



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Dokumentation des
BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“
am 5. und 6. September 2002 in Berlin

Frauen und Sucht



Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort von Marion Caspers-Merk	7-8
Eröffnungsvorträge:	9-20
I. Frauenspezifische / feministische Suchtarbeit ist machbar! von Carmen Walcker-Mayer	
II. Frauen und Sucht von Marion Caspers-Merk	
Politische Forderungen	21
Hauptvorträge:	23-44
I. Die Frauen, über die wir sprechen von Sabine Scheffler	
II. Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen von Frauen und notwendige Hilfen von Christel Zenker	
III. Qualitätsmanagement in der Frauensuchtarbeit von Marie-Luise Ernst	
Beiträge aus den Workshops:	45-158
I. Workshop „Mütter und Kinder“	47-59
Beitrag 1: Erfahrungen der Drogenberatung für Mädchen und Frauen BELLA DONNA aus dem Arbeitsbereich „drogenkonsumierende Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft“ von Renate Kreke.	
Beitrag 2: Erfahrungen der Beratungsstelle extra e.V. München von Roswitha Soltau	

II. Workshop „Co-Abhängigkeit – ein ewiges Frauenthema“	60-66
Beitrag 1: Das Suchthilfesystem und co-abhängige Frauen – Doppelte Vergesellschaftung und weibliches Arbeitsverhalten Magrit Stoll	
III. Workshop „Mädchen“	67-91
Beitrag 1: Neue Chancen für drogenabhängige Mädchen?! Eine pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen Heidrun Neuwirth	
Beitrag 2: Vorstellung der Einrichtung KAJAL Susanne Herschelmann, Karola Sommerburg	
Beitrag 3: Jugend mit Biss – ein Modellprojekt zur Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen Sigrid Borse	
IV. Workshop „Frauengesundheit oder bessere ‚Umweltverträglichkeit‘ durch Medikamente?“	92-102
Beitrag 1: Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen Maya Krock	
V. Workshop „Berufliche Integration von Frauen“	103-114
Beitrag 1: Suchtmittelabhängige Frauen gestalten ihre Chance (Traumjob oder Alptraum?) Dagmar Rüniger	
Beitrag 2: Video-Home-Training als Methode zur Kompetenzentwicklung und Freisetzung auf dem Weg der beruflichen Integration ehemals drogenabhängiger Frauen Ruth Caldewey	

VI. Workshop: „Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen – Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“	115–133
Beitrag 1: Vom Besonderen zum Normalen – Frauensuchtarbeit in der Praxis“ Heidi Gräble	
Beitrag 2: Die Frauentherapieeinrichtung „Camille“ Annegret Stelz	
Beitrag 3: Vorstellung des Projekts StoffBruch Katharina Sonn	
VII. Workshop „Qualitätsentwicklung – eine Zukunftsaufgabe für Frauen“	134–147
Beitrag 1: Qualitätsentwicklung im LAGAYA Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. Ulrike Ohnmeiß	
Beitrag 2: Zukunftsfähig, innovativ und qualitätsorientiert – Der neue Blick auf feministisch orientierte Organisationen Martina Hörmann	
VIII. Workshop „Drei in einem Boot“ Klientinnen – Mitarbeiterinnen – Qualität	148–158
Beitrag 1: Klientinnenbefragungen – oder: was können wir aus den Urteilen unserer Klientinnen lernen? Andrea Viktoria Kerschl	
Beitrag 2: Sekundäre Traumatisierung – Der Versuch professioneller Strategien zur Bewältigung Andrea Viktoria Kerschl	
Ergebnis der Länderumfrage	161–169
1. Frauen- und Mädchensuchthilfeprojekte	
2. Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien	
Autorinnenliste, Impressum, Hinweis	170–172

Frauen und Sucht



Vorwort

von Marion Caspers-Merk



Vorwort: S. 7 – 8

Vorwort der Schirmfrau Marion Caspers-Merk;
Parlamentarische Staatssekretärin bei der
Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung;
Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Frauen sind anders, auch beim Thema Sucht.

Wir wissen, dass die Suchtmittelabhängigkeit von Frauen geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Art der Sucht, dem Suchtverlauf und den Ursachen aufweist und einer besonderen geschlechtsspezifischen Beratung und Behandlung bedarf. Die Erkenntnisse aus Praxis und Forschung und die zunehmende Umsetzung des Gender Mainstreaming-Gedankens haben mich als Drogenbeauftragte der Bundesregierung bewogen, das Thema „Frauen und Sucht“ aufzugreifen. Gemeinsam mit dem Qualitätszirkel Frauensuchtarbeit des Fachverbandes DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. (FDR) wurde die Idee entwickelt, einen bundesweiten Frauensuchtkongress zu veranstalten, um das Thema stärker in der Öffentlichkeit zu verankern, denn der letzte bundesweite Kongress zum Thema „Frauen und Sucht“ fand vor über 15 Jahren statt. Als Ziele wurden formuliert, das aktuelle Wissen zu diesem Themenfeld zusammenzutragen und zu sichten, wie und in welchem Umfang frauenspezifische Angebote in der Suchthilfe weiterentwickelt und vernetzt werden können, damit das „weibliche“ Suchtverhalten nicht länger im Verborgenen geschieht. Denn Frauen sind Meisterinnen des Verdeckens, weshalb weibliches Suchtverhalten auch als „stille“ oder „verdeckte“ Sucht bezeichnet wird. Deshalb wurde der programmatische Titel des Fachkongresses „Ungeschminkt“ gewählt.

Zur weiblichen Sucht gehören aber nicht nur das Suchtverhalten selbst, sondern auch besondere Gesundheitsgefahren für die ungeborenen oder neugeborenen Kinder. Hinzu kommt, dass Kinder Suchtkranker einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sind, später als Erwachsene ebenfalls der Sucht zu verfallen. Auch dieser Aspekt sollte auf dem Kongress beleuchtet werden, denn es sind zumeist die Mütter, die die Hauptlast der täglichen Sorge, Betreuungs- und Erziehungsarbeit tragen.

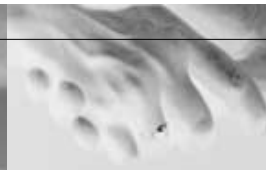
In Vorbereitung des Kongresses habe ich eine Umfrage bei den Drogenbeauftragten der Länder durchgeführt, welche frauenspezifischen Suchthilfeprojekte und Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien existieren. Das Ergebnis der Umfrage ist im Anhang abgedruckt.

Für den Kongress wurden 10 politische Forderungen formuliert, die die 10 wichtigsten Ergebnisse zusammenfassen und auf dem Abschlusspodium diskutiert und bestätigt wurden.

Ich freue mich sehr, die Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Unge-
schminkt“ vorzulegen, und hoffe, dass die Anregungen und Forderungen des Kongresses von
Politik, Forschung und der Praxis aufgegriffen werden.

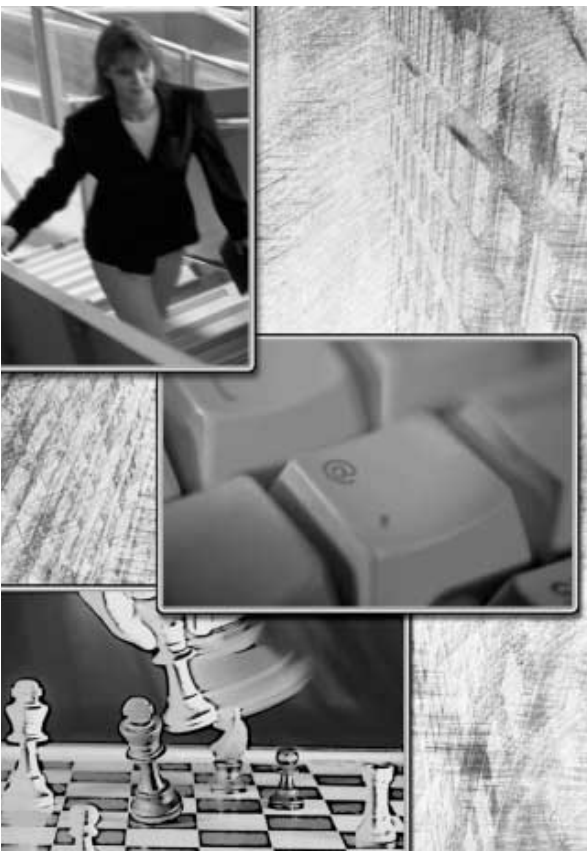
Berlin im November 2002

Eröffnungsvorträge



Vorträge

von Carmen Walcker-Mayer
und Marion Caspers-Merk



Eröffnungsvorträge:

I. Frauenspezifische Suchtarbeit ist machbar

von Carmen Walcker-Mayer, S. 11 – 15

II. Frauen und Sucht

von Marion Caspers-Merk, S. 16 – 20

I. Frauenspezifische/feministische Suchtarbeit ist machbar!

von Carmen Walcker-Mayer

Die Frauensuchtarbeit in der Bundesrepublik Deutschland begann 1980.

Damals stellte die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. zum ersten Mal ihre jährlich stattfindende bundesweite Konferenz unter das Thema Frauen und Sucht. Die anwesenden Frauen hatten allerdings einige Kritik an den dort geäußerten Meinungen – **die in der Regel von Männern formuliert wurden**. In der Folge entstanden bundesweit Arbeitskreise, Beratungsstellen, die ausschließlich für Frauen Beratung bei Suchtproblemen anbieten, Fachzentren, Wohngemeinschaften und Einrichtungen als Café mit Selbsthilfe- und Nachsorgeangeboten:

- Beratungsstellen 22
- Stationäre Therapie 24
- Ambulante Therapie 8
- Cafes/Nachsorge 4
- Berufliche Integration 1 (clean) / 1 (subs.Frauen)
- Therapeutische WGs 8

Demgegenüber stehen diese betroffenen Frauen:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung schreibt in ihrem Drogen- und Suchtbericht 2001, dass in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen bundesweit ca. 720.000 Frauen einen missbräuchlichen Alkoholkonsum zeigen und ca. 450.000 als alkoholabhängig angesehen werden müssen.

30 bis 45.000 Frauen sind von illegalen Drogen abhängig oder missbrauchen sie in erheblichem Umfang.

In ihrem Essverhalten gestört sind 11 bis 30 % der Bevölkerung, das entspricht mindestens 8 Mio. Menschen. Davon sind 95 % Frauen und Mädchen.

1.125.000 Frauen in Deutschland konsumieren Arzneimittel in problematischer Weise bzw. sind medikamentenabhängig.

8 Mio. Frauen in Deutschland rauchen, wovon 5 bis 6 Mio. als nikotinabhängig eingeschätzt werden.

Auf die Notwendigkeit von frauenspezifischen Angeboten weisen auch einschlägige Forschungsarbeiten hin, von denen wir auf diesem Kongress hören werden.

Frauenspezifische/feministische Suchtarbeit ist machbar!

Warum?

Weil sie wirkt!

Sie wirkt,

- weil sie die betroffenen Frauen und Mädchen erreicht,
- weil die Frauen und Mädchen ihre spezifischen Erfahrungen zum Thema machen können und sie einen Ort haben, wo sie im Mittelpunkt stehen,
- weil diese Arbeit den Ansatz einer personenzentrierten Hilfe konsequent weiterführt und umsetzt,
- weil sie den Frauen und Mädchen wieder ihre Würde und ihren Wert vermittelt....

Und doch wirkt mehr!

(Was ist es denn, „was die Welt im Innersten zusammen hält?“)

Dieses ist nicht messbar, nicht quantifizierbar – wir können es nur erfahren.

Es ist die Kraft durch

- das Engagement der Kolleginnen (qualitativ höhere Ansprüche, z.B. Reflexion der Frauenrolle)
- die Arbeit in flacher Hierarchie, die dadurch Mitarbeiterinnenorientierung und Freiraum sowie Entscheidungsspielräume und Verantwortungsübernahme gewährleistet und damit hohe Identifikation mit der Organisation erreicht
- die Klientinnennähe (aus der Reflexion der eigenen Rolle,...)
- die Flexibilität (unbürokratisches Vorgehen)

„gewohntes“ Arbeiten in Netzwerken im Gegensatz zu den „Seilschaften der Männer“.

Der Unterschied zwischen Seilschaften und Netzwerken ist, dass Seilschaften informell angelegt sind und dem Machterhalt dienen, Netzwerke dagegen werden geplant d.h. strukturiert und sind in Organisationsform, Zielgebung, Maßnahmeplänen, Aufgabenstellung etc. transparent.

Wir können nicht „nicht in Netzwerken“ leben und die Tänzerin auf dem Seil hoch oben, die ohne Netz arbeitet, ist nicht mutig, sondern schlicht unprofessionell – Netzwerkerinnen geht es aber ähnlich wie dem Tausendfüßler, der bei Bewusstwerdung seiner Schritte stolpert...so haben auch Netzwerke mit „Stolperschritten“ zu kämpfen.

Es gibt vielfältige Literatur zu Netzwerkarbeit – als Grundlage zur Netzwerkbildung sprechen aber alle von einer Basis: von Sympathie.

Gute zwischenmenschliche Beziehungen sind das Fundament für Erfolg und Zufriedenheit. Die Anstrengungen, Konflikte und Investitionen, die wir für gute Beziehungen aufbringen müssen, stiften Sinn und bringen Nutzen.

Oft habe ich in der Zeit dieser Netzwerkbildung gehört: „Konkurrenz belebt das Geschäft...!“
Ich frage: wessen Geschäft?

Das, was ich erlebe, ist eher, dass Konkurrenz Angst auslöst, Misstrauen weckt, verunsichert und die Arbeit und der Erfolg von Drogen/Suchtprojekten erheblich darunter leiden.

Also bin ich der Ansicht, dass es ratsam ist, denjenigen gegenüber kritisch zu sein und zu überlegen:

wer sagt dies wann, zu wem und mit welchem Ziel...

Es ist keine einfache Zeit....

Und ich möchte allen FrauenNetzwerkerinnen Mut machen, ihrem „langem Atem“, ihrer Energie und ihrer Professionalität zu vertrauen. Die brauchen wir für die Sicherung unserer autonomen Organisationsform, denn nur so können wir die Steuerung der frauenspezifischen Inhalte gewährleisten!!!

Deshalb plädiere ich hier an dieser Stelle für ein Netzwerk von Politik, Leistungsträgern/Verwaltung und Fachfrauen in Form eines „Runden Tisches“!

Damit soll die Frauensuchtarbeit langfristig gesichert werden!

Denn das „Springen“ von einer Förderperiode zur anderen verschleißt notwendige Energie, die für die Weiterentwicklung benötigt wird!

Der Qualitätszirkel Frauensuchtarbeit FDR bietet sich hierfür an...

In den vergangenen 20 Jahren Frauensuchtarbeit mussten sich die Kolleginnen verschiedenen Veränderungen stellen – ähnlich wie bei einer Reise, Verunsicherungen aushalten, neue Ziele beschreiben, Wege dazu finden etc.

Es wurde viel Engagement ins „Rudern“ gesteckt, die Anstrengungen haben Schweiß und auch Tränen gekostet... manchmal wurde auch festgestellt, dass es eher ein „Herumrudern“ war und man nicht weiterkam... „mit einem vertäuten Boot kann man keine Reise machen“.....sie haben festgestellt, dass sie „angebunden“ waren...ideologisch...notwendige Wertediskussionen fanden statt.

Ist nun Feminismus diese Ideologie, die an der Weiterentwicklung hindert ?

Ich sage Nein!

Feminismus legt den Finger in die Wundedie Wunde, die unsere Gesellschaft durchzieht, die strukturelle Ungleichheit, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung.

Es ist eine Wunde, die sich zeigt in allen Gewaltformen:

Gewalt von

- Männern gegen Männer (Kriege, Duelle, Abwertung „Frauerversteher“...),
- Männern gegen Frauen,
- Frauen gegen sich selbst und gegen Kinder.

Eine Spirale der Gewalt, die nicht aufgehalten wird und von der alle betroffen sind...

Die strukturelle Ungleichheit zeigt sich auch in der ökonomisch schlechteren Stellung der Frau:

Geringere Bezahlung – Frauen verdienen nur etwa 80% des Durchschnittseinkommens ihrer männlichen Kollegen, was auch im Alter zu entsprechend niedrigeren Rentenansprüchen führt. Nach Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verbleiben bei Frauen 25,5 Jahre Versicherungszeiten eingeschränkt durch Kindererziehungszeiten, während Männer auf knapp 40 Jahre zurückblicken. Frauen haben eine längere Lebenserwartung, die u.U. nicht abgesichert ist...

Werden Armut und Ursachen von Armut unter dem Blickwinkel geschlechtsspezifischer Lebensbedingungen betrachtet, so ist festzustellen, dass Frauen und Männer unterschiedlichen Armutsrisiken unterworfen sind.

Besonders vom Leben an der Armutsgrenze sind betroffen:

- Frauen mit HIV/AIDS
- behinderte Frauen
- allein stehende Frauen mittleren und höheren Alters und
- allein erziehende Frauen. Sie tragen ein besonders hohes Armutsrisiko, da sie verantwortlich sind für die Kindererziehung und das finanzielle Auskommen der Familie.

Die ökonomische Situation der allein erziehenden Frauen ist gekennzeichnet durch:

1. ein im Verhältnis zu den anderen Familien erheblich geringeres durchschnittliches Nettoeinkommen (1.300,- €)
2. einen relativ hohen Anteil (65%) an erwerbstätigen Frauen, die mit ihrem Erwerbseinkommen ihren Lebensunterhalt nicht in ausreichendem Maß sichern können.

Der Armutsbericht fasst zusammen, dass:

- gesamtgesellschaftlich betrachtet eine umfassende Diskussion über die bislang immer noch vorherrschende geschlechtsspezifische Arbeitsteilung in Gang gebracht werden muss. Es müssen neue Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Erwerbsarbeit
- und die bislang unbezahlte soziale Arbeit in ein neues Verhältnis zueinander stellen. Nur so kann verhindert werden, dass Frauen Armutsrisiken besonders ausgesetzt sind.

Und auch das zur Verwirklichung von Geschlechterdemokratie per Kabinettsbeschluss eingeführte „Gender Mainstreaming“ ist nicht das Allheilmittel, nämlich durch die Art, wie es umgesetzt oder deutlicher ignoriert wird. Die amtierende Bundesregierung hat „Gender

Mainstreaming" folgendermaßen definiert:

„Bei allen gesellschaftlichen Vorhaben sind die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.“

Die Bundesregierung hat Gender Mainstreaming zum durchgängigen Prinzip ihres Regierungshandelns in allen Politikfeldern erhoben. "Alle gesellschaftlichen Vorhaben", das wäre wohl auch die Reform der Arbeitsverwaltung gewesen. Aber auch beim „Renner“ Hartz-Kommission: Unter den 15 Mitgliedern der Kommission befindet sich eine Frau. Von Gender-Mainstreaming ist in den Ausarbeitungen nicht einmal die Rede.

Die Hartz-Kommission hätte die lange und fortwirkende Diskriminierung von Frauen auf den Arbeitsmärkten sehr deutlich zum Ausdruck bringen müssen. Stattdessen widmet sie vielen Gruppen von Arbeitslosen ausführliche Beachtung; das Geschlechterproblem findet hingegen keinerlei Erwähnung – bis dahin, dass konsequent immer nur von männlichen Arbeitslosen und Arbeitnehmern die Rede ist.

Sie hätte, wenn es ihr wirklich um Arbeitsplätze auch für arbeitslose Frauen gegangen wäre, eine familienfreundliche Personalpolitik anregen können. Beschäftigungsbilanzen werden von der Kommission zwar vorgeschlagen, aber ohne die Frage geschlechterdemokratischer Personalentwicklung.

Wir sehen, nach wie vor ist feministische Gesellschaftskritik notwendig!

Nach wie vor ist feministische / frauenspezifische Suchtarbeit notwendig,

- weil Suchtmittelmissbrauch und gesellschaftliche Realität sich bedingen
- weil dies bei Frauen anders ist als bei Männern.

Das bedeutet:

- wir arbeiten weiter parteilich: Frauen für Frauen
- wir geben unsere Steuerungsmöglichkeiten nicht aus der Hand
- wir arbeiten weiter mit dem Ziel nach persönlicher und gesellschaftlicher Klarheit – auf dass wir uns „ungeschminkt“ begegnen können!

II. Frauen und Sucht

von Marion Caspers-Merk

Bedarf es eines Ausbaus frauenspezifischer Suchthilfe?

Um diese Frage beantworten zu können, möchte ich vorerst zusammenfassen, was wir über die spezifischen Besonderheiten weiblicher Sucht wissen.

Führen wir uns den Frauenanteil bei den jeweiligen Abhängigkeitserkrankungen vor Augen:

- bei Alkohol und illegalen Drogen liegt die Verteilung bei ca. $\frac{1}{3}$ Frauen, $\frac{2}{3}$ Männern
- bei der Medikamentenabhängigkeit verhält es sich genau umgekehrt mit $\frac{2}{3}$ Frauen und $\frac{1}{3}$ Männern
- bei den Essstörungen ist die Geschlechterrelation **90%** Frauen im Vergleich zu **10%** Männern
- bei der pathologischen Glücksspielsucht ist das Verhältnis wiederum genau umgekehrt mit **10%** Frauen und **90%** Männern

Was zeigen uns diese Zahlen?

Die Zahlen bestätigen, dass die Suchtmittelabhängigkeit geschlechtsspezifische Formen aufweist. Medikamentenabhängigkeit und Essstörungen sind typisch für frauenspezifisches Suchtverhalten, da sich diese Formen der Sucht leichter vor anderen Menschen verbergen lassen. Frauenspezifisches Suchtverhalten wird auch oft als Stille Sucht bezeichnet.

Wir können also festhalten, dass die Abhängigkeit von bestimmten Suchtstoffen geschlechtsspezifisch ist.

Aus Beratung und Therapie wissen wir, dass auch Suchtverläufe frauenspezifische Besonderheiten aufweisen. Frauen gehen unauffälliger mit ihrem Suchtmittelmissbrauch bzw. ihrer Abhängigkeit um als Männer. Sie fallen in der Gesellschaft weniger auf. Abhängige Frauen verhalten sich angepasst und verantwortungsbewusst und versuchen über lange Zeit, den Aufgaben des Alltags in Beruf und Familie nachzukommen. Nach dem traditionellen Rollenverständnis obliegt es in den meisten Familien der Frau, für das emotionale Wohl der Familie zu sorgen. Exzessives Suchtverhalten würde der traditionellen Rolle der Frau widersprechen. Aus diesem Grunde wird weiblicher Drogenkonsum gesellschaftlich stärker stigmatisiert als männlicher. Entsprechend verstärkt treten bei Frauen Schuldgefühle und Versagensängste auf. Süchtige Frauen suchen die Schuld in erster Linie bei sich, süchtige Männer machen eher andere oder widrige Lebensumstände dafür verantwortlich.

Wir wissen, dass die Rolle der Frau in Schwangerschaft und Mutterschaft eine weitere Besonderheit darstellt. Eine Frau trägt in der Schwangerschaft die zusätzliche Verantwortung für ihr Kind. Jeglicher Konsum von Suchtstoffen kann das ungeborene Kind schädigen.

Hier sind Frauen einer Spirale von immer wiederkehrenden Schuldgefühlen ausgesetzt. Ein Kind wird oft als der einzige Hoffnungsschimmer angesehen. Viele abhängige Frauen fühlen sich durch ihre Mutterschaft jedoch in der Realität überfordert, sie haben das Gefühl, an innere Grenzen zu stoßen und kapitulieren – manchmal vor der Sucht, den äußeren Anforderungen oder den eigenen Idealen. Diesen Frauen wird oftmals schmerzhaft klar oder durch Dritte klargemacht, dass ihr Lebensstil nicht mit der Erziehung und der Pflege eines Kindes vereinbar ist. Gerade diese Frauen sind in der Ausübung ihrer Elternrolle zu unterstützen, damit sie und ihre Kinder frühzeitig Hilfe und Unterstützung bekommen.

Wir wissen aus Praxis und Frauenforschung, dass bei Frauen die Suchterkrankung sehr häufig mit Gewalterfahrung in Zusammenhang steht. Das bestätigen auch die Ergebnisse des Forschungsvorhabens von Frau Prof. Dr. Zenker, die ihre Forschungsarbeit im Detail vorstellen wird.

Wir wissen, dass ein Großteil der suchtkranken Frauen aus einer Familie mit Suchtproblemen stammt. In der von Frau Prof. Dr. Zenker untersuchten Gruppe sind es sogar 64%. Und dies, obwohl die Frauen sehr unter der Familiensituation gelitten haben. Hinzu kommt, dass viele der betroffenen Frauen schon als Kind unter Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Störungen litten.

Als weitere Ursache ist ein wenig ausgeprägtes Selbstwertgefühl bei Frauen zu nennen. Nach neuesten Forschungsergebnissen nennen 2/3 der abhängigen Frauen mangelnde Ich-Stärke und fehlende Durchsetzungsfähigkeit als Suchtursache.

Auch beim Thema „Rauchen“ gibt es frauenspezifische Besonderheiten. In der Gruppe der Mädchen und jungen Frauen haben wir momentan die höchsten Zuwachsraten. Diese Entwicklung resultiert aus einer falsch verstandenen Emanzipation. Die Entwicklung ist umso besorgniserregender, als mittlerweile feststeht, dass Frauen ähnlich wie beim Alkohol weniger Zigaretten „vertragen“. Nach einer dänischen Langzeitstudie ist das Rauchen für Frauen weitaus gefährlicher als für Männer. Für Frauen birgt der Konsum von 3–5 Zigaretten pro Tag ein hohes Gesundheitsrisiko, welches sich bei Männern erst bei der doppelten Menge einstellt. Auch die durch Lungenkrebs verursachte Sterblichkeit ist bei den Frauen in Deutschland im Zeitraum von 1980 bis 1995 um 60% gestiegen, währenddessen sie bei Männern konstant blieb. Dies wird im Wesentlichen auf die Zunahme des Rauchens bei den Frauen zurückgeführt.

Wir können also festhalten, dass durchaus Besonderheiten weiblichen Suchtverhaltens in der Art der Sucht, dem Suchtverlauf und den Ursachen existieren, die mit den Lebensumständen und Erfahrungshintergründen von Frauen in Zusammenhang stehen und einer besonderen geschlechtsspezifischen Beratung und Behandlung bedürfen.

Die Bundesregierung ist sich bewusst, dass in dem übergeordneten Bereich „Frauenspezifische Aspekte der Gesundheitspolitik“ Handlungsbedarf besteht. Erstmals hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im letzten Jahr einen Frauengesundheitsbericht erstellt. Er enthält Daten zur gesundheitlichen Situation von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland und widmet sich in einem Artikel der Suchtmittelabhängigkeit. Der Bericht kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass das Herzinfarkttrisiko von Frauen bislang sehr unterschätzt wird, da Frauen andere Symptome als Männer zeigen, sowie dass die Krebsvorsorge z.T. katastrophal ist. Um eine stärkere Verankerung frauenspezifischer Aspekte im Gesundheitssystem zu erreichen, hat die Gesundheitsministerin ein neues Referat „Frauen und Gesundheit“ eingerichtet, das im Stabsbereich angesiedelt ist.

Eine weitere wichtige Maßnahme der Bundesregierung im Frauengesundheitsbereich stellt das dreijährige Projekt zum Aufbau einer Koordinierungsstelle Frauengesundheit dar, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziell gefördert wird. Ziel des Projektes ist es, einerseits den Implementierungsprozess des Gender Mainstreamings im Gesundheitswesen anzustoßen und andererseits durch Vernetzung eine Förderung der autonomen Frauengesundheitsstrukturen zu bewirken. Dort sollen Informationsbroschüren erstellt, Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen organisiert und Lücken in der Forschung gesucht und dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung Vorschläge zu künftigen Forschungsbereichen unterbreitet werden.

Mir als Drogenbeauftragter der Bundesregierung liegt das Thema „Frauen und Sucht“ sehr am Herzen. Zur Zeit erarbeiten wir eine übergreifende Gesamtstrategie in einem Aktionsplan Drogen und Sucht für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft. In dem Aktionsplan werden konkrete Zielsetzungen festgelegt, um das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädlichen Konsum und die damit verbundenen Folgen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Den Gedanken des Gender Mainstreamings habe ich als wichtiges Teilziel in die Eckpunkte des Aktionsplanes Drogen und Sucht aufgenommen.

Zum Themenbereich „Frauen und Sucht“ wurden vom Bundesministerium für Gesundheit in den letzten Jahren vier Forschungsvorhaben finanziert. Die Forschungsvorhaben befassten sich mit den spezifischen Problemlagen abhängiger Frauen, mit weiblicher Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, der Genese und Typologisierung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen sowie mit dem Alkoholkonsum von Frauen in europäischen Ländern und haben uns wichtige Erkenntnisse gebracht.

