aktuelle Einrichtung dar.

¹⁴ Nennungen: andere EU-Länder (n=3), Türkei (n=2), Russland (n=2), Afghanistan (n=1), Iran (n=1)

¹⁵ Andere Sprache: türkisch (n=2), russisch (n=2), persisch (n=1), polnisch (n=1)

¹⁶ Zusammenhang Migrationshintergrund (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,013; p=.893 (n=103); Zusammenhang Sprache (deutsch/nicht deutsch) & Geschlecht: Phi=-0,059; p=.551 (n=103)

Tab. 45: Tätigkeit vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung (Angaben in %)

Tätigkeit	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
Schüler/in	37,3	46,4	n.s.	39,8
kein/e Schüler/in mehr	62,7	53,6		60,2
Erwerbslose	45,3	32,1	--	41,7
Auszubildende	14,7	17,9	--	15,5
Erwerbstätige	1,3	0	--	1,0
sonstige Tätigkeit	1,3	3,6	--	1,9

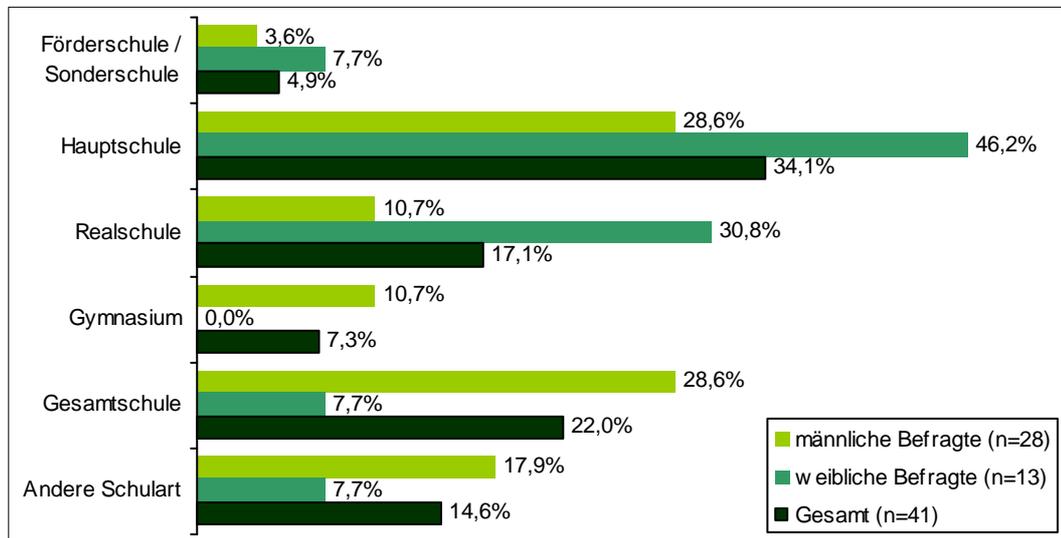
Die Mehrheit der Befragten gibt an, die Schule bereits verlassen zu haben (60,2 %). Jugendliche, die noch zur Schule gehen, machen einen Anteil von 39,8 % aus (37,3 % der männlichen, 46,4 % der weiblichen Jugendlichen; n.s.¹⁷).

Von den Befragten, die nach eigener Aussage keine Schule mehr besuchen, stellen Erwerbslose die Überzahl (41,7 % aller Befragten). 15,5 % absolvierten eine Ausbildung und nur eine Person (1,0 %) gab an, regulär erwerbstätig gewesen zu sein.

Schulbildung

Ein zentraler Indikator für soziale Benachteiligung und geringe Entwicklungschancen ist fehlende oder nicht nachgefragte Schulbildung. Deshalb wird im Folgenden der aktuelle Bildungsweg der Schülerinnen und Schüler untersucht (s. Abb. 2). Weiter unten wird das Bildungsniveau der ehemaligen Schüler und Schülerinnen dargestellt (s. Abb. 3).

Abb. 2: Bildungsweg der Schülerinnen und Schüler



Mit gut einem Drittel (34,1 %) stellen Hauptschülerinnen und -schüler den mit Abstand größten Teil an allen Schülerinnen und Schülern und sind damit vergleichsweise überrepräsentiert (bundesweit 14,9 % an weiterführenden Schulen; Statistisches Bundesamt

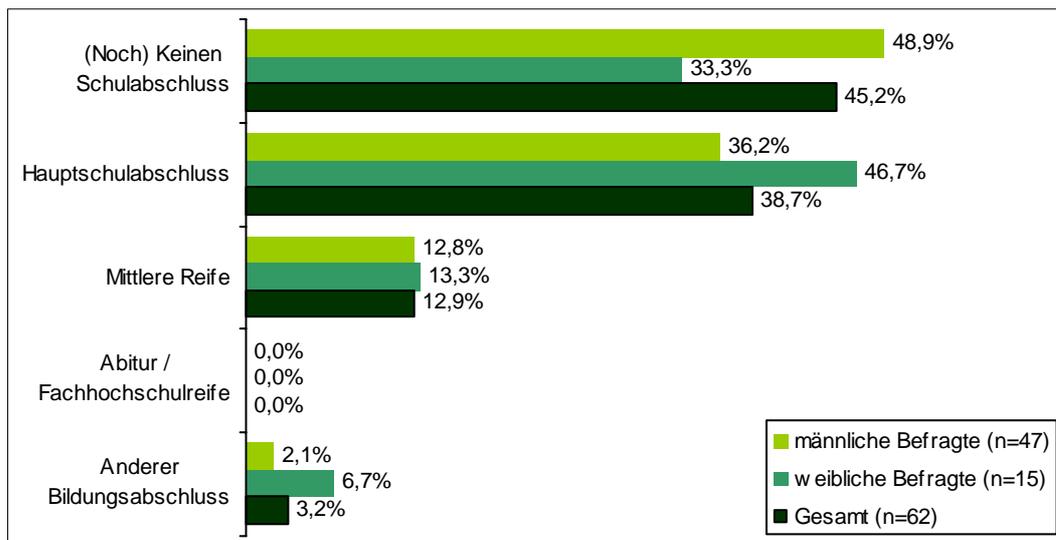
¹⁷ Zusammenhang Schüler/in (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,083; p=.401 (n=103)

Deutschland, 2009b). Gesamtschülerinnen und Gesamtschüler bilden mit 22 % die zweitgrößte Gruppe, gefolgt von Realschülerinnen und -schüler (17,1 %). Befragte, die das Gymnasium besuchen, sind mit lediglich 7,3 % vertreten und somit im Vergleich zum Bundesschnitt klar unterrepräsentiert (dort: 41,3 %). Lediglich sechs Jugendliche besuchen eine andere als die genannten Schulen (14,6 % der Schülerinnen und Schüler)¹⁸.

Schüler und Schülerinnen unterscheiden sich zwar, doch sind die Unterschiede insbesondere aufgrund der kleinen Gruppe Mädchen/junge Frauen (n = 13) nicht ausreichend interpretierbar und nicht signifikant¹⁹.

Abb. 3 zeigt den höchsten Bildungsabschluss der *ehemaligen* Schülerinnen und Schüler.

Abb. 3: Schulabschluss der ehemaligen Schülerinnen und Schüler



Das Ergebnis verweist auf ein sehr niedriges Bildungsniveau der Befragten: 45,2 % gaben an, keinen Schulabschluss zu haben (bundesweit 7,3 %; vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009c). Personen mit Hauptschulabschluss sind mit 38,7 % vertreten, was im Vergleich zu bevölkerungsbezogenen Werten ebenfalls ein großer Anteil ist (dort: 23,6 %; ebd.). Keine befragte Person berichtete von einem gymnasialen Abschluss.

Auch an dieser Stelle können geschlechterspezifische Analysen keinen signifikanten Unterschied im Bildungsniveau aufdecken²⁰, demnach weisen sowohl die männlichen als auch die weiblichen Befragten ein sehr niedriges Bildungsniveau auf.

6.1.1.2 Substanzkonsum und suchtbezogene Probleme

Substanzkonsum

Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums unter den Befragten liegt ihren Angaben zu-

¹⁸ Nennungen: „versucht, Abschluss über die VHS zu machen“, „kaufmännische Schule“, „Regionalschule“, „Sucht-krankenschule“, „Mittelschule“

¹⁹ Vergleich des Bildungswegs männl. & weibl. Schüler (ohne „Gesamtschule“ & „andere Schulart“): Mann-Whitney U=72,5; p=.567 (n=26)

²⁰ Vergleich des Schulabschlusses männlicher und weiblicher Befragter (ohne „anderer Bildungsabschluss“): Mann-Whitney U=280,0; p=.421 (n=60)

folge bei 11,9 Jahren (SD=1,9; siehe auch Tab. 50). Um den Substanzkonsum zu beschreiben, der unmittelbar vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung betrieben wurde, wurde die Prävalenz aller relevanten psychoaktiven Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, illegal verschaffte Medikamente) erhoben. Bezogen auf jede Substanz wurde erfragt, ob sie innerhalb der letzten zwölf Monate und innerhalb der letzten 30 Tage vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung konsumiert wurde. Die Ergebnisse sind in Tab. 46 dargestellt.

Tab. 46: Konsum von Alkohol, illegalen Drogen und illegal verschafften Medikamenten (Angaben in %)

	Konsum in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme				Konsum in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme			
	männl. (n=75)	weibl. (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)	männl. (n=75)	weibl. (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
Alkohol und illegale Substanzen								
Cannabis/Marihuana	97,3	89,3	n.s.	95,1	68,0	57,1	n.s.	65,0
Alkohol	92,0	96,4	n.s.	93,2	68,0	71,4	n.s.	68,9
Speed/Crystal	68,0	67,9	n.s.	68,0	29,3	32,1	n.s.	30,1
Ecstasy	64,0	71,4	n.s.	66,0	30,7	39,3	n.s.	33,0
Kokain	62,7	57,1	n.s.	61,2	20,0	35,7	n.s.	24,3
Pilze/Naturdrogen	50,7	35,7	n.s.	46,6	14,7	25,0	--	17,5
LSD	34,7	32,1	n.s.	34,0	9,3	25,0	--	13,6
Spice	20,0	28,6	n.s.	22,3	8,0	21,4	--	11,7
Heroin	20,0	25,0	n.s.	21,4	9,3	3,6	--	7,8
GHB/Liquid Ecstasy	18,7	21,4	--	19,4	5,3	14,3	--	7,8
Methadon u. a. Opiate	14,7	17,9	--	15,5	6,7	7,1	--	6,8
Crack	6,7	10,7	--	7,8	1,3	7,1	--	2,9
andere illegale Drogen	12,0	0,0	--	8,7	6,7	0,0	--	4,9
Verschreibungspfl. Medikamente								
Beruhigungsmittel/Tranquilizer	28,0	32,1	n.s.	29,1	10,7	10,7	--	10,7
Schmerzmittel	14,7	7,1	--	12,6	1,3	7,1	--	2,9
Aufputzmittel	16,0	3,6	--	12,6	4,0	3,6	--	3,9
Schlafmittel	6,7	3,6	--	5,8	5,3	3,6	--	4,9
Appetitzügler/ Abführmittel	0,0	3,6	--	1,0	0,0	0,0	--	0,0
andere Medikamente	4,0	17,9	--	7,8	4,0	10,7	--	5,8

Wie zu erwarten liegen die Prävalenzraten aller illegalen Drogen um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Kraus et al., 2008)²¹. Bei Alkohol zeigt sich dagegen ein ähnlicher Wert, was vermutlich mit der allgemein sehr weiten Verbreitung von Alkohol zu begründen ist (vgl. Pabst, & Kraus, 2008; Rösner, Steiner & Kraus, 2008). Der

²¹ Die 12-Monatsprävalenzen illegaler Substanzen liegen 5,4-mal (Cannabis) bis 71,3-mal (Heroin) höher als in unter den 18- bis 20-Jährigen in Deutschland (vgl. Kraus et al., 2008).

Konsum illegal beschaffter Medikamente weist ebenfalls eine sehr hohe Prävalenz auf (vgl. Rösner et al., 2008).

Der Konsum von Cannabis und von Alkohol ist mit Abstand am stärksten verbreitet. Beide Substanzen wurden von über 90 % der Befragten in den zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn genutzt. Mehr als die Hälfte der Befragten gab zudem an, während der letzten zwölf Monate vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung Amphetamine, Ecstasy und Kokain konsumiert zu haben (Speed/Crystal: 68 %; Ecstasy: 66 %; Kokain: 61,2 %). Pilze und andere halluzinogene Naturdrogen wurden im selben Zeitraum von knapp der Hälfte der Befragten (46,6 %) genutzt. Rund ein Drittel der Befragten (34 %) konsumierte LSD und ungefähr ein Fünftel der Befragten äußerte, innerhalb der zwölf Monate vor Behandlungsbeginn Spice (22,3 %), Heroin (21,4 %) und GHB (19,4 %) konsumiert zu haben. Methadon bzw. andere Opiate (15,5 %), sowie Crack (7,8 %) folgen in der Verbreitung. Andere Drogen sind mit 8,7 % vertreten²².

In den zwölf Monaten vor Behandlungsbeginn haben die Befragten nach eigener Aussage durchschnittlich 5,1 verschiedene Arten illegaler Drogen konsumiert (SD=2,9). Betrachtet man die letzten 30 Tage, so waren es im Mittel 2,4 Sorten illegaler Drogen (SD=2,7).

Unter den illegal verschafften Medikamenten sind Beruhigungsmittel bzw. Tranquilizer mit Abstand am häufigsten vertreten. 29,1 % der Befragten gaben an, diese in den zwölf Monaten vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung konsumiert zu haben. Schmerzmittel und Aufputzmittel folgen mit einer Verbreitung von je 12,6 %. Schlafmittel wurden von 5,8 % der Befragten genutzt. Die 12-Monatsprävalenz von Appetitzüglern bzw. Abführmitteln liegt lediglich bei 1 %. Andere Medikamente sind mit 7,8 % vertreten²³.

Vergleicht man den Substanzkonsum der männlichen und weiblichen Befragten, so ergeben sich keine nennenswerten Abweichungen. Weder das Ausmaß des Alkoholkonsums noch der Gebrauch illegaler Drogen und verschreibungspflichtiger Medikamente sind mit dem Geschlecht der Befragten assoziiert. Dies gilt für beide genannten Zeiträume^{24,25}.

Suchtbezogene Störungen

Tab. 47 zeigt das Ausmaß problematischen Cannabis- und Alkoholkonsums unter den Befragten. Zur Beurteilung des Cannabiskonsums wurde das Instrument *Severity of Dependence Scale* (SDS) verwendet. Von einer Abhängigkeit wurde ab einem Cut-Off-Wert von zwei Punkten ausgegangen (vgl. Steiner et al., 2008). Das Ausmaß problematischen Alkoholkonsums wurde mit einer Kurzform des *Alcohol Use Disorders Identification Tests* (AUDIT-C) unter Verwendung eines Cut-Off-Werts von drei Punkten (Bush et al., 1998) erhoben.

22 Nennungen: Lachgas (n=3), Lösungsmittel (n=3), Ketamin (n=1), andere Halluzinogene (n=1), Poppers (n=1)

23 Nennungen: Antidepressiva (n=3), Subutex (n=2), andere Medikamente: Codein (n=1), Barbiturate (n=1), „alles, was ich bekommen konnte“ (n=1)

24 Zusammenhang Geschlecht der Teilnehmenden und 12-Monats-Prävalenz von...: Alkohol: Phi=0,078; p=.427; Cannabis: Phi=-0,167; p=.091; Ecstasy: Phi=0,070; p=.479; Amphetamine: Phi=-0,001; p=.989; LSD: Phi=-0,024; p=.810; Kokain: Phi=-0,050; p=.609; Heroin: Phi=0,054; p=.582; Spice: Phi=0,092; p=.353; Pilze u.a. Naturdrogen: Phi=-0,133; p=.176; Beruhigungsmittel: Phi=0,041; p=.681. Bei einer Gesamtprävalenz von weniger als 20 % (n=20) wurde auf einen Signifikanztest verzichtet.

25 Geschlechterunterschiede in den durchschnittlichen Konsumtagen (in den letzten 30 Tagen vor Aufnahme in aktuelle Einrichtung) von...: Alkohol: T(101)=-0,117; p=.907; Cannabis: T(101)=1,031; p=.305; Ecstasy: T(101)=-0,514; p=.608; Amphetamine: T(101)=0,270; p=.788; Kokain: T(101)=-1,226; p=.223. Bei einer Gesamtprävalenz von weniger als 20 % (n=20) wurde auf einen Signifikanztest verzichtet.

Tab. 47: *Problematischer Cannabis- und Alkoholkonsum vor Aufnahme in aktuelle Einrichtung (Angaben in %)*

	männlich (n=74)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=102)
Cannabisabhängigkeit (SDS)				
abhängiger Konsum	75,7	64,3	n.s.	72,5
problematischer Alkoholkonsum (AUDIT-C)				
problematischer Konsum	86,7	85,7	n.s.	86,4

Bei einer deutlichen Mehrheit der Befragten (72,5 %) kann laut SDS eine Cannabisabhängigkeit unterstellt werden, bei Mädchen und Jungen gleichermaßen²⁶ – ein Wert, der erwartungsgemäß um ein Vielfaches höher liegt als in der Bevölkerung (Cannabisabhängigkeit nach DSM-IV liegt bundesweit bei knapp 2 % der 18- bis 20-Jährigen in Deutschland vor; Kraus et al., 2008).

Nach dem AUDIT-C wies zudem eine eindeutige Mehrheit der Jugendlichen (86,4 %) vor ihrer Behandlung einen problematischen Alkoholkonsum auf. Wie zu erwarten, zeigt sich auch hier eine frappierende Diskrepanz zu bevölkerungsbezogenen Werten. So liegt das Ausmaß missbräuchlichen Alkoholkonsums (nach DSM-IV) in der Gruppe der 18- bis 20-Jährigen in Deutschland mit 8,8 % bei nur einem Bruchteil der untersuchten Stichprobe (Pabst et al., 2008). Anders als in der Gesamtbevölkerung unterscheiden sich männliche und weibliche Befragte kaum²⁷.

6.1.1.3 Andere Belastungen und Delinquenz

Suchttherapeutische Einrichtungen werden oftmals von Personen in Anspruch genommen, die nicht nur von substanzbezogenen Problemen, sondern auch von diversen anderen Belastungen betroffen sind wie z.B. von psychischen Problemen oder von Gewalt; zudem kommt teilweise eine Delinquenz hinzu. In diesem Abschnitt soll daher das Ausmaß dieser Belastungsfaktoren in der befragten Stichprobe untersucht werden.

Psychische Probleme und Gewaltbelastung

Um das Ausmaß psychischer Komorbidität festzustellen, wurde eine globale Einschätzung anhand der Kurzversion der *Symptom Checklist SCL-K-9*; Klaghofer & Brähler, 2001) vorgenommen. Da insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen substanzbezogene Probleme und Essstörungen oft zusammentreffen, wurde das Vorliegen dieser Störung ebenfalls erhoben. Darüber hinaus sollte die Gewaltbelastung durch andere untersucht werden. Die Ergebnisse sind in Tab. 48 dargestellt.

