

SUBSEX - Lust und Rausch: Kontexte von Substanzkonsum und Sexualität

Abschlussbericht

an das Bundesministerium für Gesundheit

über die Projektlaufzeit vom
01.03.2019 bis 31.01.2022

Vorgelegt von:

Prof. Dr. Daniel Deimel

Niels Graf, M.A.

Laura Arasteh-Roodsary, M.A.

Köln, 08.03.2022

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1 Titel und Verantwortliche

| | |
|-----------------------|--|
| Titel | SUBSEX – Lust und Rausch: Kontexte von Substanzkonsum und Sexualität |
| Förderkennzeichen: | ZMVI1-2519DSM212 |
| Fördersumme: | 216.365 € |
| Projektleitung: | Prof. Dr. Daniel Deimel |
| Projektmitarbeitende: | Niels Graf, M.A. (04.2019-10.2021) Laura Arasteh-Roodsary, M.A. (07.2021-01.2022) Daria Kunst, M.Sc. (11.2021-01.2022) Dustin Sattler, B.A. Soz. Arb. (04.2019-06.2020) Anna Belthle, B.A. Soz. Arb. (01.2020-09.2021) |
| Kontakt | Prof. Dr. Daniel Deimel Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (katho) Deutsches Institut für Sucht- & Präventionsforschung (DISuP) Robert-Schumann-Str. 25 52066 Aachen Tel.: +49-241-60003-123 Fax: +49-241-60003-88 Email: d.deimel@katho-nrw.de |
| Laufzeit | 01.03.2019 bis 31.01.2022 |

Zitervorschlag:

Deimel, D., Arasteh-Roodsary, L., Graf, N. (2022). SUBSEX – Lust und Rausch. Kontexte von Substanzkonsum und Sexualität. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

2 Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 1 Titel und Verantwortliche..... | 2 |
| 2 Inhaltsverzeichnis..... | 3 |
| 3 Zusammenfassung..... | 5 |
| 4 Einleitung..... | 6 |
| 4.1 Hintergrund und Ziele..... | 6 |
| 4.2 Projektstruktur..... | 7 |
| 4.3 Forschungsstand..... | 7 |
| 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik..... | 10 |
| Teilziel 1: Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität..... | 11 |
| Teilziel 2: Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität..... | 13 |
| Teilziel 3: Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis..... | 15 |
| Teilziel 4: Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt..... | 16 |
| 6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan..... | 16 |
| 7 Ergebnisse..... | 18 |
| Qualitative Expert*inneninterviews..... | 19 |
| Quantitative Querschnittserhebung unter Rehabilitand*innen..... | 24 |
| Fokusgruppendifkussionen..... | 63 |
| 8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung..... | 67 |
| 9 Gender Mainstreaming Aspekte..... | 69 |
| 10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse..... | 70 |
| 11 Verwertung der Projektergebnisse..... | 71 |
| 12 Publikationsverzeichnis..... | 72 |
| 13 Literaturverzeichnis..... | 73 |

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten, die zur erfolgreichen Umsetzung des Forschungsvorhabens „SUBSEX – Lust und Rausch“ beigetragen haben.

Zunächst gilt unser Dank dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung des Projektes. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates haben uns bei der Konzeption und Durchführung der Studie fachlich beraten und wichtige Impulse gegeben.

Weiterhin möchten wir allen beteiligten Praxiseinrichtungen danken, die gemeinsam mit uns die Realisation des Projekts möglich gemacht haben.

Das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die hohe Flexibilität, die die Jahre 2020 und 2021 in besonderem Maße erforderten, haben maßgeblich zum Erfolg beigetragen.

Zuletzt sprechen wir selbstverständlich auch den 490 Patient*innen, die sich an der Befragung beteiligt haben, unseren Dank aus. Ohne sie wäre die Studie nicht möglich gewesen.

Köln, im März 2022

Für das gesamte Forschungsteam.

Prof. Dr. Daniel Deimel

3 Zusammenfassung

Das Projekt SUBFAN – Lust und Rausch ist eine multizentrische sequenzielle mixed-methods Studie, in dessen Rahmen der Themenkomplex des sexualisierten Substanzkonsum und sich daraus ergebene Implikationen für die Beratung und Behandlung von Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen eingehend beleuchtet wurde.

Ausgangspunkt für diese Forschungsarbeit waren die Ergebnisse unserer vorhergehenden Forschungen zu dem Phänomen „Chemsex“ bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) (Deimel et al. 2016, Graf et al. 2018, Schecke et al. 2019, Bohn et al. 2020). In dieser spezifischen Subgruppe von MSM hat der Konsum von Methamphetamin, Ketamin GHB/GBL und Mephedron eine hohe Relevanz beim Ausleben der eigenen Sexualität. Die starke Verknüpfung von sexuellen Handlungen und Substanzkonsum lassen diese Themenfelder miteinander verschmelzen, was unweigerlich Implikationen für eine spezifische Suchtberatung und Suchtrehabilitation mit sich bringt. Durch das Forschungsprojekt „Subsex – Lust und Rausch“ haben wir die Perspektive erweitert und erstmalig umfänglich erkundet, inwiefern sexualisierter Substanzgebrauch ein grundsätzliches und zentrales Thema sowohl für Patient*innen der Suchtrehabilitation als auch als Thema in der Behandlung für die dort tätigen Therapeut*innen darstellt. Die Studie fußt auf einem sequenziellen mixed-methods Ansatz: In einem ersten Schritt wurden n = 30 Therapeut*innen der Suchtrehabilitation zu ihren Erfahrungen befragt, inwiefern Sexualität ein relevantes Thema in der Suchttherapie darstellt und welche Faktoren die Bearbeitung beeinflussen. In einem zweiten Schritt haben wir n = 490 Patient*innen in 11 ambulanten und stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen zum Themengebiet Sexualität und Substanzkonsum befragt. Neben der Häufigkeit des sexualisierten Substanzkonsum, eingesetzte Substanzen und Konsummotiven wurden zudem Daten zur Sexualität, sexuellen Gesundheit und Rückfallrisiken im sexuellen Setting erhoben. Die Ergebnisse des quantitativen Studienteils wurden dann im Rahmen von 3 Fokusgruppen mit n = 21 Suchttherapeut*innen diskutiert und weitere Implikationen für eine bedarfsgerechte Therapie hergeleitet.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sowohl Männer als auch Frauen jeglicher sexueller Orientierung sexualisierten Substanzkonsum betreiben. Die Konsummotive und Hintergründe unterscheiden sich jedoch voneinander. Für eine relevante Größe der Suchtpatient*innen stellen sexuelle Settings ein subjektives Rückfallrisiko dar. Im Kontrast zu dieser Relevanz existieren Barrieren, die einer angemessenen Bearbeitung der Problematik im Rahmen der Suchtrehabilitation im Wege stehen. Aus Sicht der Therapeut*innen besteht ein Weiterbildungsbedarf und Sensibilisierung für das Themengebiet „Sexualberatung“ sowie spezifische Anamnese-Instrumente und Behandlungskonzepte in den Einrichtungen.

4 Einleitung

4.1 Hintergrund und Ziele

Substanzkonsumierende Personen gelten als Population mit einem vergleichsweise hohen sexuellen Risikoverhalten, die – intendiert oder ungeplant – regelmäßig Sex unter dem Einfluss von psychotropen Substanzen haben. Dieser Effekt wurde insbesondere für stimulierende Substanzen aufgezeigt (z. B. Hamilton Brown et al. 2005), gilt aber auch für Alkohol und eher dämpfende Substanzen (Eaton et al. 2015; Sun/Eisenberg 2017). Aus der Forschung sind darüber hinaus vielfältige Zusammenhänge zwischen Sexualität und Substanzkonsum bekannt, wie etwa ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko bei sexuellen Missbrauchserfahrungen (Simpson/Miller 2002; Schäfer et al. 2016) oder die enthemmende Wirkung spezifischer Substanzen, die sexuelle Kontakte erleichtern und intensivieren (Rawson et al. 2002). Diese Zusammenhänge deuten darauf hin, dass sexuelles Erleben auch nach Abschluss der Suchttherapie ein Rückfallrisiko darstellen könnte. Zugleich wird der Sexualität trotz ihrer offenbar hohen Relevanz für Prävention, Beratung und Behandlung von substanzgebrauchenden Personen wenig Beachtung in der Suchtberatung und -therapie beigemessen (Braun-Harvey 2011; Bowden-Jones 2017).

Allerdings werden Zusammenhänge zwischen Sexualität und Substanzkonsum bislang vorwiegend im Hinblick auf sehr spezifische Gruppen diskutiert – insbesondere im Hinblick auf das Phänomen Chemsex, das den (geplanten) Substanzkonsum von schwulen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), unmittelbar vor oder während dem Sex beschreibt (Hibbert et al. 2021) und mit Bezug auf jüngere Party-/Clubbesucher*innen (Palamar et al. 2018). Daher ist unklar, inwiefern die bisherigen Erkenntnisse auf breitere Gruppen substanzgebrauchender Personen, wie etwa in der Suchtrehabilitation, übertragbar sind. Bislang existieren keine Studien (dies gilt insbesondere für den deutschsprachigen Raum), welche die Zusammenhänge und Dynamiken zwischen Suchtmittelkonsum und Sexualität explizit und umfänglich abbilden.

Das Forschungsprojekt "SUBSEX – Lust und Rausch: Kontexte von Substanzkonsum und Sexualität" trug dazu bei, diese Lücke zu schließen, indem es am Beispiel der Suchtrehabilitation mittels eines sequenziellen mixed-methods-Designs folgende Zielsetzungen verfolgte:

1. Analyse der Motive und Ursachen von Substanzkonsum im Rahmen von Sexualität (z. B. Funktionalität beim Ausleben der Sexualität; Problembewältigung im Zusammenhang der sexuellen Identität; gesteigerte sexuelle Performanz)

2. Folgen des Substanzkonsums für die Sexualität (z. B. sexuelle Risikosituationen; sexuelle Funktionsstörungen als Folge des Substanzkonsums; traumatische Erlebnisse in sexuellen Kontexten)

3. Umgang mit der Bearbeitung von Sexualität innerhalb der Suchttherapie sowie Identifikation von Barrieren und Beispielen gelingender Praxis

Somit sollte erstmalig der Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität umfänglich betrachtet und analysiert werden, um auf dieser Grundlage Empfehlungen für eine zielgenaue Suchtrehabilitation und Suchtberatung entwickeln zu können. Es sollte hierdurch zu einer optimierten und bedarfsgerechten Versorgung von Patient*innen in Einrichtungen der Suchthilfe beigetragen werden.

4.2 Projektstruktur

Das Forschungsprojekt fand unter der Leitung von Prof. Dr. Daniel Deimel statt. Der Projektleiter Prof. Dr. Daniel Deimel hatte die generelle Projektsteuerung inne und begleitete die Tätigkeiten der Wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen Niels Graf, Laura Arasteh-Roodsary und Daria Kunst. Niels Graf übernahm als Projektkoordinator einerseits insbesondere die Koordination mit den zehn ambulanten und stationären Partnereinrichtungen des Forschungsprojekts sowie mit dem für das Projekt gegründeten Wissenschaftlichen Beirat bestehend aus Dr. Dirk Sander (Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin), Prof. Dr. Heino Stöver (Institut für Suchtforschung, Frankfurt), Hannes Ulrich und Umut Özdemir (jeweils Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Charité Berlin), mit dem die Erhebungsschritte und –instrumente im Projektverlauf diskutiert wurden. Andererseits war er gemeinsam mit Laura Arasteh-Roodsary und Daria Kunst, die im späteren Projektverlauf ebenfalls als Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen im Projekt tätig waren, hauptverantwortlich für die einzelnen Projektschritte und Arbeitspakete (siehe Kap. 5).

4.3 Forschungsstand

Die Forschung zu Zusammenhängen von Substanzkonsum und Sexualität konzentriert sich bislang auf sehr spezifische Themenfelder und Konsument*innengruppen. Hinsichtlich der Themenfelder liegt der Fokus der Forschung auf sexuellem Risikoverhalten in Zusammenhang mit Substanzkonsum. Dieser Forschungsstrang zeigt relativ einhellig, dass mit Substanzkonsum die Wahrscheinlichkeit riskanten Sexualverhaltens entlang verschiedener Dimensionen (Anzahl wechselnder Sexualpartner*innen, steigende Bereitschaft zu sexuellen Handlungen, ungeschützter Geschlechtsverkehr, riskante sexuelle Praktiken) zunimmt und demnach unter

substanzgebrauchenden Personen auch relativ hohe Raten an HIV und sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) zu beobachten sind (Ross/Williams 2001; Berry/Johnson 2018). Entsprechend dieses Fokus dominieren in diesem Forschungsstrang Studien zu Gruppen, die ohnehin als HIV-/STI-"Risikogruppen" gelten - insbesondere MSM, intravenös Drogenkonsumierende, Sexarbeiter*innen und jüngere Menschen (Baseman et al. 1999; Semple et al. 2004; Cazavos-Rehg et al. 2011; Prestage et al. 2018).

Ein weiterer thematischer Fokus liegt auf sexuellen Funktionsstörungen infolge (anhaltenden) Substanzkonsums. Es existieren einige wissenschaftliche Befunde, die eine Verbindung von Substanzkonsum und daraus resultierenden sexuellen Funktionsstörungen darlegen (Hallinan 2021). Dies gilt insbesondere mit Blick auf langfristigen Alkoholkonsum. So zeigen beispielsweise Schmidt und Berner (2013), dass chronischer Alkoholmissbrauch in 90% der Fälle zu sexuellen Funktionsstörungen wie Erektionsstörungen oder verminderter sexueller Appetenz führt. Aber auch für Substanzen wie Cannabis, Kokain, Heroin/Heroin und Amphetamine konnte gezeigt werden, dass deren langfristiger Konsum zu vielfältigen sexuellen Funktionsstörungen führen kann (Johnson et al. 2004, Hallinan 2021). Dieser Forschungsstrang stellt somit insofern eine Verbindung zur Suchtrehabilitation dar, als mit dem Fokus auf chronischem Konsum und sexuellen Funktionsstörungen häufig sexuelle Funktionsstörungen von Patient*innen in der Suchttherapie analysiert werden (Palha/Esteves 2002).

Der dritte thematische Fokus liegt auf Assoziationen von sexuellen Missbrauchserfahrungen und Substanzgebrauch. In diesem Forschungsstrang wird herausgestellt, dass sexuelle Missbrauchserfahrungen allgemein zu einem höheren Maß an Substanzgebrauch führen und insbesondere mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von missbräuchlichem Konsum verbunden sind (Kaukinen & DeMaris 2005; Shand et al. 2011; Wieland/Klein 2018). Auch in diesen Studien wird teilweise eine Verbindung zur Suchtrehabilitation hergestellt, da die zugrundeliegenden Samples oft aus Patient*innen in der Suchttherapie bestehen. Simpson und Miller (2002) zeigen beispielsweise auf, dass 22% der Klient*innen in der Suchthilfe in der Vergangenheit sexuellen Missbrauch erlebt haben.

Abgesehen von diesen thematischen Fokussierungen konzentriert sich die Forschung zu Zusammenhängen von Substanzgebrauch und Sexualität, wie einleitend bereits dargelegt, auf zwei spezifische Gruppen, nämlich drogengebrauchender MSM, die Chemsex betreiben und in diesem Sinne vor oder während dem Sex gezielt Substanzen zum Sex einsetzen sowie vorwiegend jüngere Party-/Clubbesucher*innen, die – ebenso wie MSM – sexuell vergleichsweise aktiv sind und Substanzen mehr oder weniger gezielt zum Sex einsetzen. Neben der generellen Feststellung, dass in diesen Gruppen ein erhöhtes sexuelles Risikoverhalten deutlich mit Substanzgebrauch assoziiert ist, werden im Unterschied zu den benannten Studien

lediglich in diesen Studien auch Kontexte und Motivationen des Substanzgebrauchs in sexuellen Settings in den Blick genommen. Zusammengefasst zeigen Studien zu beiden Gruppen auf, dass Konsument*innen insbesondere unter dem Einfluss stimulierender und entaktogener Substanzen wie Amphetaminen, Methamphetamin oder Ecstasy/MDMA sexuell enthemmende, lust- und leistungssteigernde Effekte wahrnehmen, weshalb sie diese Substanzen teils gezielt zur Leistungssteigerung und Intensivierung sexueller Gefühle im Rahmen sexueller Kontakte und Aktivitäten einsetzen (Kennedy et al. 2010; Bourne et al. 2014; Eul/Verres 2016; Palamar et al. 2018). Ähnliches gilt laut diesen Studien in allerdings begrenzterem Umfang auch für Alkohol, wohingegen eher sedierend wirkende Substanzen, insbesondere Heroin/Opiate tendenziell zu einer Abschwächung sexueller Phantasien und sexuellen Verlangens führten (Rawson et al. 2002; Palamar et al. 2018).

Zusammengefasst fokussiert sich die Forschung zu Zusammenhängen von Substanzgebrauch und Sexualität auf sehr spezifische Themenfelder und substanzgebrauchende Personen, sodass unklar bleibt, inwiefern bisherige Erkenntnisse auf andere, insbesondere soziokulturell weniger abgegrenzte Konsument*innengruppen übertragbar sind. In diesem Sinne ist auch die bisherige Evidenz zu Patient*innen in der Suchtrehabilitation jenseits der Fragen nach sexuellen Missbrauchserfahrungen und sexuellen Funktionsstörungen überaus begrenzt. Die einzigen beiden Studien, die sich Zusammenhängen von Substanzgebrauch und Sexualität in einem weiteren Sinne am Beispiel von Patient*innen in der Suchttherapie widmen, stammen von Calsyn et al. (2010) sowie Bosma-Bleeker und Blaauw (2018). Calsyn et al. (2010) zeigen dabei am Beispiel von männlichen Suchttherapiepatienten in den USA auf, dass die Mehrheit der Patienten in der Vergangenheit gezielt Substanzen zum Sex eingesetzt haben und der Ansicht sind, dass Substanzgebrauch zu intensiveren sexuellen Erfahrungen beiträgt und die Wahrscheinlichkeit sexueller Begegnungen erhöht. In ähnlicher Weise zeigen Bosma-Bleeker und Blaauw (2018) in einer niederländischen Studie auf, dass über die Hälfte der Patient*innen (ohne dabei auf evtl. geschlechtsspezifische Differenzen einzugehen) von einer Steigerung sexueller Gefühle (höheres sexuelles Interesse, höhere sexuelle Lustgefühle, höhere Performanz und häufigere sexuelle Aktivitäten) berichteten, wobei dies in besonderem Maße für Patient*innen mit dem primären Konsum von Stimulanzien gilt.

Beide Studien deuten somit darauf hin, dass Sex unter dem Einfluss von Substanzen von Patient*innen in der Suchttherapie im Vergleich zu "nüchternem Sex" als lohnenswerter wahrgenommen wird und sexuelle Aktivitäten demnach ein Rückfallrisiko darstellen könnten. Patient*innen in der Suchttherapie könnten demnach von einer Thematisierung von Sexualität in der Suchtrehabilitation profitieren. Allerdings wird das Thema Sexualität in der Suchtrehabili-

tation kaum berücksichtigt (Braun-Harvey 2011; Bowden-Jones 2017). In der einzigen uns bekannten explizit empirischen Studie zur Thematisierung von Sexualität in der Suchttherapie hat Demmel (2010) in diesem Sinne aufgezeigt, dass rund die Hälfte der 141 untersuchten männlichen Suchtpatienten den Wunsch nach einer Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Therapie äußerten, aber lediglich 18,8% der alkoholabhängigen und 25% der drogenabhängigen Patienten tatsächlich von einer entsprechend stattgefundenen Thematisierung berichteten. Auch 67,2% der befragten Therapeut*innen gaben an, dass Sexualität in der Therapie kaum thematisiert würden, wobei als Gründe vor allem Unsicherheit, Zeitmangel und die Angst, Patient*innen in Verlegenheit zu bringen, genannt wurden.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das übergeordnete Ziel des Forschungsprojekts bestand darin, Zusammenhänge und Dynamiken von Substanzkonsum und Sexualität bei Patient*innen in der Suchtrehabilitation abzubilden und zu analysieren. Zu diesem Zweck wurde auf einen mixed-methods-Ansatz mit einem sequentiellen Design zurückgegriffen (Döring/Bortz 2016), welches sich in drei Phasen unterteilt. Die im Projektantrag benannten forschungs- und praxisrelevanten Teilziele des übergeordneten Forschungsziels spiegeln sich im Wesentlichen in diesen drei Phasen wider. Daher wird die Vorgehensweise der Datenerhebung und -auswertung im Folgenden mithilfe der jeweiligen Indikatoren zur Messung der Erreichung der forschungs- und praxisrelevanten (Teil)Ziele dargestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1: (Teil-)Ziele und Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

| (Teil-)Ziele | Indikatoren zur Messung der Zielerreichung |
|--|---|
| 1. Kenntnisk Gewinn zur Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität | Durchführung von n = 25 qualitativen Interviews mit Behandler*innen aus der Suchtrehabilitation |
| 2. Kenntnisk Gewinn zum Thema Substanzkonsum und Sexualität | Generierung von Informationen zum Substanzkonsum & Sexualität von n = 500 Patienten mit divergenten Hintergründen (Alter, Geschlecht, sexuelle Identität, Substanzabhängigkeit) |
| 3. Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung erstellen | Diskussion und Ableitung von Handlungsempfehlungen durch Fokusgruppen mit n = 25 Personen |
| 4. Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt | Mindestens 3 Publikationen sowie Projektpräsentationen auf 3 Kongressen |

Teilziel 1: Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität

Die erste Phase des Forschungsprojekts basierte auf einem qualitativen Forschungsansatz. Es sollten leitfadengestützte Expert*inneninterviews (n = 25) mit Fachkräften aus den beteiligten ambulanten und stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden. Die Expert*inneninterviews zielten insbesondere darauf ab, zu eruieren, inwiefern die Fachkräfte Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Sexualität als relevantes Thema für die Suchtrehabilitation erachten und wie der Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität im Rahmen der Suchtrehabilitation ggf. bearbeitet und behandelt wird.