Was benötigen wir für die Zukunft?

- Gerade im Bereich der Medikamentenabhängigkeit wissen wir noch viel zu wenig. Hier besteht Nachholbedarf seitens der Forschung. Dieses Thema liegt mir sehr am Herzen und ich werde mich nach wie vor dafür einsetzen, dass die Medikamentenabhängigkeit auch gesellschaftlich stärker thematisiert wird.

Ärztinnen und Ärzte haben im Bereich der Medikamentenabhängigkeit eine große Verantwortung, handelt es sich nicht zuletzt meist um eine ärztlich verordnete Abhängigkeit. Hier sind Ärztinnen und Ärzte und auch Apothekerinnen und Apotheker beispielsweise durch Fortbildungen zu sensibilisieren.

- Bei den Drogenbeauftragten der Länder habe ich nachgefragt, welche Projekte in dem jeweiligen Bundesland gefördert werden, die speziell auf Frauen zugeschnitten sind. Ich musste feststellen, dass es einerseits sehr gute vom Land geförderte Frauensuchthilfeprojekte gibt, andererseits überraschte mich, dass frauenspezifische Projekte nicht in jedem Bundesland implementiert sind. Gerade in den neuen Bundesländern gibt es einen Nachholbedarf in diesem Bereich. Aus Thüringen wurde mir beispielsweise berichtet, dass ein Projekt aus finanziellen Gründen nicht fortgeführt werden konnte. Hier muss es darum gehen, die Ansätze und Impulse, die die Bedeutung der Geschlechtsspezifität berücksichtigen und den Bedürfnissen von suchtmittelabhängigen Frauen besser gerecht werden, weiter auszubauen.

- Ich habe bei den Drogenbeauftragten der Länder auch nachgefragt, ob spezielle Projekte für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien gefördert werden. Leider gibt es solche Initiativen nur sehr vereinzelt.

Positiv ist das Land Nordrhein-Westfalen mit 5 Projekten, die speziell auf Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften zugeschnitten sind, aufgefallen. Die Projekte widmen sich u.a. der Primärprävention bei 3- bis 6-jährigen Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften und der Früherkennung und Frühintervention bei Kindern drogenkranker Eltern. Die Projekte beinhalten beispielsweise Beratungen für Eltern, Multiplikatorenschulungen für Erzieher und Lehrer, Kooperationsangebote mit ortsansässigen Kinderärzten und Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche. Die Evaluierung der Projekte erfolgt durch Herrn Prof. Dr. Klein, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, und wird im Rahmen eines Forschungsprojekts vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert.

Negativ fiel auf, dass der bayerischen Landesregierung Projekte, die speziell auf Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien ausgerichtet sind, nicht bekannt sind, obwohl in Nürnberg mit „Liliput Beratung für Mutter und Kind“ ein sehr gutes Projekt existiert. Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebenssituation und die Entwicklungschancen von Kindern drogenkonsumierender, ehemals drogenkonsumierender und substituierter Frauen zu verbessern.

Ich halte es für dringend notwendig, ähnliche wie die bereits bestehenden wenigen Projekte in den übrigen Bundesländern ins Leben zu rufen. Denn hier kann ein bedeutender Anteil präventiver Arbeit geleistet werden.

- Es ist nicht zu akzeptieren, dass suchtkranke Mütter sich in keine adäquate Behandlung begeben können, weil sie ihre Kinder nicht untergebracht wissen. Das gilt nicht nur für längere Entwöhnungsbehandlungen sondern auch für Entgiftungen, für einzelne Therapiesitzungen, für den Besuch von Selbsthilfegruppen. Auch hier besteht ein großer Handlungsbedarf. Aus dem Wissen heraus, dass Kinder aus suchtblasteten Familien eine Risikogruppe darstellen, könnte hier bereits über die bloße Betreuung hinausgehend therapeutisch angesetzt werden. Die Kinder sind bewusst in die Aufarbeitung der Problematik einzubeziehen. Man könnte dieses Ziel in Kinder- und Jugendgruppen oder durch Einzelbetreuungen umsetzen. Im stationären Bereich wird dies bereits in einigen wenigen Therapieeinrichtungen berücksichtigt. Mit Anerkennung nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz wird die begleitende Unterstützung der Kinder in den Regelsystemen wie Kindergärten und Schulen sichergestellt. Auch eine kinderpsychologische Betreuung erfolgt dort teilweise. Leider wurde mir aus der Praxis berichtet, dass es immer wieder Schwierigkeiten bei der Finanzierung des Aufenthaltes der Kinder gäbe.
- Die Selbsthilfe ist ein wesentlicher Bestandteil zur Stabilisierung einer zufriedenen Abstinenz. Der Selbsthilfe wird jedoch zu Recht vorgeworfen, sie wäre „überaltert“ und hauptsächlich ein Angebot für Männer – insbesondere männliche Alkoholranke – in der Altersstufe zwischen 40 und 50 Jahren. Deshalb muss meines Erachtens die Selbsthilfe so qualifiziert werden, dass sie durch spezielle Angebote auch für Frauen attraktiv wird, denn dies hilft zum dauerhaften Erfolg.
- Die in der Praxis tätigen Frauen haben meist weder Zeit noch Ressourcen, ihre Arbeit von sich aus bekannt zu machen. Ich begrüße Initiativen der Vernetzung, wie der bereits vorgestellte Qualitätszirkel FrauenSuchtArbeit des FDR, der sich den Bereich des Qualitätsmanagements gewidmet hat, und Arbeitskreise oder Arbeitszirkel zum Thema „Frauen und Sucht“, wo sich Mitarbeiterinnen der Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie der Kliniken regelmäßig treffen. Ich wünsche mir für die Zukunft eine Vielzahl solcher Projekte auf Länder- und Kommunalebene, weil die Vernetzung von bestehenden Initiativen sehr wichtig ist.

Die Notwendigkeit von frauenspezifischen Angeboten in der Suchthilfe muss weiterhin – auch in Zeiten leerer Kassen – gesehen werden! Es bedarf durchaus eines Ausbaus der bestehenden Angebote! Ich hoffe, dass der Kongress dazu beitragen kann, dass wichtige Impulse in die Praxis fließen und die Vernetzung bestehender Initiativen vorangetrieben wird.

Ich freue mich auf das vielfältige Programm des Kongresses und wünsche Ihnen viel Spaß!

Die 10 politischen Forderungen des BundesFrauenKongresses Sucht:

Wir brauchen den Ausbau der frauenspezifischen Suchthilfe,

1. weil in der Bundesrepublik derzeit ca. 1.620.000 Frauen und Mädchen leben, die suchtmittelabhängig sind und die Zahl der Betroffenen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat,
2. weil das derzeitige Suchthilfesystem bislang einen großen Teil der betroffenen Frauen und Mädchen nicht erreicht,
3. weil die internationale Forschung und praktische Erfahrung der letzten Jahre verstärkt auf frauenspezifische Formen und Hintergründe von Suchtmittelerkrankungen aufmerksam gemacht hat,
4. weil suchtkranke Schwangere und Mütter mit Kindern besondere Hilfe brauchen,
5. weil die Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und Mädchen häufig mit frauen- und mädchenspezifischen Erfahrungen (z.B. häusliche Gewalt) in Zusammenhang steht, die in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen und Gruppen nicht ohne weiteres thematisiert und behandelt werden können,
6. weil das traditionelle Suchthilfesystem zu wenig Angebote für frauentypischen Bedarf wie
 - Medikamentenabhängigkeit,
 - Essstörungen,
 - Berufliche Wiedereingliederung,
 - Mädchenbereithält,
7. weil der institutionelle Ausbau und die Sicherung der frauenspezifischen Suchthilfe zum Erkenntnisfortschritt in der Suchtarbeit beitragen wird,
8. weil diese wesentlich dazu beiträgt, die Qualität der Suchthilfe zu verbessern,
9. weil noch nicht in allen Bundesländern frauenspezifisch ausgerichtete Einrichtungen existieren,
10. weil wir mädchen- und frauenspezifische Ansprachekonzepte in der Präventionsarbeit benötigen.

Hauptvorträge



Vorträge

von Sabine Scheffler
Christel Zenker
Marie-Luise Ernst



Hauptvorträge:

I. Die Frauen, über die wir sprechen

von Sabine Scheffler, S. 25 – 33

II. Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen von Frauen und notwendige Hilfen

von Christel Zenker, S. 34 – 36

III. Qualitätsmanagement in der Frauensuchtarbeit

von Marie-Luise Ernst, S. 37 – 44

I. Die Frauen, über die wir sprechen

von Sabine Scheffler

Diskurse und Muster frauenspezifischer Suchtarbeit

Einleitung

Die frauenspezifische Suchtarbeit ist an einem Punkt angelangt, wo die professionelle Expertise zum einen so weit voran getrieben ist, dass ein Bedenken eigener Grundannahmen produktiv erscheint; zum anderen hat die jahrzehntelange Arbeit aus einer Minderheitenposition heraus Identitäten, Diskurse sowie Praxen fest geschrieben. So lohnt es sich, das eigene Denken und Tun auf den Prüfstand zu stellen.

Sucht ist vielleicht immer noch dann ein mediales Thema vor allem, wenn es um die Mutter geht, die ihre Kinder verwahrlosen lässt, wenn es um die spektakuläre Verknüpfung von illegalen Drogen und Beschaffungsprostitution geht oder um die Drogentoten.

Dagegen hat die alltägliche Suchtarbeit weniger Spektakuläres zu bieten, es ist harte, oft frustrierende Arbeit, die sich vor allem an Strukturen abarbeitet und an Konstruktionen geknüpft ist. Ambulante und stationäre sozialtherapeutische Beratungs- und Suchtarbeit ist ein gut institutionalisierter, mit eigener Organisations- und Wertekultur abgegrenzter Sektor der sozialen und Gesundheitsversorgung.

Der Fokus soll hier auf den wissenschaftlich und frauenspezifisch konstruierten Bildern von Frauen und Sucht wie deren Verarbeitung in der Professionalität liegen.

Die Hauptthese meines Beitrages lautet:

In der wissenschaftlichen wie praktischen Diskussion über Frauen und Sucht, über Frauen und Gesundheit, sind bestimmte Strukturmuster auszumachen, die in Sichtweisen über süchtige Frauen münden; bemerkenswert ist dabei einmal die Defizitorientierung, die Orientierung an sozialer Benachteiligung und Überforderung; Attribute, die im Geschlechterdiskurs eher die Ohmachtsposition beschreiben und die des unschuldigen Versagens. Der sich immer wieder aufdrängende Blickwinkel der individuell notwendigen Arbeit verschleiert strukturelle Konstruktionen des Geschlechterverhältnisses und bestätigt polare, asymmetrische Identitätsvorstellungen.

Mein Ziel ist es, strukturelle Bedingungen im Diskurs umfassender sichtbar zu machen, um Dichotomie und Geschlechterhierarchie jenseits der persönlichen Ebene der Benachteiligung besser zu hinterfragen, und um zum anderen die Eingebundenheit sozialtherapeutischen Handelns in den Geschlechterdiskurs zu reflektieren.

Derzeitige Frauen- und genderforschung

Wenn man über Geschlecht als Struktur- und Ordnungskategorie, als gesellschaftliche Institution redet, so ist es als ob „man mit Fischen über das Wasser redet, in dem sie

schwimmen." (J. Lorber 2000). Die Kategorie ist so tief in unsere Kultur eingelassen, dass wir uns nicht nicht geschlechtlich verhalten können und uns nur schwer zu distanzieren vermögen.

Unsere Kultur ist zweigeschlechtlich geteilt und das Geschlecht bestimmt die Zugangschancen zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Bildung, Macht, Einfluss (Politik, Ökonomie). Es strukturiert weiterhin alle relevanten gesellschaftlichen Systeme: Erwerbsarbeit, Familie, Recht, Medien, Kunst und Kultur. Geschlechtsspezifische Deutungsmuster werden nicht nur individuell transportiert, sondern wirken auch in den Dynamiken von Institutionen, wie Wissenschaft, Therapie und Sozialarbeit bestimmend auf den Einfluss, die Positionierung wie das persönliche Verhalten.

Seinen Niederschlag findet die Ordnungskategorie in individuellen Wahrnehmungen, Bewertungen und Phantasien, sowie als Verhalten in der Interaktion mit anderen. Das Geschlecht ist in Interaktionssituationen wichtigstes Strukturierungsmerkmal und muss deshalb durch die Art des Verhaltens präsentiert, inszeniert, konstruiert, gestaltet werden. Dazu bedient man sich je nach Interpretation der Situation geschlechtsspezifisch aufgeladener Attribute (Gestik, Mimik, Verhalten, Emotionen, Handlungsmuster). Das soziale Geschlecht „gender“ ist eine interaktive Kategorie, die das bei Geburt zugewiesene Geschlecht darstellt („doing gender“). Welche Verhaltensweisen sich für die Darstellung von Geschlecht eignen, hängt von den kulturellen Definitions- und Deutungsmustern ab und ist je nach Situation höchst variabel. So sind z.B. psychosomatische Beschwerden, Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen erlaubter Bestandteil des Umgangs mit dem weiblichen Körper. Psychosomatische Beschwerden eignen sich so zur Darstellung von Weiblichkeit und sind der Versuch das soziale Geschlecht darzustellen. (Vgl. Kolip 1997)

Die Vorstellung vom Erwerb einer Geschlechteridentität in einem Sozialisationsprozess muß auf Grund dieser Ergebnisse erweitert und umgedacht werden, weg vom „passiven Geprägtwerden hin zu aktivem Gestalten“. Geschlechtsspezifische Alltagspraxen sind so eher als aktuelle, dispoible Deutungsmuster (Verhaltens- und Kommunikationsmuster) zu sehen. Geschlechtsspezifische Verhaltensweisen dienen der Darstellung und Positionierung von und in Bezug auf Geschlecht. Dabei betont die neuere Forschung vor allem den Aspekt der interaktiven, kontextabhängigen Konstruktion von Weiblichkeit und Männlichkeit.

Der riskante Gebrauch von Alkohol wird z.B. zu einem Verhalten eher erfolgreicher Frauen, mit höherer Schulbildung, in festen Arbeitsverhältnissen, gut verdienend, eher alleinstehend, oder geschieden und älter, die Alkoholkonsum mit der Demonstration eines Status oder einer bestimmten Arbeitskultur verknüpfen, denn zur Milderung von unterstellten Spannungen aus nicht gelösten oder verweigerten Rollenvorgaben benutzen. Sie folgen nicht der „weiblichen Normalbiographie“, sind als ältere Frauen befreit von der Norm der Attraktivität und gestalten möglicherweise einen Minderheitenstatus. Jedenfalls trinken sie, obwohl Trunkenheit bei Frauen öffentlich noch weniger toleriert ist als bei Männern.

Die Versagens-, Scham- und Schuldgefühle von Frauen bei Abhängigkeitserkrankungen können im Sinne des doing gender das Bemühen signalisieren, einer weiblichen Norm zu gehorchen, die in der Wahl der Symptomatik gleichzeitig verhindert oder abgelehnt wird.

Die rückläufigen Zahlen heroinabhängiger Frauen könnte man im Sinne der interaktiven Darstellung von Geschlecht auch umdeuten. Das männerdominierte, gewaltreiche Feld der Szene mit seinen notwendigen Unterwerfungs- und Abhängigkeitsritualen, ist für junge Frauen kein Feld der Erprobung, nur wenige instabile Frauen vermögen sich in den traditionellen und abhängigen Interaktionsritualen der Szene zu verorten.

Diskurs und Realität

Diskurse sind Formen sozialer Praxis, deren Basis nicht die Suche nach einer „objektiven“ Realität ist, sondern die Theorie des Konstruktivismus nimmt an, diese objektive Welt sei konstruiert und diskursiv vermittelt.

Wir verständigen uns über diese Welt, indem wir über sie sprechen. Erst wenn wir über etwas sprechen, gewinnt das Besprochene gleichsam eine Gestalt und diese Gestalt wird sichtbar über unser Nachdenken, Handeln und unsere Sinnggebung. So konstruieren wir ein Phänomen, gestalten und verändern es, indem wir sprechen, nachdenken und handeln.

Die Aufgabe der Analyse der Theorie-Praxisdiskurse ist die Entschlüsselung, (Dekonstruktion) der Machtbeziehungen und die Entschlüsselung der Bedeutung diagnostischer Diskurse im Geschlechterverhältnis. Das Sprechen und Denken über die „reale Welt“ ist symbolisch und repräsentativ für diese Welt. Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Diskurs und „realer Welt“. Jedoch wird hier nicht wie in einigen Postmodernismen angenommen, postuliert, daß Diskurs und reale Welt zusammenfallen. Das soll nicht heißen, dass Fakten, Benachteiligung, und Gewalt in den Suchtbiographien nicht real wären, sondern Gegenstand der Betrachtung ist die Gestaltung und der Umgang mit dieser Realität im System „Sucht“.

Der aktuelle Diskurs: –Frauen und die Suchtarbeit–

Hier geht es darum, im alltäglichen Denken und Tun in einem Kontext, Ideologie und Beziehungen aufzuspüren, die mit dem Geschlechterverhältnis verknüpft sind, das ja „wie das Wasser“ bei den Fischen, Denken und Handeln vorgängig bestimmt.

Seit den 80er Jahren sind relativ viele Daten und Fakten über Sucht und Geschlechtsspezifität erarbeitet worden. Man weiß über die Belastungen und den Zusammenhang von Sucht und Gewalt wie sexuellem Missbrauch. Es gibt genügend differenziertes Wissen über Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit und die Verknüpfungen der Sucht mit Schicht, Bildungsstatus und kritischen Lebensereignissen.

Dieser Differenzansatz, – unterschiedliche Lebenslagen und unterschiedliches Selbstverständnis wie Konfliktverständnis erzeugt unterschiedliche Bewältigungsversuche; das gleiche Symptom – die Sucht – steht für unterschiedliches Konflikterleben und Belastungen – ist in der Literatur elaboriert und auf diesen Differenzansatz wird immer wieder rekurriert. So werden Unterschiede zwischen den Geschlechtern gesehen, berücksichtigt, aber auch vertieft.

Die ausgeprägte Bereitschaft von Frauen, Belastungen somatisch zu verarbeiten und als diffuse Befindlichkeitsstörungen in die ärztliche Praxis zu tragen, verweist auf die besondere Bedeutung des weiblichen Körpers für die Darstellung und Inszenierung von Geschlecht. Das stille Schlucken, die vielfachen Doppelbelastungen, die Bindung an Kinder und Familie, das Bemühen familiäre Strukturen aufrecht zu erhalten, die Hoffnung, über Kinder einen Lebenssinn zu finden oder zu behalten, die Gewalterfahrungen, dies alles weist Frauen als Frauen aus und beschreibt im Geschlechterverhältnis differente Umgangsformen mit geschlechtsspezifischen Lebenspraxen.

Institutionell hat dieses Wissen wohl die wichtige Funktion für die Differenz in der Gleichheit und die Gleichheit in der Differenz innerhalb des Geschlechterverhältnisses zu sorgen und Frauen in der Suchtsystematik besser zu repräsentieren.

Die spezifische Umschreibung der Bedingungen und Risikofaktoren von Sucht, limitiert aber auch den Raum für eine umfassende Diskussion von Differenz. So wird weibliches Geschlecht leicht mit struktureller Benachteiligung identifiziert, ohne das Ressourcenpotential zu würdigen. Die eher klassifikatorischen Beschreibungen der Krankheitsbilder aber ruhen auf einer Bestimmung eines männlichen und weiblichen Repertoires auf, das eher im Sinne eines Eigenschaftspotentials gedeutet wird, denn als Selbstpräsentation und Selbstgestaltung.

Möglicherweise sind ja die geschlechtlichen Markierungen, die in Suchtbiographien deutlich werden, angesichts der gesellschaftlichen Aufbrüche und Zerfaserungen zu einem letzten klaren Bezugspunkt geworden, der Rückgriff auf rigide und traditionelle Geschlechterbilder ist eine sichernde Zuflucht. Die Diffusion von Geschlechternormalitäten fordert persönliche dynamische Selbstgestaltungen und Inszenierungen, die strukturell nicht oder wenig oder randständig oder diskriminiert verankert sind (vgl. Rose, 2000).

Auch die Macht-Ohnmachtdynamik des Geschlechterverhältnisses weist doch Brüche und Verwerfungen auf, die nicht mehr nur einsinnig zu Lasten von Frauen gehen, die klinischen Beschreibungen von süchtigen Frauen und Männer gleichen sich doch häufig, was die persönlichen und sozialen Ressourcen und Defizite angeht. Die Bewältigungsstrategien dagegen haben etwas mit dem Verständnis der eigenen Person als Mann oder Frau in einer sozialen Situation zu tun.

Die diskursiven Konstruktionen: Klientin, Patientin, Opfer

Im Bild der Statistik und klinischen Beschreibungen erscheinen die Frauen als durch Vernachlässigung, Gewalt, Missbrauch, Abhängigkeit und Selbstwertproblematik, Belastungen der Vereinbarkeitsleistung von Beruf und Familie, strukturellen Benachteiligungen, schlechten Schulabschlüssen, Arbeitslosigkeit gleichsam "in das Elend der Sucht getrieben".

Es geht dabei nicht um die Fakten, sondern dass in diesen Beschreibungen eigentlich eine Konnotation von Unschuld, Ungerechtigkeit und Empörung mitschwingt. So wird ein Frauenbild von Aufopferung, Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit generiert und fortgeführt. Die Sorge um die Familie, die Verantwortlichkeit und die Scham, die Furcht aus der Rolle zu fal-

len, führt in die Autoaggression, in die Heimlichkeit und die langen Abwehrstrategien der Sucht. Das Kleben im Suchtkreislauf ist dem Kleben an Mütterlichkeit, Fürsorge und Opferbereitschaft gedankt, das alles macht die Betroffenen zu richtigen Frauen, da kommt kein Zweifel auf. Dies wird noch gestärkt durch die häufige Verknüpfung mit Gewalt und sexuellem Missbrauch, verkoppelt an das Bild von zerstörter Unschuld, Unbefangenheit und Reinheit. Beide Bilder, Mütterlichkeit und Unschuld eignen sich in der Drastik, um die Asymmetrie der Geschlechterverhältnisse zu präsentieren und fortzuschreiben. Diese trivialisierte Form der Wirkungen des Geschlechterverhältnisses schreibt ein Bild von der belasteten, mit Schuldgefühlen ringenden Frau fest. Bis auf die trinkende Alkoholikerin, alleinstehend, mit guten beruflichen Möglichkeiten, ist die Konstruktion der Klientinnen durch ein Bild von benachteiligt, unemanzipiert, abhängig, machtlos, hilflos und psychisch instabil gezeichnet. Die Attribute der Opferbereitschaft und Unschuld ermöglichen und erfordern eine spezielle Form des methodischen Umgangs.

Da die frauenspezifische Arbeit auch noch immer um Anerkennung ringen muß, werden Geschlechtsunterschiede so dramatisiert und es kommt eher zur Verstärkung des polaren, dichotomen Aspekts des Geschlechterverhältnisses.

Der Minderheitenstatus bewirkt auf der Patientinnen- wie auf der Professionellenebene eine vergleichbare Dynamik:

- Differenzen der Geschlechtsgruppen werden verstärkt wahrgenommen und verzerrt, Frauen und Männer werden eher als Prototypen denn als Individuen gesehen;
- Die Differenzierung innerhalb der Minderheitengruppe ist erschwert, da Loyalität und Zusammenhalt angesagt ist, zudem bewirkt die mangelnde gegenseitige Anerkennung unter Frauen eher Distanz und oberflächlichen Konsens.
- Der Minderheitenstatus erfordert besondere Identitätsstrategien, die zu Verstärkungen von geschlechtstypischen Verhalten führen, um nicht in die Isolation zu geraten. Die Rollen, die zur Verfügung stehen bleiben, komplementär an die unsichtbaren Phantasien von männlicher Dominanz und Beschützertum gekoppelt
- So stellt die stationäre wie ambulante Behandlung keineswegs einen „Übergangsraum oder intermediären Raum“ dar, wie er methodisch zur Entwicklung und Erkundung von Alternativen geschlechtsspezifischer Identität gefordert wird (Benjamin, 1990).
Sonderangebote, z. B. Indikativgruppe zu Gewalterfahrungen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen, stoßen so eher auf Skepsis oder negative Resonanz. Einzelne Angebote wirken eher Schuld- und Scham verstärkend als sei Frau und Sucht mit besonderen Anstrengungen verbunden. Die besondere Einbettung solcher Angebote in die Gesamtbehandlung und die Problematisierung des Geschlechterverhältnisses für beide Gruppen ist daher eine strukturelle Voraussetzung für die Wirksamkeit einer Indikativgruppe.
Das Konzept der fraueneigenen Räume ist nach wie vor in dieser Debatte bedeutsam,

wenn auch von Institutionen entwertet, von Männern misstrauisch beäugt und verhindert und von den Frauen selbst höchst angstbesetzt. In Frauengruppen können aber andere Diskussionen über die Bilder, Zwänge und eigenen Konstruktionen laufen, es gibt Möglichkeiten Verhaltensvariationen im geschützten Raum zu entwickeln. Es geht dabei nicht um Schutzräume, sondern um Freiräume in und von der Beziehung zu Männern und zu sich selbst.

Die diskursive Konstruktion: geschlechtersensibles Arbeiten

Die professionellen Beschreibungen signalisieren ein differenziertes Verständnis für die Lebenssituation von Frauen, eine kritische Reflexion in Bezug auf die gesellschaftlichen Bedingungen der Lebenswege, auf typische Konflikte und Problemlagen, Erfahrungen der Abwertung, Abhängigkeit und Benachteiligung. Dieses Verständnis ist umgesetzt in ein konsequentes methodisches Handlungsrepertoire: Stärkung des Selbstwertes, Respekt für die persönlichen Grenzen und Entscheidungen, individuell abgestimmte Regeln für die Zusammenarbeit, Umbewertung von Lebensleistungen, Kompetenzstärkung, Ressourcenorientierung, etc. Das Bemühen der Professionellen gehorcht dem Gesetz der Differenz und Polarität: die Akteurinnen der Sucht jedoch müssen mühsam hinter der Symptomatik und dem methodischen „Korsett“ gesucht werden.

Abhängige Frauen demonstrieren aber eine Lebensdynamik, die nur gleichzeitig durch Selbstwirksamkeit und Viktimisierung zu erfassen ist.

"Sie leben in einem komplexen Zusammenhang von materiellen und sozialen Bedingungen und sie erschaffen sich durch ihre Erfahrungen und Beziehungen eine „sinngabende, symbolische Landschaft“, wo sie durchaus in der Lage sind, die Einschränkungen, die sie erleben zu gestalten, ihre Armut, die Gewalterfahrungen, und sie handeln absichtsvoll und gezielt angesichts überwältigender Lebensbedingungen (Übers. d. Verf'in. vgl. Phoenix, 2000, S.53)". So gilt es, die Narrative (Erzählungen über sich selbst, Konstruktionen über sich selbst), die widersprüchlichen Selbsterklärungen als wechselndes Spiel zwischen eigener Handlungsfähigkeit/Wirksamkeit und strukturellen Zwängen (Gewalterfahrungen) zu begreifen. Es geht um eine vergeschlechtlichte Überlebensstrategie, die eine Hoffnung für die Zukunft ermöglicht, die es bei gleichzeitiger Demütigung und Belastung ermöglicht, das eigene Leben zu managen. Solche Coping-Strategien sind eine Falle, die die soziale und materielle Identität bedrohen und Kräfte mobilisieren, dieser Bedrohung zu begegnen.

In ihrem Leben sind die Frauen die Akteurinnen, die selbst vorgestellten und gestalteten Bilder folgen, die unterschiedlichste Muster und vielfältigste Wege der Selbstdarstellung ermöglichen (doing gender).

Auch der Begriff der Ressourcenorientierung bleibt relativ blass und abstrakt, kaum in den Diskurs der Geschlechterverhältnisse eingebunden. Manchmal klingt es in den Zielbestimmungen in der Arbeit mit süchtigen Frauen so, als ob die Ressource, das Defizit wett machen solle. Da ist zwar von Ressourcen des sozialen Netzes und von persönlichen Ressourcen die Rede. Dennoch könnte die Umbewertung von Strukturaspekten weiblicher Biographien

stärker gezeichnet sein, Anpassungsfähigkeit kann auch Flexibilität bedeuten, die die Frauen durch die Vereinbarkeitsleistung von Beruf und Familie gewinnen. Dies macht sie kompetent im Umgang mit schnell wechselnden Lebensbedingungen. Abhängigkeit kann auch mit Beziehungsstärke und Fürsorglichkeit verwoben sein, eine Fähigkeit, wo Frauen sich selbst über ihre Beziehungen spüren (self in relation, Jordan & Surrey, 1986). Diese Umdeutung würde den betroffenen Frauen in stärkerem Maße erlauben, sich als Handelnde mit einer Kontrollüberzeugung und in ihrer Selbstwirksamkeit in ihrem eigenen Leben zu sehen. Unter dem Aspekt der aktiven Gestaltung könnte auch die Suchtthematik als Gestaltungsversuche zu sehen sein, den „Frösten der Freiheit“ zu entkommen.

