

Heroinabhängige Frauen im Freistaat der BRD

Autor(en): **Herrmann, Anne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **32 (2006)**

Heft 3

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800956>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Heroinabhängige Frauen im Freistaat Sachsen der BRD

Dieser Artikel gibt einen kurzen Einblick über die Lebenssituation von heroinabhängigen Frauen in Deutschland wider. Dabei wird vorwiegend das Bundesland Sachsen beleuchtet. Ebenso folgt eine statistische Darstellung des Suchtkrankenhilfesystems der BRD und des Freistaates Sachsen, welches unter frauenspezifischen Gesichtspunkten betrachtet wird. Es werden Defizite des Suchtkrankenhilfesystems ersichtlich, insbesondere wenn es sich um heroinabhängige Frauen als Klientel handelt.

ANNE HERRMANN*

In unserer Gesellschaft wird ein Mensch von Geburt an aufgrund physischer Merkmale als männlich oder weiblich bezeichnet, wenn dann z. B. das neugeborene Kind noch rosa oder blau eingekleidet wird, ist die geschlechtliche Identität des Neugeborenen gesellschaftlich deduziert worden. Allgemein bedeutet dies, «Die Gesell-

* Anne Herrmann (M.A.), Matthesstraße 58, 09113 Chemnitz, Deutschland, +49371/4446759, anne-leokadia@gmx.de

schaft erwartet, dass sich Frauen und Männer, von der Art der Bekleidung bis zu ihren Lebensentwürfen unterscheiden.»¹

Geschlecht und Gesellschaft – Rolle und Stereotyp der Frau

Die Vorstellungen über die Rolle der Frau (und des Mannes) hat ein grosser Teil der deutschen Bevölkerung noch aus dem «Zeitalter der Hausfrau» beibehalten bzw. durch Sozialisationsmechanismen übernommen.² Dorothee Alfermann (1996) erwähnt zwar in ihren Ausführungen, dass eine strikte Rollentrennung der beiden Geschlechter nicht mehr wirklich auf die heutige Zeit zu trifft, aber unser Zusammenleben unterschwellig immer noch bestimmt – insbesondere die soziale Interaktionen. «Es zeigt sich nämlich, dass zum einen Männer nach wie vor überwiegend in der beruflichen Sphäre tätig sind und hierdurch auch relativ klare Rollenerwartungen existieren, die auf eine Funktion als Familienernährer hinauslaufen. Und zum anderen, dass Frauen zwar inzwischen in grosser Zahl einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen, aber dennoch ihre primäre Funktion auf die der (Ehe)Frau und Mutter konzentriert bleibt.»³ Um diese Vorstellungen der Geschlechterrollen zu verstärken, existieren bei Frauen und Männern bestimmte Stereotype über das andere und das eigene Geschlecht. Dabei ist zu beachten, dass die Geschlechterrollen und die -stereotype sich wechselseitig beeinflussen. Das bedeutet auf der einen Seite, dass die Stereotype dafür sorgen, dass Erwartungen hinsichtlich der weiblichen und männlichen Aufgaben existieren bzw. entstehen und auf der anderen Seite werden die alltäglichen Wahrnehmungen über Menschen in traditionellen Rollen in den einzelnen Überzeugungen verstärkt. Dadurch

besitzen die Geschlechterstereotype wiederum eine reale Grundlage.⁴ Trotz alledem lässt sich über die registrierte Bildungsbeteiligung und Erwerbsquote von Mädchen und Frauen belegen, dass eine nachweisliche Veränderung der Frauenrolle von staten geht, obwohl die Frauenstereotype (z. B. Einfühlsamkeit) weit gehend bestehen bleiben.⁵ Durch das wandelnde Frauenbild und die zum Teil noch bestehende traditionelle Rolle der Frau kommt es zu Rollenkonflikten. Diese entstehen durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung und Identifizierung mit dem einen oder anderen Frauenbild. Ebenso werden Konflikte hervorgerufen durch die Erwartungen der Gesellschaft, d.h. es werden bestimmte oder alle Erwartungen des gesellschaftlich vorherrschenden Frauenbildes in das eigene Rollenrepertoire übernommen, um sozialen Erwartungen zu entsprechen und Sanktionen zu vermeiden.⁶ Eine mögliche Form, mit diesen Konflikten umgehen zu können, wenn keine anderen Handlungsalternativen gesehen werden, kann der Drogenkonsum sein, um entweder angepasst zu erscheinen (Konsum von Medikamenten speziell Beruhigungsmittel) oder um aus den Rollenverhältnissen auszubrechen (illegaler Drogenkonsum bzw. Heroinkonsum).