²⁶ Zusammenhang Cannabisabhängigkeit nach SDS & Geschlecht: Phi=-0,114; p=.250

²⁷ Zusammenhang problematischer Alkoholkonsum nach AUDIT-C & Geschlecht: Phi=-0,012; p=.900

Tab. 48: Psychische Beschwerden und Gewaltbelastung (Angaben in %)

	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
Psychische Beschwerden (SCL-K-9)				
auffälliger Punktwert	82,7	89,3	n.s.	84,5
diagnostizierte Essstörung				
Essstörung (irgendwann)	5,3	21,4	p<.05	9,7
Opfer von Körperverletzung				
Opfer von Körperverletzung/letzte 12 Monate, davon:			n.s.	
... außerhalb der Familie	40,0	32,1		37,9
... innerhalb der Familie	32,0	17,9	--	28,2
... innerhalb und außerhalb der Familie	6,7	14,3	--	8,7
... innerhalb und außerhalb der Familie	1,3	0,0	--	1,0

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der befragten Jugendlichen (84,5 %) bedeutsame psychische Beschwerden aufweist. So liegt ihr Punktwert mindestens eine Standardabweichung oberhalb der geschlechter- und altersspezifischen Norm der SCL-K-9 (vgl. Klaghofer & Brähler, 2001). Die geschlechterspezifische Analyse der Ergebnisse offenbart keinen Unterschied²⁸.

9,7 % der Befragten äußerten zudem, irgendwann schon einmal die Diagnose „Essstörung“ (Anorexie oder Bulimie) bekommen zu haben. Erwartungsgemäß zeigt sich hier ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten²⁹: So äußerten 21,4 % (n = 6) der weiblichen Befragten, von dieser Störung betroffen gewesen zu sein, jedoch nur 5,3 % der männlichen Jugendlichen (n = 4). Trotz der Einschränkungen, die bei der Interpretation dieses Werts geboten sind (Schätzung aufgrund einer Frage³⁰), weist das Ergebnis auf eine überdurchschnittliche Verbreitung von Essstörungen für die weiblichen Befragten hin (bundesweit 1 % - 3 %; Gerlinghoff & Backmund, 2006).

Gut ein Drittel der Befragten (37,9 %) gab an, in den zwölf Monaten vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung mindestens einmal Opfer von Körperverletzung worden zu sein. Im Vergleich zur bevölkerungsbezogenen Verbreitung ist dies ein außerordentlich hoher Wert (bundesweit im Jahr 2007: 2,3 % der Jugendlichen; Bundeskriminalamt, 2008). Die meisten Betroffenen (28,2 % aller Befragten) äußerten, außerhalb der Familie verprügelt worden zu sein. 8,7 % waren von familiärer Gewalt betroffen; eine befragte Person (1 %) berichtete von Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie.

Eine geschlechterdifferenzierte Analyse der Aussagen weist auf keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten hin³¹.

28 Zusammenhang „Auffälliger Punktwert im SCL“: ja/nein & Geschlecht: Phi=0,081; p=.409 (n=103)

29 Zusammenhang „Irgendwann Essstörung diagnostiziert“: ja/nein & Geschlecht: Phi=-0,242; p=.014 (n=103)

30 Fragetext: „Ist bei dir schon mal von einem Arzt oder Psychologen eine Essstörung festgestellt worden (z.B. Anorexie oder Bulimie)?“

31 Zusammenhang „Verprügelt worden“: ja/nein & Geschlecht: Phi=-0,072; p=.465 (n=103)

Delinquenz

Um einen Überblick über die aktuelle Delinquenz der Jugendlichen zu erhalten, wurden sie zunächst befragt, ob sie innerhalb der letzten zwölf Monate vor Aufnahme in die Einrichtung selbst Körperverletzung ausgeübt hatten – im Gegensatz zu oben wurde somit nicht die Rolle als Opfer, sondern die als Täter erhoben. Daneben war von Interesse, wie hoch der Anteil derer ist, die sich ein- oder mehrere Male vor Gericht verantworten mussten. Die Ergebnisse sind in Tab. 49 dargestellt.

Tab. 49: *Delinquentes Verhalten (Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)*

Delinquenz/Art des Delikts	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
in den letzten 12 M. Körperverletzung begangen	76,0	53,6	p<.05	69,9
jedemal vor Gericht gestanden	96,0	64,3	p<.001	87,4
...wegen Diebstahls- und Einbruchsdelikten	64,0	46,4	n.s.	59,2
...wegen Rohheitsdelikten (Gewaltstraftaten)	48,0	35,7	n.s.	44,7
...wegen Verstößen gegen das BtMG	38,7	35,7	n.s.	37,9
...wegen Sachbeschädigung	29,3	3,6	p<.01	22,3
...wegen Leistungserschleichung	5,3	7,1	n.s.	5,8
...wegen Straßenverkehrsdelikten	8,0	0,0	n.s.	5,8
...wegen sonstiger Straftaten nach StGB	25,3	3,6	--	19,4

Die Ergebnisse deuten auf ein außerordentlich hohes Ausmaß an delinquentem Verhalten unter den Befragten hin. So gaben 69,9 % von ihnen zu Protokoll, in den zwölf Monaten vor Aufnahme in die aktuelle Einrichtung, jemand anderen geschlagen oder verprügelt zu haben. Der hohe Anteil von gewaltbereiten Jugendlichen unter den Befragten wird bei einem Vergleich mit bevölkerungsbezogenen Zahlen noch deutlicher, denn weniger als 1 % der Jugendlichen in Deutschland wurden im Jahr 2002 von der Polizei verdächtigt, Körperverletzung begangen zu haben (vgl. Deutsches Jugendinstitut, 2005). Selbst im Vergleich zu anderen Personengruppen mit überdurchschnittlichen Belastungen und Delinquenz ist dies ein ausgesprochen hoher Wert: Bspw. äußerten lediglich 25 % der Nutzerinnen und Nutzer der Berliner Streetwork, innerhalb des letzten Jahres Körperverletzung begangen zu haben (Tossmann, Jonas & Tensil, 2008).

Das hohe Aufkommen delinquenten Verhaltens wird zudem an einem anderen Indikator deutlich: So gaben 87,4 % der Befragten an, schon einmal wegen einer eigenen Straftat vor Gericht gestanden zu haben. Die meisten von ihnen, d.h. 59,2 % aller Befragten, gaben *Diebstahls- und Einbruchsdelikte* als Grund hierfür an.

Gefolgt werden diese Straftaten von *Rohheitsdelikten*, von denen 44,7 % der Jugendlichen berichteten. Hierbei treten insbesondere Körperverletzung (39,8 %) ³² sowie Raub und räuberische Erpressung (24,4 %) hervor. 4,9 % der Befragten standen wegen Bedrohung bzw. Nötigung vor Gericht; 3,9 % nannten versuchten Mord bzw. Totschlag als Grund; ein Befragter nannte eine versuchte Vergewaltigung.

Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurden von 37,9 % der Befragten als Grund für die juristischen Auseinandersetzungen genannt; 7,8 % gaben in diesem Zusammenhang an, dass sie sich wegen Drogenhandels vor Gericht verantworten mussten.

³² Es ist stets der Anteil an allen Befragten (n=103) angegeben.

Sachbeschädigung (auch in Form von Graffiti) führten bei 22,3 % zur gerichtlichen Auseinandersetzung; Schwarzfahren und Straßenverkehrsdelikte (letztere oft in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum) wurden von 5,8 % der Befragten genannt. 19,4 % der Befragte äußerten zudem, eine andere Straftat als die bisher genannten begangen zu haben³³.

Vergleicht man das Ausmaß an Delinquenz von männlichen und weiblichen Befragten, so zeigen sich deutliche Unterschiede: 76,0 % der männlichen Jugendlichen berichteten, in den letzten zwölf Monaten Körperverletzung begangen zu haben, jedoch „nur“ 53,6 % der weiblichen Befragten – ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($\Phi=0,218$; $p=.027$). Bei der Frage, ob sie sich schon einmal vor Gericht verantworten mussten, zeigt sich ein noch stärkerer Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten. So wurde diese Frage von fast allen männlichen Befragten (96,0 %) bejaht. Unter den Mädchen und jungen Frauen sind es mit 64,3 % deutlich weniger ($\Phi=0,425$; $p<.001$). Auch in den verschiedenen Deliktarten zeigt sich das stärkere Ausmaß delinquenten Verhaltens unter den männlichen Befragten, wenngleich die Unterschiede nur bei Sachbeschädigungsdelikten statistisch signifikant sind³⁴.

6.1.2 Bedingungen für die Nutzung von Hilfeangeboten

Im Rahmen dieses Abschnitts sollen die Bedingungen dargestellt werden, die aus Sicht der Befragten zur Nutzung der Sucht- und Jugendhilfeangebote beigetragen haben. Hierbei geht es einerseits um den konkreten Anlass, der zum ersten Kontakt mit professionellen Institutionen führte, und andererseits um die damalige Motivlage der Jugendlichen, Hilfeangebote zu nutzen (Abschnitt 6.1.2.2). Einleitend soll jedoch zunächst beschrieben werden, wie lange die Befragten Kontakt zum Hilfesystem hatten und welche Anlaufstellen sie seither im Zusammenhang mit ihrem Substanzkonsum nutzten (Abschnitt 6.1.2.1).

6.1.2.1 Bisherige Nutzung des Hilfesystems

In Tab. 50 ist dargestellt, wann die Befragten nach eigener Aussage das erste Mal illegale Drogen konsumierten, wann sie damit erstmals Probleme wahrnahmen und wie alt sie waren, als sie das erste Mal professionelle Hilfe nutzten. Als Referenz ist zudem das Alter zum Zeitpunkt der Befragung angegeben.

³³ Nennungen: Brandstiftung (n=3), unerlaubter Waffenbesitz (n=3), Widerstand gegen die Staatsgewalt (n=3), Hausfriedensbruch (n=3), Hehlerei (n=3), Betrug (n=2), Beamtenbeleidigung (n=2), Bandenkriminalität (n=1)

³⁴ Zusammenhang Sachbeschädigung: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,275$; $p=.005$ (n=103); Zusammenhang Diebstahls- & Einbruchdelikte: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,159$; $p=.106$ (n=103); Zusammenhang Rohheitsdelikte: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,110$; $p=.264$ (n=103); Zusammenhang Verstoß gegen BtMG: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,027$; $p=.783$ (n=103); Zusammenhang Leistungser schleichung: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,034$; $p=.727$ (n=103); Zusammenhang Verkehrsdelikte: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,152$; $p=.123$ (n=103); Zusammenhang Sonstige Straftaten: ja/nein & Geschlecht: $\Phi=0,245$; $p=.013$ (n=103)

Tab. 50: *Alter des ersten Drogenkonsums, Wahrnehmung der ersten drogenassoziierten Probleme, des Erstkontakts mit professioneller Hilfe und Alter bei Befragung*

männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Gesamt (n=103)
Alter Erstkonsum (Jahre)		
11,7 (SD=1,8)	12,2 (SD=2,1)	11,9 (SD=1,9)
Alter bei ersten Problemen (Jahre)		
15,6 (SD=1,9)	15,4 (SD=2,1)	15,5 (SD=2,0)
Alter Erstkontakt bei professioneller Institution (Jahre)		
15,9 (SD=2,1)	16,0 (SD=1,9)	15,9 (SD=2,0)
Alter bei Befragung (Jahre)		
17,7 (SD=1,7)	17,5 (SD=2,0)	17,7 (SD=1,8)

Durchschnittlich betrachteten konsumierten die Befragten nach eigenen Angaben bereits im Alter von 11,9 Jahren das erste Mal Drogen. Erste Probleme nahmen sie nach eigener Aussage durchschnittlich 3,7 Jahre (SD=1,9) später, also im Alter von 15,5 Jahren wahr.

Der Erstkontakt mit einer professionellen Institution fand im Mittel mit 15,9 Jahren statt, also im Schnitt nur 0,4 Jahre (SD=1,5) später. Bei der Interpretation dieser Durchschnittswerte ist allerdings Vorsicht angebracht: Da mit 21,4 % der Befragten ein nicht zu vernachlässigender Anteil erst *nach* ihrem Erstkontakt in die Suchthilfe zu einer Problemeinsicht kamen, kann keinesfalls von einem typischen Ablauf *Erstkonsum – erste Problemwahrnehmung – Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem* ausgegangen werden.

Mit Blick auf das momentane Alter der Befragten (M=17,7 Jahre) waren zum Zeitpunkt der Befragung 1,7 Jahre (SD=1,5) seit dem ersten Kontakt mit einer professionellen Institution vergangen.

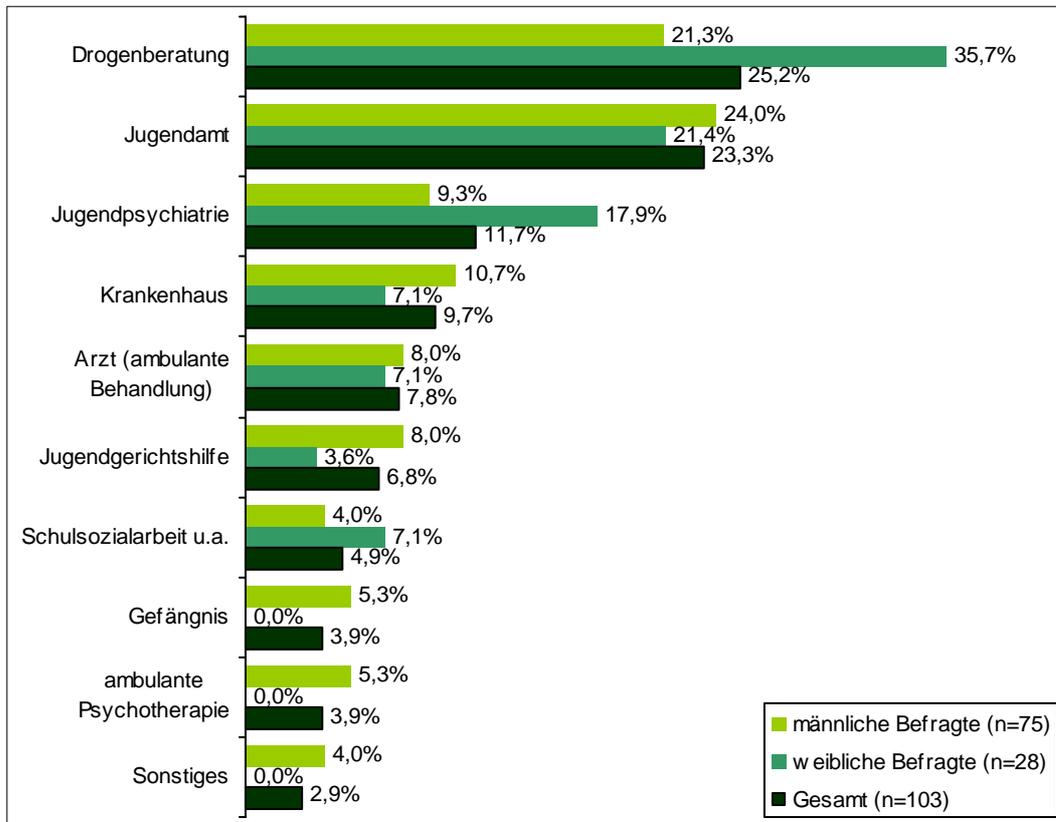
Es konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten in den in Tab. 50 genannten Merkmalen festgestellt werden³⁵.

Erster Kontakt mit dem Hilfesystem

In Abb. 4 sind die Anlaufstellen dargestellt, mit denen die Befragten im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum ihrer eigenen Aussage zufolge zuerst in Verbindung standen.

³⁵ Geschlechterunterschied im Alter des Erstkonsums: $T(101)=-1,035$; $p=.303$; Geschlechterunterschied im Alter der ersten Probleme: $T(101)=0,527$; $p=.599$; Geschlechterunterschied im Alter des ersten Kontakts zum Hilfesystem: $T(101)=-0,236$; $p=.814$; Geschlechterunterschied im Alter bei Befragung: vgl. Abschnitt 6.1.1.

Abb. 4: Erster professioneller Kontakt im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum



Ein Viertel der Befragten (25,2 %) hatte zunächst Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle und ähnlich viele Jugendliche (23,3 %) gaben als ersten Kontakt das Jugendamt an. 11,7 % bzw. 9,7 % der Befragten kamen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum direkt in eine Jugendpsychiatrie oder in ein Krankenhaus. Bei 7,8 % bestand die erste professionelle Hilfe in einer ambulanten Behandlung beim Arzt. Für 6,8 % bzw. 3,9 % der Befragten hatte der Erstkontakt einen juristischen Hintergrund: die Jugendgerichtshilfe bzw. das Gefängnis. Für 4,9 % bestand der Erstkontakt zu einer Betreuungsperson an der Schule; 3,9 % nannten eine ambulante Psychotherapie. Der Rest der Befragten (2,9 %) nannte eine andere Person bzw. Institution³⁶.

Die Abbildung weist auf geschlechterspezifische Differenzen, z.B. bei „Drogenberatung“ oder „Jugendpsychiatrie“, hin, doch waren die Unterschiede nicht signifikant³⁷.

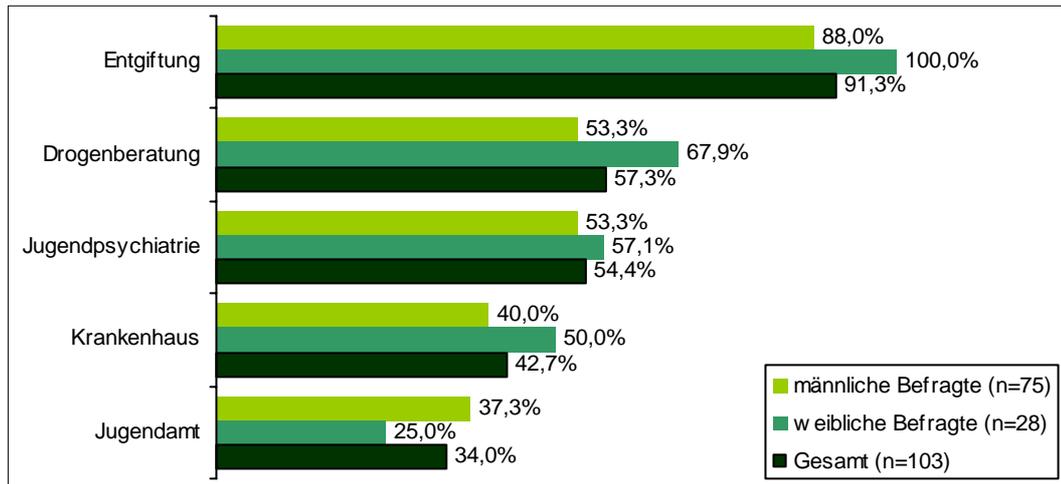
³⁶ Je eine Nennung: „Countdown Entgiftung“, „Betreuer ‚Rauhe Haus‘ in Hamburg“, „Streetwork“

³⁷ Zusammenhang Drogenberatung (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,147; p=.135 (n=103); Zusammenhang Jugendamt (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,027; p=.784 (n=103); Zusammenhang Jugendpsychiatrie (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,118; p=.230 (n=103); Zusammenhang Krankenhaus (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,053; p=.591 (n=103); Zusammenhang Arzt (ambulant) (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,014; p=.885 (n=103); Zusammenhang Jugendgerichtshilfe (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,078; p=.427 (n=103); Zusammenhang Schulsozialarbeit u.a. (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,065; p=.509 (n=103); Zusammenhang Gefängnis (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,123; p=.213 (n=103); Zusammenhang amb. Psychotherapie (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,123; p=.213 (n=103)

Bisher genutzte Hilfen

In den durchschnittlich 1,7 Jahren seit Erstkontakt zum (Hilfe-)System hatten die Befragten nach eigener Aussage zu durchschnittlich 3,9 (SD=2,7) weiteren Anlaufstellen in der Jugend- bzw. Suchthilfe Kontakt, bevor sie in die aktuelle Einrichtung kamen. Abb. 5 stellt die am häufigsten genannten Angebote dar.