Wie Tabelle 2 zeigt, konnten statt der vorgesehenen 25 Expert*inneninterviews 30 Interviews mit Fachkräften aus den beteiligten Einrichtungen durchgeführt werden. Insgesamt nahmen 18 weibliche und 12 männliche Fachkräfte teil. Im Schnitt waren die interviewten Fachkräfte 44 Jahre alt, wobei die jüngsten und ältesten Fachkräfte zum Zeitpunkt der Durchführung 27 bzw. 65 Jahre alt waren. Entsprechend des unterschiedlichen Alters variierte die Berufserfahrung der interviewten Fachkräfte wie erwartet teils erheblich. Die interviewten Fachkräfte hatten außerdem unterschiedliche berufliche Hintergründe (insb. Sozialarbeit/Suchttherapie sowie Psychologie/Psychologische Suchttherapie) und waren zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung mehrheitlich für die Bezugstherapie verantwortlich (n = 23), übernahmen aber auch Leitungsfunktionen (n = 6) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Überblick über die interviewten Fachkräfte

| Geschlecht | | Durchschnittsalter | Berufserfahrung |
|--------------------------------|----|---------------------------|------------------------|
| Frauen | 18 | 44 Jahre (27-65) | 11 Jahre (1-25) |
| Männer | 12 | | |
| Profession | | Funktion/Tätigkeit | |
| Sozialarbeit/Suchttherapie | 20 | Bezugstherapie | 23 |
| Psychologische Psychotherapeut | 9 | Leitung | 6 |
| Medizin/Suchtmedizin | 1 | Suchtmedizin | 1 |

Die durchgeführten Interviews nahmen im Schnitt ca. 60 Minuten in Anspruch. Pro Interview erhielt jede Fachkraft eine Aufwandsentschädigung i. H. v. € 125. Diese Maßnahme wurde eingeplant, um trotz der hohen Arbeitsbelastung der Fachkräfte einen Anreiz für die Interviewteilnahme zu bieten. Die Aufwandsentschädigung wurde teils allerdings nicht in Anspruch genommen bzw. der betreffenden Einrichtung gespendet. Die Interviewteilnahme war selbstver-

ständig freiwillig. Alle Interviews wurden auf der Grundlage des informierten Einverständnisses der interviewten Fachkräfte aufgenommen, transkribiert und auf dieser Grundlage anonymisiert ausgewertet. Die Analyse der im Rahmen der Expert*inneninterviews gewonnenen qualitativen Daten erfolgte anhand eines vorab entwickelten Kategoriensystems im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) mithilfe der Software MAXQDA zur qualitativen Daten- und Textanalyse.

Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage bisheriger Erkenntnisse und theoretischer Überlegungen zum oben genannten, wesentlichen Ziel der Expert*inneninterviews entwickelt. Dementsprechend beinhaltet der Leitfaden insbesondere die folgenden Themen und Fragen:

Einstieg:

- Persönliche Daten der Interviewteilnehmer*innen (beruflicher Hintergrund, Funktion, Alter, Geschlecht)
- Bitte um kurze Erläuterung der Angebote in Bezug auf Substanzkonsum, Sucht und Rehabilitation der Einrichtung
- Bitte um kurze Erläuterung des eigenen professionellen Hintergrunds und der Schwerpunkte der eigenen Tätigkeit

Sexualität und Substanzkonsum:

- Inwiefern spielt(e) Sexualität eine Rolle für den Substanzkonsum Ihrer Patient*innen? (z. B. *sexuelle Probleme, sexuell konnotierte Motivationen für Substanzkonsum; Unterschiede bei Patient*innen, z. B. bei Frauen und Männern*)
- Welche Folgen hat der Substanzkonsum für die Sexualität Ihrer Patient*innen? (z. B. *sexuelle Dysfunktionen; Unterschiede bei Patient*innen*)

Sexualität in der Behandlung:

- Welche Bedeutung hat der Themenkomplex Sexualität aus Ihrer Sicht für die Beratung und Rehabilitation von substanzgebrauchenden Personen?
- Wie wird der Themenkomplex Sexualität in der Rehabilitation von Ihnen/in den Angeboten Ihrer Einrichtung thematisiert und bearbeitet?
- Auf welche Probleme stoßen Sie bei der Besprechung und Bearbeitung von Sexualität in der Beratungs- und Rehabilitationspraxis?

- Was würde Ihnen helfen, um das Thema Sexualität in der Beratung und Rehabilitation mit Patient*innen/Klient*innen systematisch besprechen und bearbeiten zu können?

Ergänzungen:

- Möglichkeit zur individuellen Ergänzung einzelner Aspekte je nach Bedarf der interviewten Fachkraft

Teilziel 2: Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex Substanzkonsum und Sexualität

In der zweiten Projektphase wurde eine quantitative Erhebung in Form einer *paper-pencil*-Befragung von Patient*innen in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Befragung der Patient*innen verfolgte das primäre Ziel, die Kontexte, Motivationen und Konsequenzen des Konsums von Alkohol und illegalen Substanzen im Zusammenhang mit Sexualität aus Sicht der Patient*innen abzubilden. Als Indikator zur Messung der Zielerreichung wurde eine Stichprobengröße von $n = 500$ Patient*innen formuliert. Trotz der Covid19-pandemiebedingten Schwierigkeiten während der Erhebung (siehe Kap. 6) konnte dieser Indikator beinahe vollständig erfüllt werden. Nach Abschluss der Befragung Ende Januar 2021 und Bereinigung der Daten lag eine Stichprobe der Größe $n = 490$ vor. Die Befragung erfolgte nach umfangreicher Aufklärung und dem entsprechenden Einverständnis der Teilnehmenden selbstverständlich freiwillig und in vollständiger anonymisierter Form. Prinzipiell beruhte jedwede Datenerhebung im Rahmen des Projektes auf einem Datenschutzkonzept der Katholischen Hochschule NRW sowie einem Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Als Aufwandsentschädigung erhielten die teilnehmenden Proband*innen einen Amazon-Gutschein i. H. v. € 15.

Geplant war, dass die Stichprobe neben einer möglichst heterogenen Zusammensetzung in Bezug auf das Alter, der geschlechtlichen Identität und der sexuellen Orientierung der Patient*innen möglichst ausgewogen Patient*innen mit unterschiedlichen substanzspezifischen Diagnosen umfasst, um evtl. substanzspezifische Eigenschaften im Hinblick auf und Interaktionen mit der Sexualität der Patient*innen zu berücksichtigen. Wie Tabelle 3 zeigt, erfüllt die gewonnene Stichprobe beide Kriterien.

Tabelle 3: Charakteristika der Stichprobe

| Variable | Kategorien | Anzahl | Prozent |
|---|-----------------------------|---------------|----------------|
| Alter in Jahren (M = 35,65; SD = 10,73; Min = 18; Max = 73) | <20 | 10 | 2,0 |
| | 20-29 | 152 | 31,0 |
| | 30-39 | 161 | 32,9 |
| | 40-49 | 104 | 21,2 |
| | 50-59 | 50 | 10,2 |
| | ≥60 | 13 | 2,7 |
| Geschlechtliche Identität | Weiblich | 147 | 30,1 |
| | Männlich | 339 | 69,5 |
| | Divers | 2 | 0,4 |
| Sexuelle Orientierung | Heterosexuell | 421 | 84,6 |
| | Homosexuell | 27 | 5,5 |
| | Bisexuell | 37 | 7,6 |
| | Andere | 2 | 0,4 |
| Geschlecht und sexuelle Orientierung | Heterosexuelle Frauen | 124 | 25,7 |
| | Lesbische/bisexuelle Frauen | 22 | 4,6 |
| | Heterosexuelle Männer | 297 | 61,5 |
| | MSM | 40 | 8,3 |
| Hauptsubstanz | Alkohol | 116 | 23,7 |
| | Cannabis | 96 | 19,6 |
| | Amphetamine | 78 | 15,9 |
| | Kokain | 114 | 23,3 |
| | Heroin/Opiate | 31 | 6,3 |
| | Chemsex-Substanzen | 27 | 5,5 |
| | Sonstige | 28 | 5,7 |
| Sprache im Haushalt | Deutsch | 410 | 86,7 |
| | Andere Sprache | 63 | 13,3 |
| Nettoeinkommen | <1000 | 195 | 43,3 |
| | 1000 - <2000 | 149 | 33,3 |
| | 2000 - <3000 | 63 | 14,0 |
| | ≥3000 | 42 | 9,4 |
| Typ der Einrichtung | Ambulant | 125 | 25,5 |
| | Stationär | 365 | 74,5 |

Auf Grundlage der Ergebnisse der Expert*inneninterviews und der vorhandenen Sekundärliteratur wurde ein Fragebogen entwickelt, der für die quantitative Querschnittserhebung in den beteiligten Einrichtungen genutzt wurde. Soweit möglich, wurde im Rahmen der Fragebogenkonstruktion auf bereits vorhandene und getestete Items zurückgegriffen, um eine Vergleichbarkeit und Reliabilität der Ergebnisse zu gewährleisten. Der Fragebogen bestand insgesamt aus 35 Items zu den Themen „Sozio-demographische Daten“, „Substanzkonsum allgemein, weitere Diagnosen und Dauer der Rehabilitation“, „Substanzkonsum und Sexualität“ sowie „Sexualität allgemein“. Die Ziele der quantitativen Querschnittserhebung wurden demnach im Fragebogen wie folgt operationalisiert:

- **Soziodemographischer Hintergrund:** Alter, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Beziehungsstatus, Nettoeinkommen, Migrationshintergrund
- **Substanzkonsum allgemein, weitere Diagnosen und Dauer der Rehabilitation:** konsumierte Substanzen, Hauptsubstanz/en (Substanzen aufgrund derer die Rehabilitation stattfand), IV-Konsum, Substitutionsbehandlung, Dauer der Rehabilitation
- **Substanzkonsum und Sexualität:** gezielter Substanzgebrauch zum oder beim Sex, Häufigkeit Sex unter Substanzeinfluss, Motivationen für Substanzkonsum zum oder beim Sex, Einschätzung von sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko, Wunsch nach Thematisierung von Sexualität in der Rehabilitation und stattgefundene Thematisierung
- **Sexualität allgemein:** allgemeine Zufriedenheit mit Sexleben, sexuelles Selbstbewusstsein, sexuelle Motivation, sexuelle Furcht, Anzahl unterschiedlicher Sexpartner*innen, Häufigkeit sexueller Aktivitäten (Geschlechtsverkehr und Masturbation), Pornografie-Nutzung, Nutzung sexueller Dienstleistungen, Prostitution, sexuelle Funktionsstörungen, Missbrauchserfahrungen, STIs, insb. HIV, ursprünglich nicht geplant, aber auf Anregung des Wissenschaftlichen Beirats wurde in diesem Themenfeld außerdem noch nach sogenannten Paraphilien, d. h. häufigen, intensiven, sexuell stimulierenden Fantasien in Bezug auf unbelebte Objekte, Kinder/Jugendliche, nicht einverständnishaftige Erwachsene oder Qualen und Erniedrigungen, gefragt.

Nach Abschluss der Befragung wurden die ausgefüllten Fragebogen in die quantitative Analysesoftware SPSS (Version 26) übertragen, mithilfe derer auch die Auswertung stattfand. Zur Überprüfung von Verteilungsunterschieden dienten vorrangig Mann-Whitney-U-Tests sowie Kruskal-Wallis-Tests, da die Voraussetzungen für parametrische Tests nicht gegeben waren. Zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist jeweils das Signifikanzniveau und die Effektstärke angeführt.

Teilziel 3: Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis

Für das Teilziel 3 "Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis" sollten die Ergebnisse des Projektes in Fokusgruppen mit mind. 25 Fachkräften aus der Praxis diskutiert werden, um einerseits die Ergebnisse des Projektes in die Praxis zurückzuspielen und andererseits gemeinsam mit Fachkräften aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis zu diskutieren und abzuleiten. Insgesamt konnten drei Fokusgruppen mit n = 21 Fachkräften aus stationären wie ambulanten Einrichtungen realisiert werden. Alle Fokusgruppendifkussionen wurden auf der Grundlage des informierten Einverständnisses der teilnehmen-

den Fachkräfte aufgenommen, transkribiert und auf dieser Grundlage ähnlich der Auswertungsstrategie im Rahmen der qualitativen Interviews (siehe Teilziel 1) anonymisiert ausgewertet. Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen sowie daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen sind insbesondere den Kapiteln 7 *Ergebnisse* und 8 *Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung* sowie 11 *Verwertung der Projektergebnisse* zu entnehmen.

Teilziel 4: Nachhaltiger Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt

Als Indikator zur Messung der Zielerreichung im Hinblick auf den Transfer der Projektergebnisse in die Fachwelt wurden die Erstellung von mind. drei Veröffentlichungen der Ergebnisse in peer-reviewed Journals sowie drei Präsentationen auf wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen definiert. Zur Publikation und Präsentation der Ergebnisse siehe Kapitel 10 *Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse* und Kapitel 12 *Publikationsverzeichnis* in diesem Bericht.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Ursprünglich war eine Projektlaufzeit vom 01.03.2019 – 28.02.2021 vorgesehen. Da die Verträge mit Projektmitarbeitenden jedoch erst zum 01.04.2019 geschlossen werden konnten und Projektmitarbeitende relativ frühzeitig im Projekt teilweise Elternzeit nahmen, wurde bereits kurz nach Projektbeginn ein Antrag auf ausgabenneutrale Laufzeitverlängerung bis zum 31.07.2021 gestellt, dem seitens des BMG stattgegeben wurde. Dennoch konnten nach Vorliegen des Datenschutzkonzeptes der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen sowie des Ethikvotums der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) wie ursprünglich geplant die 30 qualitativen Expert*inneninterviews bis Ende November 2019 durchgeführt werden (siehe Tabelle 4, Arbeits- und Zeitplan). Wesentliche Abweichungen von der ursprünglichen Zeitplanung ergaben sich weiterhin infolge des mit der Covid19-Pandemie verbundenen "Lockdowns". Aufgrund der damit verbundenen Kontaktbeschränkungen konnte die quantitative Befragung von Patient*innen insbesondere in den ambulanten Partnereinrichtungen des Projekts nicht gestartet bzw. fortgeführt werden, da diese Einrichtungen im Zeitraum des Lockdowns teils nicht mehr von Patient*innen betreten werden konnten. Weiterhin waren auch die stationären Partnereinrichtungen pandemiebedingt nicht voll auslastbar. Daher war abzusehen, dass sich die Befragung bzw. der Zeitpunkt, zu dem die vorgesehenen 500 Fragebögen vorliegen würden, verzögern würde. Letztlich lagen die 490 erreichten Fragebögen deshalb auch erst Ende Januar 2021 vor (siehe Tabelle). Weiterhin war auch für die Fokusgruppendifkussionen mehr Zeit als ursprünglich vorgesehen einzuplanen. Hintergrund ist, dass diese pandemiebedingt ausschließlich virtuell und in Kleingruppen stattfinden konnten. Zudem waren die Fachkräfte aus den beteiligten Einrichtungen aufgrund der pandemiebedingten Mehrbelastung zeitlich sehr eingeschränkt, sodass die Fokusgruppendifkussionen über einen längeren Zeitraum gestreckt werden mussten und erst Ende September 2021 abgeschlossen werden konnten (siehe Tabelle 4). Aus diesen Gründen wurden im Jahr 2021 zwei weitere ausgabenneutrale Verlängerungen um jeweils drei Monate erbeten, sodass das Projekt schließlich am 31.01.2022 endete.

Tabelle 4: Arbeits- und Zeitplan

| Vorgesehene Arbeitsschritte | Vorgesehener Zeitpunkt | Tatsächlicher Zeitpunkt |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Ethikvotum, Datenschutzkonzept und Erhebungsinstrumente liegen vor | Projektmonat (PM 6) | PM 6 |
| Expert*inneninterviews wurden durchgeführt | PM 9 | PM 9 (November) |
| Expert*inneninterviews sind analysiert und ausgewertet | PM 12 | PM 12 |
| Patient*innenfragebögen liegen vor | PM 16 | PM 23 |
| Quantitativer Datensatz ist analysiert | PM 21 | PM 29 |
| Fokusgruppen durchgeführt | PM 22 | PM 31 |
| Abschlussbericht liegt vor | PM 24 | PM 35 |

7 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Projektergebnisse zunächst getrennt nach den Ergebnissen der (1) qualitativen Expert*inneninterviews, der (2) quantitativen Querschnittserhebung und der (3) Fokusgruppendifkussionen mit Fachkräften dargestellt. In Kapitel 8 werden die Ergebnisse anschließend in der Zusammenschau diskutiert.

Qualitative Expert*inneninterviews

Sexualität und Substanzkonsum

Prinzipiell nehmen die interviewten Fachkräfte Sexualität fast durchweg als wichtiges Thema sowohl im Zusammenhang mit Substanzkonsum allgemein als auch im Rahmen der Suchtrehabilitation wahr. Dabei ist ein Bias allerdings nicht auszuschließen, da vermutlich vorwiegend Fachkräfte zur Interviewteilnahme motiviert waren, die grundsätzlich an Themen im Zusammenhang mit Sexualität interessiert sind.

Ein Grund für diese Wahrnehmung von Sexualität als prinzipiell wichtigem Thema ist, dass **Konsummotive** aus Perspektive der Fachkräfte häufig im Zusammenhang mit sexuellem Erleben stehen. So werden Substanzen einerseits im Sinne einer sexuellen Leistungssteigerung konsumiert, um überhaupt mit Sexualpartner*innen in Kontakt treten zu können und beim Sex ausdauernder, leistungsfähiger und enthemmter zu sein bzw. Sex generell intensiver zu erleben. Andererseits werden Substanzen auch dazu genutzt, um beim Sex negative Gefühle unterdrücken zu können und in diesem Sinne Sex überhaupt „ertragbar“ zu machen, etwa im Zusammenhang mit sexuellen Missbrauchserfahrungen, Prostitutionserfahrungen oder sexuellen Unsicherheiten und Funktionsstörungen. Welche Konsummotive bei den Rehabilitand*innen jeweils dominant sind, hängt aus Perspektive der Fachkräfte allerdings stark von der Art der vorwiegend konsumierten Substanz(en) und der geschlechtlichen Identität der Rehabilitand*innen ab. Insgesamt ist "sexualisierter Substanzgebrauch" laut den Fachkräften bei Männern wesentlich verbreiteter als bei Frauen. Dies gelte insbesondere für Männer, die vorwiegend stimulierende Substanzen wie Amphetamine, Methamphetamine oder Kokain konsumieren. Dabei verweisen die Fachkräfte unter dem Stichwort "Chemsex" vor allem auf schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die Substanzen in sexuellen Settings konsumieren, aber auch auf heterosexuelle Männer. Als Beispiel werden dabei vor allem heterosexuelle Männer genannt, die vorrangig Kokain konsumieren, bei denen sexuelle Kontaktanbahnung und Leistungssteigerung meist das zentrale Konsummotiv darstelle ("*Ohne Sex wäre Kokain bedeutungslos...*"; "*Sex ist das zentrale Thema bei Kokainkonsumenten...*"). Eine

weitere relevante Gruppe stellen aus Sicht der Fachkräfte Cannabis/THC konsumierende (heterosexuelle) Männer dar, bei denen im Zusammenhang mit einem langfristigen Konsum auffallend häufig eine exzessive Nutzung von Online-Pornographie und/oder Masturbation zu beobachten sei. Lediglich bei (heterosexuellen) Männer, die ausschließlich Alkohol oder Heroin/Opiate konsumieren, seien Konsummotive im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten weniger relevant. Bei alkoholkonsumierenden Rehabilitanden spiele die enthemmende Wirkung von Alkohol zwar eine Rolle im Zusammenhang mit der Anbahnung sexueller Kontakte. Prinzipiell sei Alkohol aber gemeinhin so stark in den Alltag der Rehabilitanden integriert, dass ein gezielter Konsum für bestimmte Aktivitäten, wie etwa sexuelles Erleben, nicht mehr zu beobachten sei, da Alkohol prinzipiell zu allen Zwecken und Gelegenheiten konsumiert werde. Bei Männern, die Heroin/Opiate konsumieren, sei hingegen eher ein abnehmendes Interesse an sexuellen Aktivitäten zu beobachten, weshalb sexuell konnotierte Konsummotive bei dieser Gruppe nicht von größerer Relevanz seien.