Lebensumstände und -situation von heroinabhängigen Frauen

«Das Leben in der Drogenillegalität stellt für Frauen eine oppositionelle und damit aktivere Form von Leben dar. Sie wählen eine andere, gesellschaftlich nicht akzeptierte Form von Drogenkonsum, um sich dem «normalen» Leben und den üblich abhängigmachenden Lebensweisen – auch dem alltäglichen Medikamenten- und Alkoholkonsum – zu widersetzen.»⁷



In der Regel befindet sich das Einstiegsalter weiblicher Heroinabhängigen zwischen 16 und 20 Jahren. Dabei geht es den Frauen nicht nur darum, mit dem Heroinkonsum negative Erlebnisse wie Gewalt und Misshandlungen zu vergessen, sondern auch um die Entdeckung eines neuen Lebensgefühls und um die Suche eines neuen Lebenskonzeptes.⁸ Doch aufgrund des hohen körperlichen und seelischen Abhängigkeitspotentials der Substanz Heroin, werden die Frauen schnell von Entzugssymptomen geplagt, welche sie mit Heroin «behandeln» müssen. Zusätzlich entwickelt der Körper dem Heroin gegenüber eine Toleranz. Daraus folgt, dass die Dosis ständig erhöht werden muss, um die gleiche Wirkung zu erreichen. In der Folge muss mehr Heroin beschafft werden. Ausserdem untersteht diese Substanz dem BtMG, d.h. der Besitz, sowie der Erwerb und der Handel sind strafbar. Demnach ist die Heroinabhängigkeit zwangsläufig an verschiedenen Arten der Kriminalität gebunden.⁹ Die Droge Heroin wird zum Lebensinhalt und die Beschaffung zu einem Full-Time-Job.

Eine weitere psychosoziale Belastung stellt die Tatsache dar, dass die Drogenszene von Männern dominiert wird. Grund dafür ist zum einen die erheblich höhere Anzahl von heroinabhängigen Männern auf der Szene und zum anderen der überwiegend männliche Anteil an Dealern und Freiern von denen die Frauen abhängig

sind.¹⁰ An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass Frauen den Weg zu «harten» Drogen wie Heroin und damit auch den Weg in die Drogenszene durch männliche Konsumenten erfahren, deshalb stehen die Frauen u.a. an der untersten Position der Szenehierarchie. Dies macht sich ebenfalls in der Drogen- und Beschaffungskriminalität bemerkbar. Hier übernehmen Frauen primär untergeordnete Funktionen.¹¹ Fazit: «*Das Überleben in der von traditionellen Rollenstereotypen geprägten Drogenszene hat Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung von Frauen, ihre Überlebentechniken und Strategien der Drogenbeschaffung und Finanzierung.*»¹²

Kriminalität und...

Aufgrund des Preises von Heroin, der zur Zeit laut BKA (2004) bei durchschnittlich 50.– Euro pro Gramm liegt, des schwankenden Reinheitsgehalts des Stoffes¹³ sowie die ständig höheren Mengen der Substanz und die Illegalität der Droge tragen dazu bei, dass es nur in den seltensten Fällen möglich ist, die Kosten, die durch den Konsum bzw. der Sucht von Heroin entstehen auf legalen Wege zu erwirtschaften.¹⁴ Demnach geht delinquentes Verhalten mit Heroinsucht einher.

In der deutschsprachigen Literatur wird in drei Arten der Drogenkriminalität bei Frauen unterschieden: erstens die Prostitution, zweites die in-

direkte Beschaffungskriminalität und drittens die direkte Beschaffungskriminalität. Dabei wird in den seltensten Fällen nur eine Kriminalitätsform von den Frauen praktiziert, meisten handelt es sich um eine Mischform aus allen drei Typen.¹⁵