Abb. 5: Anlaufstellen, die bisher im Zusammenhang mit Drogenproblemen genutzt wurden (ohne aktuelle Einrichtung; Mehrfachnennungen möglich)



Es zeigt sich, dass die mit Abstand am meisten Befragten (91,3 %) schon einmal an einer Entgiftungsbehandlung teilnahmen. 40,8 % von ihnen nutzten dieses Angebot bisher sogar mindestens zweimal.

Drogen- oder Suchtberatungsstelle nutzten 57,3 % der Befragten, zumeist jedoch nur einmalig – lediglich 7,8 % der Jugendlichen standen zweimal oder öfter mit den dortigen Fachkräften in Verbindung.

Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten (54,4 %) waren bereits einmal in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in stationärer Behandlung; 42,7 % gaben zudem an, schon einmal im Krankenhaus gewesen zu sein.

Obwohl sich an verschiedenen Stellen Nutzungsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen andeuten, lässt sich keiner von ihnen statistisch untermauern³⁸.

6.1.2.2 Fördernde und hemmende Bedingungen für die Nutzung von Hilfen

Um die Bedingungen zu untersuchen, die die Inanspruchnahme von Jugend- und Suchthilfeangeboten beeinflussen, werden zunächst die Anlässe dargestellt, die aus Sicht der Jugendlichen zum ersten professionellen Kontakt führten. Um die in Tab. 51 dargestellten Ergebnisse zu erhalten, wurden die qualitativen Angaben der Befragten nach den Grün-

³⁸ Zusammenhang Entgiftung (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,189; p=.055 (n=103); Zusammenhang Drogenberatungsstelle (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,131; p=.185 (n=103); Zusammenhang Jugendpsychiatrie (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,034; p=.730 (n=103); Zusammenhang Krankenhaus (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,090; p=.361 (n=103); Zusammenhang Jugendamt (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,116; p=.240 (n=103)

den für den ersten Kontakt kategorisiert³⁹. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass sich die Kategorien nicht zwingend gegenseitig ausschließen müssen.

Tab. 51: Gründe, die zum Kontakt mit dem ersten prof. Angebot geführt haben (n = 103)

Anlässe für den Erstkontakt (ohne sonstige)	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
von Bezugsperson(en) dazu gebracht/motiviert	45,3	35,7	n.s.	42,7
aufgrund eigener Delinquenz dazu gebracht	20,0	10,7	n.s.	17,5
von sonstigen Personen/Institutionen dazu gebracht	10,7	14,3	n.s.	11,7
Psych./phys. Probleme/akute Drogenintoxikation	9,3	17,9	n.s.	11,7
Wiedererlangung der Kontrolle über eigenes Leben	6,7	14,3	n.s.	8,7
familiäre Probleme	5,3	7,1	n.s.	5,8
Einordnung: eigen-/fremdmotiviert				
überwiegend fremdmotiviert	64,0	53,6	n.s.	61,2
überwiegend eigenmotiviert	32,0	39,3	n.s.	34,0
unklar, ob eigen- oder fremdmotiviert	4,0	7,1	n.s.	4,9

42,7 % der Befragten äußerten, dass Bezugspersonen (d.h. meist die Mutter bzw. die Eltern) einen entscheidenden Einfluss auf die erste Kontaktaufnahme hatten. Die Angaben über die Art der Entscheidungsfindung gehen hierbei mitunter stark auseinander. So äußerten einige Befragte, dass die Entscheidung von ihrer Bezugsperson (Eltern, Betreuer) „*vorgeschlagen*“ wurde. Die Angaben anderer lassen hingegen erkennen, dass ihre Bezugspersonen direktiv hierauf bestanden.

17,5 % der Befragten kamen nach eigenen Angaben aufgrund ihres delinquenten Verhaltens zum ersten Mal mit professionellen (Hilfe-)Institutionen in Kontakt. Hierunter fallen zunächst vergleichsweise milde Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Schule schwänzen oder Alkoholkonsum in der Schule. Bei einem Großteil dieser Gruppe bestand der Grund jedoch in handfesten Problemen mit dem Gesetz. Verschiedene Befragte äußerten in diesem Zusammenhang, mithilfe einer Drogentherapie eine Inhaftierung umgehen zu wollen.

Nach eigener Aussage kam der Erstkontakt bei 11,7 % durch Druck bzw. Empfehlung anderer Institutionen und Personen zustande wie z.B. der Schule, dem Jugendamt oder anderen Behörden.

Ebenfalls 11,7 % der Befragten gaben an, es sei erst durch massive psychische und physische Probleme oder durch eine vermutete Drogenüberdosis zum Erstkontakt gekommen. Nach Aussage von einigen Befragten war dieser Kontakt eigenmotiviert, andere wurden (z.B. im Rahmen eines Notarzteinsatzes) eingeliefert.

8,7 % der Jugendlichen suchten Hilfe, um ihre Drogenprobleme zu bewältigen und ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen. Neben allgemeinen Gründen (z.B. „*ich dachte, so geht es nicht weiter*“) wurden hierfür auch konkrete Anlässe bzw. Ziele genannt (z.B. „*ich wollte die Schule abschließen*“). Bei 5,8 % der Befragten standen nicht konsumbe-

³⁹ Fragetext: „Was hat dazu geführt, dass du dieses Angebot genutzt hast bzw. dass du da gelandet bist? Was waren die Hauptgründe?“

zogene, sondern familiäre Probleme als Gründe für den Erstkontakt im Vordergrund. Inwieweit bei ihnen auch der Drogenkonsum eine Rolle spielte, bleibt unklar.

Darüber hinaus wurde gefragt, ob der Erstkontakt nach Wahrnehmung der Befragten eher aus eigener oder aus fremder Initiative entstanden war. Hierzu beschrieb eine Mehrheit von 61,2 % den Kontakt als überwiegend fremdmotiviert. Lediglich ein Drittel (34 %) gab an, eigeninitiativ den Kontakt zu professionellen Anlaufstellen gesucht zu haben.

Eine geschlechterdifferenzierte Analyse deutet auf leichte Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten hin, die jedoch statistisch nicht signifikant sind⁴⁰. So äußerten die männlichen Jugendlichen tendenziell häufiger, dass ihr erster professioneller Hilfskontakt auf Initiative von Bezugsperson(en) (männlich: 45,3 %; weiblich: 35,7 %) und aufgrund ihrer eigenen Delinquenz (männlich: 20,0 %; weiblich: 10,7 %) stattfand. Akute psychische und physische Probleme (männlich: 9,3 %; weiblich: 17,9 %) sowie eine positive Eigenmotivation (männlich: 6,7 %; weiblich: 14,3 %) wurden hingegen etwas häufiger von weiblichen Befragten geäußert.

6.1.2.3 Motive für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Während im vorigen Abschnitt die konkreten *Anlässe* zur Nutzung professioneller Hilfen beschrieben wurden, sollen an dieser Stelle die damit zusammenhängenden *Motive* der Klientel dargestellt werden. In diesem Zusammenhang wurden die Jugendlichen gefragt, welche Argumente damals (d.h. beim ersten Kontakt) für sie persönlich *für* die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten und welche *dagegen* gesprochen hatten.

In Tab. 52 ist zunächst dargestellt, wie viele der befragten Jugendlichen mindestens einen Grund *für* die Inanspruchnahme von Hilfen nannten.

Tab. 52: Gründe für die Inanspruchnahme von Hilfen (Angaben in %)

	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
kein Grund, Hilfe zu suchen	30,7	21,4	n.s. ⁴¹	28,2
mind. 1 Grund genannt	69,3	78,6		71,8

Es zeigt sich zunächst, dass gut ein Viertel der Befragten (28,2 %) zum damaligen Zeitpunkt überhaupt keine Veranlassung sah, Hilfen zu nutzen. 71,8 % nannten dagegen mindestens einen Grund. Das sind deutlich mehr als die, die eine Eigenmotivation äußerten (vgl. Tab. 51). Es zeigt sich somit, dass selbst ein Teil der Jugendlichen, die von anderen in suchtspezifische Hilfen gebracht wurden, in einer solchen Behandlung Vorteile sah.

Der Wunsch, eigene (konsumbedingte) Probleme zu bewältigen, sowie das Bedürfnis, die Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerlangen, stehen bei den Motiven eindeutig im Vordergrund: Insgesamt 59,2 % aller Befragten nannten mindestens einen solchen Grund.

⁴⁰ Zusammenhang "Von Bezugsperson(en) dazu gebracht" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,087; p=.380 (n=103); Zusammenhang "Aufgrund eigener Delinquenz dazu gebracht" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,109; p=.270 (n=103); Zusammenhang "Von Sonstigen dazu gebracht" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,050; p=.611 (n=103); Zusammenhang "Psych./phys. Probleme" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,118; p=.230 (n=103); Zusammenhang "Wiedererlangung der Kontrolle über eigenes Leben" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,120; p=.223 (n=103); Zusammenhang "Familiäre Probleme" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,034; p=.727 (n=103); Zusammenhang "eigenmotiviert" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,068; p=.487 (n=103); Zusammenhang "fremdmotiviert" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,095; p=.334 (n=103); Zusammenhang "unklar" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,065; p=.509 (n=103)

⁴¹ Zusammenhang "mind. 1 Grund genannt" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,091; p=.354 (n=103)

Hierbei offenbart sich ein breites Spektrum an Befragten mit zum Teil massiver Problembelastung (z.B. „*ich war psychisch von körperlich total am Ende*“) und denen, die ihr Leben wieder auf den richtigen Weg bringen wollten (z.B. „*ich hatte den Wunsch, daheim auszuziehen und drogenfrei zu leben*“).

18,4 % der Jugendlichen erhofften sich eine Reduktion von externem Druck. So standen bei zehn Befragten die Vermeidung von Gefängnis bzw. von juristischen Problemen im Vordergrund. Acht Befragte nannten soziale Gründe wie beispielsweise, die eigene Mutter mittels einer Drogentherapie zufriedenzustellen oder Spannungen in der Familie abzubauen. Eine Person wollte behördlichen Druck reduzieren.

Darüber hinaus hoben einige Jugendliche (3,9 %) zusätzlich hervor, sich mit professioneller Hilfe endlich aus dem als problematisch betrachteten Umfeld lösen zu können (z.B. „*ich hielt es daheim nicht mehr aus*“).

Doch nicht alle Jugendlichen besetzten die Hilfe positiv: Tab. 53 zeigt, wie hoch der Anteil der Jugendlichen ist, die damals mindestens einen Grund *gegen* die Inanspruchnahme von Hilfen sahen⁴².

Tab. 53: Gründe gegen die Inanspruchnahme von Hilfen (Angaben in %)

	männlich (n=75)	weiblich (n=28)	Sig.	Gesamt (n=103)
kein Grund gegen die Nutzung von Hilfen	16,0	28,6	n.s. ⁴³	19,4
mind. 1 Grund genannt	84,0	71,4		80,6

Knapp ein Fünftel der Befragten (19,4 %) fand nach eigener Aussage damals keinen Grund, Hilfeangebote zu verweigern. 80,6 % der Jugendlichen nannten dagegen mindestens einen Grund, der damals dagegen sprach, sich wegen ihrer Drogenprobleme beraten bzw. behandeln zu lassen, wobei dieser Anteil unter den männlichen Befragten tendenziell höher ist als unter weiblichen (männlich: 84,0 %; weiblich: 71,4 %; nicht signifikant⁴⁴).

Der größte Anteil unter ihnen (31,1 % aller Befragten) nannte die positiven Seiten des Drogenkonsums als Argument gegen die Inanspruchnahme von Hilfe. Neben allgemeinen Aussagen, z.B. „*Ich liebe Drogen und will nicht ohne leben*“, äußerten verschiedene Befragte explizit hedonistische Aspekte des Konsums (z.B. „*Das Leben damals war geil und ich war voll zufrieden*“). Aber auch die Funktionen, die er für die Verdrängung von Problemen hatte, wurden als Gründe angeführt, z.B. „*Ich konnte hiermit kurzfristig meine Probleme lösen*“.

13,6 % der Befragten äußerten dagegen, die konsumbezogenen Probleme damals noch nicht wahrgenommen zu haben (z.B. „*Ich habe darin einfach kein Problem gesehen*“).

Nahezu ebenso viele (11,7 %) Befragte gaben an, dass sie den Konsum lieber allein kontrollieren und sich hierbei nicht von außen beeinflussen lassen wollten (z.B. „*Ich wollte mich nicht für andere ändern, sondern nur für mich*“). Die Angaben von verschiedenen Befragten lassen hierbei eindeutig psychologische Reaktanz auf wahrgenommene „Erziehungsversuche“ erkennen wie z.B.: „*kein Bock auf Gelaber und Expertenwissen, ohne Ahnung von Realität*“.

⁴² Fragetext: „Was sprach dagegen? Warum hast du nicht noch früher Hilfe in Anspruch genommen, obwohl du bereits Probleme hattest?“

⁴³ Zusammenhang "mind. 1 Grund genannt" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=0,091; p=.354 (n=103)

⁴⁴ Zusammenhang "mind. 1 Grund genannt" (ja/nein) & Geschlecht: Phi=-0,141; p=.151 (n=103)

Der (vorübergehende) Verlust des sozialen Umfelds und andere Veränderungen, die mit einer stationären Therapie verbunden sind, wurden von 8,7 % der Befragten als Gründe gegen die Nutzung von Suchthilfeangeboten genannt. Sie wollten nicht auf Familie und Freunde verzichten oder standen dem Alltag in einer stationären Einrichtung negativ gegenüber (und zum Teil immer noch). So beklagte ein Jugendlicher, während des stationären Aufenthalts keinen Kontakt zu Freunden haben zu dürfen sowie auf Fernsehen, Internet, Telefon verzichten zu müssen.

4,9 % der Befragten nannten zudem ihre Drogensucht bzw. antizipierte Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz als Grund gegen eine Drogentherapie, z.B. „*Ich hatte keine Lust auf Entzug*“.

6.1.3 Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Aspekte durch die Jugendlichen

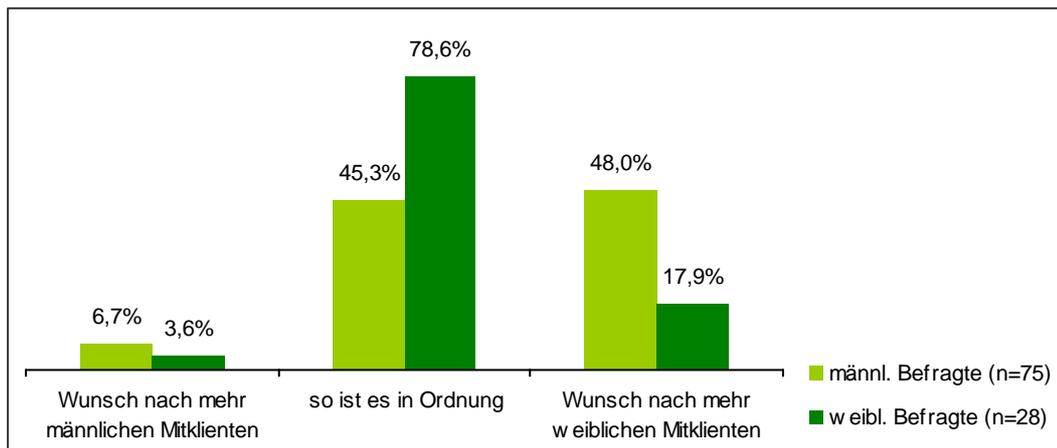
Im Rahmen dieses Abschnitts soll zunächst dargestellt werden, wie die Jugendlichen dem Geschlechterverhältnis innerhalb der Klientel sowie des betreuenden und therapeutisch tätigen Personals gegenüberstanden (Abschnitt 6.1.3.1).

Als Maß für den Stellenwert einer genderspezifischen Ausgestaltung von Hilfeangeboten wird zudem beschrieben, wie groß aufseiten der Befragten der zusätzliche Bedarf nach genderspezifischen Angeboten ist (Abschnitt 6.1.3.2).

6.1.3.1 Beurteilung der Geschlechterverteilung

Mit 94,2 % äußerten nahezu alle Befragten, die Klientel in der aktuell genutzten Einrichtung sei mehrheitlich männlich. Sie wurden gefragt, ob sie sich *mehr männliche* oder *mehr weibliche* Mitklienten wünschten oder ob sie den momentanen Zustand *in Ordnung* fänden. In Abb. 6 ist dargestellt, wie die Befragten die Geschlechterverteilung beurteilten.

Abb. 6: Bewertung der Geschlechterverteilung innerhalb der Klientel



Wie zu erkennen ist, gehen die Beurteilungen beider Geschlechter deutlich auseinander⁴⁵. So gab mit 78,6 % ein Großteil der weiblichen Befragten an, das momentane Geschlechterverhältnis in Ordnung zu finden. Nur 17,9 % der Mädchen wünschten sich mehr Mit-

⁴⁵ Zusammenhang Beurteilung & Geschlecht der Befragten: Cramers V=0,298; p=.010 (n=103)

Klientinnen. Während die weiblichen Befragten also größtenteils zufrieden mit der aktuellen Situation waren, äußerte knapp die Hälfte der männlichen Jugendlichen (48 %) den Wunsch nach stärkerer Durchmischung. Allerdings gaben auch 45,3 % von ihnen an, das momentane Geschlechterverhältnis in Ordnung zu finden. Nur beim Wunsch nach noch mehr männlichen Mitklienten zeichnet sich in beiderlei Geschlecht eine ähnlich – niedrige - Zustimmung ab.

Die meisten weiblichen Befragten, die die aktuelle Situation als „in Ordnung“ bewerteten, begründeten dies damit, mit Jungen besser klarzukommen bzw. Mädchen aufgrund einer höheren Konfliktbereitschaft abzulehnen (n = 13). So äußerten sie beispielsweise, mit Mädchen gäbe es mehr Streit bzw. „Frauen sind „zu zickig“. Drei weibliche Befragte, die mit der momentanen Geschlechterverteilung ebenfalls zufrieden waren, äußerten dagegen, der Geschlechterzugehörigkeit der Mitklienten keine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, z.B. „Ist mir egal“.

Männliche Befragte, die die eigene zahlenmäßige Dominanz „in Ordnung“ fanden, begründeten dies ebenfalls mit einem stärkeren Konfliktpotenzial, das von Mädchen ausgehe und der empfundenen Unruhe, die mit der Anwesenheit von Mädchen zusammenhänge (n = 10). So gaben sie beispielsweise an, „Frauen machen Ärger“ oder mit mehr weiblichen Mitklienten gäbe es „noch mehr Stress wegen Beziehungskram“. Einige männliche Jugendliche (n = 8) standen der Geschlechterdurchmischung unter den Mitklienten indifferent gegenüber, z.B. „Hauptsache, wir verstehen uns“.

Unter den fünf weiblichen Befragten, die sich einen höheren Mädchen- bzw. Frauenanteil wünschten, äußerten vier die Hoffnung, sich bei einem zahlenmäßigen Gleichgewicht besser gegenüber ihren männlichen Mitklienten abgrenzen und durchsetzen zu können. So gab eine Befragte an, bei einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis gebe es „mehr Zusammenhalt und Stärke unter den Frauen“.