Hingegen seien Konsummotive im Zusammenhang mit sexuellem Erleben bei Frauen vergleichsweise seltener zu beobachten. Zwar würden auch Frauen insbesondere stimulierende Substanzen zur sexuellen Enthemmung sowie Leistungs- und Empfindungssteigerung einsetzen, insgesamt sei sexualisierter Substanzgebrauch bei Frauen aber seltener. Sofern sexuelle Konsummotive bei Frauen eine Rolle spielen, sind bei weiblichen Rehabilitandinnen laut den Fachkräften im Gegensatz zu den männlichen Rehabilitanden eher Motive der Verdrängung relevant. Demnach setzten Frauen Substanzen eher ein, um sexuelle Aktivitäten überhaupt aushalten bzw. ertragen zu können oder sich – etwa im Zusammenhang mit Prostitution oder sexuellen Missbrauchserfahrungen – von Sex und sexuellen Aktivitäten distanzieren zu können. Dementsprechend sind aus Perspektive der interviewten Fachkräfte im Gegensatz zu männlichen Rehabilitanden unter Frauen bei Substanzkonsum im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten eher "dämpfende" Substanzen von Bedeutung, insbesondere Heroin/Opiate oder Alkohol.

Entsprechend der verschiedenen sexuell konnotierten Konsummotive bei weiblichen und männlichen Rehabilitand*innen stellen sich aus Perspektive der Fachkräfte auch die **Folgen des Substanzkonsums für die Sexualität** unterschiedlich dar. So sei bei Frauen häufig eine Unterdrückung der eigenen (sexuellen) Bedürfnisse zu erkennen. In diesem Sinne fiele es insbesondere Frauen mit Alkohol- und Heroin/Opiatkonsum schwer, körperliche und emotionale Nähe zuzulassen, sexuelle Bedürfnisse zu benennen und (sexuelle) Grenzen gegenüber (männlichen) Sexualpartnern zu formulieren und zu setzen. Dementsprechend sei bei diesen Frauen eine generelle Entfremdung von einer genussvollen Sexualität zu beobachten, die mithilfe des Substanzgebrauchs "überspielt" werde. Häufig existiere dann auch keine Vorstellung mehr davon, wie eine genussvolle Sexualität ohne Substanzkonsum überhaupt aussehen und

gelebt werden könnte. Bei Männern werden die Folgen des Substanzkonsums für die Sexualität hingegen als vielfältiger eingeschätzt. Cannabis/THC-Konsumenten seien vor allem nach langfristigem Konsum und dem damit einhergehenden sexuellen Fokus auf pornographische Online-Angebote mitunter nicht mehr in der Lage, "reale" sexuelle Kontakte einzugehen, was für die Betroffenen eine sehr leidvolle Erfahrung darstellen würde. Insbesondere bei alkohol- und heroin/opiatkonsumierenden Männern sei langfristig häufig ein Erliegen sexueller Aktivitäten zu beobachten, das bei dieser Gruppe oft im Zusammenhang mit infolge des Substanzkonsums auftretender Erektionsstörungen stünde und zu sexueller Frustration führe – sowohl bei den betroffenen Männern selbst als auch bei deren Sexualpartner*innen. Sowohl bei MSM im Zusammenhang mit Chemsex als auch bei stimulanzenkonsumierenden, heterosexuellen Männern sei hingegen häufig eine starke Kopplung von Substanzkonsum und Sexualität zu beobachten. Diese Kopplung sei teils mit großen Unsicherheiten und Ängsten vor sexuellen Aktivitäten ohne Substanzkonsum verbunden. So seien die betroffenen Männer beispielsweise häufig unsicher, ob sie überhaupt in der Lage sind, ohne Substanzkonsum Sexualpartner*innen kennenzulernen und dementsprechend sexuelle Kontakte überhaupt anbahnen zu können. Weiterhin seien Sorgen vorhanden, ob sie auch ohne Substanzkonsum sexuell leistungsfähig genug sind ("*...ihren Mann stehen können*") oder nach wie vor in der Lage sind, bestimmte, unter Substanzeinfluss als genussvoll empfundene sexuelle Praktiken wie Sadomasochismus oder das Aufsuchen von Prostituierten weiterhin nachzugehen. Die starke Kopplung von Substanzkonsum und Sexualität drücke sich häufig aber auch darin aus, dass Sex ohne Drogen infolge der gesteigerten sexuellen Erlebnisse unter Substanzeinfluss als nicht mehr befriedigend ("langweilig") wahrgenommen werde. Für diese Männer sei es dementsprechend schwer vorstellbar, überhaupt noch (befriedigenden) Sex ohne Drogen zu praktizieren. Vor dem Hintergrund einer solchen Kopplung von Sexualität und Substanzgebrauch nehmen aus Perspektive der interviewten Fachkräfte auch vor allem männliche Rehabilitanden sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko für erneuten Substanzkonsum nach der Rehabilitation wahr.

Themen und Ansätze im Zusammenhang mit Sexualität in der Rehabilitation

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Motive für und Folgen von sexualisiertem Substanzgebrauch sind nach Wahrnehmung der interviewten Fachkräfte vielfältige Themen und Ansätze im Zusammenhang mit Sexualität in der Rehabilitation relevant, die allerdings aus Perspektive der Fachkräfte aufgrund der ohnehin bestehenden Barrieren im Hinblick auf die Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation (z. B. fehlendes praktisches Knowhow, siehe "Thematisierung von Sexualität in der Rehabilitation") teils sehr schwierig umzusetzen und zu bearbeiten sind. Neben der ggf. notwendigen Besprechung und (medikamentösen) Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen (insb. Erektionsstörungen) ist bzw.

wäre es aus Sicht der Fachkräfte insbesondere wichtig, sich dem Thema Sexualität gemeinsam mit den Rehabilitand*innen zunächst grundsätzlich anzunähern. Demnach sei es zentral, dass sich die Rehabilitand*innen den eigenen Wünschen und Bedürfnissen im Zusammenhang mit Sexualität (wieder) bewusst und in die Lage versetzt werden, diese Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und zu besprechen. Dabei sollten aus Perspektive der Fachkräfte auch zugrundeliegende Themen wie sexuell traumatische Erfahrungen oder sexuelle Versagensängste berücksichtigt werden. Auf dieser Grundlage sollte gemeinsam mit den Rehabilitand*innen eine Vorstellung davon entwickelt werden, wie eine genussvolle Sexualität ohne Substanzkonsum für sie aussehen könnte und welche konkreten praktischen Schritte für eine Annäherung an eine solche Sexualität notwendig wären. In diesem Prozess müsste ggf. auch der Versuch unternommen werden, die oben genannte Kopplung von Sexualität und Substanzgebrauch aufzubrechen. Wenngleich die Fachkräfte in dieser Hinsicht auf teilweise erfolgversprechende Ansätze verweisen, wie etwa eine temporäre "doppelte Abstinenz" von Substanzgebrauch und sexuellen Aktivitäten, sehen die Fachkräfte in dieser Entkopplung eine zentrale Herausforderung, die schwer zu erreichen und beizubehalten sei.

(Praktische) Thematisierung von Sexualität in der Rehabilitation

Mit Blick auf die **Behandlungspraxis** des Themenfelds Sexualität und Substanzkonsum in der Rehabilitation ist zunächst hervorzuheben, dass die Fachkräfte Sexualität zwar fast durchweg als relevantes Thema für die Rehabilitation wahrnehmen und teils sogar betonen, dass die Nicht-Thematisierung von Sexualität einen "Behandlungsfehler" darstelle. Jedoch variiert die Behandlungspraxis sowohl zwischen den interviewten Fachkräften der beteiligten Einrichtungen als auch innerhalb der beteiligten Einrichtungen stark. Ob und wie das Thema Sexualität im Rahmen der Rehabilitation thematisiert wird, hängt daher offenbar stark von den einzelnen Fachkräften ab. In diesem Sinne findet – jenseits der Themen "sexueller Missbrauch" und "Partnerschaft" – im Prinzip bis auf individuell erarbeitete Einzelfälle auch keine Anamnese zu sexualitätsspezifischen Themen statt. Daher wird beispielsweise auch nicht grundsätzlich erhoben, ob Substanzen (gezielt) zum Sex eingesetzt werden. Dementsprechend ist das Themenfeld Sexualität laut den Fachkräften in der Rehabilitation nicht standardmäßig gesetzt und wird, wenn überhaupt, häufig eher als "Randthema" im Zusammenhang mit Themen wie Partnerschaft und Beziehungen behandelt. Lediglich in einzelnen Einrichtungen wird das Thema gezielt in indikativen Gruppen besprochen. Die Behandlung des Themenfelds beruht dabei aber meist nicht auf etablierten Konzepten, die etwa auf sexualtherapeutischen Ansätzen basieren, sondern eher auf individuellen Überlegungen der Fachkräfte.

Diese divergente Herangehensweise an das Thema Sexualität im Rahmen der Rehabilitation ist auf individuelle, organisationale und strukturelle Barrieren zurückzuführen, die im Rahmen der Expert*inneninterviews identifiziert werden konnten. Im Hinblick auf **individuelle Barrieren** ist zunächst eine große Unsicherheit unter den Fachkräften zu beobachten, wie das Thema Sexualität im Rahmen der Rehabilitation überhaupt angesprochen werden kann und bearbeitet werden sollte. Während ein Teil der Fachkräfte der Überzeugung ist, dass Sexualität ein sehr scham- und tabubehaftetes Thema darstellt und daher, wenn überhaupt, nur im späteren Therapieverlauf (wenn bereits ein stabiles, vertrauensvolles Therapeut*in-Klient*in-Verhältnis besteht) und nur indirekt erfragt werden sollte, ist der andere Teil der Überzeugung, dass Themen im Zusammenhang mit Sexualität recht zügig und offen und direkt angesprochen werden sollten, um den Themenkomplex Sexualität „aus der Tabuecke“ zu holen, da nur dann offene und ehrliche Antworten zu erwarten seien, auf deren Grundlage das Thema bearbeitet werden könne. Weiterhin benennen die Fachkräfte teils eigene moralische Grenzen, etwa im Hinblick auf bestimmte Sexualphantasien oder gelebte Sexualpraktiken der Rehabilitand*innen wie beispielsweise pädophile Tendenzen oder das Aufsuchen von Prostituierten, die es ihnen erschwerten, über das Thema mit den Rehabilitand*innen offen zu kommunizieren. Insbesondere weibliche Fachkräfte äußern zudem die Sorge bzw. Erfahrung, dass Gespräche über Sexualität mit den meist (älteren) männlichen Rehabilitanden zu sexualisierten, übergreifigen Reaktionen seitens der männlichen Rehabilitanden führten. Generell ist ein Teil der Fachkräfte der Ansicht, dass das Thema Sexualität bei einer geschlechtsspezifischen Passung von Therapeut*in und Rehabilitand*in sowie in gleichgeschlechtlichen Gruppen besser besprechbar sei, dies aber in organisational-struktureller Hinsicht schwer umsetzbar ist, da mehrheitlich weibliche Fachkräfte in der Rehabilitation arbeiten, der Großteil der Rehabilitanden aber Männer sind. In **organisationaler Hinsicht** lässt sich festhalten, dass das Themenfeld Sexualität in den meisten Einrichtungen eher ein randständiges Thema darstellt und dementsprechend mit sehr wenigen Ausnahmen in den Partnereinrichtungen keine grundsätzliche Kommunikation über das Thema gegeben ist und dementsprechend auch kaum organisationspezifischen Handlungsgrundsätze und -leitlinien zum Thema existieren, sodass es den Fachkräften größtenteils selbst überlassen bleibt, ob und wie sie das Thema bearbeiten. In Bezug auf **strukturelle Aspekte** betonen die Fachkräfte einhellig, dass Sexualität im Rahmen der sucht- wie psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung keine Rolle spielt, sodass ihnen notwendiges Wissen fehle, wodurch bestehende Unsicherheiten verstärkt würden und sie gezwungen seien, im Zusammenhang mit der Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation auf selbst angeeignetes (Fach-)Wissen sowie eigene Überlegungen und praktische Erfahrungen zurückzugreifen. Als weitere zentrale strukturelle Barrieren werden die Standards der Rentenversicherung benannt, die dem Thema Sexualität kaum Platz einräumen und

insofern die Therapie thematisch faktisch begrenzen würden. Es wurden darüber hinausgehende allgemeine Leitlinien und Empfehlungen zum Themenkomplex Sexualität und Substanzkonsum betont.

Als **förderliche Faktoren** für eine Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation identifizierten die Fachkräfte hingegen eine tragfähige, vertrauensvolle und positiv besetzte Arbeitsbeziehung sowie eine möglichst offene Haltung gegenüber unterschiedlichsten sexuellen Praktiken und Identitäten. Weiterhin sind die Fachkräfte der Überzeugung, dass das Themenfeld unter diesen Bedingungen im Rahmen von Einzelgesprächen/-therapien prinzipiell sehr gut bearbeitet werden könne, die Besprechung in Gruppentherapien hingegen voraussetzungsreicher sei und tendenziell gleichgeschlechtliche Gruppen sowie Vertrauensverhältnisse und Offenheit in den Gruppen sowie eine produktive Gruppendynamik voraussetze. Zumindest diejenigen Fachkräfte, die das Thema offen und proaktiv ansprechen, betonen außerdem, dass ein proaktives Vorgehen durch Therapeut*innen zur Enttabuisierung des Themas Sexualität beitrage und dementsprechend dessen Besprechung erleichtere. Als **eigene Bedarfe und Wünsche** äußerten die interviewten Fachkräfte vor allem eine thematische Setzung von Sexualität in den Ausbildungs-Curricula, Fort- und Weiterbildungen zum Thema Sexualität, sexueller Orientierung und Sexualtherapie sowie konzeptionelle Weiterentwicklungen zum Thema in den Einrichtungen und die Vernetzung und den Austausch mit anderen Behandler*innen, um von deren Perspektiven und Erfahrungen profitieren zu können.

Quantitative Querschnitterhebung unter Rehabilitand*innen

Im Rahmen der quantitativen Querschnitterhebung unter Patient*innen in der Suchtrehabilitation konnten n = 490 Teilnehmende erreicht werden. Das Durchschnittsalter der befragten Personen beträgt 35,65 Jahre. 30,1 % (n = 147) der Befragten sind weiblich, 69,5 % (n = 339) männlich, lediglich zwei Teilnehmende (0,4 %) definieren ihre geschlechtliche Identität als divers und wurden daher in den Analysen nicht gesondert berücksichtigt. Dieser niedrige Anteil an genderdiversen Personen war bei einem Sample dieser Größe statistisch nicht anders zu erwarten, ansonsten entspricht diese Verteilung ungefähr dem Muster der Geschlechtsverteilung unter Klient*innen in Suchthilfeeinrichtungen. Hinsichtlich der sexuellen Orientierung definieren 84,6 % (n = 421) ihre sexuelle Orientierung als heterosexuell und 13,1 % (n = 64) als homo- oder bisexuell. Wieder zwei Personen (n = 0,4 %) gaben darüber hinaus eine "andere" sexuelle Orientierung an und wurden aufgrund dieser sehr geringen Fallzahl in den Analysen nicht gesondert berücksichtigt. Ein Migrationshintergrund wurde mithilfe des Indikators der primär im Haushalt gesprochenen Sprache erfasst. 86,7 % (n = 410) gaben an, in ihrem Haushalt

vorwiegend Deutsch zu sprechen, wohingegen 13,3 % (n = 63) primär eine andere Sprache sprechen (siehe auch Tabelle 3, Kap. 5).

Der Großteil der Befragten – 74,5 % (n = 365) – wurde vermutlich auch pandemiebedingt in stationären Rehabilitationseinrichtungen erreicht, lediglich 25,5 % (n = 125) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter Rehabilitation. Die Dauer der Rehabilitation geben die befragten Patient*innen im Mittel (*mean*) mit 115 Tagen an. Als primär konsumierte Substanz bzw. Grund für die suchtttherapeutische Behandlung nennen 23,7 % (n = 116) Alkohol, 23,3 % (n = 114) Kokain, 19,6 % (n = 96) Cannabis, 15,9 % (n = 78) Amphetamine, 6,3 % (n = 31) Heroin/Opiate, 5,5 % (n = 27) Chemsex-Substanzen (d. h. Methamphetamine, Mephedron, GHB/GBL und Ketamin) sowie 5,7 % (n = 28) sonstige Substanzen (z. B. Ecstasy/MDMA oder Benzodiazepine). Der Großteil der nachfolgend dargestellten Analysen beruht allerdings auf vier, auf Grundlage der primär konsumierten Substanz, gebildeten Konsument*innengruppen: (1) ausschließlich Alkohol als Primärsubstanz (23,9 %, n = 116), (2) tendenziell sedierend wirkende Substanzen (Cannabis, Heroin/Opiate, Benzodiazepine) als Primärsubstanz und ggf. Alkohol (26,8 %, n = 130), (3) tendenziell stimulierend wirkenden Substanzen (insb. Amphetamine, Methamphetamine, Kokain) und ggf. Alkohol (30,7 %, n = 149) und schließlich (4) polyvalent Konsumierenden (d. h. Mischkonsum verschiedener Substanzgruppen) und ggf. Alkohol (18,6 %, n = 90). Diese Gruppenbildung diente einerseits der Etablierung vergleichbar großer Gruppen und richtet sich andererseits nach dem Forschungsstand (s. o.), wonach insb. Konsumierende stimulierender Substanzen Drogen zum Sex gebrauchen.

Nachfolgend werden die auf diesem Sample beruhenden Befunde entlang der Themenbereiche "Prävalenz und Prädiktoren sexualisierten Substanzgebrauchs", "Einschätzung von sexuellem Erleben als Rückfallrisiko", "Motivationen für sexualisierten Substanzgebrauch", "Sexualverhalten und sexuelle Gesundheit" sowie "Thematisierung von Sexualität und Wunsch nach Thematisierung von Sexualität in der Rehabilitation" dargestellt.

Prävalenz und Prädiktoren sexualisierten Substanzgebrauchs

Um zu erfassen, inwiefern die Befragten Substanzen für sexuelle Zwecke einsetzen und in diesem Sinne ein "sexualisierter Substanzgebrauch" unter den Befragten vorliegt, wurde entsprechend bisheriger Studien (z. B. Rawson et al. 2002; Calsyn et al. 2010) danach gefragt, wie häufig die primär konsumierte Substanz *gezielt* zum oder beim Sex eingesetzt wird (im Gegensatz zu Sex, der allgemein unter dem Einfluss von Substanzen stattfindet). Über die Hälfte der befragten Patient*innen (57,3 %, n = 270) geben dabei an, "öfters" oder "sehr oft" Substanzen gezielt zum Sex einzusetzen. Weitere 18,3 % (n = 86) der Befragten geben an,

zumindest "manchmal" gezielt zum Sex zu konsumieren und lediglich 24,4 % (n = 115) konsumieren "nie" oder "fast nie" gezielt zum Sex. Insgesamt scheint "sexualisierter Substanzgebrauch", definiert als der mindestens häufige gezielte Konsum zum Sex also recht verbreitet unter den Befragten zu sein.

Dies gilt sowohl für weibliche als auch für männliche Patient*innen, wobei Frauen rein prozentual betrachtet sogar häufiger davon berichten, mind. "öfters" gezielt zum Sex zu konsumieren – 63% (n = 90) der Frauen geben an, "öfters" oder "sehr oft" gezielt Substanzen zum Sex zu konsumieren, wobei dies auf 55 % (n = 179) der befragten Männer zutrifft (siehe Tabelle 5). Dies ist auch insofern interessant, als es der Wahrnehmung der Fachkräfte (siehe oben), dass "sexualisierter Substanzgebrauch" vor allem ein "männliches" Phänomen sei, widerspricht.