Als indirekte Beschaffungskriminalität wird die nicht drogenbezogene Kriminalität bezeichnet, die von Heroinabhängigen angewandt wird, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren; dazu zählen z. B. die Eigentumsdelikte, wie Diebstahl, Einbruch und Raub. Dabei geht aus Studien der Drogendelinquenz hervor, dass substanzabhängige Frauen weniger die schweren Straftaten, die oftmals mit Gewalt zusammenhängen (z. B. Raub, Einbruch oder Erpressung) verüben. Wenn sie an diesen kriminellen Handlungen beteiligt sind, dann meist als «Mitläufer» ihrer männlichen Kollegen und in einer untergeordneten Position.¹⁶ Demnach ist der Ladendiebstahl für Frauen bedeutsamer als Einkommensquelle.¹⁷ Allerdings trägt die indirekte Kriminalität bei heroinabhängigen Frauen, ebenso wie bei den Männern, nur in einer geringen Masse zur Drogenfinanzierung bei. Die Hauptfinanzierung erfolgt über die direkte Kriminalität und bei den Konsumentinnen zuzüglich durch die Beschaffungsprostitution.¹⁸ Die direkte Beschaffungskriminalität beinhaltet insbesondere den Drogenhandel und alles was damit in Verbindung steht. Es sei darauf hingewiesen, dass insbesondere in der Heroinszene der Drogenhandel

eine Männerdomäne ist, d.h. «...dass die weiblichen Aktivitäten im Drogenhandel entweder alltägliche, dem Drogenumgang immanente Handlungen wie Abgeben, Vermitteln und Verkaufen beinhaltet oder der Drogenhandel auf den unteren Ebenen des Strassenverkaufs stattfindet.»¹⁹ Weiterhin wurde in verschiedenen Studien festgestellt, dass Frauen eher Drogenhandel betreiben, um ihren eigenen Konsum (Eigenbedarf) zu finanzieren, während ihre männlichen Kollegen eher den Gewinn durch das Dealen anstreben.²⁰

...Prostitution

Prostitution²¹ hingegen ist eine Frauendomäne. «Prostitution ist als eine Dienstleistung zu verstehen, die in der Ausübung, Erduldung und Stimulation von sexuellen Handlungen gegen Entgelt oder andere materielle Güter wie z. B. Obdach oder Drogen besteht.»²² Wichtig ist dabei, dass die sexuellen Dienstleistungen freiwillig angeboten werden und das sie zeitlich begrenzt und von flüchtiger Art sind. Es sei aber in Frage gestellt in wie weit die Freiwilligkeit zu sehen ist, denn wie Heike Zurhold (2005) anmerkt: «Prostitution und Drogenkonsum stehen in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis, da die Prostitution zu einem verstärkten Drogenkonsum führen kann, um die Sexarbeit zu erleichtern.»²³ Auf der andern Seite lässt sich der Konsum von Drogen durch Prostitution gut finanzieren. Vor allem heroïnabhängige Frauen sind oftmals permanent gezwungen, durch Prostitution ihr Heroïn zu finanzieren. Sie haben früh gelernt, dass ihr Körper ihr wichtigstes Kapital ist.²⁴

Die Beschaffungs- bzw. Drogenprostitution weist nach Guggenbühl/Berger (2001) und Langer/Behr/Hess (2002) folgende Merkmale auf:

- Der Drogenkonsum stellt das Hauptmotiv für die Prostitutionstätigkeit dar.
- Die Beschaffungsprostitution befindet sich innerhalb der Prostitutionshierarchie auf unterster Position und findet überwiegend auf der Strasse und direkt in der Drogenszene statt. Das bedeutet für die Frauen, dass ihr Privat- und Arbeitsleben am gleichen Ort stattfindet und dadurch den Frauen kein geschützter Raum zur Verfügung steht, in dem sie sich zurückziehen könnten.

- Es besteht ein geringer Grad an Professionalität²⁵. Ausserdem arbeiten die Frauen in der Regel nur so lange, bis sie das Geld für den nächsten Druck erwirtschaftet haben, dies ist ein Grund, weshalb diese Prostituierten für Zuhälter uninteressant sind. Die Frauen sind zumeist auf sich selbst gestellt.²⁶

Aufgrund der Tatsache, dass sich Heroïnabhängigkeit und Prostitution interferieren, besteht bei süchtigen Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, ein erhöhtes Risiko der HIV-Infektion. Sie «...sind durch den gemeinsamen Spritzengebrauch und Spritzentausch sowie ungeschützten Geschlechtsverkehr potentiell gleich zweifach einem HIV-Ansteckungsrisiko ausgesetzt».²⁷ Die höhere HIV-Prävalenzrate bei sich prostituierenden Drogenkonsumentinnen wurde in überwiegend amerikanischen und auch europäischen Untersuchungen nachgewiesen.²⁸

Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland insbesondere im Freistaat Sachsen

In der Bundesrepublik Deutschland sind folgende Angebote im Bereich der Suchtkrankenhilfe vorzufinden:

- 1049 Beratungs- und Behandlungsstellen davon sind 360 Einrichtungen für Konsumierende und Süchtige von illegalen Drogen;
- 280 Fachkliniken mit 11 312 vollstationären Entwöhnungsplätzen, davon stehen 3631 für Drogensüchtige zur Verfügung;
- 448 ambulante Behandlungsangebote davon 129 für Konsumierende von illegalen Substanzen;
- 202 Einrichtungen für den Entzug mit Motivationsanteilen, 83 davon für Drogenabhängige;
- das Substitutionsangebot erreicht offiziell ca. 50 000 Opiatabhängige, davon befinden sich 25 679 Betroffene in Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Begleitung;
- weiterhin existieren 381 Einrichtungen für die Soforthilfe und Schadensminimierung davon sind 27 Notschlafstellen (12 für Konsumierende illegaler Substanzen);
- und 354 weitere niederschwellige Angebote wie z. B. Aufenthaltsräume, Hygieneangebote etc.
- ausserdem gibt es 11 488 Selbsthilfegruppen, davon sind 272 für Drogenkonsumierende.²⁹

Das Suchtkrankenhilfesystem im Freistaat Sachsen umfasst 46 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, fünf Suchtfachkliniken mit Adaptionmöglichkeiten für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie zwei Fachkliniken mit Adaptionmöglichkeiten für die Entwöhnung von illegalen Drogen. Weiterhin existieren in Sachsen neun sozialtherapeutische Einrichtungen für chronisch, mehrfachabhängige Menschen. Ausserdem gibt es sachsenweit ca. 400 Selbsthilfegruppen für süchtige Menschen sowie verschiedene Wohnangebote, z. B. Übergangswohnungen oder Notschlafstellen.³⁰

Abstinenzorientierte Angebote

In Sachsen wird die zielgerichtliche Abstinenz vermutlich nicht in allen 46 Drogenberatungsstellen angestrebt. Hilfe suchende Konsumierende können sich in den Beratungsstellen frei äussern. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Drogensuchtberatende unter Schweigepflicht stehen bzw. das Zeugnisverweigerungsrecht besitzen. Demnach dürfen keine Informationen an Dritte wie Polizei, Justiz oder Angehörige ohne Einverständnis der/s Beratenden weitergegeben werden. Dies ist besonders wichtig bei der Arbeit mit Konsumierenden illegaler Substanzen und speziell harter Drogen wie Heroïn. Ausserdem zeigen Beratungspersonen die verschiedenen Möglichkeiten der Suchthilfe (z. B. nur Beratung, stationäre oder ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung) auf. Dabei obliegt es den Hilfesuchenden zu entscheiden, ob und welche Hilfe sie annehmen. Die Freiwilligkeit hat dabei oberste Priorität.

Für Sachsen gilt, dass ferner 12 der 46 Beratungsstellen die fachliche Kompetenz für die Durchführung einer ambulanten Therapie besitzen. Von diesen 12 Einrichtungen befinden sich zwei in Chemnitz, die Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes und die Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V.³¹ Der Grossteil der ambulanten Einrichtungen befinden sich in den Grossstädten Sachsens, in Dresden und Leipzig, wobei sachsenweit Leipzig und Umgebung umgangssprachlich als «Hochburg» des Opiatkonsums bezeichnet wird. Dies wurde von Dr. Olaf Rilke, Leiter der SLS Geschäftsstelle sowie von den Mitarbeitern der SBB



Sperrbezirk



Alternative in Leipzig und der Kontaktstelle für Jugendsucht- und Drogenberatung in Chemnitz bestätigt. In Sachsen wird die strikt abstinenzorientierte Drogen- und Suchtarbeit von den zwei Fachkliniken für illegalen Drogenkonsum³² praktiziert – von Sirius, dem Therapeutischen Zentrum für Drogenabhängige in Grossrückerswalde, und von der Drogenklinik Moritzburg.