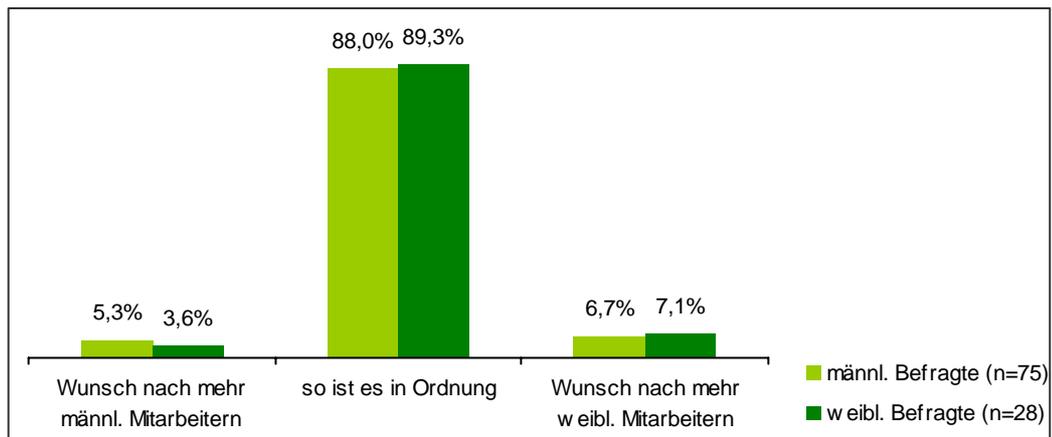
Männliche Befragte, die sich einen höheren Anteil Mit-Klientinnen wünschten, begründeten dies zum einen eher allgemein (n = 12), z.B. so sei „mehr Abwechslung“ vorhanden, bzw. „ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis ist besser“. Darüber meinten sie, zu Mädchen eine bessere Beziehung aufbauen zu können bzw. schätzten die Art der weiblichen Kommunikation (n = 11). Weitere Befragte (n = 6) assoziierten mit der Anwesenheit von (mehr) Mädchen andere positive Effekte (insbesondere sexueller Natur). So äußerte ein Jugendlicher, hübsche Mädchen seien „wie eine Ersatzdroge“ für ihn.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In diesem Abschnitt soll darauf eingegangen werden, wie die Geschlechterverteilung innerhalb des Personals von den Befragten beurteilt wird. Hierzu ist anzumerken, dass die Jugendlichen sämtlicher Einrichtungen im Betreuungskontext sowohl männliche als auch weibliche Fachkräfte erleben.

Abb. 7 ist zu entnehmen, wie die Jugendlichen die Geschlechterverteilung der Beschäftigten in der Einrichtung beurteilten. Hierbei handelt es sich um die Fachkräfte, die unmittelbar mit der Betreuung der Jugendlichen befasst sind und nicht z.B. im Sekretariat. Analog zum vorigen Abschnitt wurde gefragt, ob sie sich *mehr männliche* oder *mehr weibliche Mitarbeiter/innen* wünschten oder ob sie die momentane Zusammensetzung *in Ordnung* fänden.

Abb. 7: Bewertung der Geschlechterverteilung unter der Mitarbeiterschaft (n = 102)



Es fällt auf, dass das Geschlechterverhältnis unter den Fachkräften sowohl bei den Jungen/jungen Männern als auch bei den Mädchen/jungen Frauen auf eine hohe Akzeptanz stößt. So erklärten sich 88,0 % der männlichen und 89,3 % der weiblichen Befragten mit der aktuellen Geschlechterverteilung einverstanden. Im Gegensatz zu oben (s. Abb. 5) fällen männliche wie weibliche Befragte somit ein sehr ähnliches Urteil⁴⁶. Lediglich 6,7 % bzw. 7,1 % der Befragten wünschten sich mehr Betreuerinnen. Nur sehr wenige Befragte wünschten sich mehr männliche Mitarbeiter (5,3 % bzw. 3,6 %).

Die hohe Akzeptanz liegt nach Aussage verschiedener Befragter darin begründet, dass ihnen sowohl männliche als auch weibliche Ansprechpartner zur Verfügung stünden – selbst wenn eines der beiden Geschlechter zahlenmäßig überwiegt. Ein gemischtes Geschlechterverhältnis unter den Fachkräften ermögliche es den Jugendlichen, sich bedarfsabhängig an einen männlichen oder eine weibliche Fachkraft zu wenden (n = 21), z.B. „je nach Thema ist ein Mann oder eine Frau besser“.

Andere Jugendliche (n = 15) begründeten ihre positive Bewertung damit, eine bessere Beziehung zu Frauen aufbauen zu können, die in der Überzahl waren, z.B. „Ich kann mit Frauen besser sprechen“. Verschiedene andere Befragte (n = 19) begründeten ihre gute Bewertung des Geschlechterverhältnisses dagegen eher mit Indifferenz, z.B. „Geschlecht ist mir egal“, „sind eh nur Betreuer“.

Die Befragten, die sich entweder mehr männliche oder mehr weibliche Betreuungspersonen wünschten, begründeten dies hauptsächlich damit, zum genannten Geschlecht eine bessere Beziehung aufbauen zu können (n = 10). Zwei Mädchen gaben explizit an, ihnen sei eine geschlechtshomogene Betreuung am liebsten.

Therapeuten und Therapeutinnen sowie Betreuerinnen und Betreuer von Freizeitangeboten

Nachdem im vorigen Abschnitt untersucht wurde, wie die Jugendlichen das Geschlechterverhältnis unter *allen* Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bewerteten, soll an dieser Stelle eine Differenzierung nach therapeutisch tätigem Personal und Betreuungspersonal von Freizeitangeboten vorgenommen werden. Die Ergebnisse sind in Tab. 54 dargestellt.

⁴⁶ Zusammenhang Beurteilung & Geschlecht der Befragten: Cramers V=0,037; p=.932 (n=103)

Tab. 54: Bewertung der Geschlechterverteilung beim therapeutisch tätigen Personal und beim Betreuungspersonals von Freizeitaktivitäten (Angaben in %)

Therapeuten und Therapeutinnen (n=98)	männliche Befragte	weibliche Befragte
Wunsch nach mehr männlichen Therapeuten	5,7	3,6
"so ist es in Ordnung"	90,0	89,3
Wunsch nach mehr weibl. Therapeutinnen	4,3	7,1
Freizeit-Betreuer und -Betreuerinnen (n=89)		
Wunsch nach mehr männlichen Therapeuten	1,5	0,0
"so ist es in Ordnung"	97,0	100,0
Wunsch nach mehr weibl. Therapeutinnen	1,5	0,0

Wie schon oben zeigt sich auch hier eine hohe Akzeptanz der momentanen Situation. 90 % der männlichen und 89,3 % der weiblichen Befragten äußerten, das aktuelle Geschlechterverhältnis bei den Therapeutinnen und Therapeuten sei „in Ordnung“. Bezogen auf das Betreuungspersonal von Freizeitangeboten fällt die Akzeptanz noch höher aus (97 % der männlichen und alle weiblichen Befragten); keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Befragten⁴⁷.

Jugendliche, die das aktuelle Geschlechterverhältnis beim therapeutischen Personal „in Ordnung“ fanden, begründeten dies wie oben mit den Vorteilen einer guten geschlechterbezogenen Durchmischung (n = 15). Sie gaben an, dass – abhängig von der Aktivität, der Bedürfnislage oder dem Geschlecht der Betreuten – Therapeuten oder Therapeutinnen genutzt werden könnten. Andere begründeten ihr Urteil mit der Präferenz für ein Geschlecht unter den therapeutischen Beschäftigten (n = 19), während ähnlich viele keinen besonderen Wert auf das Geschlecht legten (n = 18).

Bezogen auf das Freizeitpersonal führten die Befragten ähnliche Gründe an. Ein Teil betonte die Vorteile eines gemischten Geschlechterverhältnisses und dass bestimmte Freizeitangebote, falls notwendig, von Betreuern eines bestimmten Geschlechts begleitet werden sollten (n = 11). Die Zahl derer, die nach eigener Aussage dem Geschlecht des Betreuungspersonals keinen besonderen Wert beimaßen, ist jedoch vergleichsweise hoch (n = 25). Daher liegt die Vermutung nahe, dass das Geschlecht der Mitarbeiter/innen im Rahmen der Freizeitbetreuung eine geringere Rolle spielt als im therapeutischen Rahmen.

6.1.3.2 Anregungen und Verbesserungsvorschläge

Um Anregungen zur Weiterentwicklung der Hilfestellung zu bekommen, wurden die Jugendlichen danach gefragt, welche zusätzlichen Therapie- und Freizeitangebote sie sich neben den bereits vorhandenen wünschen würden. In einem zweiten Schritt wurden sie gefragt, ob diese Angebote speziell für Angehörige ihres Geschlechts ausgestaltet sein sollten.

Die 103 Befragten machten insgesamt 146 Angaben zu zusätzlichen Angeboten oder zur Ausdehnung bereits bestehender Aktivitäten. Bei den meisten von ihnen handelt es sich um Freizeitaktivitäten wie z.B. gemeinsam zu kochen, schwimmen zu gehen, Go-Kart zu

⁴⁷ Zusammenhang Beurteilung der Geschlechterverteilung der Therapeutinnen und Therapeuten und Geschlecht der Befragten: Cramers $V=0,072$; $p=.778$ (n=98); Beurteilung der Geschlechterverteilung der Therapeut/innen & Geschlecht der Befragten: Cramers $V=0,090$; $p=.700$ (n=103)

fahren, einen Ausflug in einen Freizeitpark zu machen oder ein Mittagsschläfchen zu halten.

Tab. 55: Wunsch nach zusätzlichen geschlechtsspezifischen Angeboten

Wunsch geäußert	Anteil in %
männliche Befragte (n=75)	2,7
weibliche Befragte (n=28)	17,9

2,7 % der männlichen Befragten (n = 2)⁴⁸ und 17,9 % der weiblichen Befragten (n = 5)⁴⁹ gaben ein Angebot an, das sich ihnen zufolge ausschließlich an Zugehörige des eigenen Geschlechts richten sollte, wobei Mädchen signifikant öfter Bedarf nach zusätzlichen geschlechtsspezifischen Angeboten benannten⁵⁰.

6.1.4 Fazit

Im Rahmen dieses Arbeitsschritts wurden 103 Nutzerinnen und Nutzer stationärer Suchthilfeeinrichtungen im Alter von 13 bis 22 Jahren mittels eines Fragebogens interviewt. Für den Bereich der Suchthilfe typisch ist die männliche Klientel mit knapp drei Viertel der Befragten (73 %) deutlich in der Überzahl. Die Ergebnisse zeigen, dass die Jugendlichen neben ihrem Suchtproblem mit einer Vielzahl von Belastungen und Benachteiligungen konfrontiert ist.

So zeigt sich zunächst, dass die Mehrheit der noch zu Hause lebenden Jugendlichen bei einem alleinerziehenden Elternteil aufwächst. Von denen, die nicht mehr bei den Erziehungsberechtigten lebten, äußerte die überwiegende Zahl, in betreuten Einrichtungen zu wohnen.

Darüber hinaus ist auf das außerordentlich niedrige Bildungsniveau der Befragten hinzuweisen. So haben über 80 % der Schulabgänger und Schulabgängerinnen (bisher) keinen Bildungsabschluss oder lediglich einen Hauptschulabschluss erreicht. Der geringe Bildungsgrad der Befragten geht mit einem ausgesprochen hohen Anteil an Erwerbslosen einher.

Wie zu erwarten, liegt unter den Jugendlichen eine ausgeprägte Suchtproblematik vor. So begannen sie nach eigener Aussage im Schnitt bereits im Alter von weniger als zwölf Jahren mit dem Konsum illegaler Substanzen. Der Drogen- und Medikamentenkonsum liegt um ein Vielfaches höher als in der Allgemeinbevölkerung. Eine klare Mehrheit der befragten Jugendlichen (85 %) weist dazu psychische Beschwerden auf. Und über ein Drittel von ihnen (38 %) ist im letzten Jahr vor Aufnahme in die Einrichtung Opfer von körperlicher Gewalt worden.

Darüber hinaus ist unter den Jugendlichen ein außerordentlich hohes Maß an Delinquenz zu verzeichnen. 96 % der männlichen und 64 % der weiblichen Jugendlichen gaben an, schon einmal vor Gericht gestanden zu haben. Neben Diebstahls- und Einbruchdelikten wurden Gewaltstraftaten sowie Verstöße gegen das BtMG am häufigsten genannt.

⁴⁸ Nennungen: „X-Box Gruppe“, „Musikzeit täglich für alle“

⁴⁹ Nennungen: „Wohlfühlgruppe für Mädchen“, „Musikgruppe“, „mehr Gespräche (Frauengruppen)“, „Mädchenschwimmen“, „Frauenschwimmen“, „autogenes Training“ (eine Befragte nannte zwei Begriffe)

⁵⁰ Zusammenhang Anzahl Befragter mit Wunsch nach genderspezifischem Angebot & Geschlecht der Befragten: Phi=0,269; p=.006 (n=103)

Inanspruchnahme von Hilfen

Im Alter von knapp 16 Jahren kamen die Befragten zum ersten Mal wegen substanzbezogener Probleme mit professionellen Institutionen in Kontakt, darunter vor allem mit Drogenberatungsstellen oder Jugendämtern. Rund 20 % kamen direkt in eine Einrichtung der Jugendpsychiatrie oder in ein Krankenhaus. Andere Hilfoptionen wurden vergleichsweise selten in Anspruch genommen.

Bei über 60 % der Jugendlichen kam dieser Kontakt durch die Initiative anderer zustande, vor allem durch ihre Eltern oder durch juristischen „Druck“. Obwohl nur rund ein Drittel der Jugendlichen (34 %) aus eigener Motivation professionelle Unterstützung suchte, waren sich deutlich mehr der Vorteile solcher Hilfen bewusst. So äußerten 72 %, sie hätten schon damals gute Gründe für die Inanspruchnahme der Hilfen gesehen – 80 % äußerten jedoch auch Gründe gegen eine Nutzung, sodass ein Großteil der Jugendlichen eine sehr ambivalente Haltung gegenüber der Nutzung von Suchthilfeangeboten aufwies.

Die Motive, die für bzw. gegen die Inanspruchnahme professioneller Hilfen genannt wurden, sind eng mit negativen – und positiven – Auswirkungen des Drogenkonsums assoziiert. So äußerten fast 60 % der Befragten, schon damals den Wunsch gehabt zu haben, ihre (massiven) substanzbezogenen Probleme mithilfe professioneller Unterstützung zu lösen und die Kontrolle über ihr Leben wiederzuerlangen. Andererseits hoben knapp ein Drittel der Jugendlichen explizit die positiven Seiten hervor, die der Drogenkonsum damals für sie hatte – und zum Teil auch noch heute hat.

Wahrnehmung geschlechtsspezifischer Aspekte durch die Jugendlichen

Das Geschlechterverhältnis innerhalb der Klientel stationärer Suchthilfeeinrichtungen (ausschließlich gemischt belegte Einrichtungen) wurde von den Befragten überwiegend positiv bewertet. Insbesondere die geringer vertretenen weiblichen Jugendlichen erklärten sich zum großen Teil (79 %) damit zufrieden, unter vielen Jungen/jungen Männern zu sein. Demgegenüber wünschten sich knapp die Hälfte (48 %) der männlichen Befragten mehr Mitklientinnen.

Das wahrgenommene Geschlechterverhältnis innerhalb des therapeutisch tätigen Personals, sowie unter den Betreuerinnen und Betreuer von Freizeitangeboten erfährt eine sehr hohe Akzeptanz. Dies liegt offenbar darin begründet, dass den Jugendlichen in den beteiligten Einrichtungen stets Ansprechpartner beiderlei Geschlechts zur Verfügung stehen – auch dann, wenn es z.B. mehr Mitarbeiterinnen gibt. Die Ergebnisse deuten zudem darauf hin, dass die Geschlechterzugehörigkeit des Betreuungspersonals von Freizeitangeboten eine noch geringere Rolle spielt als im therapeutischen Rahmen.

Und obgleich die Jugendlichen durchaus einzelne Seiten am anderen Geschlecht kritisieren, äußerten sie kaum Bedarf nach zusätzlichen geschlechterspezifischen Angeboten. Insbesondere die männlichen Jugendlichen ließen kaum einen solchen Bedarf erkennen. Unter den weiblichen Befragten waren es 18 %, die den Wunsch nach gleichgeschlechtlich organisierten Therapie- oder Freizeitangeboten äußerten.

7 Zusammenfassende Bilanz und Empfehlungen

Übergeordnetes Ziel der Studie „Gender Mainstreaming und geschlechterspezifisches Arbeiten in der Suchthilfe für Jugendliche“ war es, empirisch begründete Ideen für eine Verbesserung der Versorgungssituation von Jugendlichen mit suchtspezifischen Problemen zu generieren. Hierzu war zum einen die systematische Erfassung bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen zur geschlechterspezifischen Arbeit mit süchtigen Jugendlichen erforderlich, zum anderen galt es der Frage nachzugehen, durch welche Maßnahmen Schnittstellenprobleme minimiert und die Vernetzung und Kooperation optimiert werden können.

Für die Untersuchung waren einige zentrale Begriffe näher zu bestimmen:

- Unter die Zielgruppe „Jugendliche“ wurden nicht nur 14- bis 17-Jährige gefasst, sondern 12- bis 27-Jährige.
- Unter „Suchthilfe“ wurden nicht nur die Hilfen der Suchtkranken- und Drogenhilfe i.e.S. verstanden, sondern auch weitere suchtspezifisch ausgerichtete Hilfen in den Versorgungsbereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Der Begriff „Gender“ bezeichnet das soziale Geschlecht und damit die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechtsrollen von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern – im Unterschied zu Sex, dem biologischen Geschlecht.
- „Gender Mainstreaming“ (GM) wird als organisationsbezogene Strategie verstanden, die die unterschiedlichen Interessen und Lebenssituationen von Frauen und Männern, als Beschäftigte und Klientel, in der Struktur, in der Gestaltung von Konzepten, Prozessen und Arbeitsabläufen, in der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit und in Steuerung/Controlling von vornherein berücksichtigt, um Gleichstellung verwirklichen zu können. „Geschlechtsspezifische/s Ansätze/Arbeiten“ meint hier die konkrete Gestaltung der Angebote für Jugendliche, die Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Sozialisations- und Suchtentwicklungen, in Anamnese und Hilfeplanung sowie bei den einzelnen unterstützenden Maßnahmen.
- Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln im Jugendalter müssen anders als bei Erwachsenen verstanden werden. Passagere Phänomene müssen von maladaptiven Verläufen abgegrenzt werden. Behandlungsbedürftigkeit kann sich im Zusammenhang mit problematischen Formen des Substanzkonsums auch deshalb ergeben, weil meist komplexe familiäre Problemlagen bestehen sowie Reifungs-, Verhaltens- und weitere psychische (komorbide) Störungen. In dieser Untersuchung wurde deshalb der Begriff „substanzbezogene Problemlagen“ verwendet.

Zur Bearbeitung des Fragespektrums der Studie wurde eine Kombination unterschiedlicher quantitativer und qualitativer Methoden der Sozialforschung angewandt. So wurden einschlägige Fachliteratur, Materialien und Konzepte ausgewertet und es wurden Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso befragt wie zahlreiche Experten und Expertinnen aus verschiedenen Versorgungsbereichen und jugendliche Nutzerinnen und Nutzer suchtspezifischer Hilfen.