Zur Funktionalität und Problematik diskursiver Konstruktionen

Diskurse werden als Formen gesellschaftlicher Praxis verstanden; ein solches Denken und Präsentieren von Klientinnen hat gesellschaftliche Bedeutungen und Funktionen und es strukturiert die Beziehung von betroffenen und nicht betroffenen Frauen, ebenso wie es Arbeitsplätze garantiert.

Der gesellschaftliche Prozess wird in der Suchtbiographie von Frauen und Männern lediglich als persönliches Leid und Versagen greifbar.

Tatsächlich wird aber ein sozial – politisches Problem, entlang der Kategorie Geschlecht zu einem medizinischen und damit zu einem individuellen Problem. Dies führt zu einem bereits relativ elaborierten System der geschlechtersensiblen Behandlungsformen für Frauen, beschreibbar mit „dem Kampf

- um reproduktive Selbstbestimmung und Demedikalisierung des weiblichen Lebenslaufs, vor allem
- (um) die Anerkennung der Bedeutung der sozialen Lebensbedingungen und fehlender Gleichberechtigung
- (um) den Aufbau von frauenspezifischen sozialen Diensten (Frauengesundheitsbericht S.583)“.

Z.B. bei der Medikamentenabhängigkeit als produziertes Symptom: Die „Risikofaktoren (liegen) vor allem in der ärztlichen Verschreibungspraxis, (wo die Ärzte auf) höheres Lebensalter, schlechte Ausbildung, fehlende Erwerbstätigkeit (reagieren). Die psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, mit denen Frauen in die ärztliche Praxis gehen, stehen in engem Zusammenhang mit ihren psychosozialen Belastungen,...der Wunsch nach Wohlbefinden angesichts schwieriger Lebenssituationen trifft auf den Wunsch von Ärztinnen und Ärzten, schnell symptomatische Hilfe zu leisten...(Franke & Winkler, 2001 S.116).“

Das Versagen der Frauen spiegelt im Diskurs auch die Vorstellung von den gesellschaftlich opportunen Qualitäten, die an die Position Frau geknüpft sind, ebenso wird ein strukturelles Versagen des Gesundheitssystems sichtbar, das bei diesem symptomatischen Handeln nicht benannt und verändert werden muss.

¹¹ Vgl. Postulat Schmidt vom 8. März 1989 (P 89.371)

So spiegelt die Krankheitsübereinkunft eine gesellschaftliche Verständigung über Normen und Werte im Geschlechterverhältnis. Die klinischen Beschreibungen von süchtigen Frauen haben auch etwas mit der Bedrohung zu tun, die gesellschaftlich mit Frauen verknüpft ist, die als Zerrbild von Weiblichkeit fungieren, ausgestiegen sind und sich dem Rausch, der Ent-hemmung und Entdisziplinierung überlassen und gleichwohl dabei leiden.

Die Komplementarität des G.V. wird so kaum transzendiert, die Klassifikationen ruhen auf der vorgängigen Bestimmung eines männlichen und weiblichen Repertoires auf, das in der Sozialisation durch die Geschlechtsrollenidentität erworben und damit wie eine Persönlichkeitseigenschaft verfügbar ist.

Die spezifische Umschreibung der Bedingungen und Risikofaktoren von Sucht, als lediglich klinische Symptomatik limitiert den Raum für eine umfassende Diskussion von Differenz, die als Benachteiligung und Asymmetrie des Geschlechterverhältnisses politisch strukturell verankert ist. Dies alles verhindert auch die letzte Konsequenz: nämlich, Geschlechterverhältnisse zu problematisieren, die als strukturelle Bedingung unseres ökonomischen und kulturellen Handelns für Frauen und Männer "Normalbiographien" schaffen, deren Abweichung im Knast einerseits oder in der Klinik andererseits Disziplinierungssymbol für alle anderen darstellt. Deutlich geworden ist, dass es in der geschlechtersensiblen Arbeit um den Ausgleich der Dimensionen Differenz, Gleichheit und Konstruktion geht, somit darum, strukturelle Bedingungen und persönliche Gestaltung in einem Spannungsverhältnis zu sehen. Geschlechtersensibles Arbeiten könnte vom Selbstverständnis her weiter eine politisch motivierte Dienstleistung sein, die Geschlechterverhältnisse strukturell problematisiert und gleichzeitig geschlechtersensible Methodik vertieft.

Literatur

- Baumgarten, S. (1998): Welche Strukturen und Prozesse verhindern eine effektive Umsetzung frauenspezifischer Arbeitsansätze in stationären Einrichtungen für alkoholranke Frauen und Männer?, unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschule Köln
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main, suhrkamp
- Becker-Schmidt, R.; Knapp, G.A. (1995) (Hrsg.): Das Geschlechterverhältnis als Gegenstand der Sozialwissenschaften, Frankfurt, Campus
- Benjamin, J. (1990): Die Fesseln der Liebe. Psychoanalyse, Feminismus und das Problem der Macht. Basel; Frankfurt am Main, Stromfeld
- BMFSFJ; (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart, Kohlhammer
- Connell, R.W. (1995): Neue Richtungen für Geschlechtertheorie, Männlichkeitsforschung und Geschlechterpolitik, in: Armbruster, L.C.; Müller, U.; Stein-Hilbers, M (Hrsg.): Heue Horizonte? Sozialwissenschaftliche Forschung über Geschlechter und Geschlechterverhältnisse, Opladen, S. 61-85
- Eagly, A.H. u.a. (1995): Gender and the effectiveness of leaders: A meta-analysis.

- Psychological Bulletin, 117, S. 125-145
- Ernst, M.L., Rottenhammer, I., Spreyermann, Ch. (1995): Frauensuchtperspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Bern
 - Franke, A., Kämmerer, A: (2001) (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau, ein Lehrbuch, Göttingen, Hogrefe
 - Ernst, M.L.(2002) Die Förderung geschlechtergerechter Angebote im Suchtbereich abhängigkeiten, Lausanne, Bd.2, S. 31 – 36,
 - Ernst, M. L. Dupertus, V., Eckmann, F., Linder, R., Parplan, G., Roelli, C.(2002): Das Projekt „Frauen – Netz – Qualität“, abhängigkeiten, Lausanne.Bd.2, S. 81 – 87
 - Franke, A., Winkler, Kl. (2001): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, in: Franke/Kämmerer (Hrsg.): a.a.O. S. 91–141
 - Jordan, J.V.; Surrey, J.L. (1986): The Self in Relation: Empathy and the Mother Daughter Relationship In: Bernay, T.; Cantor, D.W. (Eds.): The Psychology of Today's Women Hillsdale, NJ, S. 81–101
 - Kolip, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter Die Konstruktuon von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen Opladen, Leske + Budrich
 - Kuhlmann, C. (2000): „Doing Gender“ Konsequenzen der neueren Geschlechterforschung für die Mädchenarbeit, in: Neue Praxis, H.3, S.227–238
 - Locher, B.(2002): Die Konstruktion des Opfers Muster und Topoi im Diskurs über Frauenhandel, in: ZFS/ZFG (Hrsg.)Körper und Geschlecht, Opladen, Leske + Budrich
 - Lorber, J. (1999): Gender-Paradoxien, Opladen, Leske & Buderich
 - Matlin, M.W., (2000): The Psychology Of Women, Fort Worth, Harcourt College Publishers
 - Rose, L. (2000): Die Mädchen- und Jungenarbeit in der Risikogesellschaft Kritische Überlegungen zur geschlechtsbewussten Qualifizierung in der Jugendhilfe, in Neue Praxis, H 3, S.240-253
 - Scheffler, S. (1996): Organisationskultur in Frauenprojekten, in: Pühl, H. (Hrsg.): Supervision in Institutionen, Frankfurt am Main, S. 128 ff
 - Scheffler, S. (1996): Typisch männlich – typisch weiblich? – Geschlechterdifferenz und Sozialtherapie. Vom Umgang mit einer sozialen Ordnungskategorie. Vortrag auf dem Kongress Sozialtherapie. In: Fett, A. (Hrsg.): Männer-Frauen-Süchte, Freiburg, S. 26-39
 - Scheffler, S. (1999): „Nur der Druck und der Schluck sind geschlechtslos...“ in: Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (Hrg.): Sucht – der KLEINE Unterschied, Dokumentation der Fachtagung vom 23. 02. 99, München
 - Scheffler, S. (2002): Feministische Therapie, in: Beckermann, M. (Hrsg.): Handbuch für Gynäkologie, Basel, Schwabe-Verlag (in Vorbereitung)
 - Villa, P. I. (2000): Sexy Bodies – Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper, Opladen, , Leske + Buderich
 - Willutzki, U. (2001): Feministische Perspektiven in der psychosozialen Versorgung, in: Franke/Kämmerer (Hrg): a.a. O. S.689 – 717

II. Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen und notwendige Unterstützungen

von Christel Zenker

Die vorgestellten Ergebnisse stellen eine Auswahl aus einem vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Forschungsprojekt (2001 / 2002) über die Ursachen weiblicher Sucht dar. Das gesamte Forschungsprojekt wird im Nomos-Verlag noch in diesem Jahr veröffentlicht; die Bucherscheinung wird auf der Homepage des BMG angekündigt.

Die repräsentative Beteiligung von Suchtfachkliniken (84 %) und Patientinnen (75 %; N=908) erlaubt Aussagen über Risikokonstellationen für Suchtverhalten, Gruppendifferenzierungen und therapeutische sowie präventive Konsequenzen. Es wurden ca. 36 % aller zu dieser Zeit in Deutschland wegen der Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen stationär behandelten Frauen erreicht. Der Fragebogen hatte das Ziel, die subjektiven Wahrnehmungen der Frauen abzubilden. Neben Personen bezogenen Daten wurden Sucht relevante und Daten zu psychischen Beschwerden sowie Erfahrungen in Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter erhoben. Die Daten wurden quantitativ nach Einstiegsalter und Suchtverhalten sowie clusteranalytisch ausgewertet. Alle drei Differenzierungen zeigen eine Abhängigkeit des Einstiegsalters in die Sucht, des Suchtverhaltens und begleitender psychischer Störungen von der Stärke der in der Kindheit/Jugend erlittenen Kränkungen und Mangelerfahrungen.

Vier Suchtgruppen wurden gebildet, Frauen mit polysüchtigem Verhalten, mit illegalem Konsum, mit Alkoholabhängigkeit und/oder Tablettenabhängigkeit und/oder Essstörungen (Alkohol plus) und diejenigen, die ausschließlich Alkohol konsumieren. Das Einstiegsalter erstreckt sich von <14 Jahren bis zum 60. Lebensjahr, wobei etwa vier gleich große Gruppen gebildet werden konnten. Das Einstiegsalter der Polysüchtigen liegt zwischen dem 12.-15., das der Frauen mit illegalem Konsum zwischen dem 13.-16., das der Alkohol plus-Frauen zwischen dem 16.-26. und das der Alkoholikerinnen zwischen dem 17.-35. Lebensjahr. Die von den Frauen benutzten Drogen oder Suchtverhaltensweisen sind gruppentypisch. Alkohol ist in allen Gruppen die Hauptdroge, illegale Drogen spielen eine große Rolle bei den Polysüchtigen und den Frauen mit illegalem Konsum, Tabletten bei allen Frauen außer den Alkoholikerinnen. Die Polysüchtigen fallen zudem durch die höchsten Anteile an Essstörungen und Kaufsucht auf.

Ein Hauptschulabschluss wird von ca. 50 % der Frauen mit illegalem Konsum und den Alkoholikerinnen genannt, ein gymnasialer Abschluss von ca. 10 % dieser Frauen. Demgegenüber weisen ca. 27 % der Polysüchtigen und 18 % der Alkohol plus-Frauen einen gymnasia-

len Abschluss auf. Bis zum 16. Lebensjahr haben die Frauen mit illegalem Konsum bei ihren Eltern gelebt und sind anteilig am häufigsten mit nur einem Elternteil aufgewachsen oder auch mit Mutter und Stiefvater. Die Nennungen der Alkoholikerinnen für „Wohnsituationen anders als bei den Eltern“ liegen unter 10%. Die finanzielle Situation der Bezugspersonen ist bei den Frauen mit illegalem Konsum (17%) und den Alkoholikerinnen (12%) häufiger als in den beiden anderen Gruppen durch die Angabe 'nie regelmäßige Einkünfte' geprägt. Die Frauen mit illegalem Konsum geben auch am häufigsten an, nicht mit ihren Geschwistern aufgewachsen zu sein, wobei hierfür nicht Altersunterschiede verantwortlich zu machen sind. 64% aller Frauen geben Suchtprobleme in der Familie an, wobei sich eine abnehmende Tendenz in Abhängigkeit vom frühen zum späten Einstiegsalter zeigt. Dieselbe Tendenz zeigt sich bei Schlägen oder Prügeln bis zum 16. Lebensjahr, die von 57% aller Frauen angegeben werden; bei der Differenzierung nach Suchtgruppen sind die Frauen mit illegalem Konsum am häufigsten betroffen. Besonders deutlich ist die Belastung der jüngeren Einstiegsaltersgruppen gegenüber den älteren bei sexuellen Gewalterfahrungen bis zum 16. Lebensjahr, die von 34% der Frauen angegeben wird; dieselbe Tendenz abnehmender sexueller Gewalt zeigt sich in den Suchtgruppen von den Polysüchtigen zu den Alkoholikerinnen. 64% der Frauen geben an, dass die Täter sexueller Gewalt Familienangehörige waren. Zwischen 65% und 75% der Frauen (je nach Gruppe) konnten über die unfreiwilligen sexuellen Kontakte mit niemandem reden. Die bekannten Gruppenunterschiede zeigen sich bei der Bilanzierung der Kindheit bezüglich einer Überforderung und mangelnden Geborgenheit; aber keine Gruppenunterschiede finden sich bei der 'angepassten Kindheit', die von 80% der Frauen benannt wird.

Werden alle Formen der Gewalt, auch seelische Gewalterfahrungen, während der gesamten bisherigen Lebensspanne berücksichtigt, bestätigt sich die schon geschilderte Belastung der bei Suchtbeginn jüngeren gegenüber den älteren Frauen und den Polysüchtigen und Frauen mit illegalem Konsum gegenüber den Frauen mit legalem Konsum. Depressionen und Ängste werden von allen Gruppen am häufigsten als seelische Störungen benannt, von den Alkohol plus-Frauen am häufigsten. Die Frauen mit illegalem Konsum nennen, verglichen mit den anderen Frauen, Psychosen am häufigsten, die Polysüchtigen Persönlichkeitsstörungen. Suizidversuche und Selbstverletzungen folgen den geschilderten Trends; erstere werden von 33%, letztere von 14% aller Frauen angegeben. Die Viktimisierung setzt sich im Erwachsenenleben fort.

Durch das Suchtverhalten wollen die Frauen die Wirklichkeit vergessen und sich 'zumachen' (besonders häufig die Polysüchtigen), Ruhe haben (besonders häufig die Alkohol plus-Frauen) oder auch Sicherheit und Wohlbefinden erlangen (besonders häufig die Frauen mit illegalem Konsum). Die Alkoholikerinnen geben dieselben Gefühle auf prozentual niedrigeren Niveau an. Diese Gruppe macht auch häufiger als die anderen Gruppen äußere Lebensumstände für ihre Sucht verantwortlich, während von den anderen drei Gruppen besonders negative persönliche Eigenschaften und unerträgliche Gefühle benannt werden.

Die Gruppen weisen typische Risikokonstellationen auf, die jedoch nicht für alle Frauen einer Gruppe zutreffen. Demnach sind therapeutische Bemühungen und Settings den jeweiligen Bedürfnissen der Frauen anzupassen, nicht alle Frauen brauchen alles. Hierarchische Strukturen erscheinen für die Bildung von Selbstwert und Selbstachtung kontraproduktiv. Die Kinder Suchtkranker müssen möglichst früh erreicht und unterstützt werden. Kindergärten und Schulen können sozialisatorische Aufgaben übernehmen. Prävention sollte personen- und nicht suchtspezifisch erfolgen. Die Leistungsträger sollten die starre Trennung in zwei Suchtformen mit entsprechenden Leistungen aufgeben. Psychiatrische Kompetenz im Behandlungsteam scheint zwingend notwendig. Die suchtspezifische Professionalisierung unterschiedlichster Berufsgruppen steht noch aus, ebenso die selbstverständliche Institutionen übergreifende Arbeit im Sinne einer Optimierung der Hilfeangebote für Betroffene.

Eigene Veröffentlichungen zum Thema

- Zenker C, Lang P (1995): Methadon-Substitution in Bremen. Abschlussbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung 1991-1994. BIPS (Eigenverlag) Bremen
- Zenker C (1995): First Results of a Methadone Program for Drug-Addicted Women Prostituting Themselves. Eur. Addict Res; 1:139-145
- Zenker C (1998): Frauenspezifische Therapieeinrichtungen. In: Gözl J (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Thieme Stuttgart New York 1998
- Zenker C (2000): Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seiner Folgen. Abschlussbericht. BIPS (Eigenverlag) Bremen.
- Zenker C, Bammann K, Arendt S (2001): Konsumverhalten, Krankheitsstatus und soziale Situation ausgewählter Gruppen von Konsumenten illegaler Drogen. Abschlussbericht, korrigierte Fassung. BIPS (Eigenverlag) Bremen
- Zenker C (2001): Zur Typologisierung der Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln bei Frauen. Suchttherapie 2: 28-34

III. Qualitätsmanagement in der Frauen-Suchtarbeit

von Marie-Louise Ernst

Das Mandat des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Ich bin Psychologin und Organisationsberaterin, selbständigerwerbend und habe in meiner Arbeit drei Schwerpunkte: Beratung von Organisationen, Schulung und sozialwissenschaftliche Studien. Eines meiner Mandate ist dasjenige des Bundesamtes für Gesundheit. Ein paar Informationen zur Entwicklungsgeschichte dieses Mandates:

Seit Beginn der 90er Jahre werden in der Schweiz zunehmend frauengerechte Strukturen und Inhalte für die Arbeit im Suchtbereich gefordert. Mit der vom Bundesamt für Gesundheit BAG in Auftrag gegebenen und im März 1995 publizierten Studie „Frauen-Sucht-Perspektiven“¹⁾ wurden die wissenschaftlichen Grundlagen bereitgestellt. Weitere kamen hinzu, so die in der Westschweiz durchgeführte Untersuchung „Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en suisse romande“²⁾ und die Arbeiten von anderen Fachfrauen.

Es liegt heute eine Fülle von Wissen und Erkenntnissen vor, welche jedoch nur sehr zögerlich in die Praxis umgesetzt wird. Zwar existierten in der Schweiz bereits zu Beginn der 90er Jahre einige frauenspezifische Angebote (z. B. therapeutische Wohngemeinschaften, Frauen-Notschlafstellen etc.), doch hatten diese zum Teil mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen und führten ein relativ isoliertes Dasein innerhalb des gesamten Hilfeangebotes.

Das BAG schuf deshalb ein Mandat zur Förderung frauengerechter Arbeit im Suchtbereich. Ich wurde als Expertin beauftragt, in allen Bereichen der Suchtarbeit (von der Prävention über die Beratung, Therapie bis zur Überlebenshilfe) die Umsetzung der in der Forschung und praktischen Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse in die alltägliche konkrete Arbeit voranzutreiben. Dieses Mandat begann 1997 und dauerte bis Februar 2001. Im März 2001 wurde das Mandat erweitert und beinhaltet heute die Förderung geschlechtergerechter Arbeit im Suchtbereich.

Im Rahmen des Mandates wurden weitere Materialien erarbeitet, so die Broschüre „Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil ...“³⁾ ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder und unter dem Titel „Frauengerechte Angebote“⁴⁾ ein Verzeichnis der Institutionen, welche ein solches Angebot führen.

Was ich Ihnen jetzt näher vorstellen will, ist jedoch ein Qualitätsentwicklungsinstrument für die Frauensuchtarbeit in niederschweligen Angeboten.

Ein paar Vorbemerkungen zur Qualitätsfrage:

Qualität ist ein altes Ding. Schon der Liebe Gott hat sie anlässlich der Schöpfung der Welt betrieben. Ich zitiere: „Am Anfang schuf Gott Himmel und Erde, die ganze Welt. (...) Gott betrachtete alles, was er geschaffen hatte, und er hatte Freude daran: alles war sehr gut.“ (Das erste Buch Mose, Genesis).

(Leider hat Er es offenbar seither aufgegeben, laufend weiter zu evaluieren und damit Qualitätsentwicklung zu betreiben!)

Qualität und deren Evaluation hat sich bisher allzu oft erschöpft in hochwissenschaftlichen, theoriegestützten Abhandlungen über isoliert betrachtete Einzelphänomene, weitab von jeder Praxis, formuliert in einer nur wenigen zugänglichen Sprache und damit auch nur wenigen kommuniziert. Damit ist in der breiten Öffentlichkeit das Bild verbunden, dass in diesem Elfenbeinturm nicht mit Wasser gekocht wird. Eine diffuse Mischung aus Respekt und Ablehnung hat sich herausgebildet, welche zu einer tiefen Kluft zwischen Theorie/Wissenschaft und Praxis geführt hat.

Mit der Diskussion um Qualitätsentwicklung im Dienstleistungsbereich ist deren Evaluation in einen Demokratisierungsschub geraten, der – so meine ich – von uns genutzt werden sollte. Wir sind nicht mehr länger nur Objekte der Evaluation, sondern zugleich auch handelnde Subjekte, wir werden sozusagen zu ForscherInnen in eigener Sache. Und das ist eine Herausforderung, der wir uns stellen sollten und die uns in unserer Professionalität neue Chancen eröffnet.

Erschwerend ist dabei:

- Es hat sich noch kein gemeinsames Qualitätsverständnis in der Suchtarbeit herausgebildet. Wir können kaum auf bewährte Definitionen und Instrumente zurückgreifen.
- Das gilt auch für frauengerechte oder frauenspezifische Suchtarbeit: Es fehlen verbindliche Definitionen, Zielsetzungen und Standards. Wer formuliert sie? Wo ist die Definitionsmacht?
- Wir alle sind Lernende! Das heisst auch: Wir sind Lernende und Forschende im Erarbeiten der neuen Instrumente und viel Neugier und weniger Ängstlichkeit ist gefragt.

Nun zu unserem Qualitätsentwicklungsinstrument
„Frauengerecht! . . .“⁵⁾

Der Auftrag, welcher ebenfalls vom BAG finanziert wurde, lautete folgendermassen: Es sollten praxisnahe Kriterien formuliert werden für die Umsetzung frauengerechter Arbeit im niederschweligen Bereich der Suchthilfe, dies in Form von:

- einem Katalog von Anforderungen an frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich.
- Checklisten bezüglich den Qualitätsebenen Struktur, Prozess und Ergebnis.

Hier ist eine weitere Klärung notwendig, wobei ich mich an ein Schema halte, welches eine Kollegin so dargestellt hat:



Quelle: Claudia Meier⁹⁾

Beim Instrument, von dem hier die Rede ist, geht es um die Qualität geschlechterspezifischer Arbeit.

Das methodische Vorgehen

Nach einer ersten konstituierenden Sitzung bildete sich eine Kerngruppe von fünf Fachfrauen, welche die einzelnen Schritte in Anlehnung an das Vorgehen von Meinhold⁷⁾ vorbereitete. Diese Autorin stellt in ihrem Buch über Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit eine Vorgehensweise bei der Erarbeitung von Qualitätskriterien dar, an die wir uns im Wesentlichen gehalten haben.

Wir einigten uns auf folgendes Qualitätsverständnis: Um Qualität einschätzen zu können, müssen strukturelle Elemente (Rahmenbedingungen) und Prozesse (Vorgehensweisen) mit positiven und negativen Ergebnissen in Verbindung gebracht werden und das nicht ein für alle Mal, sondern immer wieder! Damit entstehen Feedbackschlaufen, welche es gestatten, unsere Arbeit kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das jeweilige Ergebnis der einzelnen Schritte wurde einer Begleitgruppe von weiteren 12 Fachfrauen zur Diskussion vorgelegt. Damit wurde eine breite Abstützung in allen Bereichen der niederschweligen Suchtarbeit (Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen, Arbeitsangebote, aufsuchende Sozialarbeit, Heroinverschreibungsprojekte) erreicht. Gleichzeitig wurde auch darauf geachtet, eine angemessene Vertretung der Anliegen von frauenspezifischen Institutionen und gemischtgeschlechtlichen Institutionen mit frauengerechten Angeboten zu gewährleisten.

Die einzelnen Vorgehensschritte

Zu Beginn verschafften wir uns mit Hilfe eines Brainstormings einen Überblick über all das, was an Tätigkeiten und Aufgaben innerhalb der vertretenen Institutionen wahrgenommen

wird. Diese Bestandsaufnahme ergab erstes umfangreiches Material, welches nach folgenden Kriterien geordnet wurde:

- Welche Dienstleistungen werden angeboten?
- Welche Wirkungsziele werden damit verfolgt?
- Welche Zielgruppen werden – außer den Klientinnen – miteinbezogen?

Diese Konkretisierungen wurden getrennt für die verschiedenen Arbeitsfelder (Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturen) formuliert. Wir waren also gezwungen, uns zu überlegen, welche Angebote wir zur Erreichung welcher Zielsetzungen einsetzen.

In einem nächsten Schritt ging es darum, herauszuschälen, welche Zielsetzungen und Angebote wir als unabdingbar erachteten, um den Anspruch zu erfüllen, frauengerecht zu arbeiten. Diese Prioritätensetzung hat viele anregende und klärende Diskussionen ausgelöst. Unter anderem wurde klar, dass die Aufteilung nach verschiedenen Arbeitsfeldern (Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturen) zu einem großen Teil überflüssig war und für die Weiterarbeit aufgegeben werden konnte. Dies vor allem, weil wir bei den verschiedenen Angeboten immer wieder auf die gleichen dahinterstehenden Ziele stießen.

In der Folge wurden die nun vorhandenen Grundlagen den Kategorien Struktur, Prozess und Ergebnis zugeordnet. Die Kategorisierung führte zur Erkenntnis, dass fünf übergeordnete Zielsetzungen verblieben, welche wir für frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich als relevant erachteten.

Sie lauten folgendermaßen:

- Das Gesundheitsbewusstsein von Klientinnen soll gefördert werden.
- Das professionelle Umfeld soll für klientinnenspezifische Anliegen sensibilisiert werden.
- Klientinnen sollen darin unterstützt werden, Schritte aus der Opferrolle zu machen.
- Klientinnen sollen befähigt und unterstützt werden, sich ein kleines Beziehungsnetz aufzubauen oder wiederherzustellen.
- Klientinnen sollen Perspektiven in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung entwickeln können.

Damit waren wir beim letzten Schritt angelangt, nämlich die Dienstleistungen sowie deren Anforderungen an die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse den fünf Zielsetzungen zuzuordnen.

Um Ihnen einen konkreten Einblick zu geben, zeige ich Ihnen hier eine Checkliste, mit welchen Angeboten und Dienstleistungen das Ziel „Gesundheitsbewusstsein von Klientinnen fördern“ angestrebt werden kann:

- Speziellen Raum ausschließlich für Frauen zur Verfügung stellen
- Betten zur Verfügung stellen
- Frauenärztin ist regelmäßig anwesend
- Einfacher Zugang zu frauenspezifischen Informationen
- Aids- und Hepatitis-Prävention wird bei jeder Klientin thematisiert

- Opiat- resp. Substitutionsprogramme mit geschlechtergetrennten Injektionsräumen, sanitären Anlagen und mit Kinderhütedienst
- Abgabe von Spritzen, Kondomen und Hygieneartikeln, sowie separate Dusch- und Waschgelegenheit
- Begleitung von Klientinnen zu medizinischen Gesundheitsdiensten
- Beratung und/ oder Triage bei frauenspezifischen gesundheitsrelevanten Themen

Entscheidet sich nun eine Institution, im Hinblick auf diese Zielsetzung tätig zu werden, kann sie Schritt für Schritt an die Umsetzung gehen. Die Anleitung zum Beispiel „Frauenärztin ist regelmäßig anwesend“, sieht dann idealtypisch etwa so aus:

Angebot	Frauenärztin ist zweimal monatlich während 2 Stunden anwesend.
Struktur	<ul style="list-style-type: none"> • Es steht ein Untersuchungszimmer zur Verfügung. • Die Kosten für die Ärztin werden so weit als möglich über Krankenkasse abgerechnet. • Im Konzept wird ein Passus eingeführt, wonach den Klientinnen eine medizinisch–gynäkologische Grundversorgung zugänglich gemacht wird.
Prozess	<ul style="list-style-type: none"> • Die MitarbeiterInnen klären alle Klientinnen innerhalb eines Monats im Verlauf von Gesprächen über das neue Angebot auf. • Die MitarbeiterInnen motivieren die Klientinnen zur Nutzung des neuen Angebots und begleiten diese, wenn gewünscht • Die MitarbeiterInnen erkundigen sich systematisch bei allen Klientinnen nach deren Eindrücken zum neuen Angebot. Das Ergebnis wird schriftlich festgehalten. • Nach 6 Monaten findet ein Gespräch zwischen der Ärztin und den MitarbeiterInnen statt. Erfahrungen aufgrund der Rückmeldungen von Klientinnen werden besprochen und Ergebnisse des Austausches fließen in die Fortsetzung der Arbeit.
Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb von 12 Monaten wird das Angebot von 60 % der Klientinnen mindestens einmal genutzt. • Infektionen nehmen bei den Klientinnen innerhalb eines Jahres um 30 % ab. • 40 % der Klientinnen finden (anschließend) innerhalb eines Jahres Zugang zu einer gynäkologischen Praxis.