Akzeptierende Angebote

Die akzeptierende Drogen- und Suchthilfe basiert auf einer Behandlung der Konsumierenden als mündige und selbstverantwortliche und -bestimmende Personen. Darauf berufen sich insbesondere die niederschweligen Angebote (Kontaktläden, Spritzentausch, Streetwork, Konsumräume, Übernachtungsmöglichkeiten etc.) und sprechen deswegen die Betroffenen in ihrer individuellen Lebenslage an. Hier werden sie nicht vorverurteilt, wie es ihnen sonst bei einem grossen Teil der Bevölkerung widerfährt.³³ Insbesondere bei dem Kontakt mit Heroinkonsumierenden und deren Behandlung setzt sich der akzeptierende

Drogen- und Suchthilfeansatz durch und macht sie zugänglich für das Hilfesystem. Zum Beispiel werden die Notschlafgelegenheiten, wie sie im Alternative I in Leipzig existieren, gern von Heroinkonsumierenden beansprucht, da ein grosser Teil nur dort, durch den zwischenzeitlichen Abstand zur Drogenszene, zur Ruhe kommen sowie Hilfe (z. B. Beratung) vor Ort in Anspruch nehmen kann. Die sich prostituierenden Konsumentinnen können sich in den Notschlafstellen nach ihrer «Arbeit» ausruhen, ohne Angst vor ungewollten sexuellen Übergriffen und Gewalt haben zu müssen. Auch zeigen die zahlreichen Substitutionsbehandlungen (ca. 50 000 substituierte Opiatabhängige), welche auch zum akzeptierenden Ansatz gehören, dass Heroinkonsumierende erreicht werden.

«Die legale Versorgung des Abhängigen mit dem Suchtmittel entlastet ihn davon, sich dieses illegal auf der Szene besorgen bzw. schon im Vorfeld das hierfür nötige Geld mittels krimineller Handlungen beschaffen zu müssen. Zudem wird der Körper durch Wegfall der bei Heroinkonsum meist mehrfach täglich, oft unter katastrophalen hygienischen Bedingungen stattfindenden Injektionen und deren Folgeerscheinungen (Spritzenabszesse, Infektionen mit HIV, Hepatitis C etc.), entlastet.»³⁴ Dabei kann die Substitution für viele, speziell für Langzeitabhängige der erste Schritt zu einem «normalen» Leben sein. Doch Jürgen Friedrichs (2002) warnt davor in der Substitution eine mögliche Form der «Heilung» zu sehen, denn die Probleme von Heroinabhängigen lassen sich nicht pharmalogisch lösen, aber die Substitutionsbehandlung ist auf gesundheitspolitischer Ebene sehr wirksam, da sie eine Existenz und Überleben sichernde Massnahme ist.³⁵ Im Jahre 2004 wurden in Leipzig 426 drogenabhängige Personen offiziell substituiert, im Jahr zu vor waren es nur 273.³⁶ In wieweit Substitutionsbehandlung in Chemnitz stattfindet ist unklar, da zum einen die Heroinabhän-

gigen in geringer Zahl in Chemnitz und Umgebung vorhanden sind³⁷ und zum anderen die Konsumierenden sich zwar von Ärzten substituieren lassen, aber nur selten psychosoziale Begleitung von den Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen.

Laut dem SLS Geschäftsführer Dr. Olaf Rilke und nach dem Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe 2004 wird ersichtlich, dass 1956 Opiatklienten aus Sachsen bereits Kontakt zu Drogensuchtberatungsstellen haben, davon beträgt der Frauenanteil 25%. Es kann natürlich davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt.

Offiziell machen Frauen im Freistaat Sachsen einen Viertel der Heroinkonsumierenden aus. In wieweit für diese Frauen ein spezifisches Hilfeangebot vorliegt und wie dies aussehen könnte, wird im Folgendem betrachtet.

Frauenspezifische Drogen- und Suchtkrankenhilfe

In der Bundesrepublik Deutschland existieren nach Angaben der DHS 22 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen speziell für Frauen und von den 280 Fachkliniken zur Entwöhnung sind 11 für Frauen ausgerichtet.