Die vorliegenden Studienergebnisse wurden auf der Grundlage selektiver Stichproben gewonnen. D.h. alle Befragungen wurden unter „Freiwilligen“ (Einrichtungen, Experten, und Expertinnen jugendliche Klientel) durchgeführt, die vermutlich nicht für die jeweilige Grundgesamtheit (z.B. aller Suchttherapieeinrichtungen) repräsentativ sind. Im Vergleich zu Einrichtungen, die sich *nicht* an der Studie beteiligt haben, dürften sich die hier

Befragten in einem stärkeren Maße sowohl für Fragen einer jugendspezifischen Versorgung als auch für Genderfragen engagieren.

Was sind nun die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit? Im Wesentlichen lassen sich hierzu drei verschiedene Perspektiven unterscheiden, die geeignet sind, „Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe“ zu formulieren. Zuerst gilt es, den aktuellen Stand geschlechterspezifischer Ansätze in suchtspezifischen Hilfen für Jugendliche zu skizzieren und zu bewerten. Des Weiteren soll die Versorgungssituation aus der Perspektive jugendlicher Nutzerinnen und Nutzer suchtspezifischer Hilfen zusammenfassend diskutiert und es sollen Schnittstellenprobleme sowie Anforderungen an Vernetzung und Kooperation benannt werden.

7.1 Zum aktuellen Stand von Gender Mainstreaming und geschlechtsspezifischer Arbeit in Angeboten für Jugendliche mit suchtbefragten Problemen

Schon die Ergebnisse der Vorab-Recherche zu sucht- und jugendspezifischen Einrichtungen, die gendersensibel arbeiten, verwiesen auf Unschärfen in der Wahrnehmung oder im Verständnis: Ein Großteil der von den befragten Expertinnen und Experten benannten Einrichtungen passte nicht in das gesuchte Profil, darunter die meisten mangels Berücksichtigung von Genderaspekten in ihrer Arbeit.

Von den **126 befragten Einrichtungen** arbeiteten fast drei Fünftel im stationären und gut zwei Fünftel im ambulanten Setting. Sie gehörten überwiegend zur Suchtkrankenhilfe (68 %), gefolgt von Jugendhilfe (16 %) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (3 %). Drei Viertel der Einrichtungen richteten sich an beide Geschlechter, wobei hier mit 70 % die männliche Klientel überwog, 16 % betreuten nur Mädchen und junge Frauen und 11 % zielten ausschließlich auf eine männliche Klientel. Die vorrangigen Sozialleistungsträger waren – in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich – Renten- und Krankenversicherungen, kommunale Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger sowie Bundesländer. Zudem brachte ein Großteil Einrichtungen Eigenmittel ein.

Die Einrichtungen richteten sich mehrheitlich an Erwachsene ab 18 Jahren (60 % der Befragten). Dass über die umfassende Recherche von Einrichtungen lediglich 41 Einrichtungen gefunden und für die Untersuchung gewonnen werden konnten, die sich schwerpunktmäßig an bis 21-Jährige wenden, verweist auf die geringe Anzahl sucht- und jugendspezifischer Angebote in Deutschland.

Mit Blick auf **Leitbilder und Konzeptionen** der Einrichtungen ist zu konstatieren, dass Genderaspekte dort kaum berücksichtigt werden und eine substanzielle Verankerung des Genderthemas die Ausnahme darstellt. Laut Selbsteinschätzung der Befragten arbeiten zudem nur etwa die Hälfte der Einrichtungen tatsächlich genderorientiert. Am geringsten ausgeprägt war die konzeptionelle Verankerung von Gender in Einrichtungen für Jungen/junge Männer. Die meisten dieser Einrichtungen behandeln vor allem deshalb ausschließlich Jungen/Männer, weil die Nachfrage durch eine weibliche Klientel in den vergangenen Jahren zu stark zurückgegangen ist. Nur ein Teil der befragten Einrichtungen hat dies konzeptionell unterlegt. Überwiegend – bei den geschlechtshomogen mit Jungen wie auch bei den gemischt belegten Einrichtungen – erscheint die konzeptionelle Basis der Arbeit mit Jungen und Männern jedoch noch deutlich optimierbar.

Mädchen- und frauenspezifische Einrichtungen erscheinen konzeptionell – und im Angebotsspektrum – deutlich fundierter. Doch wirkt es, als seien einige darunter z.T. überholte Positionen der Frauenarbeit verhaftet, z.T. geht es hier immer noch um die Abgrenzung

zum „bösen Männlichen“ und dann erst um eine Steigerung der Wahrnehmung und der Möglichkeiten für das weibliche Geschlecht. Dass Männer nicht die „Norm“ oder gar „das zu bekämpfende Geschlecht“ darstellen, sondern auch unter speziellen und nicht immer förderlichen Bedingungen aufwachsen und leben, wird insgesamt wenig wahrgenommen.

Die **Personalausstattung** in den untersuchten Einrichtungen entsprach der üblichen Verteilung in vielen sozialen Bereichen: In 123 Einrichtungen arbeiteten insgesamt 1.857 Fachkräfte (Basis: 2007), darunter 1.136 Frauen (61,2 %). Die Einrichtungen für Klientel beider Geschlechts sowie die weitaus meisten Angebote für Jungen/junge Männer beschäftigten Männer und Frauen, während in den Fraueneinrichtungen i.d.R. nur Frauen arbeiteten, Gleichgeschlechtlichkeit gehörte hier meist zum Konzept. Mit abnehmendem Alter der Beschäftigten nahm der Frauenanteil zu, d.h. männliche Mitarbeit wird zukünftig (noch) seltener sein. Hier wirken sich das geringe Renommee, die ebenso geringe Bezahlung und die mangelnden Aufstiegschancen in der Jugend- und Suchtkrankenhilfe aus. Wie in vielen Bereichen hatten Männer auch in den untersuchten Einrichtungen, trotz ihrer insgesamt geringeren Anzahl, den größeren Anteil an Führungspositionen (62 % Männer in Führungspositionen).

Die Ergebnisse zur **Genderkompetenz** in den Einrichtungen verweisen auf eine mangelnde fachliche Qualifikation vieler Teams. Genderbezogene Fort- und Weiterbildung wurden zwar von (einzelnen) Beschäftigten genutzt, i.d.R. jedoch eher aufgrund eines persönlichen Interesses als im Zuge einer Organisationsentscheidung und -strategie. Am meisten Zuspruch fanden Angebote zu Mädchen- und Frauenarbeit, am wenigsten zu jungen- bzw. männerspezifischen Ansätzen. Damit verknüpft waren unklare Begrifflichkeiten und ein Verweis auf individuelles Arbeiten („*Gender bedeutet, dass jede und jeder Anspruch auf eine individuelle Ansprache hat*“). Supervision gehörte zwar weitgehend zum Standard in den Einrichtungen, doch wurden die Geschlechtsrollen der Klientel dabei nur begrenzt betrachtet, unterboten nur von der Reflexion der Geschlechtsrollen der Beschäftigten. Am ungünstigsten stellte sich die Situation bei Fortbildung und Reflexion in Einrichtungen für eine rein männliche Klientel dar. Einrichtungen mit einer stärker ausgeprägten Genderorientierung verwiesen jedoch darauf, wie unverzichtbar der Aufbau einer grundlegenden Genderkompetenz und die Reflexion der eigenen Geschlechtsrollen sind.

Bezogen auf die **Angebote** muss konstatiert werden, dass gendersensible Arbeit in der Suchthilfe für Jugendliche keineswegs ein Regelangebot darstellt, vielmehr steht die Etablierung eines „Genderblicks“ noch weitgehend am Anfang. Lediglich eine befragte Einrichtung stellte strukturell sicher, männliche und weibliche Sichtweisen einzubeziehen. Geschlechtsspezifik wurde – in der Selbsteinschätzung der Befragten – nur z.T. in den Angeboten berücksichtigt. Dabei gilt: Geschlechterhomogene Settings gewährleisten noch keine geschlechtsspezifische Arbeit. Die historisch gewachsene Trennung in Frauen- oder Männereinrichtung bzw. -bedarfe kann kritisch hinterfragt werden: Die gendersensible Berücksichtigung der Bedürfnisse und Bedarfe der jugendlichen Betroffenen ist wichtiger als ein geschlechtshomogenes Setting. Gleichgeschlechtliche Angebote sind wichtig – etwa bei traumatisierenden Erfahrungen. Doch erscheint das Erlernen der Geschlechtsrolle im Miteinander, sowohl in der Respektierung des anderen wie in der Abgrenzung vom anderen Geschlecht, in diesem Alter besonders wichtig. Dasselbe gilt für die Betreuungssituation: Mädchen wie Jungen brauchen gleich- und gegengeschlechtliche Vorbilder (s. a. Kap. 7.2).

Nur ein Teil der Einrichtungen beachtete in der Anamnese geschlechtsspezifische Aspekte, darunter am häufigsten Einrichtungen für Mädchen und Frauen. Ähnlich stellte sich

das Bild für die Ausgestaltung der Betreuung dar. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass im Rahmen der Betreuung z.T. Klischees bedient wurden und bspw. Mädchen grundsätzlich eher als Opfer und Jungen eher als Täter wahrgenommen und behandelt wurden. Aufgrund unreflektierter eigener Geschlechtsrollen, so vermuteten einige der befragten Expertinnen und Experten, werden Jungen häufig benachteiligt.

Mit Blick auf **Dokumentation und Qualitätssicherung** in den Einrichtungen ist zu konstatieren, dass nur ein Teil der Einrichtungen Zugänge, Inanspruchnahme und Effekte geschlechtsspezifisch erfasste. Am besten wurden übergreifende Dokumentationssysteme genutzt, z.B. in der Suchthilfe der Deutsche Kerndatensatz. Und obgleich zwei Drittel der Einrichtungen Verantwortlichkeiten für Evaluation definiert hatten, darunter am häufigsten Fraueneinrichtungen, hatten weniger als ein Drittel Instrumente und Verfahren zur genderspezifischen Evaluation festgelegt. Es fehlte also an Planungsgrundlagen zur Steuerung des eigenen Angebots.

Was macht die Einrichtungen attraktiv für Nutzer und Nutzerinnen, aber auch für Sozialleistungsträger? In der Wahrnehmung der Einrichtungen resultierte **Attraktivität** generell vor allem aus der Lage, gefolgt von Personal und Bekanntheit. Erstaunlicherweise vermuteten vor allem die Jungeneinrichtungen, dass eine jungenspezifische (wie auch eine jugendspezifische) Ausrichtung ihren Sozialleistungsträgern sehr wichtig ist. Demgegenüber nahmen Fraueneinrichtungen, wesentlich häufiger als gemischt belegte und Jungen-Einrichtungen, an, dass ihre Klientinnen und Klienten der geschlechtsspezifischen Ausrichtung hohe Bedeutung zumessen.

7.2 Die Versorgung aus der Perspektive jugendlicher Klienten und Klientinnen

Welche Schlussfolgerungen lassen sich nun aus der Perspektive der zu versorgenden Jugendlichen ziehen? Zuerst einmal kann festgehalten werden, dass die im Rahmen der vorliegenden Studie befragte Population Jugendlicher im mittleren Alter von 17,7 Jahren eine vergleichsweise stark belastete Gruppe ist, die zu einem sehr hohen Anteil eine schlechte schulische Bildung, einen multiplen Substanzkonsum, komorbide Störungen und delinquentes Verhalten aufweist. Etwa jede/r vierte befragte Jugendliche ist mit zumindest einem Elternteil aus einem anderen Kulturkreis aufgewachsen. Ob die Untersuchungstichprobe der vorliegenden Gender-Studie vergleichbar ist mit der Klientel anderer stationärer suchttherapeutischer Einrichtungen für Jugendliche, kann nicht gesagt werden, insbesondere mit Blick auf die Mädchen (n = 28). Konstatiert werden muss jedoch, dass die therapeutische und erzieherische Arbeit mit derart schwer belasteten jungen Frauen und Männern fundierte fachliche Kompetenzen in mehreren Bereichen erfordert.

Eine Frage der vorliegenden Studie bezieht sich auf den Aspekt (einer möglichst frühen) Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch Jugendliche. Nach den Angaben der hier befragten Jugendlichen liegt zwischen der subjektiven Problemwahrnehmung durch die Betroffenen und dem ersten Kontakt zum Hilfesystem durchschnittlich ein knappes halbes Jahr. Auch hier muss auf die vermeintliche Spezifik der untersuchten Population hingewiesen werden: Im Rahmen der Studie wurden explizit Einrichtungen ausgewählt, die eine jugendliche Klientel behandeln. Demnach darf davon ausgegangen werden, dass in der vorliegenden Stichprobe die jungen Männer und Frauen überproportional häufig vertreten sind, die vergleichsweise früh suchtspezifische Hilfen in Anspruch nehmen.

Erste Anlaufstelle zur Einleitung von Hilfemaßnahmen waren am häufigsten die Sucht- und Drogenberatungsstelle (25,2 %) oder das Jugendamt (23,3 %). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass – aus der Wahrnehmung der befragten jungen Männer und Frauen – in etwa zwei Dritteln der Fälle der Erstkontakt, mit dem suchtspezifische Hilfen eingeleitet werden sollen, auf die Initiative Dritter (Eltern, Professionelle der Jugendsozialarbeit, -gerichtshilfe, etc.) zurückging. Dieser Sachverhalt macht (einmal mehr) deutlich, dass die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen im Jugendalter eher in Ausnahmefällen von einer „Eigenmotivation“ getragen ist, sondern überwiegend durch Bezugspersonen initiiert und vorangetrieben wird. Zudem verdeutlicht dies, wie wichtig eine aktive Elternarbeit von Suchthilfediensten und eine möglichst enge Kooperation der Suchthilfe mit Institutionen der Jugend(gerichts)hilfe, aber auch mit Lehrkräften, Ärzten und Ärztinnen, Beschäftigten von Jugend(freizeit)angeboten sind.

Was lässt sich nun zur Genderspezifität stationärer suchtspezifischer Einrichtungen aus der Perspektive der jugendlichen Nutzerinnen und Nutzer sagen? Zuerst einmal kann davon ausgegangen werden, dass die gemischtgeschlechtliche Unterbringung mit Bezugspersonen beiderlei Geschlechts überwiegend positiv erlebt wurde. Gleichwohl äußerten sich viele Befragte dahingehend, dass je nach „Thema“ oder „Bedarf“ eine geschlechterhomogene Ansprache wünschenswert sei. Hier wird deutlich, dass eine geschlechterausgewogene Personalstruktur angestrebt werden sollte, damit sowohl ein gleich- wie auch gegengeschlechtliches Arbeiten möglich ist. Im stationär-therapeutischen Kontext sind erwachsene Bezugspersonen für weibliche und männliche Jugendliche in erster Linie Modelle für das eigene Frau-Sein bzw. Mann-Sein. Im Prozess der Herausbildung von Geschlechtsidentität sind sie gleichermaßen Orientierung und Reibungsfläche, sodass in diesem Arbeitsfeld eine fundierte Genderkompetenz unabdingbar erscheint.

7.3 Vernetzung, Kooperation und Schnittstellenprobleme

In der Untersuchung berichtete zwar ein Großteil der befragten Einrichtungen, dass sie verbindlich mit einzelnen Einrichtungen aus anderen Versorgungsbereichen kooperierten. Über die Durchführung gemeinsamer Hilfeplanungen mit anderen Institutionen und von Fallkonferenzen wurde ebenfalls von etwa drei Viertel der Befragten berichtet, vor allem im Rahmen der Betreuung unter 18-Jähriger. Mit Abstand am seltensten nutzten Einrichtungen, die ausschließlich Jungen/junge Männer betreuen, zur Planung von Vorgehen und Zusammenarbeit Hilfeplanung oder Fallkonferenzen.

In den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern angrenzender Bereiche wurde deutlich, dass i.d.R. wenig Kenntnisse über Sucht und das Suchthilfesystem bestanden. Die Versorgungssituation wurde als defizitär bewertet. Insbesondere fehlten nach Einschätzung der Befragten zugehende Hilfen in Schule und Jugendhilfe und an den Orten der Jugendlichen sowie ein aktives Zugehen auf die Familien und ihre Beteiligung.

Viele Gesprächspartner und –partnerinnen vermissten sekundärpräventive Ansätze, sei es das aktive Zugehen auf Eltern mit Suchtproblemen, beständige suchtspezifische Angebote für die Kinder in den Schulen oder das Sensibilisieren der Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen für Suchtfragen etc.

Vielfach wurde deutlich, dass dem eigenen Bereich jeweils die höchste Fachlichkeit im Umgang mit Jugendlichen mit suchtbetragenen Störungen zugeordnet und Kooperationsprobleme bevorzugt bei den jeweils anderen Institutionen gesehen werden. Diese eigenzentrierte Wahrnehmung dürfte nicht hilfreich für eine Kooperation „auf Augenhöhe“ sein.

Gender Mainstreaming spielte in den Kooperationsbeziehungen kaum eine Rolle und wurde von den meisten Gesprächspartnern und –partnerinnen auch als „sekundäres Problem“ bewertet. Zunächst gehe es um den Auf- und Ausbau einer insgesamt defizitären Versorgung.

Die Best Practice-Beispiele weisen auf eine Reihe hilfreicher Aspekte hin, wie Kooperation gelingen und nutzbringend sein kann. Eine Schlüsselfunktion kommt dabei dem gegenseitigen Kennenlernen zu: Fachkräfte, die gemeinsam konkret Fälle diskutieren oder Projekte organisieren, lernen automatisch, andere Fachlichkeiten zu verstehen und zu schätzen. Gegenseitige Fortbildungen und fachliche Inputs helfen ebenfalls. Um Kooperation aber auch personenunabhängig zu verankern, sind Verträge, gemeinsame Verfahrensstandards, Instrumente u.a. sinnvoll. Kooperation lebt über das Erfahren von konkretem Nutzen, einem praktischen Mehrwert für die eigene Arbeit und Zuwachs von Handlungskompetenz.

Vernetzung ist eine Entwicklungsaufgabe der gesamten Organisation und vor allem der Leitungen. Sozialleistungsträger sollten Kooperation einfordern, aber auch Ressourcen dafür bereitstellen. Träger und Leitungspersonal haben die Aufgaben der Anleitung, Strukturierung, Koordination und des Controllings kooperativer Prozesse.

7.4 Empfehlungen

Mit der vorliegenden Arbeit konnte aus unterschiedlichen Perspektiven deutlich gemacht werden, dass Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten noch lange nicht in die Alltagsroutinen der pädagogischen bzw. therapeutischen Praxis in suchtspezifischen Einrichtungen für Jugendliche integriert sind. Zudem gibt es weder in der Praxis, noch in der Fachöffentlichkeit einen Konsens darüber, was zu einer guten Praxis gendersensibler Arbeit mit Jugendlichen mit suchtbefragten Problemen gehört. Empirisch gestützte Erkenntnisse liegen nahezu nicht vor. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte nun eine Reihe von Hinweisen gewonnen werden.

Die Studie bestätigte die Ergebnisse der jährlichen Suchthilfestatistik, wonach Jugendliche überwiegend in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene betreut werden. Damit besteht grundsätzlich die Frage, wie jugendspezifisch hier vorgegangen wird.

Die Ergebnisse der Studie verweisen des Weiteren auf die mangelhafte Vernetzung von suchtspezifischen Hilfen für Jugendliche mit der (allgemeinen) Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auf unzureichende Sensibilitäten bezogen auf den Substanzkonsum Jugendlicher in Schule, Jugend(freizeit)einrichtungen und (kinder- und jugend-)ärztlicher Versorgung.