Die Institutionen werden damit aufgefordert, ihre Ziele und Dienstleistungen konsequent auch auf drogenkonsumierende und –abhängige Frauen auszurichten. An der gesamtschweizerischen Tagung „Qualität hat ein Geschlecht“ vom 14. September 2000 wurde dieses Instrumentarium für die Praxis vorgestellt und lanciert. Gleichzeitig wurde an der Tagung das Angebot gemacht, Institutionen bei der Einführung und Durchsetzung dieses Qualitätsinstrumentes zu beraten und zu begleiten.

Dies führte zum

Projekt „Frauen-Netz-Qualität“

Mit dem Projekt werden folgende Ziele angestrebt:

- In 80% der am Projekt „Frauen-Netz-Qualität“ beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe ist frauengerechte Arbeit nach zwei Jahren institutionalisiert.
- Die Erfahrungen mit dem Instrumentarium sind ausgewertet und die Ergebnisse können in eine allfällige Neuauflage einfließen.
- Zwischen den am Projekt „Frauen-Netz-Qualität“ beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe besteht eine funktionierende Vernetzungsstruktur.
- Die im Projekt „Frauen-Netz-Qualität“ gemachten Erfahrungen und Ergebnisse werden in geeigneter Form öffentlich zugänglich gemacht.

Die Ziele sollen mit folgenden Maßnahmen erreicht werden:

1. Die Einrichtungen der Suchthilfe müssen sich für eine Teilnahme am Projekt über 2 Jahre verpflichten.
2. Das Einverständnis und die Unterstützungszusicherung der Leitung resp. der Trägerschaft muss vorliegen.
3. Es finden insgesamt drei Treffen mit sämtlichen beteiligten Einrichtungen statt: zu Beginn (Startveranstaltung) nach einem Jahr (Standortbestimmung) und am Ende der zweijährigen Projektdauer (Auswertungsveranstaltung).
4. Zwischen den drei Plenumsveranstaltungen finden ein bis zwei Treffen in den erwähnten drei Gruppen statt, welche der Standortbestimmung, Weiterentwicklung und Planung der jeweils nächsten Schritte gemäß Instrumentarium dienen.
5. Sowohl die Plenumsveranstaltungen wie die Gruppentreffen werden von erfahrenen und qualifizierten Frauen moderiert und begleitet.
6. Sowohl die laufend gemachten Erfahrungen wie die Ergebnisse der Zwischen- und Schlussevaluation werden im Internet publiziert. Andere Formen der Veröffentlichung sind möglich und werden angestrebt.

Das Projekt „Frauen-Netz-Qualität“ steht heute ein halbes Jahr vor Abschluss.

Was haben uns die eben vorgestellten Erfahrungen gelehrt?

Sowohl aus der Entstehungsgeschichte des Instrumentariums wie aus dessen Umsetzung können wir einige Anhaltspunkte für Qualitätsmanagement in der Frauensuchtarbeit ableiten.

Chancen und Möglichkeiten eines Qualitätsmanagements in der Frauensuchtarbeit eröffnen sich, wenn es gelingt (und dabei werden auch die Grenzen aufgezeigt):

- Uns nicht mehr in die „Frauenecke“ abdrängen zu lassen.
Die Männer müssen einbezogen und eine männergerechte Suchtarbeit muss entwickelt werden.
- Gender-mainstreaming (Policies, Rahmenbedingungen in Institutionen und Anforderungen an Projekte) und Qualitätsentwicklung geschlechterspezifischer Arbeit gleichermaßen voranzutreiben.
- Behörden, Stiftungen, Finanzsprechende dazu zu bringen, die Finanzierung von Angeboten und Institutionen vom Einbezug des Genderaspektes abhängig zu machen.
- Anreize (um nicht zu sagen Druck) zu schaffen, damit Institutionen sich dem Genderaspekt in der Suchtarbeit öffnen (Verzeichnisse, Label).
- Gender- und frauengerechte Arbeit strukturell in den Institutionen zu verankern: Zuständigkeit, Verantwortung und Ressourcen müssen geklärt und festgehalten werden.
- Die wissenschaftlichen Grundlagen und Erkenntnisse in Ziele und danach in praktikable Dienstleistungen und Angebote (Maßnahmen) umzusetzen.
- Schulung und Beratung zu Qualitäts- und Projektmanagement einzufordern und einzurichten.
- Das Engagement und die hohe Motivation der Fachfrauen nicht durch Burnout zu verlieren. Vernetzung ist dabei zentral (Einzelkämpferinnen verhindern).

Was können wir dabei gewinnen? Welches ist der Nutzen in Bezug auf die Arbeit mit Klientinnen?

- Eine klare Definition frauengerechter Suchtarbeit wird ermöglicht.
- Geschlechter- und damit auch frauengerechte Kriterien werden in Konzepten der Qualitätsentwicklung integriert.
- Realistischere und erfüllbarere Ansprüche führen zu einem Gewinn an Glaubwürdigkeit.
- Nachweise für die Wirksamkeit werden ermöglicht und nicht nur behauptet.

Schlussgedanke

Mit der Qualitätsentwicklung, dem Formulieren von Standards und dem Festlegen von Indikatoren geht es nicht darum, die betroffenen Klientinnen und ihre Probleme und Schwierigkeiten zu verwalten, sondern sich in eine professionelle mitmenschliche Beziehung mit ihnen einzulassen.

Literaturliste/Quellen

- 1) „Frauen-Sucht-Perspektiven, Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit“. Marie-Louise Ernst, Isabelle Rottenmanner und Christine Spreyermann, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen BAG, Bern, März 1995. Bezugsquelle. EDMZ, 3000 Bern.
- 2) „Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande“, Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Groupe de travail „femmes, dépendances“. Lausanne, juillet 1998.
- 3) „Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil ...“, ein Argumentarium für Vorstands- und Behördenmitglieder, für Fachkräfte und an Drogenarbeit interessierte PolitikerInnen, Bundesamt für Gesundheit BAG 1998.
- 4) „Frauengerechte Angebote“, Verzeichnis der Institutionen in der stationären Drogenarbeit und in der Überlebenshilfe, Bundesamt für Gesundheit BAG 2001.
- 5) „Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich“, ein Instrumentarium für die Praxis, Bundesamt für Gesundheit BAG 2000.
- 6) „Qualitätskriterien geschlechtergerechter Prävention und Gesundheitsförderung“. Claudia Meier, Fachtagung der Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung des VSD vom 25. September 2001.
- 7) „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit“, Einführung und Arbeitshilfen. Marianne Meinhold, Freiburg im Breisgau 1997, Lambertus-Verlag.

Beiträge aus den Workshops



Workshops I – VIII:

„Mütter und Kinder“

„Co-Abhängigkeit – ein ewiges Frauenthema?“

„Mädchen“

„Frauengesundheit oder bessere 'Umweltverträglichkeit' durch Medikamente?“

„Berufliche Integration von Frauen“

„Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen • Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“

„Qualitätsentwicklung – eine Zukunftsaufgabe für Frauen“

„Drei in einem Boot • Klientinnen – Mitarbeiterinnen – Qualität“

Workshops:

I. „Mütter und Kinder“

Beitrag 1, Seite 47 – 50

Beitrag 2, Seite 51 – 59

II. „Co-Abhängigkeit – ein ewiges Frauenthema?“

Beitrag 1, Seite 60 – 66

III. „Mädchen“

Beitrag 1, Seite 67 – 75

Beitrag 2, Seite 76 – 87

Beitrag 3, Seite 88 – 91

IV. „Frauengesundheit oder bessere 'Umweltverträglichkeit' durch Medikamente?“

Beitrag 1, Seite 92 – 102

V. „Berufliche Integration von Frauen“

Beitrag 1, Seite 103 – 110

Beitrag 2, Seite 111 – 114

VI. „Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen

Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“

Beitrag 1, Seite 115 – 121

Beitrag 2, Seite 122 – 129

Beitrag 3, Seite 130 – 133

VII. „Qualitätsentwicklung – eine Zukunftsaufgabe für Frauen“

Beitrag 1, Seite 134 – 139

Beitrag 2, Seite 140 – 147

VIII: „Drei in einem Boot • Klientinnen – Mitarbeiterinnen – Qualität“

Beitrag 1, Seite 148 – 152

Beitrag 2, Seite 153 – 158



I. Workshop „Mütter und Kinder“

Beitrag 1: Erfahrungen der Drogenberatung für Mädchen und Frauen BELLA DONNA aus dem Arbeitsbereich „drogenkonsumierende Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft“

von Renate Kreke

BELLA DONNA, Drogenberatung für Mädchen und Frauen, ist seit 1992 mit ihrer frauenspezifischen Ausrichtung und der entsprechenden Angebotsstruktur Teil des Drogenhilfesystems der Stadt Essen. Träger der Beratungsstelle und der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW ist der Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. In unserer Arbeit stellen wir die Alltäglichkeiten und Besonderheiten der weiblichen Suchtentwicklung und Abhängigkeiten mit ihren individuellen und gesellschaftlichen Aspekten in den Vordergrund. Dazu zählen eben auch Kinderwunsch, Schwangerschaft und Mutterschaft. Zwei der insgesamt 4 Beraterinnen sind für die Arbeit mit schwangeren Frauen, Frauen, die entbunden haben, und Frauen mit Kindern zuständig.

In der Bundesrepublik Deutschland leben nach Schätzungen ca. 30.000 Kinder, deren Mütter illegale Drogen konsumieren. Für das Stadtgebiet von Essen geht man von ca. 500 Kindern aus, die mit drogenkonsumierenden Müttern zusammenleben.

Aus unseren Erfahrungen wissen wir, dass drogenkonsumierende Frauen ebenso wie nicht-konsumierende Frauen Kinderwünsche haben, Kinder bekommen und zum Teil mit ihnen zusammenleben. Dieser Lebensabschnitt ist für viele Drogenkonsumentinnen mit einer hohen Ausstiegsmotivation verbunden. Jedoch sind die Themen Kinderwunsch und Mutterschaft drogenkonsumierender Frauen weiterhin tabuisiert und werden kaum von den Frauen selbst oder von ihren BeraterInnen und TherapeutInnen angesprochen. Die vorhandene Ausstiegsmotivation bzw. die Veränderungswünsche können daher nicht soweit unterstützt und gefördert werden, wie es für die Gesundheit und Zufriedenheit von Mutter und Kind wünschenswert wäre.

Unseren Erfahrungen zufolge wird das Leben der drogenkonsumierenden Frauen mit Kindern und schwangeren Frauen durch folgende Merkmale geprägt:

- Die Schwangerschaft wird oftmals erst im 5. oder 6. Monat bemerkt (unregelmäßiger Zyklus), was die Vorbereitungszeit erheblich verkürzt. Zudem nehmen die Frauen die üblichen Vorsorge- und Beratungsangebote für Schwangere selten in Anspruch. Da die Frauen sich vorher kaum mit dem Thema Kinderwunsch auseinandergesetzt haben, werden große Informationsdefizite deutlich. Nicht nur über Unterstützungsangebote, sondern auch über den Verlauf ihrer Schwangerschaft und die Auswirkungen des Konsums und der Lebensumstände der Mutter auf das ungeborene Kind. Wissen über die Entwicklungsstufen des Kindes und über Erziehungsaufgaben sind ebenfalls selten vorhanden.

- Auch wenn durch die Schwangerschaft die Ausstiegsmotivation ansteigt und die Frauen ein „normales“ Familienleben wünschen, stellen die mit der Schwangerschaft und Mutterschaft verbundenen Veränderungen eine Überforderung für die Frauen dar. Dazu zählen: Körperliche und hormonelle Veränderungen, die Angst, das Kind durch den Konsum und die ungesunde Lebensführung geschädigt zu haben, Kontaktaufnahme zu Kliniken und Ärzten, Einleitung einer Substitutionsbehandlung, finanzielle Absicherung, Organisation des Lebens mit Kind.
- Die Frauen schätzen ihre Fähigkeiten oftmals falsch ein und geraten schnell in Krisen, wenn sie ihren eigenen hohen Erwartungen nicht gerecht werden. In Krisensituationen greifen die Frauen dann auf die bisher gelebte Bewältigungsstrategie, den Drogenkonsum, zurück. Daraus entsteht dann ein Teufelskreis von Überforderung und Versagensängsten, von Rückfällen und schlechtem Gewissen.
- Auch in der Substitutionsbehandlung gelingt es den wenigsten Frauen sich aus der Drogenbindung zu lösen. Alkohol, Haschisch, Kokain und Tabletten werden weiterhin konsumiert.
- Hinzu kommt die Angst, das Sorgerecht für das Kind zu verlieren, wenn der Drogenkonsum der Mutter bekannt wird.
- Die Illegalität der Drogen führt nicht nur zur Kriminalisierung und Strafverfolgung der Mütter, sondern auch zu Heimlichkeiten, Isolation und eingeschränktem Vertrauen gegenüber Institutionen und Behörden. Die Frauen und somit auch ihre Kinder nehmen kaum am öffentlichen Leben teil und nutzen wenig Freizeit- und Sportangebote.

Das Zusammenleben mit ihren drogenkonsumierenden Müttern bedeutet für die Kinder:

- Da drogenkonsumierende Mütter soziale Kontakte vermeiden und das Thema Drogen stark tabuisiert ist, wird den Kindern die Möglichkeit genommen, sich im Kindergarten oder in Schulklassen altersgerecht einzubringen und Freundschaften zu schließen.
- Die Kinder haben kaum Möglichkeiten, die Belastungen, die sich aus dem Konsum der Mütter für sie ergeben, loszuwerden und zu erzählen.
- Das Leben der Kinder ist geprägt durch Armut, da drogenkonsumierende Mütter einen hohen finanziellen Aufwand für ihre Suchtmittel haben, und den Kindern dadurch weniger zu Verfügung steht.
- Die Kinder erhalten oft zu wenig Zuwendung und kontinuierliche Betreuung, erleben aber ein zuviel an unberechenbarem Familienklima, da Stimmungsschwankungen, inkonsequentes Erziehungsverhalten, extreme Härte und übermäßige Verwöhnung für die Kinder nicht einschätzbar sind.
- Zum Teil erleben die Kinder die körperliche und sexuelle Gewalt ihren Müttern gegenüber und sind selbst gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt, da sie keinen Schutzraum und keine sicheren Rückzugsmöglichkeiten haben.

Unseren Erfahrungen zufolge lassen sich diese Lebensbedingungen und die genannten Belastungen durch gezielte Hilfen verändern.

Im Interesse der Mütter und Kinder ist es notwendig, die Frauen frühzeitig zu erreichen mit adäquaten Angeboten, welche die Frauen annehmen können.

Frauen werden erreicht:

- wenn das Vertrauen zu der Einrichtung und zu den Mitarbeiterinnen vorhanden ist.
- wenn keine Diskriminierung und Tabuisierung von Drogenabhängigkeit und Kinderwunsch und Mutterschaft stattfindet.
- wenn ein Klima aus Transparenz und Klarheit, Akzeptanz und Wertschätzung vorherrscht.
- wenn Beratungskompetenz vorgehalten wird zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, zu Pflege und Erziehung der Kinder, zu lebenspraktischen Fragen des Zusammenlebens.

Um dies zu leisten, sind eigenständige Arbeitsbereiche und eine Spezialisierung der MitarbeiterInnen notwendig. Für Klinik- und Hausbesuche, für Begleitung zu Behörden und Krankenhäusern ist ein hoher zeitlicher und organisatorischer Aufwand erforderlich. Kinderbetreuung und Spielangebote für die Kinder durch eine qualifizierte Fachfrau und Freizeitangebote für Mütter und Kinder sind ebenfalls notwendig.

Dazu zählt auch eine verlässliche und verbindliche Kooperation mit Institutionen, die an der Betreuung der Zielgruppe beteiligt sind und mit Einrichtungen, die weiterführende Hilfeangebote bereitstellen.

Nehmen drogenkonsumierende Frauen frühzeitig Hilfeangebote in Anspruch, können die negativen gesundheitlichen Auswirkungen für schwangere Frauen und ihre ungeborenen Kinder reduziert werden. Eine weitergehende intensive psychosoziale Betreuung verbessert die Chance auf ein zufriedenstellendes Zusammenleben von Mutter und Kind.

Im Interesse der Mütter und insbesondere der Kinder ist es daher notwendig, den frühzeitigen Zugang zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten zu erleichtern und die psychosoziale Betreuung zu sichern.

Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppe innerhalb der Stadt Essen.

Vor diesem Hintergrund und den Erfahrungen von BELLA DONNA, Drogenberatung für Mädchen und Frauen und Projekten des Trägervereins ist auf Initiative der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW exemplarisch für Essen eine Kooperationsvereinbarung geschlossen worden. Alle am Konzept beteiligten Institutionen verfolgen als gemeinsame Ziele:

- ein dauerhaftes gemeinsames Leben von Müttern/Vätern/Eltern und Kindern zu ermöglichen,
- eine konstruktive Zusammenarbeit mit dieser Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation mit den VertragspartnerInnen der Bereiche Krankenhäuser, Drogenhilfe und Jugendhilfe.

Neben den Zielen beinhaltet die Vereinbarung:

- Basiskriterien, die als Minimalkriterien für das Aufwachsen eines Kindes erforderlich sind,
- Vereinbarungen zu HelferInnenkonferenzen,
- Handlungsempfehlungen für Drogenhilfe, Kliniken und Jugendhilfe,
- Datenschutzbestimmungen
- Empfehlungen zur Umsetzung der Vereinbarung für die beteiligten Kooperationspartner.

Dieser Vereinbarung ging ein langer Prozess der Annäherung und Zusammenarbeit, der Diskussion und des Austausches voran. Weil alle beteiligten Institutionen durch MitarbeiterInnen in Leitungsfunktion und MitarbeiterInnen aus der Praxis an diesem langwierigen Prozess mit vielen kontroversen Diskussionen beteiligt waren, gelang es, diese gemeinsame Strategie in ein Vertragswerk umzusetzen, das nicht als aufgepfropft oder realitätsfremd empfunden wurde.

Die Kooperation wurde auf Leitungsebene vereinbart und erfuhr somit auch die nötige Unterstützung in den Institutionen. In großen Einrichtungen der Jugendhilfe oder in den Krankenhäusern ist das dringend notwendig, um diesen Leitfaden für alle MitarbeiterInnen verbindlich zu machen.

Diese gemeinsame Entwicklung hat auch dazu geführt, dass Vorurteile von z. B. Klinikpersonal den drogenkonsumierenden Müttern gegenüber oder der Drogenhilfe dem Jugendamt gegenüber abgebaut wurden.

Der gegenseitige Austausch über die Angebote der einzelnen Kooperationspartner wurde verbessert und das Problembewusstsein der beteiligten Institutionen gegenüber der Situation der Kinder wurde geschärft.

Die Thematiken Kinderwunsch und Mutterschaft drogenkonsumierender Frauen und Kinder aus Suchtfamilien sind somit nachhaltig in die Diskussion und das Interesse der Beteiligten gekommen.

Für die drogenkonsumierenden Frauen und ihre Kinder bedeuten die Vereinbarungen und die Koordinierung der Hilfen eine verbesserte Unterstützung aber auch ein wesentlich höheres Maß an Kontrolle.

Diese Kontrolle bezieht sich in erster Linie auf die Versorgung der Kinder und wird von den beteiligten Müttern oftmals abgelehnt und als Einmischung in ihre Privatangelegenheiten empfunden. Kaum eine drogenabhängige Mutter aus Essen kann sich jedoch diesem Netz entziehen.

Die Vereinbarung ist zwar auf Unterstützung der Mütter und eine produktive Zusammenarbeit angelegt, verpflichtet jedoch bei fehlender Kooperation der Mütter die beteiligten Institutionen zum Handeln. Eine Vernachlässigung oder Gefährdung der Kinder kann frühzeitig festgestellt werden und eine Intervention seitens der Jugendhilfe eingeleitet werden.

Von allen Beteiligten werden nach ca. einem Jahr Laufzeit in erster Linie positive Erfahrungen benannt. Sowohl hinsichtlich der Kooperation mit den beteiligten Institutionen als auch auf die Zusammenarbeit mit den Müttern bezogen.

I. Workshop „Mütter und Kinder“

Beitrag 2: Erfahrungen der Beratungsstelle extra e.V. München

von Roswitha Soltau

In der Frauen- und Suchtfrage und im Hilfesystem für drogenabhängige/substituierte Frauen und Mädchen spielt bisher die Kinderfrage und die Schwangerschaftsfrage eine sehr vernachlässigte Rolle. Das gilt für den Sucht- und Drogenbereich auch ganz allgemein. Darüber hinaus findet die Suchtproblematik in anderen für Kinder relevanten „sozialen“ Bereichen wenig Berücksichtigung (z. B. Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen, Schulen, Kinderkliniken, Geburtsbereich, Diagnose- und Förderzentren, Kinderarztpraxen etc.), so dass insgesamt die Kinderfrage und die damit verknüpfte Mütter-/Elternfrage im Zusammenhang mit Sucht und Drogen zu kurz kommt.

Hingegen ist die Problematik der von Sucht und Drogen betroffenen Kinder – auch in der Schwangerschaft – eine sehr gravierende Frage, sowohl im sozialen Zusammenhang als auch für die Kinder und deren Mütter/Eltern selbst. Wenn sich ihrer nicht gut und wirklich problemlösend angenommen wird, wächst eine neue Generation von Süchtigen mit allen Begleiterscheinungen heran.

Die gesamte Frage der Beeinträchtigungen und Schädigungen durch den Drogen- und Substitutionsmittelkonsum und der jetzt vorherrschenden Problemstellung der Polytoxikomanie auf die kindliche Entwicklung – auch während der Schwangerschaft – ist bisher vernachlässigt worden.

Die Anzahl der betroffenen Kinder in Deutschland ist beachtlich. $\frac{1}{4}$ der Drogenabhängigen hat Kinder und die Hälfte von ihnen mehr als eines, so dass davon auszugehen ist, dass es etwa 50 000 bis 60 000 Kinder in Deutschland gibt, die von der Drogenproblematik ihrer Eltern betroffen sind (bei einer offiziell genannten Anzahl von 150 000 Drogenabhängigen, wovon 45 000 substituiert sein sollen), wobei die wirkliche Anzahl der Abhängigen durch den Dunkelbereich um einiges höher liegt, zumal im Substitutionsbereich ein sehr hoher Anteil sich durch Selbstzahlung Methadon und andere Mittel besorgt und gar nicht durch die Krankenkassen bisher erfasst wird. Überwiegend handelt es sich um alleinerziehende Mütter, deren aktuelle Partner oft auch drogenabhängig sind. Dass auch drogenabhängige Männer als Väter betroffen sind, erhält in Fachkreisen noch zu wenig Beachtung.

Realität ist auch in diesem Zusammenhang, dass es in Deutschland immer weniger eine reine Heroinabhängigkeit gibt, sondern inzwischen eine Polytoxikomanie vorherrscht und ein Mischkonsum getätigt wird, in dem neben Methadon regelmäßig Alkohol, Benzodiazepine

und andere Medikamente, auch Heroin, Haschisch, Amphetamine und Kokain konsumiert und übermäßig viel geraucht wird. Die Polytoxikomanie – auch die Mischung von legalen und illegalen Stoffen – ist die Norm geworden, wobei sich in immer stärkerem Maße parallel eine Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit entwickelt.

Von dieser Entwicklung sind besonders auch drogenabhängige/substituierte Frauen und Mädchen betroffen, die ansteigend polytoxikoman werden, Mischkonsum betreiben, im medizinischen Bereich integriert sind und alkohol- vor allem aber auch medikamentenabhängig werden. Damit ist die zentrale Suchtproblematik von Frauen erneut angesprochen, die Medikamentenabhängigkeit, die schon immer die spezifische und vorherrschende Problematik in der Suchtfrage von Frauen und Mädchen, auch im Drogenbereich, darstellte – mit den einhergehenden Charakteristika der Unauffälligkeit und einer schleichenden und unbemerkteren Suchtentwicklung, die auch eine geringere Aufmerksamkeit und Zuwendung durch therapeutische/beraterische Angebote zur Folge hatte – begünstigt durch die legale Einbindung.

Medikamentenabhängigkeit ist noch immer die zentralste Suchtfrage von Frauen, wobei die verschiedenen Suchtformen: Essstörungen, starkes Rauchen, die gleichzeitige Alkoholabhängigkeit und starke nichtstoffgebundene Süchte (wie zu Partnern, zwanghafte Verhaltensweisen etc.) die Medikamentenabhängigkeit begleiten. In der Frauen- und Suchtfrage ist die erneute Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis für Frauen wichtig.

Die Kinder- und Schwangerschaftsfrage ist in diesem „Suchtkomplex“ enthalten, und die Probleme der Kinder sind in ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Form dadurch bestimmt und teilen bisher die Nichtbeachtung und Vernachlässigung ihrer Interessen und Problemstellungen mit ihren Müttern.

Wer und was ist „extra“?

Das „extra“-Beratungs- und Kontaktzentrum für drogenabhängige und -gefährdete Frauen und Mädchen in München besteht seit über 6 Jahren. Es ist eine überregionale SPEZIALBERATUNGSSTELLE (Fachberatungsstelle) für Mutter/Kind- und Schwangerschaftsfragen; „extra“ betreut schwerpunktmäßig drogenabhängige/substituierte Mütter mit ihren Kindern und schwangere Frauen und Mädchen im Rahmen eines umfassenden Betreuungsprogramms, wobei die Säuglinge und Kinder besondere Aufmerksamkeit und Schutz erhalten.

Es ist ein offenes Kontakt- und Beratungszentrum, in das die Frauen mit ihren Kindern jederzeit kommen und sich aufhalten können, um für sich und ihre Kinder Unterstützung zu holen und auch langfristig betreut werden zu können. „extra“ hat ein vielfältiges und differenziertes Betreuungsangebot, das sich sowohl an die Mütter/Eltern mit ihren spezifischen Belangen als auch an die Kinder richtet und das auch dafür sorgt, Mütter mit ihren Kindern

in qualifizierte stationäre familien- und kindertherapeutische Einrichtungen zu vermitteln, wenn die Situation das erforderlich macht. Wenn es von den Frauen gewünscht wird, werden auch die Partner/Väter in Abständen mit in die Betreuung integriert und gleichzeitig wird dafür gesorgt, dass die Partner in anderen Einrichtungen regelmäßig betreut werden.

Eine eigene heilpädagogische qualifizierte KINDERBETREUUNG ist in das Beratungszentrum integriert. Sie nimmt sich direkt in Pflege, Spiel und Förderung der Kinder während der Betreuungsangebote für die Erwachsenen an und ist darüber hinaus auch für die Beratung und konkrete Hilfe für die Mütter (auch Väter, wenn gewünscht) in Erziehungs- und Pflegefragen zuständig. „extra“ sorgt auch dafür, dass die Säuglinge und die kleinen wie auch die älteren Kinder entwicklungsdiagnostischen und entwicklungsfördernden Maßnahmen außerhalb der Beratungsstelle zugeleitet werden. Das geschieht in Abstimmung und enger Kooperation mit dem Allgemeinen Sozialdienst und dem Jugendamt, die wichtige Partner in der Unterstützung und Hilfe für die Frauen und Kinder sind.

„extra“ ist auch Anlaufstelle für die Beratung verschiedenster Institutionen, die mit der Kinder-, Schwangerschafts- und Geburtsfrage zu tun haben (z.B. Kinder- und Geburtskliniken, KinderärztInnen, Allgemeiner Sozialdienst, Jugendamt, GynäkologInnen, Substitutionspraxen, Kinderkrippen und -gärten, Heime, Entzugsabteilungen, Kinderschwestern, andere Beratungsstellen, auch Angehörige u.v.a.m.).