Insbesondere für Frauen, die abhängig von illegalen Drogen sind, steht folgendes Drogen- und Suchthilfesystem in Deutschland zur Verfügung:

- insgesamt 9 Anlaufstellen in Berlin, Bremen, Frankfurt/Main und Hamburg;
- insgesamt 10 Drogen- und Suchtberatungsstellen in Berlin, Essen, Frankfurt/Main, Freiburg, Hannover, München, Nürnberg und Stuttgart;
- insgesamt 4 Drogen- und Suchtberatungsstellen mit speziellen Angeboten für Schwangere sowie Mütter mit Kindern in Bremen, Essen, Land Hessen, Hamburg, Karlsruhe und München
- insgesamt 8 therapeutische Frauenwohngemeinschaften in Berlin, Bremen und Frankfurt/Main
- insgesamt 10 Einrichtungen für betreutes Wohnen und für Nachsorge in Berlin, Bremen, Frankfurt/Main, München und Stuttgart³⁸

Aus dieser Aufzählung wird ersichtlich, dass sich die Angebote vorrangig in Ballungsgebieten und Grossstädten befinden, da dort eine offene Drogen-



Wirksam
Subutex®
bei Opiatabhängigkeit

Gekürzte Fachinformation: **Präparatname:** Subutex® **Wirkstoff:** Buprenorphin, Buprenorphin Hydrochlorid. Sublingualtabletten zu 0,4 mg, 2 mg oder 8 mg Buprenorphinum. Excip. pro compr. **Indikation:** Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit, im Rahmen einer medizinischen, sozialen und psychologischen Behandlung. **Dosierung:** Initialdosis: 0,8–4 mg/Tag. Dosisanpassung und -erhaltung: Die Subutex®-Dosis sollte entsprechend dem Ansprechen und dem klinischen und psychologischen Status des Patienten individuell angepasst werden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin oder gegen einen anderen Bestandteil des Präparates. Asthma oder respiratorische Insuffizienz (Fälle von Atemdepression unter Buprenorphin sind aufgetreten). Schwere hepatische Insuffizienz, akuter Alkoholabusus, Stillperiode, Kinder/Jugendliche unter 16 Jahren. **Vorsichtsmassnahmen:** Subutex® Sublingualtabletten werden nur für die Behandlung von Opioidabhängigkeit empfohlen. Subutex® sollte mit Vorsicht angewendet werden bei Patienten mit renaler Insuffizienz. Patienten, die Zeichen einer akuten Intoxikation mit Opiaten oder anderen psychotropen Substanzen aufweisen, sollen wegen einer möglichen Verstärkung des Intoxikationszustandes nicht mit Buprenorphin behandelt werden. **UAW:** Das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen hängt von der Toleranzschwelle des Patienten ab. Diese ist bei Drogensüchtigen im Allgemeinen höher als bei der Allgemeinbevölkerung: Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Asthenie, Obstipation, Schläfrigkeit, Übelkeit und Schwitzen, gelegentlich Erbrechen und Benommenheit. In seltenen Fällen Atemdepression, hepatische Nekrose, Hepatitis, Halluzinationen, Bronchospasmus, angioneurotisches Ödem (Quincke-Ödem) und anaphylaktischer Schock. Orthostatische Hypotension und Mattigkeit wurden in seltenen Fällen unter der Behandlung mit anderen Buprenorphinhaltigen Präparaten beobachtet. Patienten mit schwerer Drogenabhängigkeit können bei initialer Buprenorphinverabreichung Entzugserscheinungen zeigen, die ähnlich denen unter Naloxon sind. **Interaktionen:** Subutex® sollte nicht zusammen mit alkoholhaltigen Getränken oder alkoholhaltigen Medikamenten eingenommen werden. Die Kombination mit Benzodiazepinen kann eine zentrale Atemdepression verstärken. Die Kombination von Subutex® mit anderen ZNS-Hemmstoffen wie andere Opioidderivate (Analgetika und Antitussiva), bestimmte Antidepressiva, sedative H₁-Rezeptor-Antagonisten, Barbiturate, Anxiolytika, Neuroleptika, Clonidin und verwandte Substanzen, verstärkt die zentral hemmenden Effekte und kann beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen gefährlich werden. **Sonstige Hinweise:** Subutex® untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe. Die behördlichen (insbesondere kantonalen) Bestimmungen sind zu beachten. Bei Raumtemperatur (15–25 °C) und trocken lagern. Abgabekategorie A. Ausführliche Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz. **Vertrieb:** Essex Chemie AG, Luzern.