Im Folgenden werden Empfehlungen zusammengetragen, wie – zumindest mittelfristig – Gender Mainstreaming und gendersensibles Arbeiten in die Suchthilfe für Jugendliche implementiert und wie, gestützt durch eine bessere Vernetzung, Jugendliche mit suchtbefragten Problemen vermutlich früher erreicht und besser versorgt werden können. Die Empfehlungen überschreiten dabei immer wieder die beiden Themenschwerpunkte der Studie, Gender und Vernetzung, und nehmen die Versorgung Jugendlicher mit suchtbefragten Problemen grundsätzlich in den Blick.

Gender Mainstreaming

Gender Mainstreaming stellt aus Sicht der Autorinnen und Autoren dieser Studie keine zusätzliche und keine isolierte neue Anforderung, kein Sonder-Thema für soziale Einrichtungen dar, das additiv zu sonstigen fachlichen Aspekten verstanden werden könnte. Es handelt sich vielmehr um ein grundlegendes Konzept, das eine **Querschnittsaufgabe** sozialer Arbeit darstellt. Geschlechtergerechtigkeit ist eine Forderung deutscher wie europäischer Politik und schlägt sich in den Förderrichtlinien und Anforderungen an soziale Einrichtungen nieder. Gendersensible Jugendsuchtarbeit ist kein zusätzliches Element von Suchthilfe, sondern eine grundlegende Orientierung der Hilfeleistung, die nicht an mädchen-/frauenspezifische oder jungen-/männerspezifische Angebote ausgelagert werden kann.

Genderkompetenz ist in der Sozialen Arbeit ein **zentrales Professionalitätsmerkmal**: Ohne die Reflexion der eigenen Geschlechtsrolle und ohne die Beachtung geschlechterstruktureller Bedingungen, Lebenschancen und -entwürfe kann ein Fall nicht umfassend verstanden und die notwendige Vorbildrolle nicht ausgeübt werden. Genderkompetenz ist daher ein unverzichtbares Element von Anamnese/Diagnostik sowie pädagogischem, therapeutischem und ärztlichem Handeln.

Genderkompetenz darf nicht Sache des persönlichen Interesses einzelner Fachkräfte sein, vielmehr sollte der Erwerb dieser basalen Kenntnisse und Fähigkeiten in den **Grundausbildungen** beginnen. Die entsprechenden Lehrinhalte sollten verbindlicher Teil der Studiengänge und Ausbildungen sein, mit dem Ziel, die Studierenden für den professionellen geschlechtsbewussten Umgang mit Adressaten, Adressatinnen und Institutionen zu qualifizieren – vor dem Hintergrund der eigenen reflektierten Geschlechtsüberzeugungen.

Suchtmittelkonsum ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich begründet und ausgeprägt, deshalb sollten die beteiligten versorgenden Sektoren (Jugend- und Suchthilfe, Medizin) eine eigenständige Gender-Fachlichkeit aufbauen. Mit Blick auf gendersensible Arbeit in der Suchthilfe sind fach-, also suchtspezifische Genderangebote in den entsprechenden Fort- und Weiterbildungen zu fordern.

Nachdem geschlechtsspezifische Ansätze zunächst im Bereich frauenspezifischer und oft feministisch basierter Suchthilfe entwickelt wurden, i.d.R. als geschlechtsexklusive Angebote, erscheint derzeit die Entwicklung von gemeinsamen und doch gendersensiblen Jugendsuchthilfekonzepten notwendig. Dabei sind vor allem jungen- und männerspezifische Kenntnisse und Konzepte zu fördern. Insbesondere Suchthilfe mit ihrer deutlich männlich dominierten Klientel ist aufgerufen, jungen und männerspezifische Prägungen und Bedarfe eigenständig zu erkennen und (verstärkt) zu berücksichtigen und entsprechende Fachkompetenzen, Therapiekonzepte u.ä. zu erarbeiten und umzusetzen.

Gender Mainstreaming erfordert **Top-Down-Prozesse**. Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming gehören in die Verantwortung der Leitenden, notwendig sind die Definition von Prozessen und ihr Controlling (vgl. z.B. Bericht aus S. 63). Gender Mainstreaming als Querschnittsthema sollte integraler Bestandteil des Qualitätssicherungskonzepts einer Einrichtung sein. Damit verbunden sind ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis, Maßnahmen der Personalentwicklung mit den entsprechenden Analysen, Personalgesprächen, Fort- und Weiterbildung etc.

Bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming in den Organisationen kann das Thema Entlohnung und Karrierechancen nicht ausgeblendet bleiben. Hier gilt es, weit über die einzelne Einrichtung hinaus, das Lohngefüge in der sozialen Arbeit in den Blick zu nehmen, denn, wie gezeigt werden konnte, haben die geminderten Verdienstmöglichkeiten durch die Einführung des TVöD bereits zu einem Rückgang des ohnehin verhältnismäßig

geringen Anteils männlicher Beschäftigter geführt. Angesichts der Überzahl männlicher Klienten sollte Suchthilfe und hier insbesondere die Jugend-Suchthilfe verstärkt männliche Fachkräfte einsetzen. Gerade Jugendliche brauchen für die Entwicklung ihrer eigenen geschlechtlichen Identität Rollenvorbilder. Dies trifft auf Jungen in besonderer Weise zu, da sie oftmals ohne jedes männliche Vorbild in Familie, Schule oder auch sozialen Einrichtungen aufwachsen.

Gendersensible Angebote

Die Studie konnte aufzeigen, dass die Konzepte von gemischtgeschlechtlich belegten Einrichtungen und solchen für Jungen und junge Männer nur wenig gendersensibel sind. Mädchen- und frauenspezifische Konzepte erscheinen i.d.R. ausgereifter, jedoch teilweise fachlich nicht mehr zeitgerecht und meist stärker auf Frauen als auf Mädchen bezogen. Notwendig ist also auf breiter Front die (Weiter-)Entwicklung gendersensibler Konzepte für die Arbeit mit Jugendlichen mit substanzbezogenen Problemen.

Gendersensibilität sollte systematisch im Angebotsspektrum von Einrichtungen implementiert werden: Gleich zu Beginn der Betreuungsprozesse sollte die Anamnese bzw. die Diagnostik die Geschlechterrollen und die spezifischen Sozialisationsbedingungen als Mädchen und Junge systematisch in den Blick nehmen. Die Jungen und Mädchen wählen können, ob sie mit einer weiblichen oder einer männlichen Fachkraft das Erstgespräch führen, zumindest sollte jedoch für die längerfristige Betreuung Wahlfreiheit bezüglich des Geschlechts der Fachkraft⁵¹ bestehen. Auch in der Zielbeschreibung und Planung der Betreuung/Therapie müssen geschlechterspezifische Elemente und Vorgehensweisen berücksichtigt werden.

Mit Blick auf die Bedarfe der jugendlichen Klientel empfehlen die Autoren und Autorinnen, gendersensible Konzepte für ein **geschlechtergemischtes** Setting zu entwickeln. Im Regelfall sollte die Betreuung geschlechtergemischt stattfinden, sowohl was die Zusammensetzung der Klientengruppen als auch des betreuenden Personals betrifft. Nach Möglichkeiten sollten die Jugendlichen durch Bezugsbetreudenteams aus männlichen *und* weiblichen Fachkräften begleitet werden. Dabei wird nicht für die Abschaffung geschlechtshomogener Betreuung plädiert, insbesondere für besonders begründete Fälle ist diese unabdingbar (z.B. bei sexualisierten Gewalterfahrungen durch das andere Geschlecht).

Besonderer Bedarf besteht in der Entwicklung jungenspezifischer Angebote.

Gendersensibles Arbeiten ist als Querschnittsthema ganz wesentlich eine Frage der **Hal-tung** der Fachkräfte und in den Teams sowie der **Reflexion** der eigenen Verfasstheit, der eigenen Prägungen und Wahrnehmungen und der darauf basierenden Deutungsmuster und Verhaltensweisen. Deshalb kommt der systematischen und regelmäßigen Reflexion der Geschlechterrollen in den Teams und in fall- und teambezogenen Supervisionen große Bedeutung zu.

Des Weiteren sind Prozesse zur Einführung gendersensibler Verfahren (Anamnese, Hilfeplanung, Freizeitangebote, therapeutische Angebote, Bezugsbetreuende, Räumlichkeiten/Schutzräume etc.) zu definieren und zu kontrollieren. Schließlich sollten die Arbeit und ihre Effekte evaluiert werden, wobei die Evaluation so strukturiert sein sollte, dass sie geschlechterspezifische Betrachtungen und Auswertungen ermöglicht – bezogen auf

⁵¹ Mit Blick auf die zunehmende Zahl von Klienten und Klientinnen mit Migrationshintergrund sollte auch eine Wahlmöglichkeit zum kulturellen Hintergrund der Bezugs-Fachkraft bestehen (s.u.).

die Beschäftigten und die Klientel. Nur so kann ein Controlling der gendersensiblen Arbeit erfolgen.

Generell wäre es sinnvoll, dass seitens der Sozialleistungsträger Gendersensibilität als unverzichtbare **Anforderung** an Konzept und Angebotsgestaltung formuliert und die Umsetzung bzgl. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontrolliert wird.

Versorgung Jugendlicher

Wie schon erwähnt, werden nach wie vor die meisten suchtfährdeten oder suchtmittelabhängigen Jugendlichen in Einrichtungen behandelt, die für Erwachsene konzipiert sind. Ob die Betreuung oder Behandlung Jugendlicher in Einrichtungen für Ältere den pädagogischen und entwicklungspsychologischen Anforderungen dieses Lebensabschnitts jedoch gerecht wird, muss in Frage gestellt werden. In diesem Zusammenhang plädieren die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Ergebnisberichts dafür, verstärkt **jugendspezifische Konzepte** der Suchthilfe zu entwickeln, und in der Praxis zu erproben und zu evaluieren. Denkbar wäre die Entwicklung von **Leitlinien** für die gendersensible Versorgung suchtfährdeter und süchtiger Jugendlicher. Diese Leitlinien könnten mit Hilfe von Expertenrunden, mit ausgewiesenen Fachkräften aus der Jugend- und Suchthilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet werden.

Es wird erwartet, dass eine stärkere Orientierung an jugendlichen Lebenslagen und Bedürfnissen eine größere Akzeptanz suchtspezifischer Hilfen bei der Zielgruppe nach sich ziehen würde.

Eine adäquate fachliche Umsetzung dieser Ansätze setzt jedoch eine umfassende **Qualifizierung** von Fachkräften voraus. Wie im Rahmen der vorliegenden Studie gezeigt werden konnte, weisen Jugendliche mit einer suchtspezifischen Problematik sehr häufig eine Vielzahl weiterer Probleme oder Störungen auf. Familiäre und soziale Probleme, Migrationshintergrund, eine schlechte Schulbildung und Delinquenzbelastungen sowie komorbide Störungen skizzieren das Anforderungsspektrum, mit dem die Fachkräfte suchtspezifischer Hilfen konfrontiert sind. Um gleichwohl Betreuungserfolge zu erzielen und den Jugendlichen Entwicklungschancen zu eröffnen, ist eine umfassende Kompetenz erforderlich: Neben genderbezogenen Kenntnissen sind also pädagogische und soziologische, entwicklungspsychologische und –pathologische Qualifizierungen relevant, zudem Kenntnisse komorbider psychischer Störungen (Dissozialität, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Traumatisierungen u.a.) im Jugendalter etc.

Angesichts der Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur soll hier explizit auf die Anforderungen verwiesen werden, die die Zunahme von Jugendlichen mit Migrationshintergrund für die Jugendsuchthilfe mit sich bringt. Notwendig sind vermehrt **interkulturelle Kompetenzen** und konzeptionelle Antworten auf die besondere Herausforderung, Gendersensibilität im interkulturellen Kontext sicherzustellen.

Suchtmittelkonsumierende Jugendliche sind in der Regel wenig motiviert, ihr Konsumverhalten (oder gar ihr ganzes Leben) zu verändern. Demnach wird die Inanspruchnahme von Hilfe sehr oft durch Dritte initiiert. Eltern oder andere Erziehungspersonen spielen hierbei eine zentrale Rolle. Aus Sicht der Autoren und Autorinnen ist es eine originäre Aufgabe von Jugend- und Jugendsuchthilfe, wirksame Hilfen in frühen Stadien von Missbrauchsverhalten und für suchtblastete Familien vorzuhalten. Dies erscheint auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive geboten, um langfristig problematische Entwicklungen zu vermindern. Die Erfüllung dieser Aufgabe ist eng verknüpft mit dem Einsatz entsprechender Maßnahmen, darunter erscheint insbesondere eine systematische pro-

aktive **Elternarbeit** wichtig. Elternarbeit ist Aufgabe aller Institutionen, die an der Ausbildung, Betreuung und Versorgung von Jugendlichen beteiligt sind. Für Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe und der (jugend)medizinischen Versorgung gilt es, Instrumentarien zu entwickeln, die geeignet sind, Mütter, Väter und andere Bezugspersonen in Maßnahmen der Frühintervention einzubeziehen.

Ergebnisse der Suchtforschung der letzten Jahrzehnte konnten deutlich machen, dass eine Suchtentwicklung in spezifischen Risikopopulationen wahrscheinlicher ist als im Bevölkerungsdurchschnitt. Früherkennung und Frühintervention sollten demnach ein systematisches und *aktives Zugehen auf Risikopopulationen* beinhalten. Kinder von Suchtkranken oder Schulverweigerer gilt es dabei ebenso zu adressieren wie delinquente oder psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche. Jugend- und Jugendsuchthilfe sollten dabei nicht nur i.S. von stepped care geleistet werden (gestuftes Vorgehen in Abhängigkeit von Ausmaß und Verlauf der individuellen Beeinträchtigung), sondern im Einzelfall die Interventionsverantwortung übernehmen und direktiv umfangreiche Hilfe einleiten. Die Entscheidung, welche bzw. welcher Jugendliche eher eine gestufte Hilfe oder eine große Intervention braucht, sollte auf der Grundlage einer umfassenden sozialpädagogischen Diagnose mit Betrachtung des Funktionsniveaus (ICF) erfolgen.

Zudem sind **konzeptionelle Anpassungen** notwendig. Wo z.B. in der Sucht- und Drogenhilfe der freiwillige Zugang ein weithin geltendes Paradigma darstellt, muss aus entwicklungs- und suchtheoretischer Sicht bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen die Inanspruchnahme von Beratung aufgrund äußeren Drucks eher als Chance denn als Hemmnis betrachtet werden (s.o.). Fachlich ist des Weiteren die Bestimmung von Missbrauch und Abhängigkeit bei Jugendlichen besser zu operationalisieren, eine Übertragung der Kriterien aus dem Erwachsenenbereich allein ist nicht ausreichend. Schließlich ist das Abstinenzziel zielgruppenspezifisch zu präzisieren. Jugendlicher Substanzkonsum hat besonders fatale Auswirkungen auf neuronale Reifungsprozesse und schädigt die Gesundheit mehr als bei erwachsenen Konsumenten. Gleichzeitig führt die Forderung nach (lebenslanger und sofortiger) Abstinenz nicht zur Entwicklung angemessener Konsumformen und ist für Jugendliche meist so abschreckend, dass sie die Inanspruchnahme von Hilfe gänzlich verhindert.

Soll eine möglichst frühe Heranführung von Jugendlichen mit suchtbefragten Problemen an suchtspezifische Hilfen gelingen, so kommt der **Jugendhilfe** eine Schlüsselrolle zu. Es kann davon ausgegangen werden, dass Einrichtungen der Jugendhilfe überverhältnismäßig häufig von Jugendlichen mit problematischem biografischen Hintergrund und riskanten Verhaltensweisen genutzt werden. In der Jugendhilfe tätige Fachkräfte sind weithin mit Suchtproblemen und damit assoziierten anderen Störungen konfrontiert, ohne jedoch ausreichend für diese Anforderungen gerüstet zu sein. Um einen möglichst hohen Anteil suchtgefährdeter Jugendlicher mit spezifischen Hilfen in Kontakt zu bringen, werden zwei Strategien empfohlen: Zum einen gilt es, die Jugendhilfe zu Fragen der Suchtentwicklung und substanzspezifischen Störungen (weiter) zu qualifizieren, wozu auch psychische Komorbidität und Interventionsmöglichkeiten zählen. Zum anderen sollten die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen verbessert werden (s.u.).

Viele der im Rahmen der Studie befragten Experten und Expertinnen berichteten, dass die von ihnen betreuten Jugendlichen häufig die Altersgrenze von 18 Jahren erreicht hat und dass ihnen mit Verweis auf diese Altersgrenze Leistungen der Jugendhilfe verweigert werden. Die Altersgrenze markiert bei der hier betrachteten Klientel jedoch regelhaft nicht den Eintritt in das Erwachsenenalter, gleichwohl erweist sie sich (zu) oft als relevantes Zugangshemmnis zu jugendspezifischen Hilfen. Anzuraten ist also, wie schon

ebenso häufig wie folgenlos an anderen Stellen gefordert, eine Flexibilisierung der Altersgrenzen und der entsprechenden Anspruchsgrundlagen. Zumindest sind praktikable Regelungen zur **Überwindung von Zuständigkeitsgrenzen** notwendig.

Vernetzung

Die Ergebnisse der Studie verweisen auf erhebliche Defizite in der bereichsübergreifenden Vernetzung. Sie bestätigen zum einen die längst bekannten und schon oft beschriebenen Kommunikationsprobleme zwischen Jugend- und Suchthilfe. Zum anderen geben sie Hinweise auf eine mangelnde Sensibilität in Schule und (kinder- und jugend-)ärztlicher Versorgung für suchtbetragene Probleme und eine demzufolge mangelhafte Hinlenkung zu suchtspezifischer Hilfe.

Die Autoren und Autorinnen des vorliegenden Berichts plädieren deshalb (wie schon viele vor ihnen) für **mehr Kooperation in der gesamten Versorgung Jugendlicher** mit suchtbetragenen Problemen. Über eine systematische und bereichsübergreifende Kooperation sollten die verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten Angebote besser verzahnt werden, sodass eine inhaltlich miteinander verknüpfte Versorgungskette mit aufeinander abgestimmten Teilen entsteht. Aus den Studienergebnissen leiten sich dafür eine Vielzahl von Anregungen ab:

Angeregt wird, dass, gefördert von den zuständigen Sozialleistungsträgern, exemplarische **Schnittstellenprojekte** zwischen Jugend- und Suchthilfe etabliert werden, mit deren Hilfe ein gemeinsamer Arbeitsansatz zur Früherkennung und Frühintervention bei suchtspezifischem Hilfebedarf von Jugendlichen erarbeitet werden kann. Hierbei könnte das gegenseitige fachbezogene Know-How ausgetauscht werden und ein für den Kontext der Jugendarbeit adäquates Instrumentarium entwickelt werden.

Verlässliche **Kooperationen brauchen Strukturen**, definierte Prozesse, Standards und Verbindlichkeiten: Die Beteiligten sollten deshalb schriftlich festlegen, welche Ziele die Kooperation hat, welche Instrumente eingesetzt werden, wer jeweils zuständig ist sowie ggf. Antwortfristen, Austauschfrequenzen und Controlling. Eine derart systematisierte Kooperation minimiert zum einen den Koordinations- und Abstimmungsaufwand auf der Ebene des Einzelfalls. Zum anderen ist hierdurch gewährleistet, dass die oft vielfältigen Belange Jugendlicher aus unterschiedlichen professionellen und institutionellen Perspektiven gewürdigt werden. Eine gelingende Kooperation erfordert darüber hinaus aber auch eine konstruktive Haltung auf beiden Seiten, Wertschätzung der Anderen und eine Begegnung auf Augenhöhe. In der systemischen Arbeit wird in diesem Kontext an Luhmann (1989) erinnert: Kooperation kann gelingen, „*wenn die Bereitschaft aller Beteiligten besteht, das Risiko einzugehen, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der anderen Institution eine gute, zumindest keine böse, Absicht zu unterstellen*“ (zitiert nach Averbeck & Hermanns, 2009a).