Tabelle 5: gezielter Konsum zum/beim Sex nach weiblichen und männlichen Rehabilitand*innen

| Geschlecht | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|------------|-------------------------------|------|----------|------|-----------------|------|
| | nie/fast nie | | manchmal | | öfters/sehr oft | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| weiblich | 34 | 24% | 19 | 13% | 90 | 63% |
| männlich | 81 | 25% | 65 | 20% | 179 | 55% |
| Gesamt | 115 | 25% | 84 | 18% | 269 | 57% |

Auch hinsichtlich der sexuellen Orientierung zeigen sich prozentual betrachtet deutliche Unterschiede. So berichten die homo- und bisexuellen Befragten (66 %, n = 41) häufiger von einem mind. häufigen, gezieltem Konsum zum Sex als die heterosexuellen Befragten (56%, n = 229; siehe Tabelle 6). Dies könnte auf die relative Verbreitung von Chemsex unter MSM zurückzuführen sein, da MSM im erzielten Sample den größten Anteil unter den homo- und bisexuellen Befragten stellen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 6: gezielter Konsum zum/beim Sex nach sexueller Orientierung

| Sexuelle Orientierung | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|------|----------|------|----------------------|------|
| | nie oder fast nie | | manchmal | | öfters oder sehr oft | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| heterosexuell | 106 | 26% | 72 | 18% | 229 | 56% |
| homo/bisexuell | 9 | 15% | 12 | 19% | 41 | 66% |
| Gesamt | 115 | 25% | 84 | 18% | 270 | 58% |

In Bezug auf das Alter berichten insbesondere die 30-39-Jährigen (64 %, n = 99) sowie die 40-49-Jährigen (61%, n = 60) prozentual betrachtet vergleichsweise häufig davon, mind. "öfters" Substanzen gezielt zum Sex einzusetzen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: gezielter Konsum zum/beim Sex nach Alter

| Alter | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|------|----------|------|-----------------|------|
| | nie/fast nie | | manchmal | | öfters/sehr oft | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| unter 20 - 29 Jahre | 42 | 26% | 33 | 21% | 84 | 53% |
| 30-39 Jahre | 31 | 20% | 24 | 16% | 99 | 64% |
| 40-49 Jahre | 24 | 24% | 14 | 14% | 60 | 61% |
| 50 Jahre und älter | 18 | 30% | 15 | 25% | 27 | 45% |
| Gesamt | 115 | 24% | 86 | 18% | 270 | 57% |

Entsprechend des bisherigen Forschungsstands ist (prozentual betrachtet) "sexualisierter Substanzgebrauch" unter den Befragten, die primär stimulierend Substanzen konsumier(t)en, am verbreitetsten (72 %, n = 103). Auch polyvalent Konsumierende konsumieren vergleichsweise häufig Substanzen gezielt zum Sex (65 %, n = 56). Aber auch immerhin 48 % (n = 59) derjenigen Befragten, die hauptsächlich sedierende Substanzen konsumier(t)en, geben an, mind. öfters gezielt zum Sex zu konsumieren. Gleiches gilt auch noch für 44 % (n =50) der Alkoholkonsumierenden. Allerdings ist in beiden letztgenannten Gruppen auch der Anteil derjenigen Personen am höchsten, die zumindest "manchmal" (Alkohol: 23% und sedierend: 20%) gezielt zum Sex konsumieren (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: gezielter Konsum zum/beim Sex nach primär konsumierten Substanzen

| Primäre Substanz | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|------|----------|------|-----------------|------|
| | nie/fast nie | | manchmal | | öfters/sehr oft | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Nur Alkohol | 38 | 33% | 26 | 23% | 50 | 44% |
| Sedierend ggf. Alkohol | 40 | 33% | 24 | 20% | 59 | 48% |
| Stimulierend ggf. Alkohol | 22 | 15% | 18 | 13% | 103 | 72% |
| Polyvalent | 15 | 17% | 15 | 17% | 56 | 65% |
| Gesamt | 115 | 25% | 83 | 18% | 268 | 58% |

Ein anderer Faktor, der sowohl von den Fachkräften als auch in der Literatur als möglicher Prädiktor für "sexualisierten Substanzgebrauch" diskutiert wird, sind sexuelle Missbrauchserfahrungen. Tatsächlich geben Befragte mit sexuellen Missbrauchserfahrungen – in der Befragung gemessen mithilfe der deutschsprachigen Version des Childhood Trauma Screener

(Grabe et al. 2012) – mit 63 % (n = 59) häufiger als die Befragten ohne Missbrauchserfahrungen an, mind. "öfters" Substanzen gezielt zum Sex zu konsumieren (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: gezielter Konsum zum/beim Sex nach sexuellen Missbrauchserfahrungen

| Missbrauchserfahrungen | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------|----------|------|----------------------|------------------------|
| | nie oder fast nie | | manchmal | | öfters oder sehr oft | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | Anzahl als Zeilen in % |
| nein | 98 | 27% | 65 | 18% | 204 | 56% |
| ja | 14 | 15% | 20 | 22% | 59 | 63% |
| Gesamt | 112 | 24% | 85 | 18% | 263 | 57% |

Weiterführende Analysen zu diesen möglichen Prädiktoren (Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, konsumierte Primärsubstanz und Missbrauchserfahrungen) von "sexualisiertem Substanzgebrauch" zeigen allerdings, dass die Zusammenhänge zwischen diesen Prädiktoren und "sexualisiertem Substanzgebrauch" nur teilweise signifikant und, sofern Signifikanz gegeben ist, die Effektstärken eher schwach sind (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich "sexualisierten Substanzgebrauchs"

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|----------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 143; 249,40 Männer (n; Rang): 325; 227,95 | Z = -1,633; p = ,102 | - | kein signifikanter Zusammenhang (p > .05) |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 407; 230,31 homo/bi. (n; Rang): 62; 265,78 | Z = -1,984; p = ,047 | ,092 | Homo/bi. Personen signifikant eher; Effektstärke aber sehr gering |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 367; 223,60 ja (n; Rang): 93; 257,72 | Z = -2,284; p = ,022 | ,1 | Personen mit Missbrauchserfahrungen signifikant eher; Effektstärke aber gering |

Auch Kruskal-Wallis-Tests zeigen lediglich im Hinblick auf die primär konsumierten Substanzen signifikante Unterschiede, nicht aber im Hinblick auf das Alter der Befragten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich "sexualisierten Substanzgebrauchs"

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|-------------------------------|--------------------|---|
| Altersgruppen | p = ,060 | kein signifikanter Zusammenhang (p > ,05) |
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | Signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher im Hinblick auf die primär konsumierten Substanzen Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen, dass sich die Gruppen der primär stimulierend Konsumierenden und der polyvalent Konsumierenden von den Alkoholkonsumierenden und primär sedierend Konsumierenden jeweils signifikant (p deutlich < ,05) unterscheiden. Primär stimulierend Konsumierende geben eher an, mind. öfters Substanzen gezielt zum Sex zu konsumieren als Alkoholkonsumierende (p = ,000) und sedierend Konsumierende (p = ,000), die Effektstärken betragen r = 0,296 bzw. r = 0,261. Es handelt sich demnach um einen mittleren Effekt (stimulierend vs. Alkohol) bzw. schwachen Effekt (stimulierend vs. sedierend). Ähnliche Tendenzen gelten für primär polyvalent Konsumierende gegenüber Alkoholkonsumierenden (p = ,001; r = 0,259) und sedierend Konsumierenden (p = ,008; r = 0,221) (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden je nach primär konsumierten Substanzen

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -9,438 | 16,945 | -,557 | ,578 | 1,000 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -68,187 | 18,616 | -3,663 | ,000 | ,001 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -77,723 | 16,365 | -4,749 | ,000 | ,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -58,749 | 18,321 | -3,207 | ,001 | ,008 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -68,285 | 16,028 | -4,260 | ,000 | ,000 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 9,536 | 17,786 | ,536 | ,592 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanz (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass "sexualisierter Substanzgebrauch" bei der deutlichen Mehrheit der Befragten auftritt und zwar relativ unabhängig von

möglichen Prädiktoren wie Geschlecht, sexueller Orientierung, Alter oder sexuellen Missbrauchserfahrungen. Lediglich Personen, die primär stimulierende Substanzen konsumieren, berichten deutlich häufiger von "sexualisiertem Substanzgebrauch". In Abstrichen gilt dies auch für polyvalent Konsumierende.

Einschätzung von sexuellem Erleben als Rückfallrisiko

Immerhin knapp 17 % und damit fast ein Fünftel der Befragten (16,7%, n = 81) geben an, dass sexuelle Aktivitäten für sie "ja, unter Umständen" oder "ja, in jedem Fall" ein Rückfallrisiko darstellen. Weitere 15,5 % (n = 75) der Befragten schätzen sexuelle Aktivitäten zumindest "teils, teils" als Rückfallrisiko ein. 67,8 % der Befragten (n = 328) geben an, sexuelle Aktivitäten "eher nicht" oder "nicht" als Rückfallrisiko wahrzunehmen.

Männer schätzen sexuelle Aktivitäten dabei etwas häufiger als Frauen mindestens "unter Umständen" (18%, n = 59 vs. 15%, n = 22) als Rückfallrisiko ein (siehe Tabelle 13). Insgesamt sind allerdings keine größeren Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf die Einschätzung sexueller Aktivitäten als Rückfallrisiko zu beobachten.

*Tabelle 13: Sex als Rückfallrisiko nach weiblichen und männlichen Rehabilitand*innen*

| Geschlecht | Rückfallrisiko | | | | | |
|------------|-----------------|------|--------------|------|------------------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils, teils | | ja, unter Umständen/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| weiblich | 96 | 65% | 29 | 20% | 22 | 15% |
| männlich | 231 | 69% | 45 | 13% | 59 | 18% |
| Gesamt | 327 | 68% | 74 | 15% | 81 | 17% |

Hingegen berichten die nicht-heterosexuellen Befragten im Vergleich zu den heterosexuellen Befragten mehr als doppelt so häufig davon, sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko wahrzunehmen (32 %, n = 21 vs. 14%, n = 60). Dies könnte auf die Verbreitung von Chemsex-Konsummustern unter MSM zurückzuführen sein, die die Mehrheit der in dieser Befragung befragten nicht-heterosexuellen Personen darstellen (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Sex als Rückfallrisiko nach sexueller Orientierung

| Sexuelle Orientierung | Rückfallrisiko | | | | | |
|-----------------------|-----------------|------|--------------|------|------------------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils, teils | | ja, unter Umständen/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| hetero | 291 | 70% | 66 | 16% | 60 | 14% |
| nichthetero | 36 | 55% | 9 | 14% | 21 | 32% |
| Gesamt | 327 | 68% | 75 | 16% | 81 | 17% |

Wie auch im Hinblick auf den sexualisierten Substanzkonsum berichten in Bezug auf das Alter vor allem die 30-39-Jährigen (20 %, n = 32) sowie die 40-49-Jährigen (17%, n = 18) prozentual betrachtet vergleichsweise häufig davon, Sex als Rückfallrisiko einzuschätzen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Sex als Rückfallrisiko nach Alter

| Alter | Rückfallrisiko | | | | | |
|---------------------|-----------------|------|--------------|------|------------------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils, teils | | ja, unter Umständen/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| unter 20 - 29 Jahre | 116 | 73% | 20 | 13% | 24 | 15% |
| 30-39 Jahre | 104 | 65% | 23 | 14% | 32 | 20% |
| 40-49 Jahre | 60 | 58% | 26 | 25% | 18 | 17% |
| 50 Jahre und älter | 48 | 79% | 6 | 10% | 7 | 11% |
| Gesamt | 328 | 68% | 75 | 15% | 81 | 17% |

Entsprechend des Musters im Hinblick auf sexualisierten Substanzgebrauch ist die Einschätzung von sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko unter den Befragten, die primär stimulierend Substanzen konsumier(t)en, am verbreitetsten (23 %, n = 34). Auch polyvalent Konsumierende nehmen sexuelle Aktivitäten vergleichsweise häufig als Rückfallrisiko wahr (21 %, n = 18). Alkoholkonsumierende schätzen sexuelle Aktivitäten hingegen kaum als Rückfallrisiko (7%, n = 8) ein (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Sex als Rückfallrisiko nach primär konsumierten Substanzen

| Substanz | Rückfallrisiko | | | | | |
|---------------------------|-----------------|------|--------------|------|------------------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils, teils | | ja, unter Umständen/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Nur Alkohol | 95 | 82% | 13 | 11% | 8 | 7% |
| Sedierend ggf. Alkohol | 91 | 70% | 19 | 15% | 20 | 15% |
| Stimulierend ggf. Alkohol | 82 | 56% | 30 | 21% | 34 | 23% |
| Polyvalent | 56 | 64% | 13 | 15% | 18 | 21% |
| Gesamt | 324 | 68% | 75 | 16% | 80 | 17% |

Ähnlich zum sexualisierten Substanzkonsum geben auch die Befragten mit sexuellen Missbrauchserfahrungen mit 25 % (n = 23) deutlich häufiger als die Befragten ohne Missbrauchserfahrungen an, sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko wahrzunehmen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: gezielter Konsum zum/beim Sex nach sexuellen Missbrauchserfahrungen

| Missbrauchserfahrungen | Sexualisierter Substanzkonsum | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|------|--------------|------|------------------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils, teils | | ja, unter Umständen/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| nein | 269 | 71% | 55 | 15% | 55 | 15% |
| ja | 50 | 54% | 19 | 21% | 23 | 25% |
| Gesamt | 319 | 68% | 74 | 16% | 78 | 17% |

Weiterführende Analysen zu diesen möglichen Prädiktoren (Geschlecht, sexuelle Orientierung, Alter, konsumierte Primärschubstanz und Missbrauchserfahrungen) von der Einschätzung von sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko zeigen allerdings, dass die Zusammenhänge zwischen diesen Prädiktoren und der Wahrnehmung von sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko nur teilweise signifikant und, sofern Signifikanz gegeben ist, die Effektstärken schwach sind (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Wahrnehmung von "Sex als Rückfallrisiko"

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|----------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 147; 239,29 Männer (n; Rang): 335; 242,47 | Z = -,250; p = ,803 | - | kein signifikanter Zusammenhang (p > .05) |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 417; 234,21 homo/bi. (n; Rang): 66; 291,23 | Z = -3,333; p = ,001 | ,151 | Homo/bi. Personen signifikant eher; Effektstärke aber schwach |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 379; 228,81 ja (n; Rang): 92; 265,59 | Z = -2,511; p = ,012 | ,1 | Personen mit Missbrauchserfahrungen signifikant eher; Effektstärke aber gering |

Kruskal-Wallis-Tests zeigen hingegen sowohl im Hinblick auf das Alter der Befragten als auch in Bezug auf die primär konsumierten Substanzen signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Wahrnehmung von "Sex als Rückfallrisiko"

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Altersgruppen | p = ,034 | signifikanter Zusammenhang |
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. In Bezug auf das Alter der Befragten zeigt sich dabei, dass lediglich zwischen der Gruppe der älteren Personen (mind. 50 und älter) und den 30-49-Jährigen ein gerade noch statistisch signifikanter Unterschied ($p = .52$) besteht. 30-49-Jährige schätzen Sex demnach eher als Rückfallrisiko ein. Allerdings ist der Effekt sehr schwach ($r = .132$) (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden je nach Altersgruppe

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|-----------------------------|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| 50 und älter-unter 30 Jahre | 22,345 | 19,461 | 1,148 | ,251 | ,753 |
| 50 und älter-30-49 Jahre | 43,682 | 18,380 | 2,377 | ,017 | ,052 |
| unter 30 Jahre-30-49 Jahre | -21,337 | 12,967 | -1,645 | ,100 | ,300 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Im Hinblick auf die primär konsumierten Substanzen wird deutlich, dass sich stimulierend Konsumierende und polyvalent Konsumierende von den Alkoholkonsumierenden, nicht aber den sedierend Konsumierenden, jeweils signifikant unterscheiden (p deutlich $< .05$). Stimulierend Konsumierende und polyvalent Konsumierende geben eher an, Sex als Rückfallrisiko einzuschätzen als Alkoholkonsumierende ($p = .000$ und $p = .005$). Die Effektstärken betragen $r = .311$ und $r = .236$. Im Fall der stimulierend Konsumierenden handelt es sich demnach um eine mittlere Effektstärke (stimulierend vs. Alkohol), bei den polyvalent Konsumierenden (vs. Alkohol) ist der Effekt schwach (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -41,159 | 16,368 | -2,515 | ,012 | ,072 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -61,223 | 18,176 | -3,368 | ,001 | ,005 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -80,290 | 15,940 | -5,037 | ,000 | ,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -20,064 | 17,752 | -1,130 | ,258 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -39,131 | 15,454 | -2,532 | ,011 | ,068 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 19,068 | 17,357 | 1,099 | ,272 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass immerhin fast ein Fünftel der Befragten sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko wahrnehmen. Auch dies gilt relativ unabhängig vom Geschlecht, der sexuellen Orientierung, dem Alter oder sexuellen Missbrauchserfahrungen, wenngleich v. a. in Bezug auf die sexuelle Orientierung und sexuelle Missbrauchserfahrungen zumindest signifikante Unterschiede zu beobachten sind. Lediglich Personen, die primär stimulierende Substanzen konsumieren – und mit Abstrichen auch polyvalent Konsumierende – geben deutlich häufiger an, sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko einzuschätzen. Dies tritt jedoch insbesondere für den Vergleich mit Alkoholkonsumierenden zu.

Motivationen für sexualisierten Substanzgebrauch

Um zu erfassen, mit welchen Motivationen und (kognitiv-psychischen) Auswirkungen die Befragten Substanzkonsum im Zusammenhang mit sexuellem Erleben assoziieren, wurden die Befragten in Anlehnung an bereits existierende Erhebungsinstrumente (Bosma-Bleeker & Blaauw 2018; Rawson et al. 2002) gebeten, zu 14 verschiedenen Aussagen anzugeben, inwiefern sie den Aussagen zustimmen (jeweils fünfstufige Skalen mit den Ausprägungen 0 – stimme gar nicht zu, 1 – stimme eher nicht zu, 2 – teils, teils, 3 – stimme eher zu und 4 – stimme voll zu).

Jeweils sechs Aussagen bezogen sich dabei einerseits auf verschiedene Dimensionen einer möglichen Steigerung bzw. Verbesserung sexuellen Erlebens infolge der primär konsumierten Substanz (leichter zu flirten; sexuell leistungsfähiger; intensivere sexuelle Gefühle; sexuell selbstbewusster; allgemein sexuell entspannter; gesteigertes sexuelles Bedürfnis, siehe Abbildung 1) und andererseits auf unterschiedliche Aspekte der Verdrängung von Emotionen im

Zusammenhang mit sexuellem Erleben infolge der primär konsumierten Substanz (sexuellen Erwartungen besser gerecht werden; weniger ängstlich; allgemein negative Gefühle ausblenden; Sex wird erträglicher; sexuell Dinge zulassen, die man sonst nicht zulassen würde; sich in sexueller Hinsicht Dinge trauen, die man sich sonst nicht trauen würde; siehe Abbildung 2). Zwei Aussagen bezogen sich schließlich auf eine ggf. abnehmende sexuelle Leistungsfähigkeit infolge der primär konsumierten Substanz (weniger sexuelles Bedürfnis, weniger sexuelle Leistungsfähigkeit, siehe Abbildung 3).

Abbildung 1 zeigt, dass im Hinblick auf die sechs verschiedenen Dimensionen einer möglichen Steigerung bzw. Verbesserung sexuellen Erlebens infolge der primär konsumierten Substanz den Aussagen, dass es unter Einfluss der primär konsumierten Substanz leichter fällt, zu flirten und dass die primär konsumierte Substanz zu einem gesteigerten sexuellen Bedürfnis führt, am stärksten zugestimmt wird. 61,2 % der Befragten stimmen mind. eher zu, dass flirten (unter Einfluss der primär konsumierten Substanz) leichter fällt und fast 60 % nehmen wahr, dass die primär konsumierte Substanz zu einem gesteigerten sexuellen Bedürfnis führt. Aber auch allen anderen "positiv konnotierten" Aussagen stimmen über 50 % der Befragten mind. eher zu.

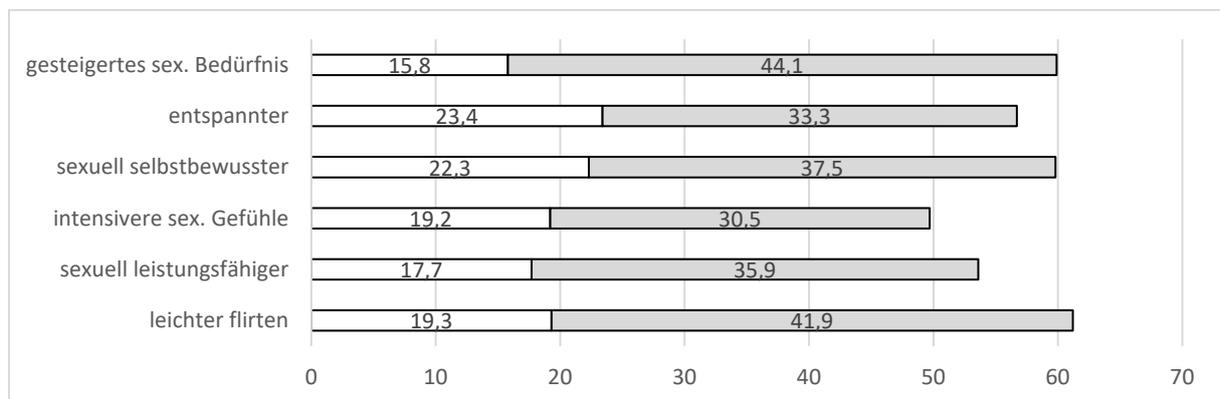


Abbildung 1: Dimensionen der Steigerung bzw. Verbesserung sexuellen Erlebens infolge der primär konsumierten Substanz
Anmerkung: Die weißen Balken stellen den prozentualen Anteil der Personen dar, die der jeweiligen Aussage mit "stimme eher zu" zugestimmt haben; die grauen Balken den prozentualen Anteil der Befragten, die der jeweiligen Aussage mit "stimme voll zu" zugestimmt haben.

Im Vergleich dazu wird bzw. wurde die primär konsumierte Substanz offenbar deutlich weniger dafür eingesetzt, (negative) Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben zu verdrängen. Bis auf den Aspekt, sich unter Einfluss der primär konsumierten Substanz sexuelle Dinge zu trauen, die man sich sonst nicht trauen würde, stimmen allen anderen Aspekten der emotionalen Verdrängung weniger als 50 % der Befragten mind. eher zu (siehe Abbildung 2). Die stärkste Zustimmung erfahren dabei neben dem Aspekt, sich mehr zu trauen, die Dimensionen "weniger ängstlich" (45,8 %), "negative Gefühle ausblenden" (45 %) und "Dinge zulassen, die man sonst nicht zulassen würde" (42,3 %).