„extra“ hat sich als ein ambulantes Angebot in München mit seiner spezialisierten Arbeit gleichzeitig der Eltern- und der Kinderfrage angenommen und damit eine wichtige Lücke im Hilfesystem für Drogenabhängige geschlossen. Es hat damit eine Möglichkeit und ein Modell entwickelt, Mütter mit ihren Kindern sowie schwangere Frauen und Mädchen in das bestehende Hilfesystem zu integrieren und eine Brücke mit einem spezifischen Betreuungsangebot zu bauen, das dieser umfassenden und komplexen Problematik gerecht wird.

„extra“ machte in seiner Entwicklung die Erfahrung, dass zeitweise bis zu 90% der Frauen, die in die Betreuung kamen, mit Methadon substituiert wurden und wie schon zuvor beschrieben einen wechselnd hohen Mischkonsum tätigen und immer mehr Alkohol trinken, was die Gesamtproblematik verschärft. Der gesundheitliche Zustand der Frauen ist sehr labil; fast alle haben Hepatitis C. Schon allein der Konsum einzelner Substanzen und der dazugehörige Lebensstil hat schädigende Auswirkungen in der Schwangerschaft und der weiteren Entwicklung der Kinder, wie zum Beispiel Spontanaborte, Früh- und Krisengeburt, Entzugssyndrom der Babys, Störungen des Wachstums und des Bewegungsapparates, Alkoholembyopathie, sehr viele Atemwegserkrankungen und Hyperkinetik, um nur einiges zu nennen. Durch den Mischkonsum verschärfen sich die Komplikationen für die Kinder und die Frauen. Es fällt vor allem auf, dass die Aggressivität und Gewalt durch den begleitenden Alkoholkonsum zugenommen hat und sich besonders schädigend auf die Kinder auswirken. Die Kinder bekommen zu wenig fürsorgliche oder äußerst ungenügend Zuwendung und

geringe Aufmerksamkeit. Der baby- und kindgerechte Lebensrhythmus wird nicht wahrgenommen und eine ruhevolle Atmosphäre fehlt meistens. Ganz einfache Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen werden nicht richtig gedeutet. Durch den Substanzkonsum werden die Mütter/Eltern zu sehr in ihrer Gemütslage beeinträchtigt und zu passiv, auch depressiv, um mit ihren Kindern ausreichend zu spielen und sie in ihrer altersgerechten Entwicklung zu fördern.

Viel zu oft wird übersehen, dass durch den Konsum von Drogen und sämtlichen Substitutionsmitteln das Wahrnehmungs- und Einfühlungsvermögen und die Gefühlsintensität reduziert und verzerrt sind. Eine Empfindungstaubheit bildet sich, die sehr nachhaltig die innere Strukturbildung und Verhaltensmuster der Kinder in ihrer Entwicklung negativ beeinflusst. Dadurch ist die Beziehung zwischen Mutter/Eltern und Kind problematisch beeinflusst und die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind gestört. Dies führt oft zu Vernachlässigung, Vereinsamung, Überforderung und Gefährdung der Kinder. Diese Zusammenhänge sind auch die Grundlage für die Entstehung von extremen Schädigungen, die sich oft viel zu lange Zeit unerkannt entwickeln. Auch die Substitution mit ihrem regelhaften hohen Beikonsum erweist sich oft als äußerst problematisch für die kindliche Entwicklung. Auf dem Boden dieser Tatsachen stellt der Drogen- und Substitutionsmittelkonsum an sich eine Gefährdung der Kinder dar. Die Erziehungsfähigkeit der Mütter/Väter und ihre gesamte Lebensführung ist sehr stark eingeschränkt und durch die Substanzwirkungen bestimmt. Die Kinder haben dadurch ein hohes Basisrisiko für ihre weitere Entwicklung.

Hinzu kommt das Problem der Schwangerschaften:

- dass die Frauen oft erst sehr spät eine Schwangerschaft bei sich feststellen (im 4., 5., 6. Monat) und dadurch gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen selten stattfinden,
- dass die Geburt und der nachgeburtliche Zeitraum für Mutter und Kind nicht oder nur wenig vorbereitet werden und
- dass durch den andauernden und oft hohen Mischkonsum psychotroper Substanzen während der Schwangerschaft die pränatale Entwicklung schädigend beeinflusst wird und Kinder auch mit irreversiblen Schädigungen zur Welt kommen.

Ein präventiver Ansatz

Auf dem gegebenen Problemhintergrund verfolgt „extra“ einen präventiven Betreuungsansatz. Es ist notwendig, im Rahmen des Gefährdungsgeschehens bei Drogenabhängigkeit bzw. Sucht nicht auf **e x t r e m e** Formen und fortgeschrittenere Stadien von Schädigungen zu warten und erst dann helfend einzugreifen (z.B. wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, bei Schlaghämatomen, Verbrennungen, Verhungern und Verdursten, Gewalt). Es ist erforderlich, die Aufmerksamkeit und das Handeln auf die viel subtileren, nicht so leicht erkennbaren Prozesse und Gefährdungsverläufe zu lenken, durch die extreme Schädigungen oft erst entstehen. Die Reduzierung von Gefühls-, Einfühlungs- und Wahrnehmungsvermö-

gen und die Einschränkung von bewussten Steuerungsprozessen durch den Konsum der verschiedensten Drogen/Medikamente/Alkohol verursachen schleichende emotionale und körperliche Vereinsamungs- und Vernachlässigungsprozesse.

Über diesen Weg wird ein für die Entwicklung des Kindes notwendiges emotionales Beziehungsklima durch die süchtigen Eltern vorenthalten, das dann sehr oft zu extremeren Gefährdungsformen führen kann. Dieser schleichende, unbemerkte Prozess birgt die Gefahr. Diesem gilt es sich zu widmen, sowohl im Interesse des Kindeswohles als auch im Interesse der Frau/Mutter. Denn die Frauen müssen in jedem Fall mit den positiven oder auch schädigenden Folgen innerlich und äußerlich fertig werden. Drogen/Substitutionsmittel können das nicht verhindern. Sie können nur in Wiederholung die Wahrnehmung und die Gefühle dämpfend und flüchtend beeinflussen.

Auf der Grundlage des präventiven Ansatzes hat „extra“ ein ambulantes Betreuungsangebot geschaffen, in dem es darum geht,

- so früh wie möglich, eine direkte Hilfe für die Mütter/Eltern und ihre Kinder und für die schwangeren Frauen und Mädchen zu bieten, um rechtzeitig Unterstützung geben, problematische und extreme Entwicklungen vermeiden und Schädigungen für die Kinder vermindern zu können (ein präventiver Ansatz);
- durch ein differenziertes und vielseitiges ambulantes Betreuungsprogramm sowohl für die Mütter (Partner werden in Abständen hinzugezogen) als auch für die Kinder (Vermittlung von kinderärztlichen Behandlungen, Betreuung durch Kinderschwestern, Vermittlungen in Fördermaßnahmen, Kinderkrippen und Kindergärten, schulische Förderungen und die Kinderbetreuung bei „extra“ selbst) eine dauerhafte Stabilität der Mütter und ihrer Kinder sowie die Herauslösung aus den problematischen Lebenszusammenhängen und aus ihrer Abhängigkeit zu ermöglichen;
- durch Therapievermittlungen in qualifizierte familien- und kindertherapeutische stationäre Einrichtungen gemeinsam von Müttern und Kindern (auch gemeinsam mit ihren Partnern), wenn die ambulante Betreuung nicht mehr ausreicht und Gefährdungen für die Kinder zu groß werden und die Mütter mit ihren Kindern eine umfassendere therapeutische Unterstützung benötigen;
- durch eine nachgehende Betreuungsarbeit (Nachsorge) nach Beendigung von körperlichen Entzügen und stationären Therapien für die soziale und persönliche Integration von Mutter und Kind, um die positive Entwicklung von beiden fortsetzen zu können. Im Hinblick auf die Kinder- und Elternfrage sind langfristige und umfassendere Adaptions- und dann Nachsorgeprozesse erforderlich.

Auch Rückführungsprozesse von Kindern zu ihren Müttern und ihrer Familie sind in das Betreuungsangebot integriert.

„extra“ bietet die Möglichkeit einer langen und intensiv begleitenden Betreuung für Mutter

und Kind. Das Betreuungssetting umfasst vor allem regelmäßige Beratungsgespräche, Intensivbetreuungen, Müttergruppen, Akupunktur, Angehörigenbetreuung, Ex-Userinnen-Unterstützung einzeln und in Gruppen, punktuell themenzentrierte Workshops (z. B. Gesundheits- und Erziehungsfragen, Partnerprobleme, Essverhalten, Spielanregungen für die Kinder usw.) und Kreativangebote wie Malen, Tanzen und Fotoprojekte.

Die Besonderheit des Konzeptes ist, dass „extra“ sich zum obersten Ziel gesetzt hat, gleichermaßen auf das Wohl der Kinder und der Mütter zu achten, wobei der Schutz des Kindes an oberster Stelle steht – auch in der Schwangerschaft. Im Zusammenhang mit ihrer Suchtproblematik ist das auch zugleich ein Schutz für die Mütter selbst. Die Arbeit von „extra“ verläuft in einem starken Spannungsfeld. Die Parteilichkeit nach beiden Seiten zwingt häufig zu einer Gradwanderung, die aber in der Kinderfrage unumgänglich ist. Der Schutz und die Entwicklung des Kindes und die Übernahme von Verantwortung durch die Frauen für die Lösung aus ihrer Abhängigkeit und für die Sorge ihrer Kinder steht zentral im Mittelpunkt der Betreuung. Die schwierige Aufgabe für „extra“ besteht darin, abzuwägen, wann die Mutter sich selbst und dadurch das Kind in einem unzumutbaren Maße gefährdet. Wir tun alles, um für die Frauen die notwendige Unterstützung zu organisieren, immer mit dem Ziel, mutter- und kindgerechte Lösungen zu schaffen; selbst die kurzfristige Unterbringung der Kinder bei Großeltern und in Kurzzeitpflege dienen im Notfall als vorübergehende Hilfe, den konstruktiven Kontakt zwischen Eltern und Kind aufrecht zu erhalten. Eine enge Kooperation mit dem Allgemeinen Sozialdienst und dem Jugendamt ist für die Realisierung dieser Prozesse wichtig und zugleich eine Unterstützung, um die Angst vor diesen Institutionen abzubauen und deren persönliche und finanzielle Förderhilfen anzunehmen.

Die Grundüberzeugung von „extra“ ist, dass die gesundheitliche, soziale und seelische Stabilität der Mutter/Eltern die Basis für den Schutz und die altersgerechte Entwicklung der Säuglinge und Kinder und zugleich das Ziel und der Prozess für die persönliche Entwicklung der Frauen selbst und die Lösung aus ihrer Abhängigkeit ist. Die Verbindung von Kinderschutz und frauen- und suchtspezifischer Arbeit unter dem Aspekt auch der Elternfunktion – auch ihrer Partner – ist „extra“ ein besonderes Anliegen. Die Entwicklung und Förderung von Erziehungskompetenz geht nur durch eine gleichzeitige Persönlichkeitsentwicklung der Frauen.

Ausstieg und Drogenfreiheit sind ein unerlässliches Entwicklungsziel

Um eine positive Entwicklung und Förderung von Mutter und Kind zu erreichen, ist die allmähliche oder auch schnellere Reduktion des Drogen- und Substitutionsmittelkonsums mit dem Ziel der Drogenfreiheit Bestandteil der Betreuung. Es kann nur so eine dauerhafte Stabilität und entwicklungsfördernde Emotionalität in der Beziehung zwischen Müttern/Eltern und ihren Kindern geschaffen werden. Das ist auch für den Schwangerschaftsprozess notwendig, damit es der Mutter und dem Kind gesundheitlich gut geht, das werdende Leben

nicht geschädigt wird und die Entzugssymptomatik des Säuglings so gering wie möglich oder gar nicht vorhanden ist. „extra“ unterstützt auch einen allmählichen körperlichen Entzug während der Schwangerschaft, wenn das die Mutter wünscht und es medizinisch für die Mutter und das Kind verantwortet werden kann. Eine medizinische Begleitung ist dabei neben der psychosozialen Betreuung notwendig, eventuell ist auch ein Klinikaufenthalt für diesen Prozess erforderlich. Geburtsvorbereitungen werden auch innerhalb und extern von „extra“ angeboten.

Der Konsum von Drogen – und Substitutionsmitteln nebst Beikonsum (Polytoxikomanie), der in der Regel vorhanden ist – beeinflusst in behindernder und oft schädigender Weise die Befindlichkeit und Verhaltensweisen der Frauen zu sich selbst und damit auch zu ihren Kindern. Störungen und Schädigungen der Säuglinge und Kinder – auch in der intrauterinen Entwicklung – stehen damit im Zusammenhang. Die gefühlsmäßige Wahrnehmung und das Einfühlungsvermögen der Frauen/Männer ist allein schon durch die Wirkung der vielfältigsten Substanzen reduziert. Das bestimmt in negativer Weise die Interaktion zwischen Eltern und Kindern. Daher stellt für „extra“ der Drogen- und Substitutionsmittelkonsum an sich eine Gefährdung dar. Dadurch ist die Erziehungsfähigkeit der Mütter/Väter eingeschränkt. Die Kinder von drogenabhängigen und substituierten Eltern sind in jedem Fall Risikokinder und starken seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen und entwicklungsschädigenden Prozessen ausgesetzt.

Die schädigenden Auswirkungen bleiben lange Zeit unentdeckt; alles verläuft in einem sehr subtilen und schleichenden Prozess, Auffälligkeiten werden sehr oft erst wahrgenommen, wenn die Kinder stärker nach außen gerichtet, in größeren Kommunikationszusammenhängen – wie Kindergärten und Schulen – auftauchen.

Eine intensive und gut abgestimmte Vernetzungs- und Kooperationsarbeit ist für eine problemgerechte Hilfe für drogenabhängige/substituierte Mütter/Eltern und ihre Kinder unumgänglich

Die Mutter/Eltern/Kindfrage stellt eine komplexe Problematik dar und benötigt auch eine komplexe und mehrdimensionale Antwort im Rahmen der Hilfestellung. Herkömmliche Ansätze in den Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen und auch Substitutionspraxen werden den erforderlichen umfassenden Aufgaben nicht gerecht. Es sind Spezialeinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich erforderlich, die sich intensiv und mit Fachlichkeit dieser umfassenden Aufgabe widmen und qualifizierte Angebote den betroffenen Kindern und den Eltern bieten. Dabei ist eine interdisziplinäre und aufeinander abgestimmte Kooperations- und Verbundarbeit in einer Stadt oder einer Region notwendig, auch bundesweit, die weit über den Drogen- und Suchtbereich hinausgeht.

Ein eigenes spezielles und auf die Kinder- und die Elternfrage qualifiziertes Hilfe- und

Betreuungssystem ist erforderlich, das in einer gut aufeinander abgestimmten Kooperation und Koordination mit den verschiedenen Professionen und Institutionen zusammenarbeitet. Für eine positive und effektive Lösung der Problemstellung für Mutter und Kind – auch in der Schwangerschaft – ist ein gemeinschaftliches Klären und Handeln erforderlich von verschiedensten Fachdisziplinen, die die beiden Seiten – Kinder und Eltern – zusammenbringt. Ein Grundkonsens ist hierbei gefordert, der oft schwer erreichbar ist aufgrund unterschiedlicher Interessen, Aufträge, Überzeugungen, Zielvorstellungen, institutioneller Bedingungen und rechtlicher Gegebenheiten.

„extra“ hat ein ausgeprägtes und intensives Vernetzungs- und Kooperationsmodell – über München und Bayern hinausgehend – entwickelt, das mit Hilfe eines systematischen, fallbezogenen Casemanagements, Round-Table-Gesprächen, Hilfeplänen und Betreuungsverträgen jeweils auf die individuelle Situation von Mutter/Eltern und Kind eingeht, die Betreuung und einen langen Entwicklungsprozess begleitet.

Es ist eine prozessbegleitende Netzwerkarbeit, die ab Beginn des Betreuungskontaktes und einer Basissicherung für die Mütter/Eltern und die Kinder den gesamten Prozess systematisch begleitet und je nach Fall und Situation mit Hilfe eines flexiblen Casemanagements in unterschiedlichster Zusammensetzung des Verbundnetzes:

- wichtige persönliche und soziale Hilfen anbietet;
- regelmäßige Gespräche, Treffen und Initiativen organisiert und koordiniert;
- aktuelle Probleme aufzeigt und für die Betreuung und Abstimmung der Unterstützung zugänglich macht für die Mütter und die Kinder;
- bei Problemklärungen und Krisenbewältigungen hilft / unterstützt;
- besondere Fördermaßnahmen (Schutz- und Fördermaßnahmen ins Leben ruft);
- Fachgespräche und Hilfeplanvorbereitungen durchführt;
- Betreuungsverträge entwirft und gemeinsam abschließt.

Schriftliche Schweigepflichtentbindungen der Klientinnen sind Grundlage für die gesamte Kooperationsarbeit.

„extra“ hat ein intensives und breites Vernetzungs- und Kooperationsmodell – über München hinausgehend – entwickelt, das mit Hilfe eines systematischen, fallbezogenen Casemanagement, Round-Table-Gesprächen, Hilfeplänen und Betreuungsverträgen jeweils auf die individuelle Situation von Mutter/Eltern und Kind eingeht, die Betreuung durchführt und einen langen Entwicklungsprozess begleitet. Dabei stehen die Frauen aktiv im Mittelpunkt, um aus der Rolle der zu Behandelnden, der „Opferrolle“ professioneller Arbeit herauskommen zu können. Ziel ist es, dass die Frauen lernen, Verantwortung und Eigeninitiative für ihre persönliche Entwicklung und für die Sorge und Förderung ihrer Kinder zu übernehmen. Das hat ein Verständnis zur Grundlage, das den Frauen Fähigkeiten, Kraft und ein

Durchhaltevermögen zutraut und zumutet und sie nicht auf Defizite festlegt. Es geht darum, dass die Frauen in einem längeren Erfahrungsprozess ihre eigenen Fähigkeiten und Stärken wieder entdecken und sich bewusst zu eigen machen. HILFE ALS ZU-MUTUNG! nennen wir das.

KinderärztInnen, Entbindungskliniken, Kinderschwestern, Kinderkrankenhäuser sind ebenso einbezogen wie das Jugendamt, der Allgemeine Sozialdienst, FrauenärztInnen, andere Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, Substitutions- und weitere Arztpraxen, Bewährungshilfe und Familienrichter, etc. Auch stationäre Therapieeinrichtungen sind in dieses Verbundsystem von „extra“ integriert, mit denen gemeinsam eigene überregionale Kooperationskonzepte entwickelt worden sind, die Modellcharakter haben.

Drogenabhängige substituierte Schwangere und Mütter mit ihren Kindern brauchen eine besondere Hilfe!

II. Workshop „ Co-Abhängigkeit – ein ewiges Frauenthema?“

Beitrag 1: Das Suchthilfesystem und co-abhängige Frauen – Doppelte Vergesellschaftung und weibliches Arbeitsvermögen

von Magrit Stoll

In Anlehnung an die Landesfachtagung zur frauenspezifischen Suchtarbeit in Schleswig-Holstein im letzten Jahr, die „Vom Besonderen zum Normalen“ hieß, habe ich mein Referat ebenfalls so aufgebaut: vom Besonderen zum Allgemeinen, aber dann auch wieder zurück zum Besonderen.

Besonders und speziell ist meine Beschäftigung mit dem Thema, da ich hier als Fachfrau aus dem Suchthilfebereich spreche und somit einen Ausschnitt aus dem Hilfesystem verkörpere. Im ersten Teil möchte ich diese Beziehung – professionelle HelferIn – co-abhängige Frau – näher beleuchten.

Im zweiten Abschnitt möchte ich einen Blick darauf werfen, was diesen beiden Frauen der oben genannten Beziehungssituation gemeinsam ist in ihrer weiblichen Lebenssituation. Es geht dabei weniger um eine umfassende Theorienvermittlung, als vielmehr um ein Aufmerksam- und Bewusst-Machen darauf, dass es trotz aller individuellen Unterschiedlichkeiten von Frauen auch einen gemeinsamen, gesellschaftlichen Teil von Lebenswirklichkeit gibt, der auf alle Frauen wirkt. Dieses ist mir ein wichtiges Anliegen, weil es nach meiner Überzeugung eine Möglichkeit ist, Solidarität zu den co-abhängigen Frauen herzustellen, die sie – wie ich finde – von uns dringend brauchen können.

Da ich – trotz dieses Ausfluges in die Theorie – eine Frau der Praxis bin, möchte ich im letzten Abschnitt zurückkehren zu dem Besonderen, dem Individuellen, und das ist für mich das Theaterstück „Seelenbrand“ der Theatergruppe „Spotlight“.

1. Das Suchthilfesystem und co-abhängige Frauen

Die Frauen unseres Themas sind Frauen, die als Partnerinnen oder Mütter von süchtigen Männern oder Kindern zu mir in die Beratungsstelle kommen. Ich arbeite in der Drogenambulanz Schleswig-Holstein in der Beratung und Therapie mit Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind.

Nach meiner Erfahrung sind es ausschließlich Frauen, die für ihren süchtigen Mann/Partner die Beratungsstelle aufsuchen. Wenn es um ein süchtiges Kind geht, erlebe ich in der Praxis auch schon mal einen Hilfe suchenden Vater, aber bisher niemals allein, sondern in der Begleitung seiner Partnerin, der Mutter. Auf diesem Hintergrund finde ich es legitim, wenn im Rahmen dieses Themas ausschließlich von Frauen gesprochen wird, und nicht nur, weil

es ein Frauenkongress ist: Co-Abhängigkeit ist für mich ein Frauenthema. Meine berufliche Tätigkeit bestimmt meinen Blickwinkel in einem weiteren Punkt, nämlich der Definition von Co-Abhängigkeit. Über Definitionen spricht meine Kollegin, Heike Lange. An dieser Stelle möchte ich meine eigene Position dazu benennen. Unter Co-Abhängigkeit verstehe ich keine Liebes- oder Beziehungssucht, sondern die „systemische Psychodynamik, die sich im sozialen Nahfeld und in intensiven Beziehungen als Folge des Missbrauchverhaltens der süchtigen Person entwickelt“ (Beate Schwarz, 1999) und sehe mit Monika Rennert die Angehörigen „als Mitbetroffene in einem System wechselseitiger Bedingtheit im Verhalten von Süchtigem und Angehörigem, die versuchen, mit den suchtmittelbedingten Problemen in der Familie fertig zu werden und Strategien entwickeln, die zwar vordergründig Erleichterung bringen, auf lange Sicht aber selbst zum Problem werden können. Wie sie mit diesem suchtmittelbedingten Verhalten umgehen, das ist wiederum durch ihre geschlechtsspezifische Sozialisation und die Rolle als Mutter, Lebenspartnerin, Schwester und Tochter geprägt“. Wenn nun diese mitbetroffene Frau zu mir in die Beratung kommt, was erwartet sie dann als Angebot im Hilfesystem?

Einen von Frau Rennert entwickelten Fragebogen finde ich dazu sehr aufschlussreich. Er befasst sich mit der besonderen Situation der Partnerin von Suchtmittelabhängigen im Hilfesystem. Ihre Thesen dazu hat sie als Fragen formuliert, die von den Fachleuten auf einer Skala von „trifft voll zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ bewertet werden sollen. Die Fragen unter Punkt 3 habe ich meinen KollegInnen gestellt:

3. Co-abhängige Partnerinnen zeigen Verhaltensweisen im Kontakt (jammern, klagen, vorwurfsvoll sein etc.), die eine innere Abwehr der BeraterIn/TherapeutIn hervorrufen.
- 3.a Co-abhängige Partnerinnen lösen mit ihrer überfürsorglichen Haltung Ärger bei BeraterIn/TherapeutIn aus.
- 3.b Co-abhängige Partnerinnen leben geschlechtsspezifische Rollenbilder, die BeraterIn/TherapeutIn für sich selbst ablehnt.
- 3.c Co-abhängige Partnerinnen wird die Schuld an der Sucht ihres Mannes gegeben („Bei der würde ich auch trinken...“).

Bis auf die letzte These, die nicht die volle Zustimmung bekam, erhielten die Thesen die volle Zustimmung im KollegInnenkreis. Dieses zeigt exemplarisch, wie das Suchthilfesystem mit co-abhängigen Frauen umgeht: Sie sind das – nicht selten – lästige Anhängsel der eigentlichen Hauptperson, des Süchtigen. Im schlimmsten Falle erfahren sie darüber hinaus Schuldzuweisungen (siehe: bei der würde ich auch trinken). In einem ganz aktuellen Bericht in einer Fachzeitung fand ich unter dem Leitartikel „Geschlechtsdifferenzierte Hilfe in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe“: „Es gibt die Erfahrung, dass der Ehe- oder Lebenspartner sich bald zurückzieht und die abhängige Frau allein lässt. Dem steht gegenüber, dass suchtkranke Männer häufig durch co-abhängige Angehörige weiter unterstützt werden und so ein Status-quo über viele Jahre erhalten bleibt.“

Dieses ist in subtiler Weise ebenso eine Schuldzuweisung an die Frau.

Es zeigt sich somit, dass es in den Köpfen der professionellen Helfer Schranken gibt:

- der Süchtige ist der Mittelpunkt
- es gibt Abwehr gegenüber den co-abhängigen Frauen
- es wird ihnen mit direkten oder indirekten Schuldzuweisungen begegnet.

Somit ist es jeweils zufällig und abhängig von einzelnen MitarbeiterInnen, welches Hilfsangebot sie erhalten:

- im Rahmen telefonischer Beratung den Hinweis, der Süchtige möge sich selbst melden
- ein einmaliges Beratungsgespräch
- Angehörigengespräche im Rahmen von bewilligten Reha-Maßnahmen des Süchtigen
- Angehörigengruppe.

Im Hilfesystem wird den co-abhängigen Frauen kein eigener Platz zugestanden, denn nicht nur in den einzelnen Einrichtungen, sondern auch im Gesamthilfeplan der Suchthilfe ist für sie kein Platz vorgesehen, wie ein Blick in das Positionspapier der DHS zur „Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe“ zeigt: Es gibt kein Kapitel zu diesem Thema.

Aus unseren Erfahrungen mit den betroffenen Frauen wissen wir aber, wie groß das individuelle Leid manchmal ist. Als professionelle HelferIn ist es mir daher ein Anliegen, dass auch co-abhängige Frauen fest installierte Hilfsangebote erhalten. Dazu müssen Lösungsstrategien auf zwei Ebenen entwickelt werden:

- es müssen strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden (Beispiel dazu: die Aufnahme in Leitlinien, siehe in Schleswig-Holstein)
- es muss an der Haltung, den Vorstellungen/Vorurteilen der Einzelnen gearbeitet werden.

Für diese zweite Ebene ist das Wissen über weibliche Lebenszusammenhänge hilfreich, mit der sich die Frauenforschung beschäftigt.

Daher schließt jetzt der Exkurs in die wissenschaftlichen Theorienzusammenhänge an.

2. Doppelte Vergesellschaftung und weibliches Arbeitsvermögen (vgl. dazu M. Stoll, 1998)

Die Frauenforschung, die im Zusammenhang mit der Frauenbewegung entstanden ist, versteht sich selbst als „politisch engagierte Wissenschaft“ (G. Nunner-Winkler 1994: 35). Unter den Prämissen der Parteilichkeit und der Betroffenheit verfolgt sie das Ziel, zur Emanzipation der Frauen beizutragen und soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit im Geschlechterverhältnis aufzuheben. Entsprechend ging es zunächst um das Aufdecken und Sichtbarmachen von diskriminierenden Strukturen, von Benachteiligung und Unterdrückung. Diesen Forschungsbemühungen lag zunächst ein Konzept von Gleichberechtigung zugrunde, das auf eine Angleichung an die Stellung des Mannes zielte.

Als zentrale Kategorie der Diskussion fungierte der „Arbeitsbegriff“. Die gesellschaftliche Minderbewertung bzw. Unsichtbarkeit weiblicher Arbeit als Produktions- und Reprodukti-

onsarbeit, die geschlechtsspezifische und zugleich hierarchische Arbeitsteilung wurde als Dreh- und Angelpunkt der Benachteiligung in der Arbeitsgesellschaft erkannt (vgl. U. Gerhard, 1994: 17).

Im Laufe ihrer Entwicklung änderte sich der Blickwinkel der Frauenforschung: Heute herrscht – beinahe weltweit – in der feministischen Diskussion Einverständnis darüber, „dass nicht die 'besondere' Situation der Frauen, sondern das Verhältnis zwischen den Geschlechtern der Fokus ihrer Analyse ist.“ (U. Gerhard, 1994: 12).