Hilfreich für eine Entwicklung guter Zusammenarbeit ist, sich gegenseitig von den jeweiligen Arbeitsinhalten und -weisen zu berichten, ein gegenseitiger Know-How-Transfer, die regelmäßige Aktualisierung von Informationen und die Betonung von Gemeinsamkeit – bei gleichzeitigem Respekt für Unterschiede. Hilfreich ist es zudem, wenn die Entwicklung von **Kooperation als Führungsaufgabe** definiert und die Umsetzung überprüft wird. Dabei sollte gelten: Netzwerkarbeit ist Arbeitszeit und braucht Ressourcen. Unterstützt werden könnte ein systematischer Kooperationsansatz durch die Formulierung entsprechender Anforderungen durch den/die zuständigen Sozialleistungsträger und ihr Controlling.

Fallbezogene Kooperation ist i.d.R. der Türöffner zu darüber hinausgehenden institutionellen Kooperationen, weil die Fachkräfte dabei konkret erleben, welche Vorteile die Zusammenarbeit hat. Gleichwohl kann Kooperation auch konflikthaft sein oder misslingen. Strukturierte **Instrumente der Krisenbearbeitung** können dann helfen, die Krise konstruktiv zu wenden, z.B. Mediation (vgl. sYpport, Aeverbeck & Hermanns, 2009b).

Analog zum Gesundheitssystem ließen sich auch im Bereich einer suchtspezifischen Jugendhilfe Modelle in der Art von **integrierter Versorgung** umsetzen, die alle oder zumindest mehrere für das Jugendalter relevanten Institutionen in einen Prozess der individuellen Förderung und Hilfe einbinden.

Angeraten wird auch, dass Jugendsuchtberatung grundsätzlich und regelmäßig in Schulen präsent ist und zu einer Sensibilisierung und Qualifizierung der Systeme, wie z.B. der Jugendgerichtshilfe und der Polizei oder im ärztlichen Bereich beiträgt. Die **Anwesenheit suchtspezifischer Hilfe vor Ort**, ihre Präsenz über Fotos und Kontaktdaten, etwa in Schulen erleichtern zudem der jeweiligen Klientel die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe (vgl. Schlanstedt & Schu, 2003).

Gerade mit Blick auf die Versorgung Jugendlicher bewähren sich **sozialräumliche Konzepte**, sodass hier angeregt wird, diese weiter auszubauen. Eine sozialräumliche Versorgung fördert die Verantwortung aller Akteure für die Region und die Vernetzung unter ihnen und erleichtert die Kommunikation mit Regelinstanzen wie Schule und Gesundheitssystem.

Verstärkte Netzwerkarbeit wird oft und so auch hier gefordert. Damit gehen jedoch, wie oben bereits skizziert, erhebliche Anforderungen einher. Die Autoren und Autorinnen plädieren deshalb für die Übernahme der Themen Netzwerkarbeit, Kooperation, fallbezogene Hilfestellung etc. in die **Ausbildungscurricula** von Pädagogik, Sozialwesen und Medizin.

Forschung

Im Rahmen der Studie wurde deutlich, dass zu gendersensibler Jugendsuchtarbeit und zu einer kooperativ abgestimmten Versorgung von Jugendlichen mit suchtspezifischen Problemen erhebliche Wissenslücken bestehen. Die in gendersensible Arbeit gesetzten Hoffnungen beruhen bisher vor allem auf einem fachlichen Konsens. Doch gibt es hierfür keine Evidenz und nur wenig empirische Belege, die sich i.d.R. auf die Frauen-Suchtarbeit beziehen. Deshalb wird hier angeregt, Praxisevaluationen und Forschung mit den Schwerpunktthemen: gendersensible Arbeitsansätze für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer, gleichgeschlechtliche versus gemischtgeschlechtliche Angebote und Betreuung zu initiieren und zu verstärken.

Generell ist zu fordern, dass jugend- und suchtspezifische Forschung gendersensibel erfolgt, d. h., dass die jeweiligen Fragestellungen immer auch unter Beachtung des sozialen Geschlechts untersucht werden müssen. Daten sollten so erfasst werden, dass geschlechterspezifische Auswertungen möglich sind. Die Interpretation von Ergebnissen sollte generell unter Beachtung von Genderaspekten geschehen.

Verstärkt in den Blick zu nehmen sind geschlechts-, sozial- und kulturspezifische Ausprägungen von Vulnerabilität, Suchtentwicklungen und -verläufen, Inanspruchnahmeverhalten sowie Resilienzfaktoren. Suchtdiagnostik sollte jugendspezifisch erfolgen, eine Nutzung erwachsenenzentrierter Tests erscheint fraglich, sodass hierfür geeignete Instrumentarien zu entwickeln sind. Praxisevaluationen, NutzerInnenbefragungen, Katamnesen und Wirksamkeitsstudien sollten zur Aufhellung des Felds beitragen. Nachholbedarf

besteht hinsichtlich der Erforschung männlicher Suchtentwicklungen und ihrer Behandlung. Insgesamt erscheint eine Verschränkung von Jugend-, Sucht-, Migrations- und Genderforschung sinnvoll.

Hilfreich wäre ein gemeinsamer Diskurs von Mädchen- und Frauen- mit Jungen- und Männerarbeit und eine Ableitung genereller Prinzipien und hilfreiche Strategien für die Versorgung beider Geschlechter.

Die Studie bestätigte Hinweise aus früheren Untersuchungen, dass Wahrnehmungen und Einschätzungen wesentlich vom Geschlecht der Betreuungspersonen und ihren Bildern zu Weiblichkeit und Männlichkeit geformt werden. Hieraus resultieren unterschiedliche Interventionsziele und Vorgehensweisen für männliche und weibliche Klientel. Forschung sollte helfen, diese Zusammenhänge zunächst transparent zu machen. Angeregt werden qualitative Studien, in denen z.B. Klientenbeschreibungen im Rahmen von Anamnese- und Diagnostikprozessen und die Spezifizierung von Behandlungszielen sowie ggf. Veränderungen nach Einführung von Gender Mainstreaming untersucht werden.

Die hier vorgestellte Studie lieferte einige Hinweise darauf, welche Aspekte bei einer gendersensiblen Jugend-Suchtarbeit berücksichtigt werden sollten, gleichwohl müssten weitere Forschung und Praxisevaluation die Entwicklung von Standards bzw. Versorgungsleitlinien der gendersensiblen Arbeit in der Jugendsuchthilfe unterstützen.

8 Literatur

AACAP Official Action (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 44, 609-21.

Arnold, T., Schmid, M. & Simmedinger, R. (1999). *Suchthilfe im Krankenhaus. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“*. Band 120 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Averbeck, B. & Hermanns, E. (2009a). *Gemeinsame Fallberatungen hilfreich gestalten*. Vortrag auf der Fachtagung Blackbox – Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, veranstaltet von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Park-Krankenhaus Leipzig-Südost GmbH und dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, Heidelberg am 14./15. Mai 2009 in Leipzig. Unv. Manuskript.

Averbeck, B. & Hermanns, E. (2009b). *sYppport-Handbuch. Eine systemische Unterstützung für das Gelingen von Kooperationen*. Unv. Manuskript.

Baeten C. (1995). Bereich Schule/Prävention. In Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.), *Sucht kennt keine Ausländer. Dokumentation der 13. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung*. 3. Auflage (S. 33 – 42). Münster: LWL.

Bange, D., Kristian, S., Thiem, M. (2009). Jugend und Familienhilfe. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 413). Stuttgart: Schattauer.

Barthelheimer, P. (2005). Migration. In Soziologisches Forschungsinstitut (SOFI), Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Institut für sozialwissenschaftliche Forschung (ISF) und Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INFES) (Hrsg.), *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland: Arbeit und Lebensweise*.(S. 351 - 379). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Baumgärtner, Th. (2004). *Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln – „Hamburger SCHULBUS“*. Hamburg.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005). *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin.

Bendel, Th., Hoefmann, H., Niemann, M., Redel, N., Veit, S. & Wonka, A. (2002). *Repräsentativstudie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher*. Potsdam.

Bentheim, A., May, M., Sturzenhecker, B. & Winter, R. (2004). *Gender Mainstreaming und Jungenarbeit*. Weinheim und München: Juventa.

Bergmann, K. E., Kamtsiuris, P. & Bellbach, B.-M. (1999). Zur Gesundheit der jungen Generation – Wissensbedarf am Beginn des 21. Jahrhunderts. *Diskurs*, 2, 70-75.

Bilke, O. (2005). Die klinische Diagnostik der Cannabisabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – die jugendpsychiatrische Perspektive. *Suchttherapie*, 6, 102-107.

Böhnisch, L. (2001). Der überflüssige Mann in der segmentierten Geschlechtergesellschaft. In: M. Brückner & L. Böhnisch (Hrsg.), *Geschlechterverhältnisse. Gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung* (S. 98-103). Weinheim und München: Juventa.

Bourdieu, P. (1997). Die männliche Herrschaft. In: I. Dölling & B. Kraus (Hrsg.). *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis* (S. 153-217). Frankfurt a.M: Suhrkamp.

Bruhns, K. (Hrsg.) (2004) *Geschlechterforschung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Wiesbaden: VS.

Budde, J. (2007): Von lauten und von leisen Jungen. Eine Analyse aus der Perspektive der kritischen Männlichkeitsforschung. *Schriften des Essener Kollegs für Geschlechterforschung*. 7. Jg., Heft I, Digitale Publikation.

Bundeskriminalamt (2008). *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland - Berichtsjahr 2007*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt. Verfügbar unter: http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks-jb_2007_bka.pdf. Zugriff am 28.07.2009.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004). *Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland*. <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/>. Zugriff am 13.05.2009.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.). *Gender Mainstreaming* <http://www.gender-mainstreaming.net/bmfsfj/generator/gm/Wissensnetz/was-ist-gm,did=13986.html>. Zugriff am 13.05.2009.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005). *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004a). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband Rauchen*. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004b). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Teilband illegale Drogen*. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a). *Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b). *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht*. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). *Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen. Eine Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht*. Köln: BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends*. Köln: BzGA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln: BzGA

Burri, R. (2002). Betroffene berichten. *Abhängigkeiten*, 8, 2, 92-111.

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonnel, M.B., Fihn, S.D. & Bradley, K.A. (1998). The Audit alcohol consumption questions (Audit-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.

Carron R. (1999). Sucht und Migration in der Schweiz. In R. Salman, S. Tuna & A. Lessing (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie* (S. 206 – 221). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Charlton, A., Moyer, C., Gupta, P. & Hill, D. (1999). *Youth and Cigarette Smoking – Tobacco Control Factsheets*. <http://www.globalink.org/en/youth.shtml>. Zugriff am 04.09.2008.

Connell, R.W. (1999). *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Opladen: Leske und Budrich.

Connell, R.W. (2006). *Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten*. Wiesbaden: VS.

Crisp, A., Sedwick, P., Halek, C., Joughin, N. & Humphrey, H. (1999). Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 22, 657-672.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation*. Berlin: DRV Bund.

Deutsches Jugendinstitut (2005). *Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. München: DJI. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/genderreport/01-Redaktion/PDFAnlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=genderreport,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriff am 28.07.2009.

Deutsches Jugendinstitut (2006). *DJI Bulletin*, 75, 2, 2006.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2003*.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2007). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2007*.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2009*.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J., Rigotti, N., McNeill, A., Coleman, M. & Wood, D. (2002). The Development of symptoms of tobacco dependence in youth: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.

Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, Transkulturelle Kompetenz*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Drogenreferat Schulpsychologischer Dienst
<http://www.bremen.de/sixcms/detail.php?id=334188> (Download 30.07.2009)

Eickhoff, C. & Zinnecker, J. (2000). Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie im Auftrag der BZgA. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Bd. 11. Köln: BZgA.

Engels, M., Ernst, R., Passia, S. & Sannemann, W. (2008). *Männerspezifische Suchtarbeit. Eine Handreichung*. Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. und Evangelischer Fachverband Sucht Rheinland Westfalen Lippe (Hrsg.). Münster.

Engels, R.C. & Knibbe, R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence: When love comes to town. *Addiction Behavior*, 25, 435-439.

Engels, M. & Theunißen, S. (2006). Geschlechtsdifferenzierte integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen. In: I. Schäfer. & M. Krausz (Hrsg.). *Trauma und Sucht* (S. 127-152).

ESPAD 2004 → s. Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B.

Essau, C.A. & Conradt, J. (2009). Komorbidität. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 69-74). Stuttgart: Schattauer.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2009). ESPAD-Bericht 2007. Substanzkonsum unter Schülerinnen und Schülern in 35 europäischen Ländern. Zusammenfassung. Luxemburg: EBDD.

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.) (2006). *Schulprojekte für suchtgefährdete und suchtkranke junge Menschen*. fdr-Texte Nr. 5. Hannover: Fachverband Drogen und Rauschmittel

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.) (2007). *Mindeststandards für die Betreuung und Behandlung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher an den Schnittstellen der Hilfesysteme*. fdr-Texte Nr. 8. Hannover: Fachverband Drogen und Rauschmittel

Farke, W. (2008). Einflüsse von Gleichaltrigen. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 152-155). Stuttgart: Schattauer.

Feselmayer, S., Scheibenbogen, O., Andorfer, U., Mayr, M. & Beiglböck, W. (2006). Trauma und Sucht. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 29, 3, 37-41.

Freitag, M. & Hurrelmann, K. (1999). *Illegale Alltagsdrogen*. Weinheim: Juventa.

Gaitanides, S. (1998). Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (S. 62 - 76). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Gaitanides, S. (2002). Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der sozialen Arbeit. In: G. Kawamura-Reindl & R. Keicher (Hrsg.), *Migration, Kriminalität und Kriminalisierung* (S. 139 - 162). Freiburg i.Br.: Lambertus.

Gangway e.V. – Verein für Straßensozialarbeit in Berlin (2008). *Antrag an das Bundesministerium für Gesundheit für das Modellprojekt „Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund“*. Unv. Manuskript.

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2006). *Essstörungen*. Weinheim: Beltz.

Gillespie, A, Stanton, W., Lowe, J. B. & Hunter, B. (1995). Feasibility of school-based smoking cessation programmes. *Journal of School Health*, 65, 432-437.

Görgen, W., Hartmann, R. & Oliva, H. (2003). *Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung*. Forschungsbericht 299, Sozialforschung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 5, 607-614.

Grinberg, L. & Grinberg, R.(1990). *Psychoanalyse der Migration und des Exils*. München: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Haag, M. (2007). *Binge drinking als soziale Inszenierung. Zur vergeschlechtlichten Bedeutung exzessiven Alkoholkonsums*. Freiburg: Fördergemeinschaft wissenschaftlicher Publikationen von Frauen e.V.

Haasen, C., Rangué, A., Blätter, A. & Reimer J. (2005). Die Situation von russischsprachigen Drogenabhängigen in Hamburg aus Expertensicht. *Sucht*, 51, 6, 349-351.

Haasen, C., Toprak, M.A.; Yagdiran, O. & Kleinemeier, E. (2001). Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. *Suchttherapie*, 2, 3, 161-166

Hartwig, L. (2004). Erziehungshilfen in Zeiten des Gender Mainstreaming. In K. Bruhns (Hrsg.), *Geschlechterforschung in der Kinder- und Jugendhilfe* (S. 204-206). Wiesbaden: VS.

Hartwig, L. & Kriener, M. (2006). Gender und Erziehungshilfe: Herausforderung an eine geschlechtergerechte Hilfeplanung nach §36 KJHG. In M. Zander, L. Hartwig & I. Jansen (Hrsg.), *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Hartwig, L. & Mulak, K. (2006). Mädchenarbeit in Theorie und Praxis. In M. Zander & L. Hartwig (Hrsg.), *Geschlecht Nebensache?* (S. 86-117). Wiesbaden: VS.

Haug, S. (2005). *Die Datenlage im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung. Ein Überblick über wesentliche Migrations- und Integrationsindikatoren und die Datenquellen*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

HBSC 2004 → s. Richter, M., Langness, A. & Hurrelmann, K.

HBSC 2006 → s. Settertobulte W. & Richter M.

Heckmann, I., Hilgemann, M. & Brinker, E. (2007). Jugendhilfe und Suchthilfe: ein aktives Bündnis im Kreis Steinfurt. *Jugendhilfe-aktuell*, 1, 2007, 11-14.

Heiliger, A. (2004). Mädchenarbeit in Jugendhilfe und Jugendarbeit – 20 Jahre nach dem Sechsten Kinder- und Jugendbericht. In K. Bruhns. (Hrsg.), *Geschlechterforschung in der Kinder- und Jugendhilfe* (S.73-94). Wiesbaden: VS.

Helfferrich, C. (2008). Ist Suchtprävention ein „klassisches“ Feld geschlechtergerechter Prävention? In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.). *Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und –prävention*. 18. Niedersächsische Suchtkonferenz. *Berichte zur Suchtkrankenhilfe* 09/2008. Hannover.

Helmig, E. & Schäfer, R. (2006): „Von Leuten, die auszogen, Geschlechterverhältnisse zu verändern“: Teilbericht III des Projekts Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe. München: DJI.

Heppekausen, K., Kröger, C. & Reese, A. (2001). Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern – eine Übersicht. *Prävention*, 24, 44-47.

Holly, A., Türk, D., Nelson, C.B., Pfister, H. & Wittchen, H.U. (1997). Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch, und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 171-178.

Horn, W.R. (2008). Cannabis – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 96-105). Geesacht: Neuland.

IFT Institut für Therapieforchung (2008). *Deutsche Suchthilfestatistik. Tabellenband: ambulantes Behandlungssetting, Bezugsgruppe Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte, Auswertungsjahr 2007, Auswertung für Beratungs-/Behandlungsstellen*. Verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/ambulant.htm>. Zugriff am 28.07.2009.

Jacob, J. & Stöver H. (Hrsg.) (2006). *Sucht und Männlichkeiten*. Wiesbaden: VS-Verlag.

Jordan, S. & Sack, P.-M. (2009). Schutz- und Risikofaktoren. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 127-138). Stuttgart: Schattauer.

Kemmner, C., Klein, M. & Zemlin, U. (2004). Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. *Suchttherapie*, 5, 124-131.

Kendler, S.K., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J. & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in woman. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 953-959.

KIGGS 2006 → s. Robert Koch Institut

Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.

Kleiber, D., Soellner, R. & Tossmann, P. (1997). *Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren. Eine Kooperationsstudie*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2, 118-124.

Klemm, K. & van Ackeren, I. (2004). *Bildungswissenschaften - Bildungsforschung nach PISA*. Essener Unikate 24. Duisburg-Essen:Wissenschaftsverlag FFT.

Kolip, P. (2002). Geschlechterspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt* 45, 885-888.

Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. *SUCHT*, 51, Sonderheft 1: 19-28.

Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. *IFT-Berichte Band 141*. München.

Kraus, L., Pabst, A. & Steiner S. (2008). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007*. ESPAD. Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. München: IFT.

Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Papst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 16-25.

Krausz, M., Degkwitz, P. & Verthein, U. (1998): Lebensereignisse und psychosoziale Belastungen bis zur Pubertät – Entwicklungsbedingungen Opiatabhängiger und ihrer „normalen“ Altersgenossen. *Krankheit Entwicklung*, 7, 221-230.