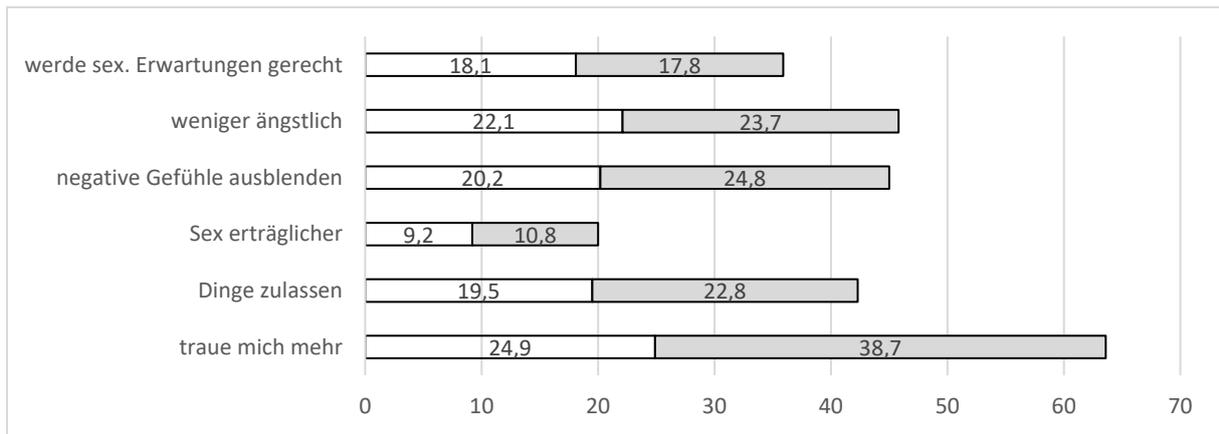


Abbildung 2: Aspekte der Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben infolge der primär konsumierten Substanz

Anmerkung: Die weißen Balken stellen den prozentualen Anteil der Personen dar, die der jeweiligen Aussage mit "stimme eher zu" zugestimmt haben; die grauen Balken den prozentualen Anteil der Befragten, die der jeweiligen Aussage mit "stimme voll zu" zugestimmt haben.

Den beiden Aussagen in Bezug auf ein infolge der primär konsumierten Substanz ggf. abnehmendes sexuelles Interesse/reduzierte sexuelle Leistungsfähigkeit stimmen jeweils ca. 20 % der Befragten (siehe Abbildung 3). Auch diese Facette evtl. Auswirkungen auf das sexuelle Empfinden scheint im Vergleich zum Aspekt einer Steigerung sexuellen Erlebens infolge des Substanzkonsums insgesamt also deutlich weniger relevant zu sein.

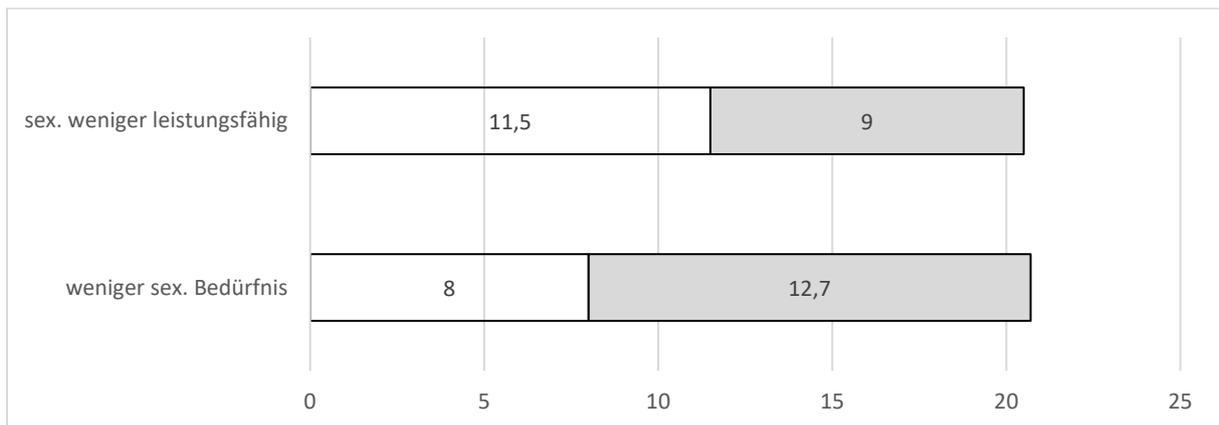


Abbildung 3: Abnehmendes sex. Interesse/reduzierte sex. Leistungsfähigkeit infolge der primär konsumierten Substanz

Anmerkung: Die weißen Balken stellen den prozentualen Anteil der Personen dar, die der jeweiligen Aussage mit "stimme eher zu" zugestimmt haben; die grauen Balken den prozentualen Anteil der Befragten, die der jeweiligen Aussage mit "stimme voll zu" zugestimmt haben.

Um zu eruieren, ob jenseits dieser allgemeinen Tendenzen signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen der Befragten bestehen, wurden aus den entsprechenden Aussagen jeweils eine Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens, zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben und zu abnehmenden sexuellem Interesse gebildet, deren Mittelwerte dann gruppenbezogen verglichen wurden. Sowohl die Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens als auch die Skala zur Verdrängung von Emotionen verfügen über eine sehr gute Reliabilität (Cronbachs Alpha = 0,804 bzw. 0,837). Dies gilt auch für die Skala zu abnehmendem sexuellem Interesse (Spearman-Brown-Koeffizient = 0,642).¹

In Bezug auf die Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens zeigen sich dabei hinsichtlich des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und evtl. sexuellen Missbrauchserfahrungen keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 22). Demnach assoziieren die Befragten die primär konsumierte Substanz im Gegensatz zu den Befunden von z. B. Rawson et al. (2002) in etwa gleich stark mit einer Steigerung sexuellen Erlebens – unabhängig vom Geschlecht, der sexuellen Orientierung oder etwaigen sexuellen Missbrauchserfahrungen. Lediglich im Hinblick auf die gebildete Risikogruppe, der diejenigen Befragten zugeordnet wurden, die sexuellen Aktivitäten mind. "teils, teils" als Rückfallrisiko einschätzen (siehe vorheriger Abschnitt), zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Diejenigen Befragten, die sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko einschätzen, weisen auf der Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens signifikant höhere Mittelwerte auf als diejenigen Befragten, die sexuellen Aktivitäten mind. "eher nicht" als Rückfallrisiko wahrnehmen. Die Effektstärke liegt bei $r = ,399$ und entspricht einem mittleren Effekt (siehe Tabelle 23).

Tabelle 22: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|------------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 125; 216,62 Männer (n; Rang): 281; 197,66 | Z = -1,505; p = ,132 | - | kein signifikanter Zusammenhang (p > .05) |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 351; 200,96 homo/bi. (n; Rang): 56; 223,07 | Z = -1,309; p = ,191 | - | kein signifikanter Zusammenhang (p > .05) |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 320; 196,69 ja (n; Rang): 77; 208,58 | Z = -,818; p = ,404 | - | kein signifikanter Zusammenhang (p > .05) |
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 262; 168,80 ja (n; Rang): 144; 266,64 | Z = -8,051 p = ,000 | ,399 | Risikogruppe signifikant höheren Mittelwert; Effektstärke mittel |

¹ Da es sich bei letzterer Skala um eine Skala aus nur zwei Items handelt (weniger sex. Bedürfnis und weniger sex. leistungsfähig) wurde in diesem Fall zur Beurteilung der Reliabilität der Spearman-Brown-Koeffizient herangezogen (vgl. Eisinga et al. 2013).

Auch im Hinblick auf die primär konsumierten Substanzen zeigen Kruskal-Wallis-Tests signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | Signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen (siehe Tabelle 24), dass sich insbesondere stimulierend Konsumierende von den Alkoholkonsumierenden und den sedierend Konsumierenden jeweils signifikant unterscheiden (p jeweils ,000). Stimulierend Konsumierende weisen demnach im Durchschnitt signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens auf als Alkoholkonsumierende und sedierend Konsumierende. Stimulanzen werden also offenbar stärker mit einer Steigerung sexuellen Erlebens assoziiert als Alkohol und sedierende Substanzen. Die Effektstärken betragen $r = .281$ (stimulierend vs. sedierend) und $r = .272$ (stimulierend vs. Alkohol) und sind demnach mittel bis schwach ausgeprägt. Ähnliche Tendenzen gelten für polyvalent Konsumierende im Vergleich zu Alkoholkonsumierenden und zu sedierend Konsumierenden, wobei die Effektstärken entsprechend der weniger ausgeprägten Signifikanzen geringer ausfallen.

Tabelle 24: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden in den Mittelwerten der Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | ,712 | 16,716 | ,043 | ,966 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -52,779 | 17,670 | -2,987 | ,003 | ,017 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -65,566 | 15,152 | -4,327 | ,000 | ,000 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -52,067 | 18,340 | -2,839 | ,005 | ,027 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -64,854 | 15,928 | -4,072 | ,000 | ,000 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 12,787 | 16,927 | ,755 | ,450 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind. Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

- a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Im Gegensatz zur Skala zur Steigerung sexuellen Erlebens zeigen sich im Hinblick auf die Skala zur Verdrängung von (negativen) Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben hinsichtlich des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und evtl. sexuellen Missbrauchserfahrungen signifikante Unterschiede; die Effektstärken sind allerdings jeweils schwach (siehe Tabelle 25). Demnach assoziieren weibliche Befragte die primär konsumierte Substanz eher mit der Verdrängung von sexuellen Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben als männliche Befragte. Dies entspricht der Wahrnehmung der Fachkräfte, dass Frauen Substanzen in sexuellen Kontexten eher zur Verdrängung einsetzen als Männer, der Effekt ist wie beschrieben aber nicht stark ausgeprägt. Gleiches gilt für nicht-heterosexuelle Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen und – wenig überraschend – für Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen – die Effektstärken sind aber auch hier jeweils schwach ausgeprägt. Nur im Hinblick auf die Risikogruppe zeigt sich eine mittlere Effektstärke. Diejenigen Befragten, die sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko einschätzen, weisen auf der Skala zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben signifikant höhere Mittelwerte auf als diejenigen Befragten, die sexuellen Aktivitäten mind. "eher nicht" als Rückfallrisiko wahrnehmen. Die Effektstärke liegt bei $r = ,442$ und entspricht einem mittleren Effekt (siehe Tabelle 25). Befragte der Risikogruppe assoziieren ihre primär konsumierte Substanz also sowohl deutlich stärker mit einer Steigerung sexuellen Erlebens als auch mit einer stärkeren Verdrängung von (negativen) Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben. Dies deutet darauf hin, dass Befragte der Risikogruppe Substanzen nicht unbedingt mit spezifischen sexuellen Effekten, sondern vielmehr mit einem breiten Repertoire an kognitiv-psychischen Auswirkungen im Zusammenhang mit Sexualität verbinden.

Tabelle 25: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|----------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 108; 211,31 Männer (n; Rang): 251; 166,53 | Z = -3,754; p = ,000 | ,198 | Frauen signifikant höheren Mittelwert, Effektstärke schwach |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 311; 174,70 homo/bi. (n; Rang): 48; 214,36 | Z = -2,468; p = ,014 | ,130 | Nicht-Heterosexuelle signifikant höheren Mittelwert, Effektstärke schwach |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 282; 170,13 ja (n; Rang): 69; 199,97 | Z = -2,192; p = ,028 | ,117 | Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen signifikant höheren Mittelwert, Effektstärke schwach |
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 235; 146,71 ja (n; Rang): 124; 243,10 | Z = -8,378 p = ,000 | ,442 | Risikogruppe signifikant höheren Mittelwert; Effektstärke mittel |

Diese Tendenz gilt auch im Hinblick auf die primär konsumierte Substanz. Kruskal-Wallis-Tests zeigen zunächst signifikante Unterschiede je nach konsumierter Substanz (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit Sexualität

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,016 | Signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese belegen (siehe Tabelle 27), dass sich insbesondere stimulierend Konsumierende von den sedierend Konsumierenden signifikant unterscheiden ($p = ,009$). Stimulierend Konsumierende weisen demnach im Durchschnitt signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben auf als sedierend Konsumierende. Stimulanzen werden im Vergleich zu sedierenden Substanzen also offenbar sowohl stärker mit einer Steigerung sexuellen Erlebens als auch stärker mit einer Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben assoziiert. Die Effektstärke beträgt allerdings $r = ,222$ und ist insofern schwach ausgeprägt. Im Gegensatz zur Wahrnehmung der Fachkräfte werden Sedativa also nicht unbedingt zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten eingesetzt. Vielmehr assoziieren Stimulanzenkonsumierende Stimulanzen mit einer Vielzahl an unterschiedlichen

Auswirkungen im Zusammenhang mit Sexualität. Dies könnte eine Konsequenz ihrer höheren Nutzung von Substanzen in sexuellen Kontexten sein.

Tabelle 27: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden in den Mittelwerten der Skala zur Verdrängung von Emotionen im Zusammenhang mit sexuellem Erleben je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|---|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 23,339 | 15,212 | 1,534 | ,125 | ,750 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -31,701 | 16,557 | -1,915 | ,056 | ,333 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -45,869 | 14,458 | -3,172 | ,002 | ,009 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -8,363 | 16,858 | -,496 | ,620 | 1,000 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -22,530 | 14,802 | -1,522 | ,128 | ,768 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 14,168 | 16,181 | ,876 | ,381 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Im Hinblick auf die Skala zu einem abnehmenden sexuellen Interesse infolge der primär konsumierten Substanz zeigen sich hinsichtlich des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, evtl. sexueller Missbrauchserfahrungen und der Zugehörigkeit zur Risikogruppe kaum signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 28). Lediglich weibliche Befragte scheinen die primär konsumierte Substanz etwas eher mit einem abnehmenden sexuellen Bedürfnis und abnehmender sexueller Leistungsfähigkeit zu assoziieren als Männer. Der Zusammenhang ist allerdings nur gerade noch signifikant ($p = ,048$) und die Effektstärke dementsprechend sehr schwach ($r = ,095$). Interessant ist dieses Muster dennoch insofern, als auf Grundlage der Literatur eher davon ausgegangen wurde, dass Männer infolge substanzbedingter Erektionsstörungen eher ein abnehmendes sexuelles Interesse berichten.

Tabelle 28: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zu abnehmenden sexuellem Interesse

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|----------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 128; 232,07 Männer (n; Rang): 300; 207,01 | Z = -1,977; p = ,048 | ,095 | Frauen gerade noch signifikant höheren Mittelwert, Effektstärke sehr schwach |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 369; 214,19 homo/bi. (n; Rang): 60; 219,98 | Z = -,346; p = ,730 | - | kein signifikanter Zusammenhang |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 336; 204,83 ja (n; Rang): 83; 230,91 | Z = -1,808; p = ,071 | - | kein signifikanter Zusammenhang |
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 283; 217,24 ja (n; Rang): 144; 207,63 | Z = -,784 p = ,433 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

In Bezug auf die primär konsumierten Substanzen zeigen Kruskal-Wallis-Tests jedoch signifikante Differenzen (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich des Mittelwerts der Skala zu abnehmendem sexuellem Interesse

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | Signifikanter Zusammenhang |

Daher wurden Dunn-Bonferroni-Tests zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen auf (siehe Tabelle 30), dass sich Alkoholkonsumierende sowohl von den Stimulanzienkonsumierenden ($p = ,000$) als auch den polyvalent Konsumierenden ($p = ,003$) signifikant unterscheiden (siehe Tabelle 30). Alkoholkonsumierende weisen demnach im Durchschnitt signifikant höhere Mittelwerte auf der Skala zu abnehmendem sexuellem Interesse als Stimulanzienkonsumierende und polyvalent Konsumierende. Alkoholkonsum wird also eher mit abnehmender sexueller Leistungsfähigkeit und weniger sexuellem Bedürfnis assoziiert. Dies könnte erklären, weshalb Alkoholkonsumierende vergleichsweise seltener Substanzen gezielt in sexuellen Kontexten einsetzen und Sex eher weniger als Rückfallrisiko wahrnehmen und entspricht in der Tendenz der Wahrnehmung der Fachkräfte. Die Effektstärken betragen dabei $r = ,266$ (Alkohol vs. stimulierend) und $r = ,261$ (Alkohol vs. polyvalent) und sind insofern eher schwach ausgeprägt.

Tabelle 30: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden in den Mittelwerten der Skala zu abnehmendem sexuellen Interesse je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|---|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Stimulierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -1,630 | 16,780 | -,097 | ,923 | 1,000 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | 31,827 | 15,382 | 2,069 | ,039 | ,231 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 64,377 | 15,682 | 4,105 | ,000 | ,000 |
| Polyvalent-Sedierend ggf. Alkohol | 30,197 | 17,650 | 1,711 | ,087 | ,523 |
| Polyvalent-nur Alkohol | 62,748 | 17,912 | 3,503 | ,000 | ,003 |
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 32,550 | 16,609 | 1,960 | ,050 | ,300 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Sexualverhalten und sexuelle Gesundheit

Um die sexuelle Gesundheit und das Sexualverhalten von Patient*innen in der Suchtrehabilitation erheben und beschreiben zu können, wurden mehrere relevante Items verwendet. Im Hinblick auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Befragten (55,7 %, n = 255) mind. eher zufrieden mit ihrem Sexualleben sind. Etwas weniger als die Hälfte der Befragten (44,3 %, n = 203) ist dementsprechend aber auch eher unzufrieden mit ihrem Sexualleben. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Zugehörigkeit zur Risikogruppe und der Häufigkeit von sexualisiertem Substanzgebrauch, aber im Hinblick auf die primär konsumierte Substanz (siehe Tabelle 31 und 32).

Tabelle 31: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|---------------------------------|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 308; 219,72 ja (n; Rang): 146; 243,90 | Z = -1,902 p = ,057 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

Tabelle 32: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Sexualleben

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,001 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,161 | Kein signifikanter Zusammenhang |

Daher wurden Dunn-Bonferroni-Tests zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen auf (siehe Tabelle 33), dass Alkoholkonsumierende und sedierend Konsumierende im Schnitt am zufriedensten mit ihrem Sexualleben sind, während Stimulanzienkonsumierende und polyvalent Konsumierende am unzufriedensten sind. Die tendenziell am stärksten ausgeprägte Unzufriedenheit mit dem Sexleben unter Stimulanzienkonsumierenden und polyvalent Konsumierenden könnte eine weitere Erklärung für den erhöhten sexualisierten Substanzgebrauch unter den Konsumierenden dieser Substanzen sein, aber auch eine Folge des sexualisierten Substanzgebrauchs darstellen. Allerdings unterscheiden sich lediglich die Alkoholkonsumierenden signifikant von den Stimulanzienkonsumierenden ($p = ,001$) und den polyvalent Konsumierenden ($p = ,007$) signifikant unterscheiden (siehe Tabelle 33). Alkoholkonsumierende weisen demnach im Durchschnitt eine signifikant höhere Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben auf als Stimulanzienkonsumierende und polyvalent Konsumierende. Die Effektstärken betragen $r = ,241$ (Alkohol vs. stimulierend) und $r = ,231$ (Alkohol vs. polyvalent) und sind damit eher schwach ausgeprägt.

Tabelle 33: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden in der Zufriedenheit mit dem Sexleben je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Stimulierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -1,971 | 17,424 | -,113 | ,910 | 1,000 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 21,859 | 16,263 | 1,344 | ,179 | 1,000 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | 59,334 | 15,742 | 3,769 | ,000 | ,001 |
| Polyvalent-nur Alkohol | 19,888 | 18,215 | 1,092 | ,275 | 1,000 |
| Polyvalent-Sedierend ggf. Alkohol | 57,363 | 17,752 | 3,231 | ,001 | ,007 |
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -37,475 | 16,613 | -2,256 | ,024 | ,145 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Im Hinblick auf die Anzahl der Sexualpartner*innen in den letzten 12 Monaten fällt auf, dass Befragte der Risikogruppe signifikant mehr verschiedene männliche Sexualpartner in den letzten 12 Monaten als die Nicht-Risikogruppe ($p = ,002$), aber nicht signifikant mehr weibliche Sexualpartnerinnen (siehe Tabelle 34). Weibliche und homosexuelle Befragte der Risikogruppe scheinen also mehr (männliche) Sexpartner zu haben als heterosexuelle, männliche Befragte der Risikogruppe unterschiedliche (weibliche) Sexpartnerinnen.

Tabelle 34: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Anzahl männlicher und weiblicher Sexualpartner*innen

| Unabhängige Variable (Abhängige Variable) | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|---|--|------------------------|----------------|---|
| Risikogruppe (männliche Sexualpartner) | nein (n; Rang): 294; 204,72 ja (n; Rang): 137; 240,21 | Z = -3,151 p = ,002 | ,151 | Risikogruppe signifikant mehr männliche Sexualpartner, Effektstärke schwach |
| Risikogruppe (weibliche Sexualpartnerinnen) | nein (n; Rang): 311; 229,16 ja (n; Rang): 152; 237,80 | Z = -,692 p = ,489 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

Umgekehrt bestehen unter Berücksichtigung der primär konsumierten Substanz signifikante Unterschiede bezüglich der Anzahl der weiblichen Sexpartnerinnen in den letzten 12 Monaten, nicht aber hinsichtlich der männlichen Sexpartner in den letzten 12 Monaten (siehe Tabelle 35). Lediglich hinsichtlich der Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauchs bestehen signifikante Unterschiede sowohl bezüglich männlicher als auch weiblicher Sexualpartner*innen (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Anzahl männlicher und weiblicher Sexualpartner*innen

| Unabhängige Variable (Abhängige Variable) | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen (männliche Sexualpartner) | p = ,360 | kein signifikanter Zusammenhang |
| Primär konsumierte Substanzen (weibliche Sexualpartnerinnen) | p = ,001 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch (männliche Sexualpartner) | p = ,029 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch (weibliche Sexualpartnerinnen) | p = ,013 | signifikanter Zusammenhang |

Daher wurden Dunn-Bonferroni-Tests zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen auf (siehe Tabelle 36), dass Stimulanzienkonsumierende signifikant mehr weibliche Sexpartnerinnen in den letzten 12 Monaten hatten als Alkoholkonsumierende (p = ,001) und sedierend Konsumierende (p = ,038). Die Effektstärken betragen $r = ,232$ (stimulierend vs. Alkohol) und $r = ,167$ (stimulierend vs. sedierend) und sind damit eher schwach ausgeprägt.