Die geschlechtshierarchische Arbeitsteilung bleibt Ausgangspunkt der Analysen. Grundannahme ist und bleibt eine spezifische Arbeitsteilung, die sich im Prozess der Industrialisierung zwischen den Geschlechtern herausgebildet hat: Eine radikale Trennung von Erwerbs- und Familiensphäre, denen beide Geschlechter eindeutig zugeordnet werden. Der Mann als Ernährer der Familie soll voll in den Arbeitsmarkt integriert sein, den Frauen wird der als privat deklarierte Familienbereich als Zuständigkeit zugewiesen.

Allerdings geht es jetzt nicht mehr darum, Geschlechterdifferenz zu definieren, um dann im Rahmen einer Angleichung – egal, ob ausgehend von einem Defizit- oder einem Positiv-Modell der Frau – Gleichheit zwischen Mann und Frau herzustellen. Das Forschungsinteresse gilt nicht mehr der Frage nach dem So-Sein: Warum sind Frauen so, warum sind Männer so?, sondern die Perspektive ist auf die Prozesse gerichtet, die wirken, wenn Frauen und Männer so werden.

Zur Analyse dieser Prozesse spielen zwei weitere Begriffe eine zentrale Rolle: Der Begriff der „doppelten Vergesellschaftung“ von Frauen und das „weibliche Arbeitsvermögen“.

Der Begriff der „doppelten Vergesellschaftung“ wurde von Regine Becker-Schmidt auf dem Bamberger Soziologentag, 1982, entwickelt. Sie bezieht ihn auf die zumindest phasenweise gleichzeitige Tätigkeit von Frauen in den beiden Gesellschaftsbereichen Familie und Beruf.

In seiner Anwendung auf die unterschiedlichsten Forschungsbereiche und die unterschiedlichen Phasen in der Biographie von Mädchen und Frauen taucht der Begriff in der Literatur in verschiedenen Varianten auf, die grundsätzliche Annahme dagegen ist eindeutig:

Der individuell-biographische Prozess der Identitätsbildung findet unter gesellschaftlichen Rahmenbedingungen statt. Dieses Zusammenwirken findet in Sozialisations- und Vergesellschaftungsprozessen statt. Diesem prozesshaften Geschehen unterliegen Mädchen und Jungen sowie Frauen und Männer gleichermaßen.

Für die Unterscheidung Mann-Frau läßt sich allerdings eine bisher unumstößliche Fähigkeit tatsächlich kategorisieren, es ist die Gebär-Fähigkeit. Der wesentliche Bestandteil der weiblichen Kultur ist in dieser Reproduktionsfähigkeit begründet.

In den modernen westlichen Industrienationen hat ein Prozess der Angleichung der Lebenslagen von Frauen und Männern stattgefunden. Schule, Ausbildung, Beruf gehören heute auch zum Leben einer Frau. Die Reproduktionsfähigkeit ist allerdings nach wie vor eindeu-

tig an den Familienbereich gekoppelt. Im Gegensatz zum Mann befindet sich die Frau daher nicht in einer eindeutigen Lage.

„Die Differenz zum Lebensverlauf von Männern folgt aus der doppelten Orientierung von Frauen auf Beruf und Familie, die .einen weiblichen Lebenszusammenhang „konstituiert“ (Prokop 1976, in: S. Metz-Göckel 1996: 51).

Selbst in dem Fall, in dem eine Frau sehr früh und eindeutig für ihre Biographie entscheidet, dass die Reproduktionsfähigkeit in ihrem Leben keine Rolle spielt, sie sich somit der Normalbiographie eines Mannes weitgehend nähert, bleibt das Unterscheidungskriterium für sie bedeutend, denn es ist Teil ihrer weiblichen Identität. D.h. Frauen sind lebenslang in einer Auseinandersetzung, einem Mitbedenken beider Lebensbereiche verhaftet und zwar in einer anderen Qualität als Männer.

Im Kontext der geschlechtlichen Arbeitsteilung entsteht – vermittelt über die Sozialisation – das „weibliche Arbeitsvermögen“.

Durch die eindeutige Zuweisung der Frauen auf den Familienbereich, über Erziehung zu diesen Tätigkeiten wie tatsächliche Ausübung dieser Tätigkeiten entwickeln Frauen auf diese Aufgaben bezogene und von diesen Aufgaben geprägte Eigenschaften und Einstellungen, Fähigkeiten und Orientierungen, bestimmte Arten und Weisen des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens, der Phantasie, Spontaneität, Sensibilität (vgl. E. Beck-Gernsheim 1981– 47).

Im Unterschied zur Berufsarbeit ist die Familienarbeit nicht nach dem Prinzip anonymer Marktvermittlung organisiert, sie findet in und für einen unmittelbar überschaubaren, personenorientierten Sozialkontext statt. Die „Arbeitsergebnisse“ nicht über Tauschprozesse vermittelt, sondern an die unmittelbar erfahrbaren Bedürfnisse und Probleme von Personen gekoppelt. Die Arbeitszeit richtet sich nicht nach formalen Regeln, sondern nach inhaltlichen Erfordernissen und den Bedürfnissen der betroffenen Personen, erfordert also ein hohes Maß an Engagement, Flexibilität und Spontaneität.

„Die unmittelbar auf andere Menschen und ihre elementaren Lebensbedürfnisse bezogene Arbeit setzt 'von der Sache her' Interesse, Aufgeschlossenheit, Offenheit für andere Menschen voraus – die Fähigkeit, andere Personen wahrzunehmen, auf sie einzugehen, ihre Bedürfnisse zu spüren, ihre Wünsche zu erraten. Reproduktionsbezogene Arbeit erfordert, Herz und Gedanken für den Nächsten zu haben – erfordert eine persönliche und personenbezogene Sensibilität, eine Fähigkeit des Fühlens und Mitfühlens.“ (E. Beck-Gernsheim 1981: 38)

Und diese Fähigkeiten können Frauen, die in ihrem Lebenskontext mit suchmittelabhängigen Männern/Kindern leben, dann in eine Co-Abhängigkeit bringen und ein anderer Teil der Frauen, die professionellen Helferinnen, nutzen dieses weibliche Arbeitsvermögen für ihren Beruf.

Von mir als professionelle Helferin erwarte ich, gerade wenn ich frauenspezifische Hilfen anbiete, dass ich mir dieser Sozialisationsprozesse bewusst bin und mich damit auseinan-

dergesetzt habe, um mich dann vielleicht auch solidarisch für gemeinsame Lösungen einzusetzen.

Am Montag habe ich in der Angehörigengruppe die Frauen dort befragt, wie sie das Thema Co-Abhängigkeit sehen. Alle Frauen sahen sich als Co-abhängige und wünschten sich, dies sei eine Diagnose mit Krankheitswert, so dass ihnen eine Behandlung zustehen würde. Berührt hat mich die Aussage einer Frau:

„Ich habe lange gebraucht, um zu erkennen, dass ich co-abhängig bin. Dann habe ich mich von meinem alkoholabhängigen Mann getrennt. Dann hat es noch länger gedauert, bis ich mich aus meiner Co-Abhängigkeit befreit habe. Jetzt fühle ich mich emanzipiert, obwohl ich immer noch Rückfälle habe. Traurig aber macht es mich, wenn ich meine Töchter sehe, die alle co-abhängig oder selber süchtig sind. Ich sage nicht, dass ich Schuld daran bin, aber ich konnte es nicht verhindern.“

3. Das Theaterstück „Seelenbrand“

Zuletzt noch mein persönlicher, „anderer“ Umgang mit dem Thema. Initiiert und unter der Leitung der LSSH in Kooperation mit der Jugendbildungsstätte „Die Mühle“ startete im Jahr 2000 ein Frauentheaterprojekt zum Thema Sucht. Es fanden sich 10 Frauen, Fachkolleginnen und Suchthelferinnen, die das Thema „Co-Abhängigkeit“ als Frauenthema sahen und dazu ein Theaterstück entwickelt haben. Wir hatten am 2. Mai 2001 Premiere und haben es im letzten Jahr 10 x aufgeführt vor Schulklassen, auf der Fachtagung zum Thema „Co-Abhängigkeit“, auf Feiern der Selbsthilfe. Auch dieses Jahr haben wir Auftritte gehabt und die letzte Aufführung wird am 21. November 2002 in der „Mühle“ sein.

In dem Stück wird im ersten Akt das alltägliche Leben einer Frau dargestellt: vom Kennenlernen und Verlieben in ihren Mann, über Heirat und Kinderkriegen. Der Mann wird alkoholabhängig. Die Hauptperson ist aber die Frau, das Drama entwickelt sich aus ihrer Perspektive bis zu ihrem Zusammenbruch. Im zweiten Akt geht es um den Weg aus ihrer Abhängigkeit, um ihre Heilung.

Literaturhinweise

- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1981): Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt – Zur Ideologie und Realität von Frauenberufen, Frankfurt/New York
- DHS Positionspapier 2001: Situation und Perspektiven in der Suchtkrankenhilfe
- Dokumentation der Landesfachtagung in Schleswig-Holstein vom 07.11.2001: Frauenspezifische Suchtarbeit und Qualität – Vom Besonderen zum Normalen
- Dokumentation der Fachtagung in Schleswig-Holstein, Juli 2001: Co-Abhängigkeit in Familie und Betrieb – Ansprechen statt schweigen
- Dokumentation der Fachtagung in Bayern vom 23.02.1999: Sucht – der Kleine Unterschied – Fachtagung zum geschlechtsspezifischen Ansatz in der Suchtarbeit
- Fachzeitung „Partner“, Heft August/September 2002
- Gerhard, Ute (1994): Frauenforschung und Frauenbewegung – Skizze ihrer theoretischen Diskurse, in: Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hg.), Berlin
- Metz-Göckel, Sigrid (1994): Legitimationskrise der traditionellen geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung in: Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hg.), Berlin
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (Feb. 2002): Psychiatrie und Suchthilfe – Leitlinien für frauengerechte Angebote
- Nummer-Winkler, Gertrud (1994): Zur Definition von Frauenforschung, in: Deutsche Forschungsgemeinschaft
- Rennert, Monika (1990): Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet
- Stoll, Magrit (1998): Frauen und Sozialmanagement, Universität Hannover (unveröffentlichte Diplomarbeit)

III. Workshop „Mädchen“

Beitrag 1: Neue Chancen für drogenabhängige Mädchen?! Eine pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen

von Heidrun Neuwirth

In der praktischen Arbeit mit Drogen konsumierenden oder bereits abhängigen Mädchen sind enge Grenzen gesetzt hinsichtlich möglicher Hilfeangebote, die den Lebens- und Problemlagen dieser Zielgruppe gerecht werden. Diese Problematik tritt bei Minderjährigen noch ungleich deutlicher zu Tage. Es besteht eine eklatante Lücke zwischen den Hilfesystemen der Jugend- und Suchtkrankenhilfe, insbesondere hinsichtlich der stationären Angebote.

In der stationären Jugendhilfe ist der Umgang mit dem Thema „Drogenkonsum“ bislang nur unzureichend konzeptionell fundiert, geschweige denn strukturell abgesichert. Vielmehr erweist sich hier Drogenabhängigkeit als Ausschlusskriterium.

Zugleich gibt es kaum stationäre Drogentherapieeinrichtungen, die sich gezielt an Jugendliche wenden. Zwar senken mittlerweile einige Fachkliniken für Suchtrehabilitation das Aufnahmealter und nehmen so in Einzelfällen auch Minderjährige auf. Dabei ist jedoch grundsätzlich zu hinterfragen, ob die Unterbringung Jugendlicher in Einrichtungen der Suchtrehabilitation überhaupt eine sinnvolle und von diesen wahrgenommene Möglichkeit sein kann. Die für manifest abhängige Erwachsene konzipierten Rehabilitationsmaßnahmen sind weder in ihren Rahmenbedingungen noch in den therapeutischen Konzepten auf Jugendliche übertragbar. Mädchenspezifisch ausgerichtete Einrichtungen sucht man ohnehin vergebens. Dabei unterscheidet sich Suchtverhalten von Mädchen von jungenspezifischem in den psychosozialen Entstehungshintergründen, der Wahl der Suchtmittel sowie in den Konsummustern und Funktionen, die diese haben können. Ebenso different sind Verlauf der Abhängigkeit und die damit verknüpfte Lebensweise. Dies zieht andere psychische und physische Folgen nach sich mit Konsequenzen für die Bewältigungsstrategien der Abhängigkeit.

Hinzu kommt, dass betroffene Mädchen Therapieeinrichtungen für sich selbst häufig ablehnen. Sie definieren sich meist weder als drogenabhängig noch als behandlungsbedürftig, was Rehabilitationseinrichtungen als vorweggenommene Selbsterkenntnis ihrer PatientInnen erwarten. Die Bewertung von Drogenabhängigkeit als Krankheit und die damit implizierte Pathologisierung der DrogenkonsumentInnen geht am Selbstbild der Mädchen vorbei. Die Motivation süchtiger Mädchen zu einem drogenfreien Leben ist von hoher Ambivalenz geprägt und mithin instabil. Dauerhafte Abstinenz erscheint ihnen zumeist weder vorstellbar noch durchhaltbar. Andererseits sind sie sich der Risiken ihres Drogengebrauchs bewusst bzw. leiden bereits an den Folgen. Für die Jugendlichen selbst geht es primär weniger um eine Aufarbeitung ihrer Suchtgeschichte, vielmehr äußern sie den Wunsch nach konkreter

Unterstützung in ihrem Lebensalltag, bei Konflikten in der Schule, am Ausbildungsplatz oder mit den Eltern sowie bei der Bewältigung der Folgen der Sucht, z.B. der Regulierung finanzieller, rechtlicher und gesundheitlicher Schwierigkeiten.

Um die skizzierte Lücke zwischen den beiden Hilfesystemen bedarfsgerecht zu schließen, bedarf es also stationärer Hilfeeinrichtungen, welche die spezifischen Anforderungen der Zielgruppe drogenabhängiger Mädchen konzeptionell und strukturell berücksichtigen.

JELLA – Pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen

Vor diesem Hintergrund wurde die „Pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen JELLA“ entwickelt und im Sommer 2001 in Stuttgart eröffnet. Deren zentrale Prämissen und Handlungsansätze werden nachfolgend skizziert. Anschließend werden erste Praxiserfahrungen vorgestellt.

JELLA wendet sich an Mädchen und junge Frauen im Alter von 14 bis 21 Jahren, die Unterstützung beim Aufbau eines drogenfreien Lebens suchen und benötigen. Gezielt an der Schnittstelle von Drogenhilfe und Jugendhilfe ansetzend und konsequent mädchenspezifisch konzipiert, berücksichtigt JELLA die alters- und geschlechtsspezifischen Bedürfnisse drogengefährdeter und -abhängiger Mädchen.

Zentrale Aufnahmekriterien sind der Nachweis über den Clean-Status zum Zeitpunkt des Einzugs sowie die Bereitschaft, sich auf ein drogenfreies Zusammenleben in der Wohngemeinschaft einzulassen.

Grundlegend ist ein übergreifendes Drogenverständnis. Eine Aufteilung in einzelne Drogenkategorien, in legale und illegale Drogen, wird nicht vorgenommen, da Mehrfachkonsum eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Entsprechendes gilt für Essstörungen, die oftmals alternierend mit stoffgebundenem Suchtverhalten auftreten. Zudem werden die mädchenspezifischen Hintergründe von Sucht als vorrangig betrachtet.

Einrichtungsträger ist „LAGAYA - Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.“. Der seit 1984 bestehende Verein unterhält in Stuttgart des Weiteren im Bereich der Suchtkrankenhilfe die gleichnamige Frauen-Sucht-Beratungsstelle sowie im Bereich der Wohnungslosenhilfe Einrichtungen des Betreuten Wohnens für drogenabhängige und substituierte Frauen (MARA I / II).

JELLA wird als Einrichtung der stationären Erziehungshilfe auf der rechtlichen Grundlage von § 27 i.V.m. § 34 sowie § 35a und § 41 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) finanziert. Kostenträger ist das jeweilige Herkunftsjugendamt des Mädchens. Darüber hinaus wird die Mädchenwohngruppe in den ersten drei Jahren durch das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg als Modellprojekt gefördert und teilfinanziert.

Im Rahmen der Modellprojektförderung erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Tübingen.

Konzeptionelle Grundlagen

Konzipiert wurde eine bewusst kleine, überschaubare Einrichtung mit sechs Plätzen, die nicht vom Lebensumfeld der Mädchen entfernt auf der "grünen Wiese" angesiedelt ist, son-

den mitten in Stuttgart liegt. Mag ein großer Abstand zur Szene in mancher Hinsicht hilfreich sein, so lassen sich dennoch zentrale pädagogische Zielsetzungen wie der Erwerb schulischer und beruflicher Qualifikationen, Klärung der familiären Situation, Erneuerung und Aufbau eigener Interessens- und Freizeitbereiche erst durch die urbane Infrastruktur realisieren. Die Mädchen können nach erfolgter Stabilisierung ihre Schulausbildung weiterführen, sich mit Hilfe von Praktika beruflich orientieren oder eine Ausbildung beginnen. Ebenso werden drogenfreie Kontakte und Freizeitstrukturen, die auch nach der Betreuungsphase tragen, mit Unterstützung der Betreuerinnen begonnen und erprobt.

Dem Wissen um Mädchenspezifische Aspekte von Suchtverhalten wird in einem grundlegend geschlechtsspezifischen Ansatz Rechnung getragen. Die Wohngruppe stellt ein geschlechtshomogenes Angebot dar, welches durch seine Qualität als gezielt von Frauen an Mädchen gerichtetes Angebot wichtige neue Erfahrungen bietet, Schutz- und Freiraum zugleich ist. Der Mädchenspezifische Ansatz impliziert zudem eine ganzheitliche und subjektorientierte Handlungsweise, d.h. es erfolgt keine Beschränkung auf suchtspezifische Inhalte, keine Fokussierung auf das Symptom "Drogenkonsum". Vielmehr wird an den Themen und Bedürfnissen des einzelnen Mädchens, an ihren konkreten Lebensanforderungen angesetzt. Alle Themen und Anforderungen, die junge Mädchen auf ihrem individuellen Weg zur erwachsenen Frau beschäftigen, finden ihren Platz.

Grundlegend für die Struktur und Durchführung der Betreuung ist eine Synthese von Alltagsgestaltung, Pädagogik und Suchttherapie. Es erfolgt keine strikte Trennung von Alltag und Therapie. Durch diesen ganzheitlichen sozialtherapeutischen Ansatz können die oftmals suchtauslösenden bzw. -fördernden Probleme und Anforderungen der Mädchen im Alltag und im Zusammenleben als Gruppe sichtbar gemacht und bearbeitet werden. Im Vordergrund der Betreuung steht die umfassende Unterstützung der Bewohnerinnen in ihrer konkreten Lebenssituation, wobei das Wissen aus der Suchttherapie die pädagogische Förderung unterstützt.

Die pädagogisch-therapeutischen Angebote beinhalten u.a. die gezielte Einzelförderung durch die Bezugsbetreuerin, Trainingskurse/Workshops zur Förderung lebenspraktischer Kompetenzen (Umgang mit Geld, Berufsorientierung, PC-Schulung/Nutzung neuer Medien, Gesundheitspflege/Hygiene etc.), Arbeitsprojekte zur Förderung technisch-handwerklicher Fähigkeiten, Sportgruppe, aktiv-kreative Freizeitgestaltung, sport-/erlebnispädagogische Aktivitäten (Klettern, Stockkampf etc.). Die Bewohnerinnen erproben weitgehende Selbstständigkeit in allen Belangen. So sind sie für die gemeinsame Organisation alltagsbezogener Aufgaben im Wohngruppenleben wie der Haushaltsführung (Einkaufen, Kochen, Reinigung, Reparaturen etc.) zuständig und lernen, ihren Tag eigenverantwortlich zu planen und zu gestalten.

Begleitend und vertiefend bieten psychotherapeutische Einzel- und Gruppenangebote gezielte Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Suchtverhalten ebenso wie bei der Bewältigung psychischer Störungen (Ängste, Traumata etc.).

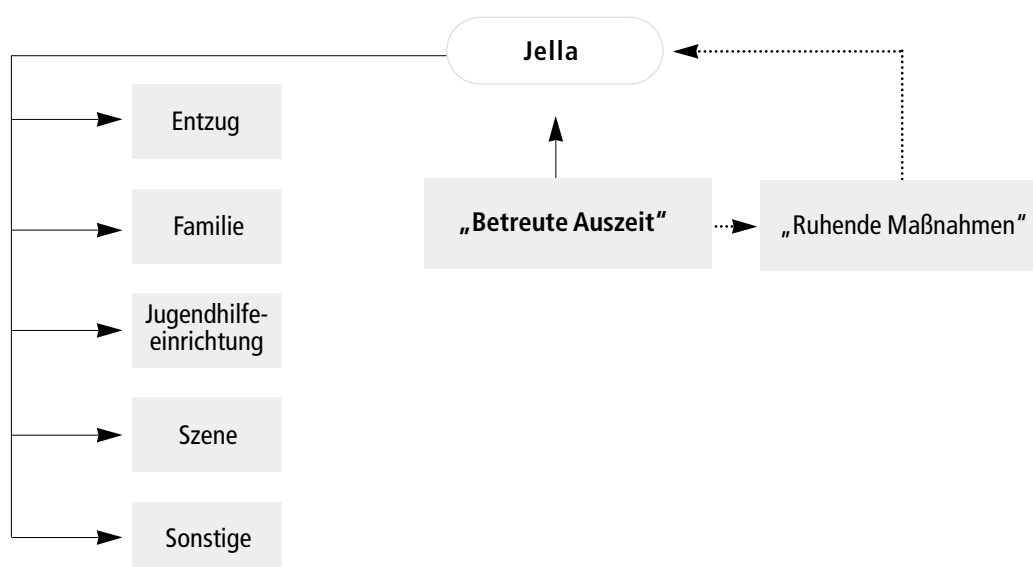
Die therapeutischen Angebote sind nicht, wie in der Jugendhilfe üblich, an externe Fachdienste ausgelagert, sondern werden von dem pädagogisch-therapeutischen Team durch-

geführt. Dieses ist interdisziplinär besetzt, die Mitarbeiterinnen verfügen über psychologische sowie (sozial)pädagogische Fachkompetenzen und bringen Kenntnisse aus der Suchtarbeit/ -therapie mit, insbesondere aus der Mädchenarbeit. Ein Teil des Teams verfügt über fachlich anerkannte therapeutische Zusatzqualifikationen.

Von erneutem Drogenkonsum im Verlauf des Aufenthalts muss abgesehen werden. Alles andere wäre unrealistisch und ginge am Selbstbild der Mädchen vorbei. Gleichzeitig gilt es, allen Bewohnerinnen einen hinreichenden Schutz vor der Konfrontation mit Suchtmitteln in ihrer unmittelbaren Umgebung zu gewährleisten, der sie außer Haus ohnehin ausgesetzt sind.

Aufgrund dieser konfliktären Situation wurden spezifische Prämissen zum Umgang mit Drogen, Suchtverhalten bzw. Rückfällen entwickelt. Diese basieren auf einem grundlegenden Verständnis von Rückfällen als Entwicklungschance. Kernstück ist das „Auszeitenmodell“ für Situationen, in denen Mädchen zunächst nicht in der Wohngruppe verbleiben können. Sei es, dass sie die unumstößliche Grundregel „Keine Drogen im Haus, kein Dealen, keine Gewalt“ übertreten, massiv rückfällig werden oder sich grundlegend über ihre Motivation im Unklaren sind. Statt die Maßnahme per se zu beenden, gibt es die Möglichkeit zu einer „Auszeit“, die bis zu zwei Wochen dauern kann. In dieser Zeit wird der Betreuungsplatz freigehalten und es erfolgt ein externes Clearing zur Klärung der Motivation bezüglich einer Fortführung der Maßnahme oder Einleitung weiterführender Hilfen. Bereits im Vorfeld der Aufnahme werden im Rahmen der Hilfeplanung mit allen Beteiligten (Mädchen, Jugendamt, ggf. Sorgeberechtigten, anderen Einrichtungen, Kliniken etc.) individuelle Vereinbarungen hinsichtlich der Unterbringung des Mädchens während der Auszeit getroffen.

Abb. 1: „Auszeitenmodell“



Praxiserfahrungen

Nach mehr als einem Jahr der praktischen Arbeit in der Mädchenwohngruppe können erste Erfahrungen und Erkenntnisse vorgestellt werden. Im Mittelpunkt der Auswertung sollen hier die Zielgruppe und deren Zugangswege stehen: Welche Mädchen werden erreicht, welche Hürden sind dabei zu nehmen, für welche Mädchen wird das spezifische Angebot als hilfreich erachtet u.a.m.

Grundlage sind die im Rahmen der Qualitätssicherung sowie für die wissenschaftliche Begleitung erstellten Dokumentationen, Statistiken und Evaluationen. Im Zeitraum von Juli 2001 bis Juli 2002 (Anfragen davor und danach sind nicht berücksichtigt) konnten 52 Anfragen gezählt werden. Alle Anfragen und Erstkontakte wurden durch die Mitarbeiterinnen dokumentiert, von einigen Mädchen wurden Verlaufsdocumentationen der Anfangsphase erstellt. Dabei sind auch die Erwartungen, Wünsche und Ziele der Mädchen erhoben worden.

Von 52 Anfragen kamen lediglich 18 zu einem oder mehreren Vorgesprächen, von diesen wiederum wurden im ersten Jahr sechs Mädchen aufgenommen. Auffallend ist die Diskrepanz zwischen Anfragen und „Angekommenen“. Erfreulich ist hingegen die geringe Fluktuation der Betreuten: nur eine junge Frau hat bereits am dritten Tag die Maßnahme abgebrochen, die anderen blieben und ließen sich auf das Setting ein. Mittlerweile steht bei den ersten Mädchen der vorbereitete Auszug an.

Grundsätzlich gestaltet sich in JELLA die Aufenthaltsdauer individuell und analog zur Hilfeplanung nach SGB VIII § 36. Sie richtet sich in erster Linie nach dem jeweiligen Entwicklungsstand des Mädchens. Dieses Instrument unterscheidet sich grundlegend von der vorab festgelegten und bewilligten Therapiedauer einer medizinischen Rehabilitation, die von Rentenversicherungsträger oder Krankenkasse finanziert wird. Es ermöglicht die Abstimmung der Betreuungsdauer auf den individuellen Hilfebedarf. So wäre es beispielsweise besonders rückfallgefährdend, würde das anberaumte Betreuungsende mit dem Beginn der Berufsausbildung zusammenfallen.

Für viele Interessentinnen erwiesen sich Wartezeiten aufgrund belegter Plätze, verzögerter Kostenklärungen, Wartezeiten für den Entzug etc. als nicht durchhaltbar. Verständlich wird dies vor dem oben skizzierten Hintergrund einer jugendspezifisch ambivalenten Motivation hinsichtlich der Beendigung des Drogenkonsums.

Kein Mädchen konnte bei den Vorgesprächen dauerhafte Abstinenz als Ziel benennen oder sich dies als realisierbar vorstellen. Eine solche Haltung voraus zu setzen, muss für diese Zielgruppe als zu hochschwellig betrachtet werden. Ihre Motivation war zudem meist spontan, teilweise ausgelöst von einer krisenhaften Situation oder Notlage (psychosoziale oder gesundheitliche Probleme, schulische Schwierigkeiten, Wohnungslosigkeit, Rauswurf aus dem Elternhaus oder der bisherigen Jugendhilfeeinrichtung etc.). Hinzu kamen Ängste bezüglich der „Therapie“, der als einschränkend erwarteten Strukturen und Regeln, der anderen Mädchen, der Trennung von den bisherigen drogenkonsumierenden FreundInnen... Sehr deutlich wurden hingegen gezielte Erwartungen nach lebenspraktischer Unterstützung geäußert, z.B. bei der Wiederaufnahme des Schulbesuchs, Schuldenregulierung,

Gesundung ebenso wie die Bedürfnisse nach einem Ort der Zuflucht und des Schutzes („einfach mal Ruhe haben...“).

Als hilfreich erwies sich die Einführung eines Probemonats. Die Vorstellung, sich zunächst für einen überschaubaren Zeitraum eine drogenfreie Auszeit zu nehmen, war für die Mädchen realisierbarer, als sich vorab für eine Zeit von rund einem Jahr festlegen zu müssen. Nach dem Probemonat, in dem für alle die gleichen Regeln gelten, werden dann mit jedem Mädchen individuelle Vereinbarungen hinsichtlich Ziele, Dauer, Regeln (Kontakt, Ausgang etc.) getroffen. Diese werden fortgeschrieben und kontinuierlich sowohl in der Hilfe- als auch der Therapieplanung überprüft und modifiziert.