Für die Integration von Opiatsubstitutions- Patienten^{1, 2, 3}



Bei Fragen wenden Sie sich an die Subutex® Hotline:
0840 878787

¹ Kagerer S., Soyka M., Substitution mit Buprenorphin und Fahrtauglichkeit – Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung. Suchtmed (2002) 4 (1) 17 - 24

² Freye E., Opioid in der Medizin. Berlin: Springer Verlag (2004)

³ Hendree E., Jones H., Practical Considerations for the clinical use of Buprenorphine. Science & Practice Perspectives (2004) 4 August: 4 - 23

szenen vorzufinden ist. Doch wie der vorangehende Abschnitt, die SLS und Mitarbeiter des Alternative I und II in Leipzig bestätigen, befindet sich auch in der sächsischen Stadt Leipzig eine aktive Drogenszene, der bundesweit auch im Bereich frauenspezifisches Drogen- und Suchthilfe mehr Beachtung zugeschrieben werden sollte. Zusätzlich sind sachsenweit etwa 489 Frauen heroinabhängig und für diese existieren keine Anlaufstellen, SBB oder Ähnliches, welche ausschließlich drogenabhängigen Frauen zugänglich sind. Es lässt sich aber stark vermuten, dass zumindest in einigen gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen in Form professionell angeleiteter Selbsthilfegruppen oder in Einzelberatungen auf die besondere Problemlage der betroffenen Frauen eingegangen wird. Dennoch, Fakt ist, in Sachsen fehlt es an frauenspezifischen Angeboten für heroinabhängige Konsumentinnen.

Schlussbemerkung

Während bekannte «Drogenstädte» wie Berlin, Hamburg und Frankfurt/Main mittlerweile über ein gut vernetztes Suchtkrankenhilfesystem mit speziellen Angeboten jeglicher Art für drogenabhängige Frauen verfügen, kämpft Leipzig mit der Zunahme von Heroinkonsumierenden und einem ausbaufähigen Suchtkrankenhilfesystem. Es ist bereits eine offene Drogenszene entstanden, die anwächst und ich vermute, dass, wenn das Suchthilfesystem nicht bald erweitert wird und zielgruppenorientiert auch die Konsumentinnen anspricht, insbesondere Sachsens heroinabhängige Frauen noch unerreichbarer sein werden, als sie es jetzt schon sind. ■

Literatur- und Quellenverzeichnis

- **Alfermann, Dorothee, 1996:** Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer.
- **Arenz-Greiving, Ingrid, 1994:** Elternsuchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- **BMFSFJ, 1999:** Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Untersuchung zur gesundheitlichen Situation in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.
- **BKA, 2004:** Bundeslagebild Rauschgift 2003. Wiesbaden.
- **Friedrichs, Jürgen, 2002:** Drogen und soziale Arbeit. Opladen: Leske+Budrich.
- **Guggenbühl, Lisa/Berger, Christa, 2001:** Subjektive Risikowahrnehmung und Schutzstrategien sich prostituierender Drogenkonsumentinnen. Eine qualitative Studie unter besonderer Berücksichtigung HIV-relevanten Risiko- und Schutzverhaltens. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Schweiz.
- **Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung, 2004:** Jahresbericht 2004. Chemnitz.
- **Langer, Anje/Behr, Rafael/Hess, Henner, 2002:** «Krass drauf». Aus der Lebenswelt von Drogenprostituierten. Kriminologisches Journal, 34 Jg., 4, Hamburg; S. 288-297.
- **Leune, Jost, 2004:** Die Versorgung suchtkrank Menschen – Daten, Fakten und allgemeine Behandlungszahlen. In: DHS (2004): Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland, S. 137-150.
- **Nunner-Winkler, Gertrud, 2003:** Geschlecht und Gesellschaft. In: Joas, Hans (2003): Lehrbuch der Soziologie. 2. Auflage. Frankfurt/New York: Campus Verlag: S. 265-288.
- **Schneider, Wolfgang, 2005:** Akzeptierende Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd / Schneider, Wolfgang (2005): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 268-281.
- **Singerhoff, Lorelies, 2002:** Frauen und Sucht. Weinheim/Basel: Beltz.
- **SLS e.V., 2004a:** Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Jahresbericht 2004. Dresden.
- **SLS e.V., 2004b:** Verzeichnis der Suchtselbsthilfe, der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe im Freistaat Sachsen. Dresden.
- **Stadt Leipzig, 2005:** Suchtbericht der Stadt Leipzig.
- **Vogt, Ingrid, 2004:** Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim/Basel: Beltz.
- **Zeitler, Daniela, 2001:** Das Versorgungssystem im Suchtbereich – Ist-Stand und Perspektiven. In: Tretter, Felix, 2001: Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, S. 305-327
- **Zurhold, Heike, 1998:** Kriminalität und Kriminalisierung drogengebrauchender Frauen. Kritische Analyse der justitiellen Sanktionspraxis und Möglichkeiten der Depenalisierung. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