Tabelle 36: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Anzahl weiblicher Sexpartnerinnen je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -16,760 | 16,527 | -1,014 | ,311 | 1,000 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -18,819 | 18,170 | -1,036 | ,300 | 1,000 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -59,212 | 15,793 | -3,749 | ,000 | ,001 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -2,059 | 17,976 | -,115 | ,909 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -42,452 | 15,570 | -2,726 | ,006 | ,038 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 40,393 | 17,305 | 2,334 | ,020 | ,118 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Sowohl hinsichtlich der Anzahl der männlichen Sexpartner ($p = ,043$) als auch der Anzahl der weiblichen Sexpartnerinnen ($p = ,001$) gilt, dass diejenigen Personen, die häufig gezielt zum Sex konsumieren, mehr unterschiedliche Sexpartner*innen in den letzten 12 Monaten hatten als die Personen, die nie oder selten gezielt zum Sex konsumieren (siehe Tabelle 37 und 38). Die Effektstärken betragen dabei $r = ,131$ (im Hinblick auf männliche Sexpartner) und $r = ,152$ (im Hinblick auf weibliche Sexpartnerinnen).

Tabelle 37: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Anzahl männlicher Sexpartner je nach Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| nie oder fast nie-manchmal | -7,315 | 16,019 | -,457 | ,648 | 1,000 |
| nie oder fast nie-öfters oder sehr oft | -30,709 | 12,555 | -2,446 | ,014 | ,043 |
| manchmal-öfters oder sehr oft | -23,394 | 13,895 | -1,684 | ,092 | ,277 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Tabelle 38: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Anzahl weiblicher Sexpartner*innen je nach Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| nie oder fast nie-manchmal | -35,449 | 18,042 | -1,965 | ,049 | ,148 |
| nie oder fast nie-öfters oder sehr oft | -41,151 | 14,075 | -2,924 | ,003 | ,010 |
| manchmal-öfters oder sehr oft | -5,702 | 15,624 | -,365 | ,715 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Ähnliche Muster gelten in Bezug auf die Häufigkeit von Sex mit einer/einem Sexpartner*in. Keine signifikanten Unterschiede können im Hinblick auf die (Nicht-)Zugehörigkeit zur Risikogruppe beobachtet werden (siehe Tabelle 39). Sowohl in Bezug auf die primär konsumierte Substanz als auch auf die Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs bestehen aber signifikante Unterschiede in der Häufigkeit von Sex mit Partner*in (siehe Tabelle 40).

Tabelle 39: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Partner*in

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|-----------------------|----------------|---------------------------------|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 303; 221,79 ja (n; Rang): 147; 233,15 | Z = -,900 p = ,368 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

Tabelle 40: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Zufriedenheit mit Partner*in

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,000 | Kein signifikanter Zusammenhang |

Daher wurden Dunn-Bonferroni-Tests zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen (siehe Tabelle 41), dass Stimulanzienkonsumierende (p = ,000) und polyvalent Konsumierende (p = ,001) jeweils signifikant mehr Sex mit einer/einem Partner*in haben als sedierend Konsumierende. Die Effektstärken betragen r = ,270 (stimulierend vs. sedierend) und r = ,267 (polyvalent vs. sedierend) und sind damit eher schwach ausgeprägt.

*Tabelle 41: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Partner*in je nach primär konsumierter Substanz*

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 29,806 | 16,648 | 1,790 | ,073 | ,440 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -68,087 | 15,686 | -4,341 | ,000 | ,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -68,124 | 17,952 | -3,795 | ,000 | ,001 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -38,281 | 16,032 | -2,388 | ,017 | ,102 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -38,318 | 18,255 | -2,099 | ,036 | ,215 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -,037 | 17,383 | -,002 | ,998 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Weiterhin haben diejenigen Personen, die häufig Substanzen gezielt zum Sex konsumieren, signifikant häufiger Sex mit einer/einem Sexpartner*in als diejenigen Befragten, die nie oder kaum ($p = ,000$) bzw. manchmal ($p = ,006$) gezielt zum Sex Substanzen konsumieren (siehe Tabelle 42). Die Effektstärken betragen $r = ,234$ (häufig vs. nie/fast nie) und $r = ,168$ (manchmal v. nie/fast nie).

*Tabelle 42: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Partner*in je nach primär konsumierter Substanz*

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| nie oder fast nie-manchmal | -15,512 | 18,062 | -,859 | ,390 | 1,000 |
| nie oder fast nie-öfters oder sehr oft | -63,409 | 14,312 | -4,430 | ,000 | ,000 |
| manchmal-öfters oder sehr oft | -47,897 | 15,489 | -3,092 | ,002 | ,006 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Ein im Prinzip umgekehrtes Bild zeigt sich in Bezug auf die Häufigkeit von Selbstbefriedigung. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Selbstbefriedigung sind je nach Zugehörigkeit zur Risikogruppe zu beobachten (siehe Tabelle 43). Auch zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Selbstbefriedigung je nach Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs, sondern lediglich je nach primär konsumierter Substanz (siehe Tabelle 44).

Tabelle 43: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Selbstbefriedigung

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|---------------------------------|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 307; 223,44 ja (n; Rang): 151; 241,81 | Z = -1,459 p = ,145 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

Tabelle 44: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Selbstbefriedigung

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,024 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,587 | Kein signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen, dass sich sedierend Konsumierende grundsätzlich am häufigsten selbst befriedigen, aber nur im Vergleich zu Alkoholkonsumierenden ein gerade noch signifikanter Unterscheid ($p = ,053$) besteht (siehe Tabelle 45). Die Effektstärke beträgt $r = ,172$ und ist dementsprechend schwach ausgeprägt.

Tabelle 45: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Häufigkeit von Selbstbefriedigung je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Polyvalent | -5,779 | 18,187 | -,318 | ,751 | 1,000 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -33,501 | 16,011 | -2,092 | ,036 | ,218 |
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -43,622 | 16,650 | -2,620 | ,009 | ,053 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 27,722 | 17,327 | 1,600 | ,110 | ,658 |
| Polyvalent-Sedierend ggf. Alkohol | 37,844 | 17,920 | 2,112 | ,035 | ,208 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | 10,122 | 15,707 | ,644 | ,519 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

In Bezug auf die Häufigkeit von Pornokonsum pro Woche nutzen Befragte der Risikogruppe signifikant häufiger pornographische Angebote als Befragte, die Sex nicht als Rückfallrisiko betrachten (Tabelle 46). Auch in Bezug auf die primär konsumierte Substanz, nicht aber in Bezug auf die Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Pornokonsum (siehe Tabelle 47).

Tabelle 46: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Pornokonsum

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|--|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 323; 221,70 ja (n; Rang): 149; 268,57 | Z = -3,607 p = ,000 | ,166 | Risikogruppe nutzt signifikant häufiger porno. Angebote, Effekt aber schwach |

Tabelle 47: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Pornokonsum

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,293 | Kein signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, welche Gruppen sich unterscheiden, wurden daher Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests durchgeführt. Diese zeigen, dass sich sedierend Konsumierende ($p = ,001$) und stimulierend Konsumierende ($p = ,000$) von Alkoholkonsumierenden signifikant unterscheiden und häufiger pornographische Angebote nutzen (siehe Tabelle 48). Die Effektstärken betragen $r = ,258$ (stimulierend vs. Alkohol) und $r = ,242$ (sedierend vs. Alkohol) und sind demnach eher schwach ausgeprägt. Im Gegensatz zu den Wahrnehmungen der Fachkräfte scheint Pornokonsum also auch unter Stimulanzienkonsumierenden vergleichsweise ausgeprägt zu sein. Dieser Effekt könnte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass Stimulanzienkonsumierende generell die sexuell aktivste Gruppe zu sein scheinen.

Tabelle 48: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Häufigkeit von Pornokonsum je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Polyvalent | -43,444 | 18,649 | -2,330 | ,020 | ,119 |
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -63,510 | 16,933 | -3,751 | ,000 | ,001 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -73,475 | 16,423 | -4,474 | ,000 | ,000 |
| Polyvalent-Sedierend ggf. Alkohol | 20,066 | 18,261 | 1,099 | ,272 | 1,000 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 30,031 | 17,788 | 1,688 | ,091 | ,548 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -9,965 | 15,980 | -,624 | ,533 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanz (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Sexarbeiter*innen ist festzuhalten, dass Befragte der Risikogruppe signifikant häufiger Sex mit Sexarbeiter*innen angeben (siehe Tabelle 49). Es sind jedoch keine signifikanten Unterschiede je nach primär konsumierter Substanz und der Häufigkeit von sexualisiertem Substanzgebrauch festzustellen (siehe Tabelle 50). Die Erfahrung der Fachkräfte, dass vor allem (männliche) Stimulanzienkonsumierende Sexarbeiter*innen in Anspruch nehmen, kann auf Grundlage der Daten also nicht bestätigt werden.

*Tabelle 49: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Sexarbeiter*innen*

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|--|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 228; 156,88 ja (n; Rang): 102; 184,76 | Z = -2,874 p = ,004 | ,158 | Risikogruppe signifikant häufiger Sex mit Sexarbeiter*innen, Effekt aber schwach |

*Tabelle 50: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von Sex mit Sexarbeiter*innen*

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,129 | kein signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,178 | kein signifikanter Zusammenhang |

Zur Frage, wer sexuelle Dienstleistungen selbst anbietet, zeigt sich, dass Befragte der Risikogruppe ebenfalls signifikant häufiger sexuelle Dienstleistungen anbieten als die Befragten, die nicht der Risikogruppe zugeordnet sind (siehe Tabelle 51). Auch im Hinblick auf die primär konsumierte Substanz zeigen sich signifikante Unterschiede, nicht aber bezüglich der Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs (siehe Tabelle 52).

Tabelle 51: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von sexuellen Dienstleistungen

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|--|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 325; 232,30 ja (n; Rang): 154; 256,25 | Z = -3,171 p = ,002 | ,144 | Risikogruppe bieten signifikant häufiger Sex mit Sexarbeiter*innen an, Effekt aber schwach |

Tabelle 52: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit von sexuellen Dienstleistungen

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,000 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,063 | kein signifikanter Zusammenhang |

Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests zeigen, dass Stimulanzienkonsumierende signifikant häufiger sexuelle Dienstleistungen anbieten als sedierend Konsumierende ($p = ,001$) und Alkoholkonsumierende ($p = ,013$) (siehe Tabelle 53). Die Effektstärken betragen $r = ,229$ (stimulierend vs. sedierend) und $r = ,189$ (stimulierend vs. Alkohol) und sind demnach eher schwach ausgeprägt. Sexuelle Dienstleistungen anzubieten, ist im vorliegenden Sample also unter Stimulanzienkonsumierenden am stärksten ausgeprägt – nicht unter sedierend Konsumierenden.

Tabelle 53: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der Häufigkeit von sexuellen Dienstleistungen je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 5,940 | 9,913 | ,599 | ,549 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -24,330 | 10,662 | -2,282 | ,022 | ,135 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -35,427 | 9,303 | -3,808 | ,000 | ,001 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -18,391 | 10,943 | -1,681 | ,093 | ,557 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -29,487 | 9,624 | -3,064 | ,002 | ,013 |
| Polyvalent Stimulierend ggf. Alkohol | 11,096 | 10,394 | 1,068 | ,286 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Unter Rückgriff auf drei Skalen der deutschsprachigen Version des Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ; vgl. Brenk-Franz/Strauß 2011) wurden die Teilnehmenden außerdem danach gefragt, wie ausgeprägt ihre eigene sexuelle Wertschätzung (eigene sexuelle Wertschätzung) ist, inwiefern sie Furcht vor sexuellen Beziehungen aufweisen (sexuelle Furcht) und wie ausgeprägt ihre Motivation ist, sexuelle Kontakte einzugehen (sexuelle Motivation).

Im Hinblick auf die eigene sexuelle Wertschätzung zeigt sich, dass die Risikogruppe im Durchschnitt eine signifikant geringere eigene sexuelle Wertschätzung aufweist als die Befragten,

die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen (siehe Tabelle 54). Diese geringere sexuelle Wertschätzung könnte insofern eine Ursache für die Wahrnehmung von sexuellen Aktivitäten als Rückfallrisiko darstellen, aber auch Effekt einer stärker substanzbezogenen Sexualität sein.

Tabelle 54: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der eigenen sexuellen Wertschätzung

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|------------------------|----------------|--|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 223; 181,72 ja (n; Rang): 121; 155,51 | Z = -2,339 p = ,019 | ,129 | Risikogruppe signifikant geringere sex. Wertschätzung, Effekt aber schwach |

Auch im Hinblick auf die primär konsumierte Substanz und die Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs zeigen sich signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der eigenen sexuellen Wertschätzung

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|---|--------------------|----------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,001 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,002 | signifikanter Zusammenhang |

Prinzipiell ist die eigene sexuelle Wertschätzung unter den stimulierend und polyvalent Konsumierenden am stärksten ausgeprägt. Signifikant unterscheiden sich aber nur die stimulierend (p = ,001) und die polyvalent Konsumierenden (p = ,042) von den sedierend Konsumierenden (siehe Tabelle 56). Demnach ist die sexuelle Wertschätzung unter den sedierend Konsumierenden signifikant schwächer ausgeprägt als unter den stimulierend und polyvalent Konsumierenden. Die Effektstärken betragen r = ,266 (sedierend vs. stimulierend) und r = ,218 (sedierend vs. polyvalent) und sind daher schwach ausgeprägt.

Weiterhin ist die sexuelle Wertschätzung unter denjenigen Personen mit häufigem sexualisierten Substanzgebrauch signifikant stärker ausgeprägt als unter denjenigen Personen, die nie bzw. fast nie, gezielt Substanzen zum Sex konsumieren (p = ,001; siehe Tabelle 57). Die Effektstärke beträgt r = ,212 und ist damit schwach ausgeprägt.

Tabelle 56: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der eigenen sexuellen Wertschätzung je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|---|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Sedierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 17,545 | 15,506 | 1,131 | ,258 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -43,571 | 16,137 | -2,700 | ,007 | ,042 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -52,949 | 14,001 | -3,782 | ,000 | ,001 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -26,026 | 16,721 | -1,556 | ,120 | ,718 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -35,404 | 14,670 | -2,413 | ,016 | ,095 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 9,379 | 15,336 | ,612 | ,541 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Tabelle 57: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden hinsichtlich der eigenen sexuellen Wertschätzung je nach Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| nie oder fast nie-manchmal | -31,552 | 16,891 | -1,868 | ,062 | ,185 |
| nie oder fast nie-öfters oder sehr oft | -46,772 | 13,128 | -3,563 | ,000 | ,001 |
| manchmal-öfters oder sehr oft | -15,220 | 14,414 | -1,056 | ,291 | ,873 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Hinsichtlich der sexuellen Motivationen zeigen sich sowohl in Bezug auf die (Nicht-)Zugehörigkeit zur Risikogruppe als auch in Bezug auf die primär konsumierte Substanz keine signifikanten Unterschiede (siehe Tabelle 58 und 59). Lediglich im Hinblick auf die Häufigkeit des sexualisierten Substanzgebrauchs können signifikante Unterschiede festgestellt werden (siehe Tabelle 59).

Tabelle 58: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Motivation

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|----------------------|--|-----------------------|----------------|---------------------------------|
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 291; 209,55 ja (n; Rang): 133; 218,94 | Z = -,733 p = ,463 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |

Tabelle 59: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Motivation

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,213 | Kein signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,000 | signifikanter Zusammenhang |

Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests zeigen dabei (siehe Tabelle 60), dass bei denjenigen Personen mit häufigem sexualisierten Substanzgebrauch die sexuelle Motivation signifikant stärker ausgeprägt ist als bei Personen, die nie oder fast nie gezielt zum Sex konsumieren (p = ,000). Die Effektstärke beträgt r = ,253 und ist eher schwach ausgeprägt. Die stärker ausgeprägte sexuelle Motivation könnte insofern einen Faktor für die höhere Bereitschaft, zum Sex zu konsumieren, darstellen.

Tabelle 60: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Motivation

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| nie oder fast nie-manchmal | -30,906 | 17,977 | -1,719 | ,086 | ,257 |
| nie oder fast nie-öfters oder sehr oft | -65,354 | 14,048 | -4,652 | ,000 | ,000 |
| manchmal-öfters oder sehr oft | -34,447 | 15,736 | -2,189 | ,029 | ,086 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Unter der Risikogruppe ist die sexuelle Furcht signifikant stärker ausgeprägt als unter den Personen, die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen (siehe Tabelle 61). Die in der Risikogruppe stärker ausgeprägte sexuelle Furcht könnte eine Folge dieser Wahrnehmung sein.

Auch im Hinblick auf die primär konsumierten Substanzen können signifikante Unterschiede festgestellt werden, nicht aber bezüglich der Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs (siehe Tabelle 62/65).

Tabelle 61: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Furcht

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|--|------------------------|----------------|--|
| Risikogruppe nein (n; Rang): 290; 194,55 ja (n; Rang): 139; 257,66 | Z = -4,954 p = ,000 | ,239 | Risikogruppe signifikant größere sexuelle Furcht |

Tabelle 62: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Furcht

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--|--------------------|---------------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,004 | signifikanter Zusammenhang |
| Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauch | p = ,942 | kein signifikanter Zusammenhang |

Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests zeigen dabei (siehe Tabelle 63), dass die sexuelle Furcht bei Alkoholkonsumierenden ($p = ,048$) und Stimulanzienkonsumierenden ($p = ,004$) signifikant geringer ist als bei sedierend Konsumierenden. Die Effektstärken betragen $r = ,213$ (stimulierend vs. sedierend) und $r = ,177$ (Alkohol vs. sedierend) und sind demnach schwach ausgeprägt.

Tabelle 63: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der sexuellen Motivation

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|--|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Stimulierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -6,692 | 17,895 | -,374 | ,708 | 1,000 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-nur Alkohol | 8,773 | 16,210 | ,541 | ,588 | 1,000 |
| Stimulierend ggf. Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | 52,571 | 15,556 | 3,379 | ,001 | ,004 |
| Polyvalent-nur Alkohol | 2,081 | 18,726 | ,111 | ,911 | 1,000 |
| Polyvalent-Sedierend ggf. Alkohol | 45,879 | 18,163 | 2,526 | ,012 | ,069 |
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -43,798 | 16,506 | -2,653 | ,008 | ,048 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von HIV-Tests können in Bezug auf die (Nicht-)Zugehörigkeit zur Risikogruppe, die primär konsumierten Substanzen und die Häufigkeit sexualisierter Substanzgebrauchs keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Bezüglich der primär konsumierten Substanzen und der Häufigkeit sexualisierten Substanzgebrauchs konnten auch im Hinblick auf sexuelle Funktionsstörungen, die in der Befragung mithilfe des Kurzfragebogens sexuelle Funktionsstörungen (Hoyer 2013) erfasst wurden, keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Lediglich in Bezug auf die Risikogruppe konnten im Hinblick auf sexuelle Funktionsstörungen signifikante Unterschiede beobachtet werden (siehe Tabelle 64). Die männlichen Befragten der Risikogruppe berichten im Vergleich zu den Männern, die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen, signifikant häufiger von

Erektionsproblemen, verzögerter Ejakulation und vorzeitigem Orgasmus (siehe Tabelle 64). Diese stärker ausgeprägten sexuellen Funktionsstörungen in der männlichen Risikogruppe könnte eine Erklärung darstellen, weshalb sexuelle Aktivitäten eher als Rückfallrisiko wahrgenommen werden. Im Hinblick auf die weiblichen Befragten der Risikogruppe im Vergleich zu den Frauen, die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen, können jedoch keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Entsprechend der unter den Männern der Risikogruppe stärker ausgeprägten sexuellen Funktionsstörungen nehmen die Befragten der Risikogruppe aber im Durchschnitt insgesamt sexuelle Funktionsstörungen signifikant eher als belastend war.