Die Anfragen kamen aus ganz Baden-Württemberg und in Einzelfällen auch aus anderen Bundesländern. Gleichzeitig gab es von interessierten Gremien und Institutionen, wie Jugendämtern und Psychiatrien, zahlreiche Anfragen zu dem innovativen Handlungsansatz im Allgemeinen und nach freien Betreuungsplätzen im Besonderen.

Ein Großteil der Anfragen (18) stammte von Einrichtungen der Drogenhilfe, insbesondere Beratungsstellen und Kontaktläden. 11 Anfragen kamen direkt von den Jugendämtern, sechs aus der Jugend(sozial)arbeit. Lediglich eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung hat selbst den Kontakt hergestellt, obwohl acht Mädchen zum Zeitpunkt der Anfrage in der stationären Jugendhilfe untergebracht waren.

Die Möglichkeit, JELLA für Mädchen, die aufgrund ihres ausgeprägten Suchtverhaltens in ihren bisherigen Jugendhilfeeinrichtungen (Heimen, betreutes Jugendwohnen o.ä.) nicht mehr weiter betreut werden (können), als eine gezielte, intensivpädagogische Zwischenstufe zu nutzen, wurde bislang nur einmal in Anspruch genommen. Die Realität gestaltet sich vielmehr derart, dass die Maßnahmen abrupt beendet werden, wenn sich die Situationen zuspitzen (Weglaufen, Überdosierungen, Suizidversuche etc.) und dann eher das zuständige Jugendamt dringend nach einem geeigneten Betreuungsplatz sucht. In einigen Fällen wurde dabei alternativ zu einer pädagogisch-therapeutischen Betreuung bei JELLA eine geschlossene Heimunterbringung diskutiert.

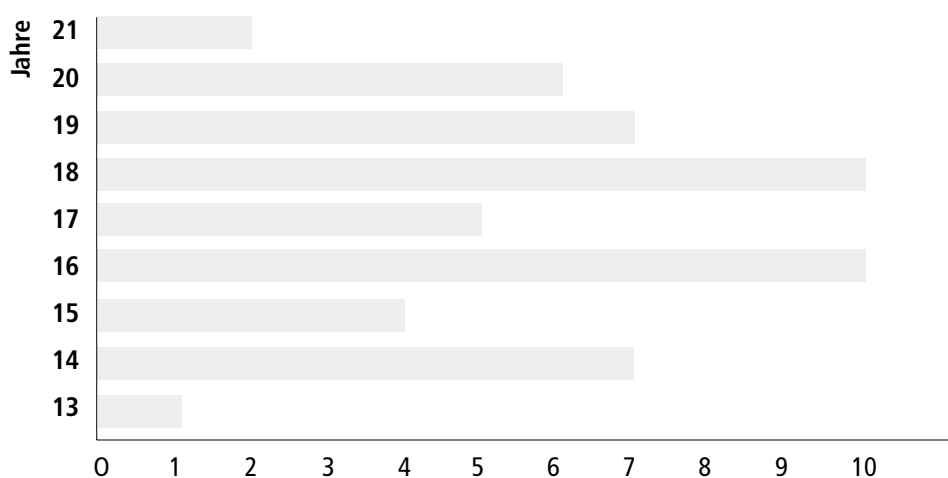
Unerwartet deutlich zeigte sich die Schnittstelle zur (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie. Die meisten Mädchen und jungen Frauen (12), waren zum Zeitpunkt der Anfrage in (kinder- und jugend-)psychiatrischen Kliniken, wobei acht Kliniken selbst den Kontakt hergestellt haben. Grund der Einweisungen war, neben Suchtverhalten, akute Eigengefährdung (Suizidalität, Selbstverletzungen), aber auch psychotische Symptome.

Lediglich eine Anfrage kam von einem Elternteil. Dies ist kennzeichnend für die familiären Hintergründe drogenabhängiger Mädchen. Störungen im Familiensystem sind eher die Regel als die Ausnahme. Sie kommen tendenziell häufiger aus Familien mit einem hohen Anteil an Suchterkrankungen sowie aus Familien, in denen das häusliche Klima von Gewalt und emotionaler Kälte geprägt ist. Mit fortschreitender Drogenabhängigkeit geht häufig ein Abbruch der familiären Beziehungen einher.

Die Mädchen erfuhren sowohl im Aufnahmeverfahren als auch im Verlauf der Betreuung wenig bis keine Unterstützung von ihren Eltern. Teilweise zeigten sich die Angehörigen eher ablehnend gegenüber der Betreuung. Die Sucht bzw. der Handlungsbedarf wurde dann ver-

leugnet. Alle sechs in JELLA betreuten Mädchen kamen aus Familien mit Suchterkrankungen, sowohl der Mütter als auch der Väter sowie teilweise der Geschwister. (Sexuelle) Gewalt haben sie alle (auch) innerhalb des Familiensystems erlebt. Der persönliche Kontakt zu den Eltern gestaltete sich entsprechend schwierig bzw. war nicht möglich, in einigen Fällen rückfallgefährdend und/oder retraumatisierend. Eine Rückkehr der Mädchen in die Herkunftsfamilie kann für die wenigsten der Zielgruppe das Ziel der Erziehungshilfemaßnahme sein. Vielmehr müssen die Förderung der Verselbständigung und/oder Fortsetzung der Hilfe in einem weiterführenden Angebot vorrangig angestrebt werden.

Abb. 2: Altersstruktur



Angefragt wurde für 27 minderjährige Mädchen ab 13 Jahren und für 25 junge, volljährige Frauen. Die Altersspanne der aktuellen Bewohnerinnen reicht von 14 bis 19 Jahren.

Einerseits wurde für junge minderjährige Mädchen angefragt, die sehr früh (manchmal ab dem 7./8. Lebensjahr) mit dem Konsum von Suchtmitteln, zumeist mit Alkohol, begonnen haben. Die hohe Suizidalität ebenso wie ausgeprägte selbstverletzende Verhaltensweisen, Ängste und Schlafstörungen weisen auf einen enormen emotionalen Leidensdruck in Kindheit und bisheriger Jugend hin.

Bei diesen Mädchen wird die Schnittstelle und damit die Notwendigkeit einer engen Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders deutlich. Parallel zum Suchtverhalten wurden u.a. posttraumatische Belastungsstörungen sowie dissoziative Persönlichkeits- und Borderlinestörungen diagnostiziert. Der häufig polymorphe Drogenkonsum kann als eine Strategie im Kontext der Bewältigung, des Ertragens und Aushaltens traumatischer Gewalterfahrungen betrachtet werden.

Die Begleiterscheinungen und Folgen dieser Erfahrungen und psychischen Problemlagen stehen im Erleben der betroffenen Mädchen oft im Vordergrund. Ihre Motivation zu einem drogenfreien Leben ist eher zweitrangig. Die Unterstützung sowie die Integration dieser Mädchen erfordert eine hohe Betreuungsintensität. Hilfreich wirkt der kleine, überschauba-

re Rahmen, der den Mädchen Vertrauensaufbau erleichtert und zugleich dem Team mehr Flexibilität und Subjektorientierung in den Handlungsweisen ermöglicht.

Die „andere“ Gruppe bilden die jungen, volljährigen Frauen. Diese sind sowohl eindeutiger in der Motivation, ihre problematische Lebenssituation ändern zu wollen, als auch in ihren Zielen. Sie entscheiden sich bewusst für das Konzept von JELLA, d.h. für die ganzheitliche Unterstützung ebenso wie für den geschlechtshomogenen Kontext. Allerdings erweist sich die Kostenbewilligung als problematisch. Alternativ käme altersbedingt auch eine Fachklinik für Suchtrehabilitation, finanziert durch Rentenversicherungsträger oder Krankenkasse in Betracht – ungeachtet der Angemessenheit einer solchen Maßnahme für diese Zielgruppe. Eine Kostenzusage im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes erhalten junge Volljährige jedoch bis jetzt am ehesten dann, wenn sie zum Zeitpunkt der Anfrage noch in Jugendhilfemaßnahmen sind. Junge Frauen, die zwischenzeitlich Sozialhilfe bezogen haben, weil sie beispielsweise ein niedrigschwelliges Betreuungsangebot der Wohnungslosenhilfe (nach BSHG) nutzten, hatten bislang keine Chance, eine Kostenübernahme ihres zuständigen Jugendamtes für JELLA zu bekommen. Die Aufnahme von 20- oder gar 21-jährigen war daher trotz vorliegender Anfragen nicht möglich.

Zwischenbilanz und Ausblick

Die pädagogisch-therapeutische Mädchenwohngruppe JELLA stellt einen innovativen Ansatz dar, die bestehende Lücke zwischen Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe für Jugendliche bzw. Minderjährige mit Drogenproblemen zu schließen. Der Bedarf an stationären Hilfeangeboten für Mädchen und junge Frauen, die Unterstützung bei der Bewältigung ihres Drogengebrauchs und dessen Folgen suchen und benötigen, wurde durch zahlreiche Anfragen nach einem Betreuungsplatz bestätigt.

Nach einem Jahr des Bestehens lässt sich festhalten, dass die konzeptionellen Grundpfeiler, bestehend aus einem konsequent geschlechtsspezifischen Ansatz, einer Synthese von Pädagogik und (Sucht)Therapie, der Ganzheitlichkeit und Subjektorientierung sowie einem „Auszeitenmodell“ den spezifischen Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht werden. Dies bestätigt nicht nur die in der Suchtarbeit ungewöhnlich geringe Fluktuation und minimale Anzahl von „Rückfällen“ (mit Cannabis oder Alkohol).

Der kleine Rahmen mit nur sechs Betreuungsplätzen erwies sich als notwendige Bedingung für die konzipierte Herangehensweise. Gleichzeitig stellt dies für einen kleinen Träger ein nicht unerhebliches finanzielles Risiko dar.

Überraschend waren die vergleichsweise wenigen Anfragen von anderen stationären Jugendhilfeeinrichtungen auf der einen Seite, und die unerwartet häufige Vermittlung von Mädchen aus der (Kinder- und Jugend) Psychiatrie auf der anderen Seite. Letztlich bestätigen aber beide Phänomene die beschriebene Schnittstellenproblematik.

JELLA ist lediglich ein Baustein zur Schaffung eines auf die Bedürfnisse und Problemlagen drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher abgestimmten Hilfesystems. Zugleich wird das Fehlen weiterer, unterstützender Angebote offenkundig. Es fehlen Entzugsmöglichkeiten, vor allem für Minderjährige, ebenso wie niedrigschwellige Wohnangebote für

drogenkonsumierende Jugendliche. Gefordert sind (Kinder- und Jugend)Psychiatrien, Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe gleichermaßen.

„Mädchen und Sucht“ als Schnittstellenthema zwischen den verschiedenen Hilfesystemen impliziert jedoch unterschiedliche fachspezifische (Problem-)Definitionen, Herangehensweisen und nicht zuletzt strukturelle Bedingungen. Hier besteht dringender Bedarf an Austausch, Kooperation und (regionaler) Vernetzung. Zudem ist eine Klärung der Zuständigkeiten vonnöten.

III. Workshop „Mädchen“

Beitrag 2: Vorstellung der Einrichtung KAJAL

von Susanne Herschelmann/Karola Sommerburg

1. Die Einrichtung KAJAL

Die Einrichtung KAJAL besteht seit 1992 in der Trägerschaft des Vereins Frauenperspektiven und wird vom Amt für Jugend in Hamburg finanziert. KAJAL ist eine überbezirkliche Einrichtung und aufgrund der zentralen Lage in Hamburg-Altona aus allen Stadtteilen gut erreichbar.

Die Projektgründung geht auf das Engagement der Kolleginnen des Vereins Frauenperspektiven zurück. 1992 gab es im Verein zwei Arbeitsbereiche, auf deren Erfahrungen die Projektgründung beruht.

In der stationären Therapie für Frauen zeigte sich, wie notwendig es ist, Mädchen frühzeitig über Suchtmittel /Drogen und Essstörungen zu informieren, und ein spezielles Beratungsangebot für Mädchen zu entwickeln.

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven häuften sich Beratungsanfragen pädagogischer Fachkräfte zu Konsumverhalten, Konsumtrends und einem professionellen Umgang mit konsumierenden Mädchen. Es zeigte sich ein großer Bedarf, Handlungskonzepte im Umgang mit Konsumierenden zu entwickeln, aber auch zu erarbeiten, welche suchtpreventiven Maßnahmen und Ideen in den pädagogischen Einrichtungen geeignet sind.

Die Schwerpunkte der Arbeit liegen sowohl im primär- als auch sekundärpräventiven Bereich und umfassen:

- Suchtpreventionsveranstaltungen, Projekte und Workshops für Mädchen
- Information und Beratung für konsumierende Mädchen
- Beratung und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte

Die Angebote richten sich an:

- Mädchen/junge Frauen (12-18 Jahre)
- pädagogische Fachkräfte der Hamburger Jugendhilfe
- Kolleginnen der Mädchentreffs und Mädcheneinrichtungen in Hamburg
- LehrerInnen und SozialpädagogInnen der Hamburger Schulen und Einrichtungen der beruflichen Vorbereitung und Ausbildung

2. Der geschlechterbezogene Ansatz in der Suchtprevention

Nehmen wir den Begriff Suchtprevention wörtlich, so geht es darum, eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und stoffungebundene Süchte zu verhindern. Das ist ein weiter

Nenner, der je nach öffentlicher Interessenlage, fachwissenschaftlichem Erkenntnisstand und Arbeitsgebiet in verschiedenster Weise gefüllt wird.

Als wir vor acht Jahren mit der Arbeit in der Einrichtung KAJAL begannen, sahen wir uns mit einer intensiven Fachdebatte zu dem Thema „Frau und Sucht“ konfrontiert.

In der Suchtprävention jedoch steckte ein spezifischer Blick auf die Situation von Mädchen, deren Konsumverhalten und deren Begründungen für einen Konsum in den Anfängen.

Das änderte sich Mitte der 90er Jahre mit Veröffentlichungen von Cornelia Helfferich und Peter Franzkowiak zu spezifischen Ansätzen in der Suchtprävention mit Mädchen und Jungen; ein geschlechterbezogener Ansatz in der Suchtprävention.

Im Mittelpunkt der suchtpreventiven Arbeit nach diesem Ansatz stehen die Themen und Motive, die mit dem Konsum von Suchtmitteln bei Mädchen bzw. Jungen verknüpft sind. Diese Themen und Motive stehen im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Geschlechtsidentität.

In der suchtpreventiven Arbeit stoßen wir häufig darauf, dass zwischen dem Konsum von psychotropen Substanzen und Abhängigkeit oder Sucht nicht unterschieden wird.

Mit der engen Verknüpfung von Konsum und Sucht besteht die Gefahr, den Konsum von Suchtmitteln von vornherein als Defizit der Person zu betrachten. Populäre Suchttheorien legen uns Motive nahe wie „Flucht“ oder „ausweichendes Verhalten“. Das aber verstellt möglicherweise den Blick für die Themen und Motive der konsumierenden Mädchen, die subjektiv positive Versprechungen enthalten können.

2.1 Der Arbeitsansatz von KAJAL

Eine Zielgruppe unserer Arbeit bei KAJAL sind Mädchen/junge Frauen im Alter von 12–18 Jahren; Mädchen in der Pubertät.

- In diesem Alter bilden sich viele gesundheitsrelevante, aber auch gesundheitsriskante Verhaltensweisen und Lebensstile heraus, z.B. der Umgang mit Schmerzen (vgl. Kolip, 1997).
- Selbsterlebnis und Selbstbewusstsein unterliegen den Wandlungsprozessen des Körpers (erste Menstruation, Wachsen der Brüste u.a.). Die körperlichen Veränderungen lösen neue Gefühle aus, die die Selbstwahrnehmung beeinflussen.
- Die Auseinandersetzung und der Umgang mit dem eigenen Körper, den körperlichen Veränderungen im Erleben und Verhalten der Mädchen nimmt einen zentralen Stellenwert ein (Mode, Schminken, Essen, alles, was sich um das Stylen des Körpers dreht).
- Es findet eine Neugestaltung des Körperbildes statt. Diese ist eingebunden in kulturelle und gesellschaftliche Vorstellungen von Weiblichkeit. Auch diese prägen Selbstgefühl und Selbstwert.

Mädchen befinden sich in diesem Lebensabschnitt in einer Phase der Orientierung, des Experimentierens und sich schnell verändernder Selbstentwürfe.

Das Selbstkonzept im Sinne einer Identität der Mädchen ist nicht gefestigt und wird nicht

rückblickend reflektiert, sondern befindet sich im Prozess und wird in der Kommunikation/Interaktion mit Mädchen und Jungen ausgehandelt. Auch der Konsum von Suchtmitteln beginnt attraktiv zu werden, wird erprobt und gegebenenfalls fortgesetzt.

Wenn wir uns in diesem Zusammenhang die gesellschaftlichen Voraussetzungen bewusst machen, so ist zu sehen, dass die Lebensbedingungen, die Möglichkeiten der Gestaltung und die gesellschaftlichen Normen für Mädchen oft andere Handlungsanforderungen stellen als für Jungen, auch wenn sich klassische Rollenzuweisungen auflösen. Es scheint, als seien Mädchen gleichberechtigter als früher, aber sind sie das wirklich?

Welche Möglichkeiten haben Mädchen heute, welche Handlungsanforderungen, aber auch Widersprüche und Konflikte tauchen auf und wie gehen Mädchen damit um?

Das gesellschaftliche Bild von Frauen hat sich verändert und ist heute davon geprägt, Berufstätigkeit, Karriere und Familie zu vereinen.

Was „Frau sein“ heute bedeutet, erfahren Mädchen durch Werbung, Medien und für Mädchen besonders relevant durch Mädchenzeitschriften.

Diese verschiedenen Bilder, Rollenzuweisungen und Anforderungen werden von Mädchen nicht einfach übernommen, sondern in der Entwicklung eines Selbstkonzeptes als erwachsene Frau aktiv gestaltet.

„Die Mädchen sind diese Collagen, was sie ernst meinen, aber sie sind gleichzeitig mehr als das, weil sie diese gestalten können.“ (Helfferich, S.31, 1994)

Auch Widersprüche im Entwurf und der gelebten Praxis bleiben nicht aus und führen zu Konflikten, die gelöst werden wollen.

Der Konsum von Suchtmitteln kann in dieser Entwicklung eines Selbstkonzeptes als Frau – zur Präsentation einer für die Mädchen positiven weiblichen Identität – eine wichtige Rolle spielen: Es können z.B. Vorstellungen und Entwürfe von Mädchen, wie sie gerne sein möchten, unterstützt werden. Interessant sind die Versprechungen, die mit den jeweiligen Suchtmitteln verknüpft sind.

Das Glas Sekt oder Whisky z.B., das von einem älteren Jungen angeboten wird, symbolisiert eine Anerkennung von Erwachsensein und schon „Frau sein“. Der Konsum ist dann eine Handlung, die diese Anerkennung sichert.

Der Konsum von Suchtmitteln bei Mädchen ist als ein Versuch der Regulation zu verstehen. Sie versuchen mit Hilfe des Konsums die sich ihnen stellenden Entwicklungsaufgaben und Anforderungen zu gestalten und zu bewältigen. Dieser Versuch der Regulation kann für die Mädchen zunächst eine subjektiv positive Funktion haben.

Bezogen auf den Umgang mit dem Körper, mit Suchtmitteln und Drogen bedeutet das:

Ein problematisches Essverhalten vieler Mädchen und ein exzessiver Alkoholkonsum vieler Jungen sind nicht das Ergebnis einer biologischen Verschiedenheit, sondern der Versuch, sich als Mädchen bzw. als Junge in dieser Welt und in der Interaktion mit Gleichaltrigen darzustellen (vgl. Kolip, 1997).

Das Verhalten der Mädchen enthält für die Gleichaltrigen Botschaften, die etwas über die spezifische Situation von Mädchen vermitteln und von den Beteiligten verstanden werden. Das gilt auch für das Benutzen von Suchtmitteln und dem Umgang mit dem eigenen Körper. Es geht dabei um die Frage, wie unter Jugendlichen beiderlei Geschlechts die Entwürfe als erwachsene Frau oder als erwachsener Mann zu gelten, ausgehandelt werden.

Wie muss sich ein Mädchen verhalten, um sich als erwachsene Frau zu präsentieren und anerkannt zu werden? Wie muss sich ein Junge verhalten, um sich als erwachsener Mann zu präsentieren?

Welche Körperinszenierungen und im weiteren Sinne welche Stile/Lebensstile spielen eine Rolle und mit welchen Symbolen sind sie verknüpft? Welche imaginären Lösungen stecken in den Inszenierungen?

Wenn legale und illegale Drogen in diesem Zusammenhang als Träger dieser imaginären Lösungen zu verstehen sind, dann stellt sich die Frage nach dem Inhalt und der Botschaft des Konsums.

Imaginäre Lösungen greifen Widersprüche – auch gesellschaftliche – auf.

Es muss z.B. der Widerspruch gelöst werden, dass zwar Normen und Ziele der Mittelschicht in den Frauenbildern vermittelt werden, diese aber oft auf Grund sozialer oder kultureller Unterschiede nicht erreichbar sind.

Mögliche Widersprüche entstehen z. B. dadurch, selbstbewusst und cool wirken zu wollen, und keinen Ort zu haben, Unsicherheiten, Ängste oder Zurückhaltung leben zu können.

Es stellt sich die Frage, ob das gezeigte Selbstbewusstsein mehr Ausdruck innerer Wunschbilder in Form eines Stils, einer imaginären Lösung ist als die Folge realer Erfahrungen. (vgl. Schwarting, in: Fengler, 2002, S.323)

Da Schön sein und Schlank sein ein Muss ist für Mädchen in dieser Gesellschaft, entwickeln Mädchen auch bezogen auf ihr Aussehen und ihren Umgang mit dem Körper verschiedene Praktiken, bei denen Suchtmittel eine Rolle spielen können. Das „Body Image“ im Sinne einer Gestaltung (Styling) des Körpers, auf das viel Zeit verwendet wird, entspricht in vielen Fällen nicht dem „Body Feeling“, dem Sich-Wohlfühlen im eigenen Körper. Mädchen entwickeln viel Kompetenz in Bezug auf das Stylen des Körpers, haben aber wenig Ideen, wie sie das eigene Wohlbefinden herstellen können.

2.2. Ziele der suchtpreventiven Arbeit

Risikominimierung durch sachliche Informationsvermittlung über die Wirkung und die Gefahren legaler und illegaler Suchtmittel sowie stoffungebundener Süchte, besonders Essstörungen.

Mädchen sind häufig nicht ausreichend über die Wirkung und Risiken der verschiedenen Suchtmittel und Essstörungen informiert.

Sachlich ausgewogene Informationen in einer die Belange der Mädchen akzeptierenden Haltung sind notwendig und werden auch von der Zielgruppe gefordert.

Um eine abwehrende Haltung der Zielgruppe zu vermeiden, sollte der Stellenwert von Dro-

genproblemen relativ zu anderen Problemfeldern nicht stark übertrieben werden.

Förderung einer kritischen Auseinandersetzung mit Themen und Motiven, die mit einem Konsum von legalen oder illegalen Suchtmitteln und stoffungebundenen Süchten besonders Essstörungen bei Mädchen verknüpft sind.

Mädchen haben oft keinen Ort, an dem sie ihre eigenen oder beobachteten Konsumfolgen bzw. Essstörungen thematisieren können.

Wichtig ist es deshalb, eine Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die eine Reflektion eigener Erfahrungen, Gründe des Konsums oder auch Nichtkonsums ermöglicht und eine Auseinandersetzung der Mädchen in der Gruppe darüber fördert.

Das ermöglicht, den Suchtmittelkonsum und seine Funktionen im Kontext der Lebenswelt der Mädchen sichtbar zu machen.

Stärkung der gesundheitsfördernden Ressourcen und Kompetenzen der Mädchen

- Unterstützung der weiblichen Identitätsfindung
- kritisches Hinterfragen gängiger Schönheitsideale
- Förderung der Genuss- und Erlebnisfähigkeit
- Entwicklung eines positiven Körpergefühls
- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit
- Förderung der Konfliktfähigkeit
- Sichtbarmachen der Grenzen im Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln und stoffungebundenen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen
- Entwicklung einer Einschätzung zu schützendem und schadendem Verhalten
- Förderung der Motivation, ein gefährdendes Verhalten zu verändern
- Erarbeitung alternativer, ressourcenorientierter Handlungsmöglichkeiten

3. Angebote für Mädchen

3.1. Suchtpräventionsveranstaltungen und Projekte

Dieses Angebot richtet sich an Mädchen der Hamburger Schulen, Einrichtungen der beruflichen Vorbereitung und Ausbildung, Freizeiteinrichtungen/Mädchentreffs und Wohngruppen.

LehrerInnen und pädagogische Fachkräfte der Hamburger Jugendhilfe, die in ihrem Unterricht oder in Veranstaltungen die Themen Sucht/Drogen und ein problematisches Essverhalten aufgreifen wollen, können einen Termin für eine Suchtpräventionsveranstaltung vereinbaren.

In Vor- und Nachgesprächen mit den pädagogischen Fachkräften werden Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit geklärt.

Die Suchtpräventionsveranstaltungen umfassen in der Regel drei Stunden an einem Vormittag. Auf Wunsch werden auch zwei Termine angeboten.

In Kooperation mit Kollegen anderer Fachstellen (besonders HIDA) bieten diese parallel zu diesem Angebot Suchtpräventionsveranstaltungen für die Jungen der jeweiligen Einrichtung an.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, mit den Mädchen in Projektform an einem Thema zu arbeiten. Die inhaltliche und zeitliche Gestaltung dieses Angebots erfolgt nach Absprache.

3.2. Workshops

Für Mädchen aus Freizeiteinrichtungen, Mädchentreffs, Wohngruppen und aus der ambulanten/flexiblen Betreuung werden Workshops zu suchtpräventiven Themen angeboten. Nach den Interessen der Mädchen können die betreuenden PädagogInnen mit ihnen ein Schwerpunktthema auswählen und mit KAJAL die Rahmenbedingungen vereinbaren.

Die Workshops umfassen drei Stunden an einem Nachmittag und werden zu den Themen Alkohol, Cannabis, Ecstasy, Rauchen und Essstörungen angeboten. Neben allgemeinen Informationen über Drogen/Sucht und Essstörungen und der Auseinandersetzung mit einem Schwerpunktthema werden die Teilnehmerinnen auch über Hilfsangebote für Betroffene und deren Umfeld informiert.

Im Anschluss an den Workshop wird gemeinsam mit den PädagogInnen erarbeitet, wie die für die Mädchen relevanten suchtpräventiven Themen in der Einrichtung vertieft werden können und suchtpräventive Ideen in der Arbeit umzusetzen sind.

3.3. Einzelberatung für Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren

Das Beratungsangebot von KAJAL richtet sich an Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 18 Jahren, die legale oder illegale Suchtmittel konsumieren.

Neben den direkt Betroffenen werden auch Mädchen unterstützt, die unter einem Suchtmittelkonsum in ihrer Familie oder im Freundeskreis leiden.

Zunehmend wenden sich auch Mädchen an KAJAL, die ein problematisches Essverhalten entwickelt haben.

Im Erstkontakt gibt die Beraterin Auskunft über die Angebote der Einrichtung und Rahmenbedingungen der Beratung. Dann geht es um die Situation der Ratsuchenden, es werden verschiedene Möglichkeiten der Bewältigung aufgezeigt und gegebenenfalls wird auf andere Hilfsangebote hingewiesen.

Zu Beginn eines Beratungsprozesses werden gemeinsam mit den Mädchen Ziele formuliert, die in regelmäßigen Bilanzsitzungen überprüft werden. Dabei ist es wichtig, die Mädchen beim Entwickeln realistischer, ihren Ressourcen entsprechenden Zielen zu unterstützen und sie anzuregen, auch vermeintlich kleine Schritte als Erfolge wahrzunehmen und wertzuschätzen. Mädchen werden dabei unterstützt, Veränderungswünsche zu entwickeln und umzusetzen und die Anforderungen und Konflikte, mit denen sie konfrontiert sind, weniger selbstschädigend zu bewältigen.

Ein wichtiges Prinzip der Beratungsarbeit ist die Transparenz des Vorgehens und der Methoden. Sie sollen für die Mädchen verständlich und nachvollziehbar sein. Die Mädchen werden ermuntert, Fragen zu stellen und auch Interventionen abzulehnen. Sie werden angeregt, ihre Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und zu äußern. Ein solches Vorgehen steigert

die Übernahme von Eigenverantwortung und eröffnet die Möglichkeit, den Beratungsprozess aktiv mitzugestalten.