Kuhn, S. (2003). *Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Lebensgeschichte heroïnabhängiger Männer*. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg. Zugriff am 28.09.2004.

Kuhn, S. (2004): Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. *Suchttherapie* 2004, 5, 110-117.

Kuhn, S., Schu, M., Vogt, I., Schmid, M., Simmedinger, R., Schlanstedt, G., Farnbacher, G., Verthein, U., Haasen, C., Claes, C., Graf von der Schulenburg, J.-M., Buhk, H., Zeikau, T. & Koch, U. (2007). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Band 3. Psychosoziale Interventionen – Kosten und Nutzen der Behandlung – Transfer in die Versorgung. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Kuhnke, R. (2006). *Indikatoren zur Erfassung des Migrationshintergrundes*. Arbeitspapier 2/2006. München: Deutsches Jugendinstitut.

Laging, M. (2005). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Lampert T. & Thamm M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, 600-608.

Lampert T. & Thamm M. (2008). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 54-72). Geesacht: Neuland.

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) nach § 78 SGB VIII „Geschlechterdifferenzierte Arbeit mit Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe“ (Hrsg.) (2004). *Leitlinien zur Verankerung der geschlechterbewussten Ansätze in der pädagogischen Arbeit mit Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe* (Berliner Leitlinien).

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA (Hrsg.) (2004). *Anforderungen an eine stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen*. Essen.

Leu, H.R. (2008). Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen. In: Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Universität Dortmund (Hrsg.), *Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik*. Online verfügbar unter: www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/zahlenspiegel2007/root.html. Zugriff am 15.09.2009.

Luhmann, N. (1989). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Enke, 3. Auflage [zuerst: 1968].

LWL – Koordinationstelle Sucht (2006). *Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit*. Münster: LWL

LWL – Koordinationstelle Sucht (2009). *Männlichkeit und Sucht. Handbuch für die Praxis*. Münster: LWL

Merfert-Diete, C., Soltau R, (1984). *Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit*. Reinbek: Rowohlt.

Meuser, M. (2006). Männliche Sozialisation und Gewalt. In: *Berliner Forum Gewaltprävention Nr. 24. Dokumentation des 6. Berliner Präventionstages am 24. November 2005*. http://www.berlin.de/imperia/md/content/lb-lkbgg/bfg/nummer24/06_meuser.pdf., Zugriff am 19.03.2009.

Miller, J.W., Maimi, T.S., Brewer, R.D. & Jones, S.E. (2007). Binge Drinking and associated health risk behaviour among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-85.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior. A Developmental Taxonomy. *Psychologic Review*, 100, 674-701.

Möller, C., Thoms, E. (2009): Therapiestation Teen Spirit. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 418-420). Stuttgart: Schattauer.

Newcomb, M.D. & Bentler, P.M. (1989). Substance Use and Abuse Among Children and Teenagers. *Am Psychol.* 1989, 44, 242-8.

NLS (o.J.). Leitlinien für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Suchthilfe und Suchtprävention.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). Gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.

Oliva, H., Tossmann, P., Baumeister, S., Görgen, W. & Hartmann, R. (2003). *Drogenkonsum im Freistaat Sachsen. Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen und Hilfeinrichtungen*. Abschlussbericht. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.

Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 36-46.

Pech, D. (2006). Männlichkeitsbewältigungen – Sucht und Suchen aus der Perspektive kritischer Männerforschung. In: J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.). *Sucht und Männlichkeit. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 41-50) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Penka, S., Krieg, S, Hunner, C. & Heinz, A. (2003). Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. *Nervenarzt*, 74, 7, 581-586.

Perkonigg, A., Phister, H., Liebe, R., Bührieger, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmed*, 6, 22-31.

Petermann, H. & Roth, M. (2006). *Suchtprävention im Jugendalter. Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Weinheim: Juventa.

Petersen, K. U. & Thomasius, R. (2007). *Auswirkungen von Cannabiskonsum und – missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Pfeiffer-Gerschel T., Kipke I., David-Spickermann M. & Bartsch G. (2007). *Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen Drogensituation 2006/2007*.

Pritchard C. & Cox M. (2007). Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. Part 1: Trends in gender behaviour. *Int J Adolesc Med Health*, 19, 127-140.

Puchert, R. & Jungnitz, L. (2005). Gewalt gegen Männer. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*, Jg. 23, H. 4, 24-40.

Raithel, J. (2004). Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: T. Altgeld (Hrsg.). *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 137-154). Weinheim und München: Juventa.

Ravens-Sieberer, U., Görtler, E. & Bullinger, M. (2000). Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – Eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. *Gesundheitswesen*, 3, 148-155.

Reddemann, L. (2003) PTSD und Sucht. 15. Int. Suchtkongress „Trauma und Sucht“. Hamburg. <http://www.uke.uni-hamburg.de/>. Zugriff am 28.09.2004.

Reinhard, A. & Weiler B. (Hrsg.) (2003). *Mädchenarbeit in der stationären Jugendhilfe*. Berlin: VWB.

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2004). Jugend und Drogen – Eine Studie zum wachsenden Bedarf an jungenspezifischer Suchtprävention. *Blickpunkt der Mann 2004*, 2, 6-10.

Richter, M. (2003). Anlage und Methode des Jugendgesundheits surveys. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheits survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 9-18). Weinheim und München: Juventa.

Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Richter, M., Langness, A. & Hurrelmann, K. (2004). Der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis im frühen Jugendalter. Ergebnisse der internationalen Vergleichsstudie „Health Behavior in School-aged Children“. *Sucht aktuell*, 2, 41-47.

Richter, M. & Leppin, A. (2008). Trends im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im frühen Jugendalter. Ein Vergleich der HBSC-Studien 1994 bis 2006. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 152-170). Geesacht: Neuland.

Robert Koch Institut (2006). *Erste Ergebnisse der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.

Rose, S.M. (1985). Same- and cross-sex friendships and the psychology of homosexuality. *Sex Roles*, 12, 63-74.

Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, Sonderheft 1, 47-56.

Roth, M., Reudert, E. & Petermann, H. (2003). Prävention bei Jugendlichen. In: M. Jerusalem & H. Weber. *Psychologische Gesundheitsförderung*. Göttingen: Hogrefe; 399-418.

Salman, R.: (1998). Interkulturelle Suchthilfe. Prävention und Beratung für Migranten in Hannover. In: D. Czycholl (Hrsg.), *Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten*. Hohenrodter Studien Band 1 (S. 19 - 30). Berlin: VWB.

Sargent, J. D., Mott, L. A. & Stevens, M. (1998). Predictors of smoking cessation in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 4, 388-393.

Schäfer, I., Reddemann I. (2005). Traumatisierung und Sucht – eine Literaturübersicht. *ZPPM*, 3, 9-18

Scheffler, S. (2002). Frauen, über die wir sprechen. In Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenkongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September in Berlin* (S. 25-33).

Scheffler, S. (2005). „Das Geschlecht läuft immer mit“ Zum Stand geschlechtersensibler Drogenarbeit. Festvortrag 10-jähriges Bestehen der Frauenfachklinik Scheifeshütte, Kempen, 09.06.2005.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B., Küstner, U. & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 7, 3, 207-228.

Schlanstedt, G. & Schu, M. (2002). *easyContact - Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Beratung*. Köln: FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schlanstedt, G. & Schu, M (2003). *Abschlussbericht zur wissenschaftliche Begleitung und Beratung von Inside @ School - Sekundärprävention an Schulen*. Köln: FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schmidt, F. (2008). *Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen*. Bremen: Gesundheitsamt.

Schnieders, M., Rassaerts, I., Schäfer, M. & Soyka, M. (2006). Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 76, 511-521.

Schu, M. (2001). Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. *Sucht aktuell*, 1/2001, 33-37.

Schulte-Markwort, M., Stolle, M. (2009). Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 418-420). Stuttgart: Schattauer.

Schulz, E. & Remschmidt, H. (1999). Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Arzteblatt*; 96(7), A414–18.

Schwarting, F. (2005). *Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe*. Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie im Department Sozialwissenschaften der Universität Hamburg.

Settertobulte W. & Richter M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" Studie 2005/2006. In: K. Mann, U. Havemann-Reinecke & R. Gaßmann (Hrsg.). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen* (S. 7-27): Freiburg: Lambertus.

Shell Deutschland Holding (Hrsg.) (2006). *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. (15. Shell Jugendstudie.) Frankfurt am Main: Fischer.

Sidler, J. (2002). Und was sagen betroffene Frauen? Die „Frauenspezifische Drogenarbeit“ aus Sicht ihrer Nutzerinnen. *Abhängigkeiten*, 8, 2, 87-90.

Silbereisen, R.K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*, 4. Aufl. (S. 1054-1066). München: Beltz.

Silbereisen, R.K. & Reese, A. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher. Illegale Drogen und Alkohol. In: J. Raithel (Hrsg.). *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 131-153). Opladen: Leske und Budrich.

Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten und Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. *Sucht*, 45, (Sonderheft 1).

Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: IFT.

Simpson, T.L. & Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychological Review*, 22, 27-77.

Sonntag, D., Hellwich, A.K. & Bauer, Ch. (2007). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2007* (S. 160-178). Geesthacht: Neuland.

Sozialpädagogische Einrichtung Mühle e.V. (2008). *Konzeption der Suchthilfe der Sozialpädagogischen Einrichtung Mühle e.V.*

SPZ (2009). http://www.li-hamburg.de/fix/files/doc/FG_SPZ_Programm_09.2.pdf.

Stanton, W. R., McClelland, M., Elwood, C., Ferry, D. & Silva, P. A. (1996). Prevalence, reliability and bias of adolescents' report of smoking and quitting. *Addiction*, 91 (11), 1705-1714.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009a). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023127>. Zugriff am 28.07.2009.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009b). *Allgemeinbildende Schulen - Schüler/innen nach Schularten*. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content75/AllgemeinbildendeSchulenSchularten_Schueler,templateId=renderPrint.psml. Zugriff am 28.07.2009.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2009c). *Allgemeinbildende Schulen - Absolventen/Abgänger nach Abschlussarten*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/BildungForschungKultur/Schulen/Tabellen/Content100/AllgemeinbildendeSchulenAbschlussart.psml>. Zugriff am 28.07.2009.

Steiner, S., Baumeister, S.E. & Kraus, L. (2008) Severity of Dependence Skala: Ermittlung eines Cut-Off-Wertes für Cannabisabhängigkeit in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Sucht* 54, Sonderheft 1, 57-63.

Stolle, M., Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Früherkennung und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, 28-29, 2061-2070.

Stolle, M., Sack, P.M. & Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 106, 19, 323-328.

Stöver, H. (Hrsg.) (2006). *Sucht und Männlichkeit. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Stöver, H. (2007). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. *Suchttherapie*, Jg. 8, 89-94.

Strobl, M., Klapper, J. & Pelzel, K.H. (2003). *Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland*. München: IFT.

Stuve, O., Krabel, J., Kasiske, J. & Schädler, S. (2005). *Zur Situation von Frauen und Männern in "Frauen-Berufen" der Pflege und Erziehung in Deutschland. Eine Überblicksstudie*. Berlin: Bildungsnetz Berlin.

Suchthilfe Direkt Essen gGmbH (o.J.). *Kurzkonzept*. Suchtspezifische Jugendhilfeeinrichtung für Jugendliche Step Out.

Tappe, V. (2002). Sucht und Jugendhilfe. In: Fachverband Drogen und Sucht (Hrsg.), *Hier, jetzt, sofort. Jugend und Drogen. Dokumentation des 24. BundesDrogenkongresses 2001*. FDR Texte Nr.1 (S.72-75).Münster: Monsenstein und Vannerdat

Thomasius, R., Jung, M. & Schulte-Markwort, M. (2008). Suchtstörungen. In: B. Hertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.). *Entwicklungspsychiatrie* (S. 693-726). Stuttgart: Schattauer.

Thomasius, R., Stolle, M., Sack, P.-M. (2009). Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.). *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 139-146). Stuttgart: Schattauer.

Tödte, M. (2005). *Blitzlichter. Ein subjektiver Blick von PatientInnen auf stationäre medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger. Eine kleine Studie zum Perspektiven- und Geschlechtervergleich*. Essen: Bella Donna.

Tödte, M.. (2009). *NRW im Blick: FrauenMännerGender in derSucht- und Drogenhilfe*. Essen: Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA.

Tossmann, P. (2004). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? *Sucht* 50, 3, 164-171.

Tossmann, H. P., Boldt, S. & Tensil, M. (2001). The use of drugs within the Techno party scene in European metropolitan cities. A comparative analysis of the situation in Amsterdam, Berlin, Madrid, Prague, Rome, Vienna and Zurich. *European Addiction Research*, 7, 2-23.

Tossmann, H. P., Jonas, B. & Tensil, M.-D. (2008). *Evaluation der Streetwork und der mobilen Jugendarbeit in Berlin*. Berlin: Peter Lang.

Tossmann, P., Kasten, L., Lang, P. & Strüber, E. (2009). Bestimmung der konkurrenten Validität des CRAFFT. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 5, 2009, 451-459.

Trautmann, F. (1998). Drogenarbeit mit Migranten in den Niederlanden. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft* (S. 234 - 247). Freiburg i.Br.: Lambertus.

Violi, E. (2003). Männer, Männlichkeit und Gesundheit. *Aids Infothek*, 2/2003, 18-23.

Vogt, I. (2008). Frauen und Männer: Trinkmuster und Trinkfolgen. In: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.): *Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention*. 18. Niedersächsische Suchtkonferenz. Berichte zur Suchtkrankenhilfe 09/2008. Hannover.

Vogt, I., Leopold, B., Tödte, M. & Breuker-Gerbig U. (1998). *Frauen und Sucht*. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

von Sydow, K. (2001). Drogengebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in München: Überblick über die Ergebnisse der EDSP. Landschaftsverband Westfalen Lippe, *BINAD-INFO*, 20, 59-65.

Wagner, B. (2004). Gendertraining. In U. Richter (Hrsg.), *Jugendsozialarbeit im Gender Mainstream* (S. 66-75). München: DJI.

Weber, M. & Faulstich-Wieland, H. (2003). Handlungsräume von Mädchen im Gymnasium. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien*. (S.76-90) Bielefeld: Kleine.

Weinstein, N.D. (1989). Optimistic Biases About Personal Risks. *Science*, 246, 1232-1233.

Wijngaart, G. van de (1999). Zur Situation und Versorgung von Migranten mit Drogenproblemen in den Niederlanden. In R. Salman, S. Tuna & A. Lessing (Hrsg.), *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie* (S. 245 - 266). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Winkler, K. (2004). Frauenspezifische Behandlung bei substanzgebundenen Störungen: Ergebnisse und Indikationen. *Sucht*, 2, 121-127.

Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Lachner, G. & Nelson, C.B. (1998). The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP) – Objectives and Design. *European Addiction Research*, 4, 18-27.

Wittchen, H.-U., Perkonig, A. & Reed, V. (1996). Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *European Addiction Research*, 2, 1, 36-47.

World Vision Deutschland e. V. (Hrsg.) (2007). *Kinder in Deutschland 2007*. Bundeszentrale für politische Bildung Bd. 680. Bonn.

WSI - Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der ans-Böckler-Stiftung (2008). *Gehaltsrückstand bei jungen Frauen kleiner als bei älteren*. Berlin: Pressedienst des WSI vom 05.03.2008.

Zenker, C. (2005). Sucht und Gender. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48, 469-476.

Zenker, C. (2009a). Gendertypische Aspekte. In: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner & P. Riedesser (Hrsg.). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 55-68). Stuttgart: Schattauer.

Zenker, C. (2009b). Gender in der Suchtarbeit. fdr-Texte #9. Hannover (i. Druck).

Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002). *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Bd. 148. Baden-Baden: Nomos.

Zenker, C. & Lang, P. (1995). *Methadon Substitution in Bremen*. Abschlussbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin.

Zertifikat Genderkompetenz

<http://www.genderstudies-hamburg.de/index.php?id=426> (download 29.07.09)

Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien*. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.

Zuckermann, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. New York: Cambridge University Press.

Konzepte und konzeptbezogene Veröffentlichungen

Bader Walser, R. & Rihs, R. (2002). Ein-Blick in die Gruppenarbeit mit Frauen mit Alkoholproblemen. *Abhängigkeiten*, 8,2, 54-58.

BerTha F. (2007). *Konzeption Frauensuchtberatung*.

Fachklinik Weihermühle (2004). *Konzeption zu Medizinischen Rehabilitation*.

Fehr, M. (2002). Stationäre Behandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen. Die Frauenspezifische Abteilung der Forel Klinik, Turbenthal. *Abhängigkeiten*, 8, 2, 36-44.

Hellweg-Klinik Oerlinghausen (2009). *Therapiekonzept der Hellweg-Klinik Oerlinghausen*.

http://frausuchtzukunft.de/cms/index.php?page=proj_catch-up. Download 05.06.2009.

Kajal/Frauenperspektiven e.V. (2008). *Suchtprävention und Beratung für Mädchen. Beratung und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte*. Konzept 2008.

Koch-Möhr, R. (2005). *Männerspezifische Suchttherapie in der Fachklinik Flammersfeld*. Vortrag zur Fachtagung „Männerspezifische Suchttherapie in der Fachklinik Flammersfeld“ am 22.09.2005.

Koch-Möhr, R. (2008). *Männerspezifische Suchttherapie in der Fachklinik Flammersfeld*. Vortrag anlässlich des V. Arbeitskreises „Mann & Sucht“ der LWL-Koordinationsstelle Sucht am 20.05.2008.

Koch-Möhr, R. (o.J. a). *Fachklinik Flammersfeld Suchttherapie für Männer*. Information für Beratungsstellen und Patienten.

Koch-Möhr, R. (o.J. b). *Männliche Identität. Gender-Aspekte in der Suchtrehabilitation der Fachklinik Flammersfeld*.

Lagaya (o.J.). *Leitbild*. Stuttgart.

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA (2001). *VIOLA. Modellprojekt Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern. Abschlussbericht*. Essen: Bella Donna.

Müller, H. (2002). Einblicke in die männerspezifische Welt der Casa Fidelio. *Abhängigkeiten*, 8, 70-75.

Müller, H. (2006). Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchsitzen Schweiz. In: J. Jacob. & H. Stöver (Hrsg.). *Sucht und Männlichkeit. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 165-188). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Neuwirth, H. (2002). *Neue Chancen für drogenabhängige Mädchen?! Eine pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen*. Vortrag anlässlich des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002 in Berlin. III. Workshop.

Neuwirth, H. (2006). *Neue Perspektiven in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Mädchen. Erfahrungen und Erkenntnisse aus 5 Jahren JELLA*. Vortrag anlässlich der Fachtagung Mädchen.Sucht.Perspektiven. am 04.12.2006.

Röben, B. (2006). „Kerle wie wir!?“ – Mannsbilder in der Suchttherapie. Erste Gedanken und Erfahrungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Arbeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Männer. In: J. Jacob. & H. Stöver (Hrsg.). *Sucht und Männlichkeit. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit* (S. 153-163). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Vosshagen, A. (2005). *Brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe?* Vortrag beim FDR-Fachtag: "Wie kommt Gender in den Mainstream?" Berlin. 9. Mai 2005.

Wulf, H. (2006). Die Entdeckung der Männlichkeit in der Suchtkrankenhilfe. In: J. Jacob & H. Stöver (Hrsg.). *Sucht und Männlichkeit. Entwicklungen in Theorie und Praxis der Suchtarbeit*. (S.119-128). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.