Tabelle 64: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich sexueller Funktionsstörungen

| Unabhängige Variable (Abhängige Variable) | | Asymp. Signifikanz | Effekt- stärke r | Interpretation |
|--|--|------------------------|------------------------|--|
| Risikogruppe (mangelndes sex. Interesse, alle) | nein (n; Rang): 321; 232,73 ja (n; Rang): 154; 248,98 | Z = -1,252 p = ,210 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |
| Risikogruppe (Erektionsprobleme, nur Männer) | nein (n; Rang): 228; 155,48 ja (n; Rang): 103; 189,28 | Z = -3,163 p = ,002 | ,173 | (männliche) Risikogruppe signifikant eher Erektionsprobleme |
| Risikogruppe (verzögerte Ejakulation, nur Männer) | nein (n; Rang): 225; 152,19 ja (n; Rang): 101; 188,69 | Z = -3,452 p = ,001 | ,191 | (männliche) Risikogruppe signifikant eher verzögerte Ejakulation |
| Risikogruppe (zu früher Orgasmus, nur Männer) | nein (n; Rang): 220; 153,25 ja (n; Rang): 103; 180,69 | Z = -2,540 p = ,011 | ,141 | (männliche) Risikogruppe signifikant eher zu früher Orgasmus |
| Risikogruppe (Orgasmusprobleme; nur Frauen) | nein (n; Rang): 92; 68,44 ja (n; Rang): 48; 74,45 | Z = -,852 p = ,394 | - | Kein signifikanter Zusammenhang |
| Risikogruppe (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, nur Frauen) | nein (n; Rang): 93; 67,14 ja (n; Rang): 47; 77,15 | Z = -1,457 p = ,145 | - | Risikogruppe signifikant größere sexuelle Furcht |
| Risikogruppe (Belastung, alle) | nein (n; Rang): 166; 121,08 ja (n; Rang): 89; 140,91 | Z = -2,105 p = ,035 | ,239 | Risikogruppe nimmt sexuelle Funktionsstörungen signifikant als stärker belastend war |

Paraphilien, die auf Anregung des Beirats ebenfalls erfragt wurde, sind im vorliegenden Sample entsprechend des (internationalen) Forschungsstands (z. B. Joyal/Carpentier 2017) sehr wenig verbreitet. Unter den Befragten ist die sexuelle Lust an Objekten (z. B. Leder, spezifische Gegenstände) noch am stärksten verbreitet. Rund 16 % der Befragten empfinden Objekte als mind. "ziemlich erregend" und 4,6 % beziehen Objekte tatsächlich mind. "häufig" in

ihre Sexpraktiken mit ein. Aller anderen Paraphilien sind aber deutlich weniger verbreitet. Exhibitionismus beispielsweise empfinden lediglich knapp 3 % der Befragten als mind. "ziemlich erregend" und nur 2 % der Befragten praktizieren Exhibitionismus mind. "häufig". Dieses Muster der Häufigkeitsverteilungen von Paraphilien unter den Befragten entspricht grob auch dem internationalen Forschungsstand (ebd.).

Thematisierung von Sexualität und Wunsch nach Thematisierung von Sexualität in der Rehabilitation

Entsprechend der hohen Verbreitung von sexualisiertem Substanzgebrauch unter den befragten Rehabilitand*innen und dem relevanten Anteil der Personen, die sexuelle Aktivitäten als Rückfallrisiko betrachten, geben insgesamt 38 % (n = 184) der Befragten an, dass es ihnen "etwas" oder "sehr" wichtig wäre, im Rahmen der Rehabilitation über Themen im Zusammenhang mit Sexualität sprechen zu können. Weitere 21,7 % (n = 105) geben an, dass ihnen das Sprechen über Sexualität zumindest teilweise wichtig wäre. Weniger als die Hälfte der Befragten (40,3 %, n = 195) gibt an, dass ihnen das Thema der Sexualität im Rahmen der Rehabilitation "wenig" oder "gar nicht" wichtig wäre. Dieser Befund entspricht in etwa den Ergebnissen der Befragung von Demmel (2010), wonach rund die Hälfte der (männlichen) Suchtpatienten den Wunsch nach einer Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Behandlung äußerten.

Den weiblichen Befragten ist es dabei prozentual betrachtet deutlich wichtiger im Rahmen der Rehabilitation über Sexualität sprechen zu können als den männlichen Patienten (siehe Tabelle 65). Gleiches gilt für homo-/bisexuelle Befragte im Vergleich zu heterosexuellen Befragten (siehe Tabelle 66) sowie – mit deutlichem Abstand – für diejenigen Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen gegenüber den Personen ohne Missbrauchserfahrungen (siehe Tabelle 67). Weiterhin wünschen insbesondere Personen zwischen 30 und 49 Jahren sowie Stimulanzienkonsumierende eine Thematisierung von Sexualität (siehe Tabelle 68 und 69). Auch Personen der Risikogruppe wünschen in etwa doppelt so häufig eine Thematisierung von Sexualität als Personen, die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen (siehe Tabelle 70).

Tabelle 65: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach Geschlecht

| Geschlecht | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|------------|---|------|--------|------|------------------------------------|------|
| | Nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| weiblich | 53 | 36% | 28 | 19% | 66 | 45% |
| männlich | 142 | 42% | 77 | 23% | 116 | 35% |
| Gesamt | 195 | 40% | 105 | 22% | 182 | 38% |

Tabelle 66: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach sexueller Orientierung

| Sexuelle Orientierung | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|-----------------------|---|------|--------|------|------------------------------------|------|
| | Nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| hetero | 178 | 43% | 97 | 23% | 142 | 34% |
| nichthetero | 16 | 24% | 8 | 12% | 42 | 64% |
| Gesamt | 194 | 40% | 105 | 22% | 184 | 38% |

Tabelle 67: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach sexuellen Missbrauchserfahrungen

| Missbrauchserfahrung | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|----------------------|---|------|--------|------|------------------------------------|------|
| | Nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| nein | 160 | 42% | 86 | 23% | 133 | 35% |
| ja | 28 | 30% | 16 | 17% | 48 | 52% |
| Gesamt | 188 | 40% | 102 | 22% | 181 | 38% |

Tabelle 68: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach Alter

| Alter | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|----------------|---|------|--------|------|------------------------------------|------|
| | nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| unter 30 Jahre | 76 | 48% | 32 | 20% | 51 | 32% |
| 30-49 Jahre | 95 | 36% | 55 | 21% | 114 | 43% |
| 50 und älter | 24 | 39% | 18 | 30% | 19 | 31% |
| Gesamt | 195 | 40% | 105 | 22% | 184 | 38% |

Tabelle 69: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach primär konsumierter Substanz

| Primäre Substanz | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|---------------------------|---|------|--------|------|--|------|
| | nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Nur Alkohol | 47 | 41% | 29 | 25% | 40 | 34% |
| Sedierend ggf. Alkohol | 49 | 38% | 28 | 22% | 51 | 40% |
| Stimulierend ggf. Alkohol | 59 | 40% | 25 | 17% | 62 | 42% |
| Polyvalent | 39 | 44% | 20 | 22% | 30 | 34% |
| Gesamt | 194 | 41% | 102 | 21% | 183 | 38% |

Tabelle 70: Wunsch nach Thematisierung von Sexualität nach Risikogruppe

| Risikogruppe | Wunsch nach Thematisierung von Sexualität | | | | | |
|--------------|---|------|--------|------|------------------------------------|------|
| | nein/eher unwichtig | | teils | | ja, etwas wichtig/ja, sehr wichtig | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| nein | 166 | 51% | 68 | 21% | 92 | 28% |
| ja | 28 | 18% | 37 | 24% | 91 | 58% |
| Gesamt | 194 | 40% | 105 | 22% | 183 | 38% |

Im Gegensatz zu dem breiten Wunsch nach einer Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation wurde Sexualität – unabhängig von der Dauer der Rehabilitationsbehandlung – im Rahmen der Rehabilitation bei rund der Hälfte der Befragten (47, 6%, n = 231) nie thematisiert und bei weiteren 34,4 % der Befragten (n = 167) wurde "nur ein wenig" über Sexualität gesprochen. Lediglich 17,9 % der Befragten (n = 87) geben an, dass (umfanglich) über Sexualität gesprochen wurde.

Mann-Whitney-U-Tests zeigen dabei, dass Sexualität im Rahmen der Rehabilitation bei Frauen, bei nicht-heterosexuellen Personen, bei Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen und bei Personen der Risikogruppe signifikant eher thematisiert wird (siehe Tabelle 71). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die mehrheitlich weiblichen Therapeutinnen bei weiblichen Patientinnen weniger Hemmungen haben, über Sexualität zu sprechen und bei Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zumindest im Zusammenhang mit diesen Missbrauchserfahrungen über Sexualität gesprochen wird. Bei nicht-heterosexuellen Personen und Personen der Risikogruppe liegt die Vermutung nahe, dass diese Sexualität vergleichsweise aktiv von sich aus ansprechen, da das Thema für sie eine große Relevanz besitzt.

Tabelle 71: Mann-Whitney-U-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Thematisierung von Sexualität

| Unabhängige Variable | | Asymp. Signifikanz | Effektstärke r | Interpretation |
|------------------------------|--|-------------------------|----------------|--|
| Geschlecht | Frauen (n; Rang): 146; 259,01 Männer (n; Rang): 336; 233,89 | Z = -1,979; p = ,048 | ,01 | bei Frauen signifikant eher Thematisierung; Effektstärke aber sehr gering |
| Sexuelle Orientierung | hetero. (n; Rang): 417; 234,97 homo/bi. (n; Rang): 66; 286,42 | Z = -3,026; p = ,002 | ,138 | bei Homo/bi. Personen signifikant eher; Effektstärke aber schwach |
| Sex. Missbrauch | nein (n; Rang): 380; 228,17 ja (n; Rang): 93; 273,09 | Z = -3,088; p = ,002 | ,141 | bei Personen mit Missbrauchserfahrungen signifikant eher; Effektstärke aber gering |
| Risikogruppe | nein (n; Rang): 325; 227,10 ja (n; Rang): 155; 268,59 | Z = -3,333; p = ,001 | ,152 | bei Risikogruppe signifikant eher; Effektstärke aber gering |

Kruskal-Wallis-Tests bestätigen außerdem, dass signifikante Unterschiede in der Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation je nach primär konsumierter Substanz bestehen (siehe Tabelle 72), wobei Sexualität am häufigsten (umfänglich) bei Stimulanzienkonsumierenden (26 %, n = 38) thematisiert wird, gefolgt von polyvalent und sedierend Konsumierenden (jeweils 18%, n = 16 bzw. 24) und am seltensten bei Alkoholkonsumierenden (7 %, n = 8) (siehe Tabelle 73).

Tabelle 72: Kruskal-Wallis-Tests zur Überprüfung von Unterschieden in der zentralen Tendenz mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich der Thematisierung von Sexualität

| Unabhängige Variable | Asymp. Signifikanz | Interpretation |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Primär konsumierte Substanzen | p = ,004 | Signifikanter Zusammenhang |

Tabelle 73: Thematisierung von Sexualität nach primär konsumierter Substanz

| Primäre Substanz | Thematisierung von Sexualität in der Therapie | | | | | |
|---------------------------|---|------|---------------|------|--------|------|
| | nein | | nur ein wenig | | ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| Nur Alkohol | 68 | 59% | 40 | 34% | 8 | 7% |
| Sedierend ggf. Alkohol | 59 | 45% | 47 | 36% | 24 | 18% |
| Stimulierend ggf. Alkohol | 62 | 42% | 47 | 32% | 38 | 26% |
| Polyvalent | 38 | 44% | 33 | 38% | 16 | 18% |
| Gesamt | 227 | 47% | 167 | 35% | 86 | 18% |

Dunn-Bonferroni-Tests als Post-hoc-Tests zeigen dabei, dass sich bei der Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation lediglich die Stimulanzienkonsumierenden von den

Alkoholkonsumierenden signifikant unterscheiden ($p = ,002$; Tabelle 74). Bei Stimulanzienkonsumierenden findet demnach mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit eine Thematisierung von Themen im Zusammenhang mit Sexualität statt als bei Alkoholkonsumierenden. Die Effektstärken beträgt dabei $r = ,219$ und ist demnach eher schwach ausgeprägt. Diese häufigere Thematisierung von Sexualität bei Stimulanzienkonsumierenden könnte entweder darauf zurückzuführen sein, dass die Fachkräfte dem Thema im Zusammenhang mit Stimulanzien mehr Aufmerksamkeit schenken oder Stimulanzienkonsumierende das Thema aufgrund der größeren subjektiven Relevanz gezielter von sich aus ansprechen.

Tabelle 74: Paarweise Vergleiche zu Unterschieden in den Mittelwerten der Skala zu abnehmendem sexuellen Interesse je nach primär konsumierter Substanz

| Sample 1-Sample 2 | Teststatistik | Std.-Fehler | Standardteststatistik | Sig. | Korr. Sig. ^a |
|---|---------------|-------------|-----------------------|------|-------------------------|
| Nur Alkohol-Sedierend ggf. Alkohol | -40,705 | 16,299 | -2,497 | ,013 | ,075 |
| Nur Alkohol-Polyvalent | -43,977 | 18,098 | -2,430 | ,015 | ,091 |
| Nur Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -56,371 | 15,848 | -3,557 | ,000 | ,002 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Polyvalent | -3,272 | 17,676 | -,185 | ,853 | 1,000 |
| Sedierend ggf. Alkohol-Stimulierend ggf. Alkohol | -15,666 | 15,364 | -1,020 | ,308 | 1,000 |
| Polyvalent-Stimulierend ggf. Alkohol | 12,394 | 17,261 | ,718 | ,473 | 1,000 |

Jede Zeile prüft die Nullhypothese, dass die Verteilungen in Stichprobe 1 und Stichprobe 2 gleich sind.

Asymptotische Signifikanzen (zweiseitige Tests) werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,05.

a. Signifikanzwerte werden von der Bonferroni-Korrektur für mehrere Tests angepasst.

Sofern im Rahmen der Rehabilitation überhaupt über Sexualität gesprochen wurde, sind immerhin knapp 50 % der Befragten (49 %, $n = 154$) "etwas zufrieden" oder "zufrieden" mit der Art und Weise, wie über Sexualität in der Rehabilitationsbehandlung gesprochen wurde. Allerdings sind auch 33,1 % der Befragten ($n = 104$) eher unzufrieden mit der Art und Weise der Thematisierung. Weitere 17,8 % der Befragten ($n = 56$) sind unentschieden, ob das Thema adäquat thematisiert und behandelt wurde. Dieses Ergebnis impliziert, dass, sofern das Thema überhaupt thematisiert wird, die Fachkräfte aus Perspektive eines relevanten Teils der Befragten das Thema gut und adäquat behandeln können, aber dem Thema aus Sicht der Befragten offenbar mehr Raum eingeräumt werden muss und die Fachkräfte im Hinblick auf die Thematisierung von Sexualität Fortbildungsbedarf aufweisen.

Die weiblichen Befragten sind dabei in der Tendenz ($p = ,000$; $r = ,231$) signifikant zufriedener mit der Art und Weise, wie Sexualität thematisiert wurde als Männer (vgl. Tabelle 75). Auch dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die mehrheitlich weiblichen Therapeutinnen das Thema mit weiblichen Patientinnen eher und umfangreicher besprechen als mit männlichen Rehabilitanden. Nicht-heterosexuelle Personen sind ebenfalls signifikant eher zufrieden mit

der Thematisierung von Sexualität als heterosexuelle Personen ($p = ,012$; $r = ,142$). Vermutlich ist dieser Effekt auch darauf zurückzuführen, dass für MSM, die in der Befragung den größten Anteil nicht-heterosexueller Personen bilden, teils indikative Angebote explizit zu Sexualität/Chemsex in den beteiligten Einrichtungen vorgehalten werden. Auch Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen sind signifikant eher zufrieden ($p = ,018$; $r = ,129$) mit der Thematisierung von Sexualität (siehe Tabelle 76). Wahrscheinlich wird dem Thema bei Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen mehr Aufmerksamkeit gewidmet (siehe Tabelle 77). Mit Blick auf Personen der Risikogruppe und denjenigen Personen, die sexuelle Aktivitäten nicht als Rückfallrisiko wahrnehmen, bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Thematisierung von Themen im Zusammenhang mit Sexualität. Auch hinsichtlich der primär konsumierten Substanz lassen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Rehabilitation beobachten.

Tabelle 75: Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität nach Geschlecht

| Geschlecht | Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität in der Therapie | | | | | |
|------------|---|------|--------|------|--------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils | | ja, etwas/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| weiblich | 21 | 21% | 16 | 16% | 65 | 64% |
| männlich | 83 | 40% | 40 | 19% | 87 | 41% |
| Gesamt | 104 | 33% | 56 | 18% | 152 | 49% |

Tabelle 76: Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität nach sexueller Orientierung

| Sexuelle Orientierung | Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität in der Therapie | | | | | |
|-----------------------|---|------|--------|------|--------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils | | ja, etwas/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| heterosexuell | 98 | 37% | 46 | 17% | 124 | 46% |
| nicht-heterosexuell | 6 | 13% | 10 | 22% | 29 | 64% |
| Gesamt | 104 | 33% | 56 | 18% | 153 | 49% |

Tabelle 77: Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität nach sexuellen Missbrauchserfahrungen

| Sexuelle Missbrauchserfahrungen | Zufriedenheit mit der Thematisierung von Sexualität in der Therapie | | | | | |
|---------------------------------|---|------|--------|------|--------------|------|
| | nein/eher nicht | | teils | | ja, etwas/ja | |
| | Anzahl | in % | Anzahl | in % | Anzahl | in % |
| nein | 86 | 36% | 42 | 18% | 110 | 46% |
| ja | 13 | 20% | 13 | 20% | 39 | 60% |
| Gesamt | 99 | 33% | 55 | 18% | 149 | 49% |

Fokusgruppendifkussionen

Für das Teilziel 3 "Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis" sollten die Ergebnisse des Projektes in Fokusgruppen mit mind. 25 Fachkräften aus der Praxis diskutiert werden, um einerseits die Ergebnisse des Projektes in die Praxis zurückzuspielen und andererseits gemeinsam mit Fachkräften aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis zu diskutieren und abzuleiten. Insgesamt konnten drei Fokusgruppen mit n = 21 Fachkräften aus stationären wie ambulanten Einrichtungen realisiert werden. Alle Fokusgruppendifkussionen wurden auf der Grundlage des informierten Einverständnisses der teilnehmenden Fachkräfte aufgenommen, transkribiert und auf dieser Grundlage ähnlich der Auswertungsstrategie im Rahmen der qualitativen Interviews (siehe Teilziel 1) anonymisiert ausgewertet.

Die Fokusgruppendifkussionen fanden aufgrund der terminlichen Schwierigkeiten seitens der Einrichtungen infolge der Covid-19-Pandemie verspätet im Zeitraum vom 07.07.2021-15.09.2021 statt. Insgesamt konnten n = 21 Fachkräfte aus drei Einrichtungen akquiriert werden. Die Fokusgruppendifkussionen wurden online via Cisco Webex Meetings mit einer Lizenz der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Um die Ergebnisse datenschutzkonform sichern zu können, wurden zum einen durch ein*e Protokollant*in ein Ergebnisprotokoll angefertigt, zum anderen wurde die Audiospur der Diskussion zur späteren Transkription und Analyse aufgenommen. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen haben zudem jeweils ein Erinnerungsprotokoll angefertigt, um die zentralen Thesen und Aussagen im Nachgang diskutieren zu können. Das Ziel der genannten Fokusgruppendifkussionen war es, die Bedarfe der Fachkräfte im Bereich der Rehabilitation im Kontext von Sexualität und Substanzkonsum zu eruieren, sowie aus diesen Handlungsempfehlungen für die Praxis zu erarbeiten.

Der Aufbau der Fokusgruppendifkussionen gliederte sich in einen kurzen Einleitungsteil, in dem die Ergebnisse aus den Expert*inneninterviews sowie der Querschnittsbefragung vorgestellt wurden. Die Diskussion wurde sodann durch zwei Thesen respektive Fragen geleitet. Die erste Frage lautete „**Was können die Gründe für die seltene Thematisierung von ‚sexualisiertem Substanzgebrauch‘ in entsprechenden Hilfeinrichtungen sein?**“ gefolgt von der zweiten Frage „**In den Expert*inneninterviews wurde ersichtlich, dass seitens der professionellen Fachkräfte ein hoher Fortbildungsbedarf besteht. Welche Fortbildungsthemen im Zusammenhang mit Substanzkonsum und Sexualität für Sie besonders notwendig?**“.

Allgemein ließ sich beobachten, dass sich die Fachkräfte, die unterschiedliche Professionen innehatten (u.a. Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen), in Bezug auf die **Problematiken**

und Schwierigkeiten einig waren, Sexualität als Rückfallrisiko im Kontext der substanzgebundenen Suchttherapie zu betrachten. Die Fachkräfte machten in den Diskussionen deutlich, mit welchen Schwierigkeiten sie sich in der Praxis konfrontiert sehen. Häufig wurde die Hemmung seitens der Therapeut*innen genannt, offen über Sexualität mit ihren Klient*innen zu sprechen, da Sexualität als schambesetzt und privat wahrgenommen wird. Außerdem konnte während der Diskussionen festgestellt werden, dass die Gefahr von möglichen Re-Traumatisierungen der Klient*innen ebenfalls dazu beitragen können, Sexualität in Verbindung mit Substanzkonsum, gar nicht oder selten anzusprechen. Die genannten Traumata bezogen sich vor allem auf weibliche Klientinnen, die sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt haben. Eine weitere Schwierigkeit, die in allen Fokusgruppendifkussionen besprochen wurde, war das häufig heterogene Geschlechterverhältnis zwischen Klient*in und Therapeut*in. Die Fachkräfte berichteten, dass sich weibliche Klientinnen eher auch weiblichen Therapeutinnen sowie sich männliche Klienten eher männlichen Therapeuten öffneten. Auch scheint persönliches Unbehagen hinsichtlich der Gesprächseröffnung zum Thema Sexualität ein weiterer Grund für das unzureichende Thematisieren zu sein. Hier wurde auf Seiten der Fachkräfte deutlich, dass sie häufig selbst ungern im beruflichen Kontext über Sexualität sprechen, da sie fürchten, dies überschreite persönliche sowie intime Grenzen der Klient*innen. Es gebe aber auch Generationskonflikte zwischen Therapeut*in und Klient*in aufgrund immer ausdifferenzierter Lebens- und Beziehungsformen der Klient*innen. Die von Fachkräften benannte Hegemonie der Cis-Heteronormativität führt in einigen Beratungssettings zu fehlerhafter Anamnese. Die Lebensweisen von nicht heterosexuellen Menschen berge häufig andere Schwierigkeiten und soziale Probleme, vor allem den Substanzkonsum in Verbindung mit sexuellen Handlungen betreffend, da hier ein soziales Gefüge greift, das von heteronormativen Beratungssettings nicht aufgenommen werde.