- **Zurhold, Heike, 2005:** Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Fussnoten

- ¹ Nummer-Winkler, 2003: 267
- ² vgl. Nummer-Winkler, 2003: 273
- ³ Alfermann, 1996: 31f
- ⁴ vgl. Nummer-Winkler, 2003: 272
- ⁵ vgl. Alfermann, 1996: 34f
- ⁶ vgl. Alfermann, 1996: 33; vgl. Nummer-Winkler, 2003: 273
- ⁷ Roswitha Soltau in Arenz-Greiving, 1994: 18
- ⁸ vgl. Singerhoff, 2002: 128
- ⁹ vgl. Singerhoff, 2002: 128
- ¹⁰ vgl. Zurhold, 1998: 64
- ¹¹ vgl. Zurhold, 1998: 67
- ¹² Zurhold, 1998: 67
- ¹³ vgl. BKA, 2004: 26, 31
- ¹⁴ vgl. Singerhoff, 2002: 128
- ¹⁵ vgl. Zurhold, 1998: 69f
- ¹⁶ vgl. Zurhold, 1998: 72f
- ¹⁷ vgl. Langer/Behr/Hess, 2002: 290
- ¹⁸ vgl. Zurhold, 1998: 72f; vgl. Zurhold, 2005: 20; Langer/Behr/Hess, 2002: 290
- ¹⁹ Zurhold, 1998: 74
- ²⁰ vgl. Mieczkowski 1994 in Zurhold 1998, S. 75
- ²¹ Prostitution ist zwar essenziell nicht in Deutschland verboten, dennoch gilt sie nach einer höchst richterlichen Rechtsprechung weiterhin als eine sittenwidrige Tätigkeit. Demnach wird Prostitution auch nicht als Beruf anerkannt und somit ist kein arbeitsrechtlich abgesichertes Beschäftigungsverhältnis möglich, wo Frauen der Prostitution nachgehen könnten (vgl. BMFSFJ 1999, S. 510).
- ²² Zurhold, 2005: 19
- ²³ Zurhold, 2005: 19
- ²⁴ vgl. Singerhoff, 2002: 129
- ²⁵ «Beschaffungsprostituierte wissen über Preise, gängige Dienstleistungen und Praktiken sowie Schutzmassnahmen nur unzureichend Bescheid und identifizieren sich nicht mit der Prostitution. Es fehlt ihnen die professionelle Distanz, wodurch nicht-professionelle Verhaltensweisen (insb. Konzessionen gegenüber Freiern) begünstigt werden» (Guggenbühl/Berger 2001, S. 16).
- ²⁶ vgl. Guggenbühl/Berger, 2001: 14ff; Langer/Behr/Hess, 2002: 288ff
- ²⁷ Guggenbühl/Berger, 2001: 17
- ²⁸ vgl. Zurhold, 2005: 26ff
- ²⁹ vgl. Leune, 2004: 142f
- ³⁰ vgl. SLS e.V., 2004a: 35
- ³¹ vgl. SLS e.V., 2004b
- ³² Die anderen fünf Kliniken sollen an dieser Stelle vernachlässigt werden, da sich diese Arbeit mit der illegalen Drogenabhängigkeit speziell Heroin beschäftigt.
- ³³ vgl. Schneider, 2005: 271
- ³⁴ Zeitler, 2001: 315
- ³⁵ vgl. Friedrichs, 2002: 75
- ³⁶ vgl. Stadt Leipzig, 2005: 27
- ³⁷ vgl. Jahresbericht 2004 der Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung
- ³⁸ vgl. Vogt, 2004: 363