Eine weitere Schwierigkeit, Sexualität in den Kontext der Suchttherapie und in die Beratungssettings proaktiv einzugliedern, liegt in der fehlenden Abfrage dieses Themenkomplexes der strukturellen Anamneseerfassung. Der hier von allen Einrichtungen einheitlich verwendete Anamnesebogen des Deutschen Kerndatensatz' (DKS) weist Leerstellen in Bezug auf Sexualität der Klient*innen auf. Problemfelder, die für die Suchttherapie von Nutzen sind, würden anhand des Anamnesebogens erfasst, jedoch ließe sich hier eine Leerstelle in Bezug auf Sexualität finden, obwohl dieser Bereich anhand der durch die Studie vorgelegten Ergebnisse wichtig sei. Der **Bedarf** nach einem aktualisierten Anamnesebogen, der sowohl Sexualität als Faktor für ein Rückfallrisiko im Bereich der Suchttherapie berücksichtigt, als auch nach adäquater gendersensibler Repräsentation der Klient*innen, wurde in allen Fokusgruppendifkussionen diskutiert.

Als mögliche **Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis** wurden aus den Diskussionen nach Ableitung der Erkenntnisse der vorläufigen Ergebnisse verschiedene Konzepte

genannt. Ein wichtiger Bestandteil dieser Diskussionen war, die Fachkräfte zu gendersensibler Sexualität fortzubilden. Die sich immer ausdifferenzierenden Lebens- und Beziehungsweisen entspringen auch in der Praxis nicht mehr nur der monogamen cis-Heteronormativität, von der originär (auch in den Anamnesebögen) ausgegangen wird. Vielmehr sind heterogenere Konzepte, vorrangig MSM oder homo- bzw. bisexuelle Beziehungsweisen, der Sexualität Bestandteil der Beratungssettings in der Suchttherapie. Geschulte Fachkräfte könnten somit Erfolge mit ihren Klient*innen in den Beratungssettings erzielen. Darüber hinaus wurde in allen Fokusgruppen die Kommunikation zwischen Therapeut*innen und Klient*innen gründlich diskutiert. Hier fehle es vor allem an adäquatem Vokabular, um erstens einen Gesprächseinstieg zum Thema Sexualität zu ermöglichen und zweitens Hemmschwellen auf Seiten der Therapeut*innen abzubauen. Hierzu seien die Fachkräfte in konkreten Methoden fortzubilden, die dabei unterstützen, einen sicheren kommunikativen Rahmen sowohl für die Fachkräfte als auch für die Klient*innen aufzubauen.

Von einigen Fachkräften wurde in der Diskussion auch die eigene Expertise zur Sexualität einerseits und zu ihren Wirkmöglichkeiten in Verbindung mit dem Konsum unterschiedlicher Substanzen andererseits infrage gestellt. Jener Themenbereich kann durch spezifische Schulungen durch ausgewiesene Sexualwissenschaftler*innen als weiterbildende Qualifikation angeboten werden, sodass die Fachkräfte ein höheres Maß an Expertise in der Praxis aufweisen. Daran anknüpfend sind niederschwellige Workshops zur interdependenten Wirkungsweise von Sexualität und Substanzkonsum notwendig, um das fehlende Wissen seitens der Therapeut*innen zu füllen.

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Im Rahmen des Projektes „SUBSEX: Lust und Rausch“ wurden in einem multizentrischen sequenziellen mixed-methods Studiendesign erstmals umfangreiche Daten zum sexualisierten Substanzkonsum von Patient*innen in der Suchtrehabilitation sowie die Behandlungsmöglichkeiten und -barrieren von sexualisiertem Substanzkonsum aus Sicht von Suchttherapeut*innen erhoben und Konsequenzen für die Behandlungspraxis abgeleitet.

Die dargestellten Ergebnisse unterstreichen die Relevanz des Themas sowohl aus Sicht der Patient*innen als auch aus Sicht der Behandler*innen. Trotz der Widrigkeiten, welche im Zusammenhang der Covid-19 Pandemie aufgetreten sind, konnte das Projekt SUBSEX: Lust und Rausch erfolgreich beendet werden.

Die definierten Haupt- und Teilziele des Projektes (siehe Kapitel 4.1 und Kapitel 5) konnten erfüllt werden. Zu Beginn des Projektes wurde ein wissenschaftlicher Beirat eingesetzt, der insbesondere bei der Entwicklung der Messinstrumente beratend und unterstützend tätig wurde. In einem ersten Analyseschritt sollten Expert*inneninterviews mit $n = 25$ Suchttherapeut*innen durchgeführt werden. Hierdurch sollten zentrale Kenntnisse zu der Behandlungspraxis in der Suchtrehabilitation zum Themenkomplex generiert werden. Tatsächlich konnten $n = 30$ Expert*inneninterviews durchgeführt werden und das anvisierte Ziel wurde erfüllt. Die so gewonnenen Daten flossen in die Entwicklung des Fragebogens für die quantitative Patient*innenbefragung ein.

Im zweiten Forschungsschritt sollten $n = 500$ Patient*innen aus der Suchtrehabilitation zum Themenfeld sexualisierter Substanzkonsum befragt werden. Das Ziel der Erhebung war es, umfangreiche Kenntnisse zum sexualisierten Substanzkonsum bei Suchtpatient*innen zu erlangen. Die Befragung sollte in 10 unterschiedlichen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen stattfinden. Auf Grund der erlassenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie war die Datenerhebung in den Kliniken deutlich erschwert. Im Verlauf des Projektes wurde noch eine weitere Klinik in die Studie eingeschlossen, in der die Datenerhebung stattfinden konnte. Mit $n = 490$ Studienteilnehmer*innen wurde das anvisierte Ziel leicht unterschritten, was aber keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Daten und dem Aussagewert der Studie hat. Das Ziel, eine möglichst diverse Stichprobe zu generieren, konnte erfüllt werden: Der Anteil der Männer lag bei 69,5% (Frauen: 30,1%). Ebenso divers stellt sich die sexuelle Orientierung der Studienteilnehmer*innen dar: 84,6% gaben an heterosexuell und 13,1% homo- oder bisexuell zu sein. Zudem sollte eine differenzierte Analyse hinsichtlich der konsumierten Hauptsubstanz der Suchtpatient*innen ermöglicht werden. Auch in Bezug auf

dieses Kriterium konnte eine differenzierte Stichprobe erhoben werden: Für 23,7% der Befragten war Alkohol die Hauptsubstanz, 23,3% Kokain, 19,6% Cannabis, 15,9% Amphetamine, 6,3% Heroin/Opiate und 5,5% haben vornehmlich Chemsex-Substanzen konsumiert. Eine differenzierte Analyse hinsichtlich des Geschlechts, sexueller Orientierung und der hauptsächlich konsumierten Substanz der Studienteilnehmer wurde so ermöglicht.

In einem letzten Analyseschritt sollten zentrale Studienergebnisse mit den Suchttherapeut*innen aus den Kliniken und ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtungen diskutiert werden. Das Ziel war es, Handlungsempfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen zu generieren. Im Rahmen von drei Fokusgruppen wurden die Studienergebnisse mit n = 21 Suchttherapeut*innen diskutiert. Damit ist die Zahl von 25 Teilnehmenden leicht unterschritten worden, was keine negativen Auswirkungen auf die diskutierten Ergebnisse hat. Auf in diesem Studienteil wurde die Datenerhebung durch die Folgen der Covid-19-Pandemie erschwert und es musste auf ein digitales Veranstaltungsformat umgestellt werden. Dennoch konnten wichtige Ergebnisse erzielt werden, die für die weitere Forschung genutzt werden.

Auch der Transfer der Studienergebnisse konnte nachhaltig sichergestellt werden (siehe Kapitel 10-12). Das Projekt und die Studienergebnisse wurden auf vier nationalen und internationalen Fachkonferenzen vorgestellt. Darüber hinaus wurde auf einer weiteren internationalen Konferenz ein Beitrag eingereicht. Zudem sind drei wissenschaftliche Publikationen in Vorbereitung.

Um einen nachhaltigen Transfer der Studienergebnisse in die Praxis zu ermöglichen, planen wir eine Weiterbildung von suchttherapeutischen Fachkräften zum Themenfeld des sexualisierten Substanzkonsums. Ferner wurden die Studienergebnisse in einzelnen Seminaren der Studiengänge der Sozialen Arbeit sowie des Masterstudiengangs Suchthilfe der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen integriert. Hierdurch soll ein direkter Transfer der Studienergebnisse in die Ausbildung von suchttherapeutischen Fachkräften realisiert werden.

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Im Rahmen der qualitativen sowie quantitativen Erhebungen wurden verschiedene geschlechtsspezifische und sexualitätsbezogene Aspekte in der Befragung berücksichtigt. Es wurde unter Berücksichtigung aller verwendeten Methoden und erhobenen Daten deutlich, dass die Rolle von sexualitätsbezogenen Themen für den Substanzkonsum je nach Geschlecht und sexueller Orientierung deutlich variieren kann.

In der quantitativen Erhebung in Form einer *paper-pencil*-Befragung wurden Personen (n = 490) in Suchtrehabilitationseinrichtungen im Rahmen der soziodemographischen Parameter zur geschlechtlichen Identität sowie zu ihrer sexuellen Orientierung befragt. Geplant war, die Stichprobe in Bezug auf genannte Parameter möglichst ausgewogen und heterogen durchzuführen, um umfassende Aussagen bezüglich der Verbindung von Sexualität und Substanzkonsum zu erhalten. An der Befragung haben 69,5% Männer und 30,1% Frauen teilgenommen. Ein geringer Anteil von 2 Personen (0,2%) identifizierte sich als divers. Im Hinblick auf die sexuelle Orientierung überwiegt hier die heterosexuelle Orientierung (84,6%), nachfolgend die bisexuelle (7,6%) und die homosexuelle Orientierung (5,5%). 0,4% der Befragten identifiziert sich mit einer anderen sexuellen Orientierung, die hier nicht weiter spezifiziert wurde.

Die Stichprobe wurde geschlechtsspezifisch und unter Berücksichtigung der sexuellen Orientierung ausgewertet. So wird deutlich, dass 63% der Frauen (n = 90) häufiger mind. „öfters“ oder „sehr oft“ gezielt Substanzen zum Sex konsumieren. Dies trifft hingegen auf 55% der Männer (n = 179) zu. Dies widerspricht der allgemeinen Wahrnehmung der Fachkräfte, dass sexualisierter Substanzgebrauch ein männliches Phänomen sei.

Deutlich wurde, dass sowohl Geschlecht als auch die sexuelle Orientierung im Rahmen der Behandlungspraxis eine zentrale Rolle spielt. Dies wurde in den qualitativen Erhebungen deutlich.

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung mittels Fokusgruppendifkussionen (n = 21) mit den Fachkräften aus den unterschiedlichen Rehabilitationseinrichtungen zeigen deutlich, dass sowohl die geschlechtliche Identität als auch die sexuelle Orientierung einen signifikanten Einfluss auf eine erfolgreiche therapeutische Begleitung haben. Es konnte kein Einfluss auf die geschlechtersensible Besetzung der Fokusgruppen durch die Fachkräfte genommen werden, da infolge der Covid-19 Pandemie die zeitlichen Ressourcen der Einrichtungen begrenzt waren.

Das meist heterogene Geschlechterverhältnis zwischen Klient*in und Therapeut*in führt dazu, dass der Themenkomplex Sexualität in Abhängigkeit mit Substanzkonsum häufig nicht bearbeitet werden kann, da sich zum einen die Klient*innen dem/der gegengeschlechtlichen Therapeut*in emotional nicht öffneten und zum anderen die verantwortlichen Therapeut*innen von einem persönlichen Unbehagen berichten, wenn sie die Sexualität der Klient*innen kontextualisieren. Dies trifft vor allem auf weibliche Klientinnen zu, die sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt haben.

Zudem konnte im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen fehlendes Fachwissen im Kontext der verschiedenen existierenden sexuellen Orientierungen auf Seiten der Therapeut*innen festgehalten werden. Im Rahmen des Projekts wurde deutlich, dass sowohl ein gendersensibler Umgang innerhalb der Beratungspraxis der Suchtrehabilitationseinrichtungen als auch ein diverserer Umgang mit sexuellen Orientierungen notwendig ist.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Bereits während der Projektlaufzeit konnten einzelne Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich und auf Fachkonferenzen vorgestellt und diskutiert werden:

1. Deimel, D., Graf, N., Sattler, D. (2019). Sexualität in der Suchtrehabilitation: Ergebnisse einer Expert*innenbefragung, Deutscher Suchtkongress 2019, 16.09.2019, Mainz.
2. Graf, N., Deimel, D. (2020). Sexuality in addiction treatment: a highly relevant, yet marginal issue, 11th European Society for Prevention Research Conference, 7-9 October 2020.
3. Graf, N., Deimel, D. (2021). Substanzgebrauch und Sexualität: Perspektiven von Fachkräften und Patient*innen in der Suchtrehabilitation, 10. Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress, 25.-27.3.2021.
4. Deimel, D., Graf, N. (2021). Sexualität in der Suchtrehabilitation: Ergebnisse einer Querschnittserhebung, Deutscher Suchtkongress 2021, 13.-15. Oktober 2021.
5. Deimel, D., Arasteh-Roodsary, L., Graf, N. (2022). Sexualized substance use, consumption motives and risk factors for relapse of addiction patients. Results of a cross-sectional study in addiction treatment facilities in Germany. Poster on Lisbon Addictions. European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies. Submitted.

11 Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes wurden in dem vorliegenden Abschlussbericht dargelegt. Der Bericht ist über die Homepage des Bundesministerium für Gesundheit der Fachöffentlichkeit frei zugänglich. Relevante Ergebnisse der Studie haben direkt Einzug in spezifische Seminare in den Studiengängen der Sozialen Arbeit sowie des Masterstudiengangs Suchthilfe der katho gefunden. Wir möchten somit einen unmittelbaren Mehrwert in der Ausbildung von Fachkräften der Suchthilfe generieren.

Perspektivisch ist die Entwicklung einer Weiterbildung zum Themenkomplex sexualisierten Substanzkonsums für Berater*innen und Therapeut*innen in der Suchthilfe geplant. Für die Entwicklung einer solchen Weiterbildung haben wir im Rahmen des Projektes SUBSEX einen Folgeantrag bei der Hetzler-Foundation for Addiction Research gestellt.

Vereinzelt haben wir Anfragen von Einrichtungen der Suchthilfe zu den Projektergebnissen erhalten. Erste Ergebnisse aus dem Projekt haben wir unmittelbar den Praxiseinrichtungen zur Verfügung gestellt.

12 Publikationsverzeichnis

Es befinden sich derzeit drei wissenschaftliche Publikationen in Vorbereitung. Weitere Spezialauswertungen, z. B. zu Extremgruppen bzw. Spezialthemen, sind geplant:

1. Publikation zu den Ergebnissen der qualitativen Expert*inneninterviews für ein englischsprachiges Journal
2. Publikation zu den quantitativen Ergebnissen für ein englischsprachiges Journal
3. Gesamtüberblick über die Ergebnisse für ein deutschsprachiges Journal

13 Literaturverzeichnis

- Baseman, J., Ross, M., & Williams, M. (1999). Sale of Sex for Drugs and Drugs for Sex: An Economic Context of Sexual Risk Behavior for STDs. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(8), 444-449.
- Berry, M. S., & Johnson, M. W. (2018). Does being drunk or high cause HIV sexual risk behavior? A systematic review of drug administration studies. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 164, 125-138.
- Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N., Deimel, D. and Schেকে, H. (2020). Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex with Men in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. DOI: 10.3389/fpsy.2020.542301
- Bosma-Bleeker, M. H., & Blaauw E. (2018). Substance use disorders and sexual behavior; the effects of alcohol and drugs on patients' sexual thoughts, feelings and behavior. *Addict Behaviors*, 87, 231-237.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Bowden-Jones, O. (2017). Joining up sexual health and drug services to better meet client needs. Background paper commissioned by the EMCDDA for health and social responses to drug problems: a European guide, Lisbon: EMCDDA.
- Braun-Harvey, D. (2011). *Sexual Health in Recovery. A Professional Counselor's Manual*, New York: Springer Publishing Company.
- Brenk-Franz, K., Strauß, B. (2011). Der Multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS). Erste Evaluation der deutschsprachigen Version des Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ). *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24, 256-271.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B., & Bierut, L. J. (2011). Number of sexual partners and associations with initiation and intensity of substance use. *AIDS and Behavior*, 15(4), 869-874.
- Calsyn, D. A., Cousins, S. J., Hatch-Maillette, M. A., Forcehimes, A., Mandler, R., Doyle, S. R., & Woody, G. (2010). Sex under the influence of drugs or alcohol: common for men in substance abuse treatment and associated with high-risk sexual behavior, *The American Journal on Addictions*, 19, 119–127.
- Deimel, D., Stöver, H., Hößelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N., Gebhardt, V. (2016). Drug Use and Health Behaviour Among German Men Who Have Sex with Men: Results of a Qualitative, Multi-Centre Study. *Harm Reduction Journal*.13:36. DOI: 10.1186/s12954-016-0125y
- Demmel, R. (2010). *Sexualität und Substanzabhängigkeit – eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten. Abschlussbericht*. Münster: LWL-Koordinationsstelle Sucht.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer.
- Eaton, N. R., Thompson, R. G., Mei-Chen, H., Goldstein, R. B., Saha, T. D., & Hasin, D. S. (2015). Regularly drinking before sexual activity in a national representative sample: Prevalence, sociodemographics, and associations with psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Public Health*, 105, 1387–1393.

- Eisinga, R., Te Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637-642.
- Eul, J., & Verres, R. (2016). Wirkungen psychoaktiver Substanzen auf das Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex sowie auf die sexuelle Performance – Ergebnisse einer Umfragestudie bei 1616 Personen mit überwiegend multipler Drogenkonsumerfahrung. *Suchttherapie*, 17(04), 153-160.
- Graf, N., Dichtl, A., Deimel, D., Sander, D., Stöver H. (2018). Chemsex among MSM in Germany: Motives, Consequences and the Response of the Support System. *Sexual Health*, 15(2): 151-156. DOI: <http://doi.org/10.1071/SH17142>
- Hallinan R. (2021). Sexual Function and Alcohol and Other Drug Use. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M., & Baldacchino A.M. (Hg.): *Textbook of Addiction Treatment*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_85.
- Hamilton Brown, A., Domier, C. P., & Rawson, R. A. (2005). Stimulants, sex and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 169–180.
- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A., & Hope, V. D. (2021): A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people, *International Journal of Drug Policy*, 93, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>.
- Hoyer, J. (2013). Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 371-378.
- Johnson, S.D., Phelbs, D.L., & Cottler, L.B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of sexual behavior*, 33 (1), 55-63.
- Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The Prevalence of Paraphilic Interests and Behaviors in the General Population: A Provincial Survey. *Journal of Sex Research*, 54(2), 161-171.
- Kaukinen C., & DeMaris, A. (2005). Age at First Sexual Assault and Current Substance Use and Depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1244-1270.
- Kennedy, K. E. P., Grov, C., & Parsons, J. T. (2010). Ecstasy and Sex Among Young Heterosexual Women. A qualitative analysis of sensuality, sexual effects, and sexual risk taking. *International Journal of Sexual Health*, 22(3), 155-166.
- Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R., & Winstock, A. R. (2019). Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional “Global Drug Survey” Report. *The Journal of Sexual Medicine*, 16, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018>.
- Mayring, P. (2015). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Palamar, J. J., Griffin-Tomas, M., Acosta, P., Ompad, D. C. & Cleland, C. M. (2018). A comparison of self-reported sexual effects of alcohol, marijuana, and ecstasy in a sample of young adult nightlife attendees. *Psychology & Sexuality*, 9(1), 54-68.
- Palha, A.P., & Esteves, M. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 427-437.

Prestage, G., Hammoud, M., Jin, F., Degenhardt, L., Bourne, A., & Maher, L. (2018). Mental health, drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men. *International Journal of Drug Policy*, 55, 169-179.

Rawson, R. A., Washton, A., Domier, C. P., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: the role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 103-108.

Ross, M. W., & Williams, M. L. (2001). Sexual behavior and illicit drug use. *Annual Review of Sex Research*, 12(1), 290-310.

Schäfer, I., Barnow, S., Pawils, S., & CANSAS Study Group. (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 35-43.

Schecke, H., Lea, T., Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Scherbaum, N., Deimel, D. (2019). Crystal Methamphetamine use in sexual settings among German men who have sex with men. *Frontiers in Psychiatry*. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00886

Schmidt, H., & Berner, M. (2013). Sexuelle Störungen bei psychiatrischen Erkrankungen. In: Brixen, P., Berner, M. (Hg.) *Praxisbuch sexuelle Störungen*. Stuttgart: Thieme, 165.

Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2004). The context of sexual risk behavior among heterosexual methamphetamine users, *Addictive Behaviors*, 29(4),807-810.

Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T., & Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive Behaviors*, 36(1–2), 27-36.

Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.

Sun, A. J., & Eisenberg, M. L. (2017). Association between marijuana use and sexual frequency in the United States: A population-based study, *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 1342–1347.

Wieland, N., & Klein, M. (2018). Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit. *Suchttherapie*, 19(2), 66-75.