Die Grundlage aller Beratungsangebote bilden die Prinzipien der humanistischen Gesprächsführung wie die bedingungsfreie Anerkennung des Mädchens, das einführende Verstehen und die Echtheit der Beraterin. Die Beratungsarbeit bei KAJAL ist bestimmt von einem Ressourcen aktivierenden und lösungsorientierten Vorgehen. Elemente der motivierenden Gesprächsführung sind genauso Bestandteil unseres Vorgehens wie die Arbeit mit projektivem Material (z.B. Bilder, Postkarten), Übungen aus dem Psychodrama, Fantasiereisen, Entspannungsübungen, kreative Methoden und die Arbeit mit Tagebüchern.

Ziele der Beratung sind:

- die Förderung der Motivation, ein gefährdendes Verhalten zu verändern
- Erarbeitung alternativer, ressourcenorientierter Handlungsmöglichkeiten (Förderung suchtmittelfreier Alltagserfahrungen, Entwicklung suchtmittelfreier Zukunftsvorstellungen)
- gegebenenfalls Motivation, Vorbereitung und Vermittlung in ambulante oder stationäre weiterführende therapeutische Hilfsmaßnahmen.

Die Dauer des Beratungsprozesses kann unterschiedlich sein. Manchmal reichen wenige Gespräche aus, um alle Fragen zu klären und die Motivation des Mädchens zu festigen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Mädchen über einen längeren Zeitraum zu unterstützen. In der Regel wird dann ein Termin pro Woche vereinbart.

- Mädchen, die nicht allein zur Beratung kommen möchten, können sich von Freundinnen, BetreuerInnen oder anderen vertrauten Personen begleiten lassen.
- Alle Beratungen bei KAJAL sind kostenlos.
- Die Beratung erfolgt freiwillig. D. h., Mädchen, die von besorgten Eltern, BetreuerInnen oder LehrerInnen gedrängt werden zur Beratung zu gehen, entscheiden nach dem ersten Gespräch, ob sie zu weiteren Beratungsgesprächen kommen wollen.
- Die Mitarbeiterinnen von KAJAL unterliegen der Schweigepflicht - auch wenn die Mädchen minderjährig sind.
- Die Ratsuchenden bleiben auf Wunsch anonym.

Während unserer Telefonzeiten stehen wir den Mädchen sowohl für Informationen und Terminvereinbarungen als auch für ausführliche Beratungsgespräche zur Verfügung.

4. Angebote für pädagogische Fachkräfte

Die Zielgruppe der pädagogischen Fachkräfte wendet sich mit Fragen zum Umgang mit konsumierenden Mädchen an KAJAL.

SozialpädagogInnen, LehrerInnen oder ErzieherInnen beschreiben ihre Situation häufig folgendermaßen:

Die Arbeit mit den Konsumierenden ist sehr mühevoll. Die Problematik eines Suchtmittelkonsums hat sich auf den verschiedenen Ebenen der pädagogischen Arbeit manifestiert und eine spezifische Dynamik hervorgerufen. Oft dreht sich in der jeweiligen Einrichtung alles um das konsumierende Mädchen oder den Jungen, das Thema füllt ganze Teamsitzungen und auch die Gruppe der Gleichaltrigen konzentriert ihr Interesse auf die Konsumierenden. Der Spaß an der Arbeit geht verloren, die KollegInnen fühlen sich nicht mehr als pädagogisch Handelnde, sondern haben den Eindruck, nur noch reagieren zu können. Es tauchen Unsicherheiten im Umgang und Gespräch mit den Konsumierenden auf.

Um in der Arbeit (wieder) handlungsfähig zu werden, ist es wichtig:

- eine Einschätzung zum Konsumverhalten des betreuten Mädchens zu bekommen
- Informationen über Konsumtrends und Substanzen zu erhalten
- Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit den konsumierenden Mädchen zu erarbeiten, orientiert an der zentralen Frage, wie in der alltäglichen Arbeit mit den Mädchen pädagogisch gearbeitet werden kann
- Gesprächshaltung und -führung zu reflektieren
- Ziele und Regeln für die Einrichtung zu diskutieren und auf ihre Umsetzbarkeit hin zu überprüfen
- Leitlinien für die pädagogische Arbeit mit konsumierenden Mädchen zu entwickeln.

4.1. Fallsupervision, Krisen- und Fachberatung

Diese Angebote richten sich an einzelne MitarbeiterInnen oder Teams der Hamburger Jugendhilfe und ausbildende Einrichtungen.

In der Fallsupervision bieten wir MitarbeiterInnen die Möglichkeit, ihre Arbeit mit Suchtmittel Konsumierenden fallbezogen zu reflektieren und zu verbessern.

Dazu gehört die Reflexion der Situation des Mädchens und ihres Konsumverhaltens, das Erarbeiten von Interventionsmöglichkeiten und die Klärung der Grenzen des eigenen Arbeitsauftrages.

Außerdem kann eine Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung gegenüber Drogen/Suchtmitteln wichtig sein, um das professionelle Handeln zu unterstützen.

Häufig geht es auch um Fragen der Gesprächshaltung und Gesprächsführung mit dem jeweiligen Mädchen, wobei die eigenen Kommunikationsformen reflektiert und überprüft werden.

Mit dem Angebot der Krisenberatung wird auf einen Bedarf geantwortet, der sich aus akuten Krisensituationen im Arbeitsalltag der Fachkräfte mit konsumierenden Mädchen ergeben kann.

In einer Krisenberatung kann es arbeitsfeldbezogen und bedarfsorientiert z.B um die Klärung folgender Fragen gehen:

- Was bewirkt der Konsum, wie ist die Situation in der Einrichtung zu beschreiben?
- Wie sind der Konsum, die Konsummotive und die Stabilität des Mädchens einzuschätzen?
- Welche Schritte sind mit dem Mädchen aktuell nötig und möglich? Wo liegen Interventions- und Integrationsmöglichkeiten?
- Wie können produktive Veränderungen ermöglicht werden? Könnten eventuell andere Einrichtungen hinzugezogen werden?

In Fachberatungen informieren wir über Wirkweisen von Drogen und Suchtmitteln und aktuelle Konsumtrends, vermitteln Methoden suchtpreventiver Arbeit und unterstützen pädagogische Fachkräfte in der Planung von Veranstaltungen und Projekten für Mädchen.

4.2. Teamberatung

Das Angebot der Teamberatung richtet sich an Teams der Jugendhilfe zur Unterstützung ihrer Arbeit mit konsumierenden Mädchen.

Die Bausteine der Teamberatung werden auf die Fragen und die Situation des jeweiligen Teams und der Einrichtung hin abgestimmt und fortlaufend weiterentwickelt.

Die Teamberatung besteht in der Regel aus folgenden Einheiten:

Haltungen der MitarbeiterInnen zu den verschiedenen Suchtmitteln

Häufig zeigt sich, dass Pädagoginnen den Drogenkonsum der von ihnen betreuten Mädchen unterschiedlich einschätzen und diese Einschätzungen oft nicht auf fachlichen, pädagogischen und gemeinsam erarbeiteten Kriterien beruhen.

Unter Haltungen verstehen wir eine Mischung aus persönlichen Erfahrungen, Beobachtungen und Annahmen und Informationen der Medien, die sich um die verschiedenen Drogen ranken. Bleiben die persönlichen Haltungen unreflektiert, schleichen sie sich unbewusst in die pädagogische Arbeit ein und beeinflussen das Handeln.

Gibt es zum Beispiel in einem Team unterschiedliche Haltungen, werden die betreuten Mädchen wahrscheinlich auch unterschiedliche Kommentare und Botschaften in Bezug auf ihren Konsum bekommen.

Das erschwert die gezielte Arbeit mit den jeweiligen Mädchen und führt nicht selten zu Spaltungen im Team.

Ziel dieser Einheit ist das Bewusstwerden und Diskutieren der eigenen Haltung und ihres Einflusses auf das alltägliche professionelle Handeln, das Kennenlernen der Haltungen der anderen KollegInnen und ein Austausch darüber im Team.

Um eine professionelle Haltung als Team zu erarbeiten, ist es notwendig, unterschiedliche Einschätzungen zum Konsumverhalten der betreuten Mädchen zu benennen und zu begründen.

Es müssen Kriterien erarbeitet werden, die eine gemeinsame Einschätzung ermöglichen.

Fragen zur Suchtentstehung

In dieser Einheit geht es um Erklärungsmodelle von Suchtentwicklung und die Vorstellung des Ansatzes von KAJAL. Die Ausdifferenzierung der Suchtarbeit und Suchtforschung hat dazu geführt, dass wir es mit einer Vielfalt von Modellen der Beschreibung und Erklärung von Sucht zu tun haben, die aus unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen und Denkweisen kommen.

Deutlich geworden ist, Sucht ist nicht monokausal zu erklären, sondern in einer Suchtentwicklung treffen vielfältige Aspekte zusammen. Obwohl die Sucht- und Drogenforschung von Sucht als multifaktoriellem Phänomen und von Suchtentwicklung als vielschichtigem Prozess ausgeht, hat sich im Alltag die Vorstellung verfestigt, Suchtgefährdung könne „diagnostiziert“ werden und sei etwas Pathologisches.

Ohne dass eigentlich ganz klar ist, wie „angemessener“ Konsum aussieht, werden zudem im Falle von regelmäßigem oder stärkerem Konsum auch schnell defizitäre Motive unterstellt, wie etwa anstehenden Aufgaben oder Konflikten auszuweichen. Unsere Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die MitarbeiterInnen der Jugendhilfe im Alltag mit einer Vielzahl von Versatzstückchen aus populären Theorien operieren.

Das Ziel dieser Einheit ist nicht die Vertiefung von Sucht(entwicklungs)theorien, sondern die kritische Frage, wie eine Herangehensweise für das pädagogische Arbeitsfeld und den Alltag mit Konsumierenden aussehen kann.

Sekundärprävention als eine kritische, pädagogische Begleitung der konsumierenden Mädchen fordert von uns ernstzunehmen, dass der Konsum von psychotropen Substanzen für die Mädchen selbst mit einer subjektiv positiven Funktion verbunden sein kann.

Ziele in der pädagogischen Arbeit mit Suchtmittel konsumierenden Mädchen

Ziele sind der Maßstab für jede Konzeption, sie lenken unseren Blick. Sie bieten Kriterien für das alltägliche Handeln, auch für die Aufstellung von Regeln. Nur wenn es klar formulierte Ziele gibt, an denen Handeln gemessen werden kann, lässt sich bestimmen, ob wir erfolgreich gearbeitet haben oder nicht.

Typische Probleme im Zusammenhang mit Zielen in der pädagogischen Praxis sind:

- Ziele zu haben, die nicht zum Arbeitsfeld, zu den Ressourcen oder zum Arbeitsauftrag passen
- Ziele zu haben, denen die Konkretisierung fehlt, so dass sie sich im Alltag nicht wiederfinden

Ziel dieser Einheit ist es, das Team zu motivieren, sich wieder als initiiierend und gestaltend

zu begreifen. Möglichkeiten und Grenzen des pädagogischen Arbeitsbereichs werden geklärt. Wichtig ist vor allem die Vermittlung eines Vorgehens zur Erarbeitung von Zielen, auf das im pädagogischen Alltag zurückgegriffen werden kann.

Das Erarbeiten von Regeln

Klare Regeln sind ein wichtiger Aspekt für die Sicherheit und Stabilität z.B. einer Wohngruppe. Sie verdeutlichen die Teamposition und machen Möglichkeiten und Grenzen von Handlungen in der Einrichtung transparent.

Die Notwendigkeit von Regeln – gerade im Umgang mit Konsumierenden – wird zwar allgemein betont, in der Praxis sind damit aber viele Widersprüche und Probleme verbunden.

In vielen Einrichtungen gibt es zwar Regeln, diese können aus verschiedenen Gründen aber nicht alltagspraktisch angewandt werden. Gerade in dem fluktuierenden Bereich von Jugendhilfemaßnahmen kommt es vor, dass die derzeitigen MitarbeiterInnen die Regeln gar nicht gemacht haben und sie nicht richtig vertreten können – weil sie ihnen vielleicht nicht zusagen oder weil es ihnen an genaueren Begründungen dafür fehlt.

Oft gibt es zwar eine Regel, aber keine bekannte und abgesprochene Folge bei Nichteinhaltung, so dass die zuständigen KollegInnen nicht wissen, was sie dann tun sollen. Aus diesem Grund ist immer auch die Frage der Umsetzung der Regeln ganz zentral. Eine Regel, die keine umsetzen kann oder will, ist wenig sinnvoll.

Ein anderes Problem zeigt sich darin, dass es zwar eine verabredete Konsequenz gibt, die KollegInnen diese aber nicht eintreten lassen will, weil sie wichtigen Zielen widerspricht.

In diesem Zusammenhang ist es notwendig zu überprüfen, ob ein Regelbruch grundsätzlich mit Sanktionen verbunden sein muss. Welchen Handlungskatalog gibt es im Team und wie kann ein Minimalkonsens in bezug auf den Umgang mit einem Regelbruch erarbeitet werden?

Gemeinsam mit den Teams werden Schritte zur Neuformulierung und Überprüfung von Regeln und deren Umsetzung erarbeitet.

4.3. Fortbildungen

Für erziehende und beratende Fachkräfte aus Einrichtungen der Hamburger Jugendhilfe, Schulen und anderen ausbildenden Einrichtungen bietet KAJAL Fortbildungen zu verschiedenen Themen einer geschlechterbezogenen Suchtprävention an.

Die Inhalte dieser Fortbildungen entwickeln sich aus den Erfahrungen und Problemen, die in den Beratungen von Mädchen und pädagogisch Arbeitenden an uns herangetragen werden.

Einige Titel sind:

- „Speed, Ecstasy, Gift... und was es sonst noch gibt auf dem Markt. Informationen zu aktuellen Drogen und ihren Wirkungen“
- „Die Attraktivität von Ecstasy für Mädchen: Harmonie, Hingabe und Kontrolle“

- „Mädchen gestalten Alltag – Partizipation von Mädchen im Wohngruppenalltag“
- „Mädchenbilder im Wandel – wie sind Drogen/Suchtmittel eingebunden in die Selbstentwürfe von Mädchen“

Die Fortbildungen sind ein wichtiges Instrument zur Reflexion und Verbesserung der präventiven Arbeitspraxis.

Es wird in der Konzeption der Fortbildungen Wert auf eine Verbindung von Theorie und Praxis gelegt. Besonders bewährt hat es sich, die Fortbildungen auf bestimmte Zielgruppen zuzuschneiden.

Die ein- bis zweitägigen Veranstaltungen oder aber auch die 3- bis 4- stündigen Fortbildungsveranstaltungen finden in der Regel in den Räumen von KAJAL statt.

III. Workshop „Mädchen“

Beitrag 3: Jugend mit Biss – ein Modellprojekt zur Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen

von Sigrid Borse

Das Frankfurter Zentrum für Essstörungen führte im Auftrag der Stadt Frankfurt ein Modellprojekt zur Primärprävention von Essstörungen bei Jugendlichen durch. Die Evaluation des Modellprojektes mit dem Titel „Jugend mit Biss“ wurde gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Essstörungen gehören in den westlichen Industrieländern zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von Mädchen und jungen Frauen. Beobachtungen aus verschiedenen Ländern deuten auf eine rapide Zunahme dieses Krankheitsbildes hin, auch männliche Jugendliche leiden immer häufiger unter Essstörungen.

Die Ergebnisse einer aktuellen Studie der Friedrich-Schiller-Universität in Jena belegen, dass jede dritte Schülerin in Deutschland unter Frühformen von Essstörungen leidet. 736 Personen im Alter von 12–32 Jahren wurden daraufhin untersucht, ob bei ihnen Frühformen einer Essstörung vorliegen. Dazu zählen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Im Ergebnis der Jenaer Studie weisen 29% der Frauen und 13% der Männer entsprechende Anzeichen der Krankheitsbilder auf. Besonders alarmierend sind die Ergebnisse bei den Schülerinnen: 35% der Befragten zeigen Vorformen der Erkrankungen, bei 14% besteht sogar ein sehr hohes Risiko, eine Essstörung zu entwickeln. In den vergangenen Jahren hat der Anteil fettsüchtiger Kinder ebenfalls massiv zugenommen. So leiden in Deutschland bereits 2,8% aller Kinder im Alter von 5–6 Jahren unter Esssucht.

Aufgrund dieser alarmierenden Entwicklung gewinnen präventive Maßnahmen in Praxis und Forschung zunehmend an Bedeutung. Die Entstehung von Essstörungen kann nicht durch ein in sich geschlossenes theoretisches Modell begründet werden. Es wird von einem multifaktoriellen Verursachungsgeschehen, unter Berücksichtigung soziokultureller, persönlichkeitspezifischer und familiendynamischer Determinanten ausgegangen. Das überzogene Schönheits-, Schlankheits- und Jugendlichkeitsideal unserer heutigen Zeit setzt insbesondere für Frauen rigide Normen und trägt dazu bei, dass sich Essstörungen unter Jugendlichen epidemisch ausbreiten und Diäterfahrungen schon bei jungen Mädchen zur Regel werden. Die Gleichsetzung von Schönheit und Schlanksein wird auch durch mediale Beeinflussung immer stärker propagiert. Gleichzeitig kommt es aufgrund von individualisierten Familienalltagen zu einem Zerfall traditioneller Essenskulturen, gemeinsame Mahlzeiten werden immer seltener. Essstörungen werden zudem durch das Erziehungsverhalten

von Eltern begünstigt, die Autonomiebestrebungen ihrer Kinder nicht zulassen können. Auch sexuelle Gewalt kann für die Entstehung dieser Krankheitsbilder eine entscheidende Rolle spielen. Als gemeinsames Merkmal aller Erklärungsmodelle wird jedoch eine Verunsicherung der Identität angenommen, die eine klare Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit hemmt und die Betroffenen hindert, eine selbständige Persönlichkeit zu entfalten.

Das Modellprojekt „Jugend mit Biss“ basiert auf einem salutogenetischen Gesundheitsbegriff. Die gesundheitspolitische Diskussion wurde durch die Thesen des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky bereichert, der einen Paradigmenwechsel einleitete von einem krankheitszentrierten Modell der Pathogenese hin zu einem gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ansetzenden Modell der Salutogenese. Anstelle der Bearbeitung von Risikofaktoren liegt bei der salutogenetischen Sichtweise die Aufmerksamkeit auf gesundheitserhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen sollen, so erfolgreich wie möglich mit Krisen und Schwierigkeiten in Ihrem Leben umgehen zu können. Die Leitfrage lautet demnach: „Was hält Menschen gesund?“ und nicht „Was macht Menschen krank?“ Das salutogenetische Modell bildet somit eine sinnvolle Grundlage für kompetenzsteigernde Präventionsmaßnahmen. Die Erkenntnis, dass in frühen Lebensjahren bereits Grundlagen für zahlreiche gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen gelegt werden, hat dazu geführt, dass der Prävention im Kindes- und Jugendalter eine stärkere Bedeutung zugemessen wird.

Seit Mitte der 80er Jahre hat sich auch beim Thema „Gesundheitserziehung in den Schulen“ ein Paradigmenwechsel vollzogen. Anstelle von Fragen nach Krankheitssymptomen und Krankheitsentstehung stehen auch in diesem Bereich mittlerweile gesundheitsfördernde Aspekte im Vordergrund. Dies führte im Unterricht zu fächerübergreifenden Schulprojekten, die psychosomatische, soziale und ökologische Fragestellungen integrieren. So wird auch der Gestaltung gesundheitsfördernder Verhältnisse innerhalb der Schulen breiterer Raum gegeben; durch die Stärkung von individuellen und sozialen Schutzfaktoren sollen sich Lernende und Lehrende gegenseitig unterstützen, um ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Grundlage dieses prozesshaften Verständnisses von Gesundheit bildet die Charta, die auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im November 1986 in Ottawa verabschiedet wurde. Gesundheit wurde hier als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens begriffen, als Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie körperliche Fähigkeiten.

Aufgrund steigender Anfragen von Schulen und Jugendeinrichtungen entwickelte das Frankfurter Zentrum für Essstörungen im Jahr 2000 ein Konzept zur primären und sekundären Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen, das auf der Grundlage und den Erfahrungen der Salutogenese beruht. Das Konzept beinhaltet selbsterfahrungsorientierte Einheiten für Schülerinnen und Schüler sowie den Einsatz von themenspezifischen Arbeitsmaterialien im Fachunterricht, gezielte Fachberatung für Eltern und Fortbildungsmaßnahmen für Lehrerinnen und

Lehrer. Zielgruppe des Präventionsprojektes waren Schülerinnen und Schüler der 7. und 8. Klassenstufen eines Gymnasiums und einer Gesamtschule des Haupt- und Realschulbereichs.

Das Modellprojekt bezieht sich auf das Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skill approach), bei dem es um die Vermittlung Sinn stiftender Selbsterfahrung, um die Entwicklung und den Umgang mit Kreativität, um das Erlernen von Konfliktwahrnehmung und -lösung, um die Fähigkeit, Bedürfnisse und Gefühle zu erkennen und zu äußern, sowie um generelle Beziehungsfähigkeit und Ich-Stärkung geht. Die Implementierung identitätsstärkender Fertigkeiten soll die Errichtung einer Immunitätsbarriere gegenüber der Gefahr von Essstörungen ermöglichen. Dabei wurden vier Aspekte der Primärprävention vorrangig berücksichtigt:

1. „individuelle Faktoren“: Unterstützt wird eine realistischere Selbsteinschätzung der Jugendlichen, die Entwicklung eines positiveren Körperbildes, die deutlichere Wahrnehmung der eigenen Körpersignale und Emotionen sowie das Erlernen selbstverantwortlichen Handelns und die wirksamere Nutzung der eigenen Potenziale.

2. „soziales Umfeld“: Gefördert wird hierbei der Aufbau unterstützender Beziehungen, die Verstärkung der Gemeinschaftsfähigkeit sowie das Erlernen von Konfliktfähigkeit und Streitkultur. Zudem sollen sich die Jugendlichen über Normen, die durch Familie und Peer-groups geprägt sind, bewusst werden.

3. „gesellschaftliche Faktoren“: Angestrebt wird die kritische Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen, Vorbildern und Schönheitsidealen sowie dem Einfluss der Medien. Dabei sollen auch überhöhte Leistungsnormen und Perfektionsansprüche hinterfragt werden.

4. „Ernährung“: Zum Einen wird über eine gesunde und genussreiche Ernährung sowie den veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Nahrungsmitteln aufgeklärt. Zum Anderen werden der Wandlungsprozess der familiären und öffentlichen Esskultur sowie die Bedeutung von genussvollem Essen thematisiert.

Die Zielsetzung des Projektes besteht darin, möglichst viele noch nicht betroffene Schülerinnen und Schüler durch ein protektives Vorgehen zu erreichen. In der bereits zitierten Jenaer Studie werden aufgrund der Untersuchungsergebnisse dringend wirksame Konzepte zur Prävention gefordert. Dem Problem Essstörungen sollte bereits in den Schulen stärkere Aufmerksamkeit zuteil werden. Zitat: „Schulen stellen als zentraler Aufenthaltsort der Jugendlichen einen geeigneten Ort dar, um Maßnahmen der Aufklärung, Prävention, Früherkennung und erste Hilfestellungen durchzuführen.“

Das Frankfurter Zentrum für Essstörungen entschied sich für eine Fremdevaluation des Präventionsprojektes durch das Institut für Sozialpädagogik und Sozialarbeit. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass die präventive Arbeit zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Setting eine wichtige und lohnenswerte Aufgabe

darstellt. Der Bezug der thematischen Schwerpunkte zur Lebenswelt von Jugendlichen fand großen Anklang bei den Schülerinnen und Schülern. So beteiligten sich die Jugendlichen sehr engagiert an der Erstellung und Ausgestaltung der einzelnen Themen. In den geschlechtsgetrennten Gruppen gab es die Möglichkeit, leichter über Probleme und Gefühle zu sprechen. In einigen Klassen wurde über eine verbesserte Kommunikation und einen neuen Diskussionsstil als Auswirkung des Projektes berichtet. Das didaktische Konzept des Projektes (Handlungsorientierung, spielerisches Lernen, Arbeit in Kleingruppen) erwies sich als erfolgreich. Die Verbindung von kognitiven und emotionalen Anteilen in der präventiven Arbeit wurde von den Schülerinnen und Schülern sehr gut angenommen.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass nach Beendigung des Präventionsprojektes deutliche Veränderungen bei den Jugendlichen auf der Einstellungs- und Verhaltensebene erreicht wurden. Hierbei handelt es sich vor allem um die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Konfliktfähigkeit. Zudem ist eine größere Bereitschaft bei den Schülerinnen und Schülern festzustellen, sich unvoreingenommen auf Neues und Unbekanntes einzulassen. Die Ergebnisse weisen ebenfalls darauf hin, dass bei den Jugendlichen eine deutliche Verbesserung eingetreten ist im Hinblick auf die Entwicklung von angemessenen Lebensbewältigungsstrategien und einen kreativen Umgang mit Anforderungen. Die Verbesserung der sozialen Kompetenzen war erklärtes Ziel des Präventionsprojektes, da diese neu erworbenen Fähigkeiten zu einer Immunisierung gegenüber der Gefahr von Suchterkrankungen im Allgemeinen und Essstörungen im Besonderen beitragen können.

Das Projekt „Jugend mit Biss“ bietet wichtige Ansatzpunkte für eine Vernetzung von Schulen mit anderen psychosozialen Institutionen und Beratungseinrichtungen. Das schulische Setting hat für primärpräventive Maßnahmen bei Jugendlichen zweifellos die größte Reichweite, da hier alle Schülerinnen und Schüler einer Altersgruppe mit einbezogen werden können. Die schulische Arbeit kann davon profitieren, mit externen Kräften zusammen zu arbeiten und von deren Konzepten und Methoden zu lernen. Gesundheitsprävention sollte ein zentraler Bestandteil schulischen Lernens werden. Denn nur eine kontinuierliche und langfristige Arbeit entspricht dem auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Präventionsgedanken. Im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung im schulischen Bereich sollte aus diesem Grunde eine dauerhafte Implementierung von Präventionsmaßnahmen angestrebt werden.

IV. Workshop „Frauengesundheit oder bessere 'Umweltverträglichkeit' durch Medikamente?“

Beitrag 1: Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen

von Maya Krock

Die Auffassung vom stetigen und unaufhaltsamen Abstieg ab den mittleren Lebensjahren ist wissenschaftlich revidiert. Aber die gesellschaftliche Situation der Älteren hat sich nicht grundlegend geändert. „Älter“ oder gar „alt“ zu sein hat immer noch für viele etwas Negatives. Besonders Frauen sind davon betroffen. So werden schon natürliche physische Veränderungen, die das Älterwerden begleiten, als defizitär empfunden. Die Medizin spricht vom „Hormonmangel“, wo kein Mangel ist, sondern eine altersentsprechende körperliche Veränderung vor sich geht. So erklärte „Altersdefizite“ und die Konfrontation mit Altersdiskriminierung führen gerade im Übergang zum Älterwerden vermehrt dazu, dass Frauen sich in ärztliche Praxen begeben, um weiterzufunktionieren wie bisher. Ihre Symptome, wie z.B. Unruhe, Ängste, Stimmungsschwankungen, Erschöpfung und Niedergeschlagenheit sind häufig durchaus angemessene Reaktionen auf ihre Situation. Die ärztliche Definition als Störung, Krankheit und Mangel und die folgende Medikamentierung legen den Grundstein für die weitere kontinuierliche Karriere der älteren Frauen als Patientinnen.

Dabei nehmen psychotrope Medikamente einen wichtigen Platz ein. Von der Bundesärztekammer wurde 1998 festgestellt, dass auf ältere PatientInnen unverhältnismäßig viele Psychopharmaka-Verschreibungen entfallen: „Über 65-Jährige machen etwa ein Sechstel der Bevölkerung aus, sie erhalten aber fast die Hälfte aller Schlaf- und Beruhigungsmittel.“

Dabei sind Frauen mindestens doppelt so oft betroffen. (Da sie häufiger als Männer Psychopharmaka verschrieben bekommen und in den höheren Lebensjahren einen immer größeren Bevölkerungsanteil bilden, sind sie Hauptkonsumentinnen dieser Medikamente.)

Im Folgenden gehe ich auf drei Gruppen von Psychopharmaka ein:

1. Schlaf- und Beruhigungsmittel auf der Basis von Benzodiazepinen. Die Übergänge zwischen den Mitteln gegen Schlafstörungen und den Tages-Tranquilizern sind fließend.
2. Neuroleptika
3. Antidepressiva

Benzodiazepine

Am häufigsten nehmen ältere Frauen immer noch benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel ein. Deren Abhängigkeitspotenzial ist schon nach relativ kurzer Zeit (2 bis 4 Wochen) und oft auch bei gleichbleibend niedriger Dosierung gegeben. Das heisst, dass beim Absetzen die ursprünglichen Symptome wie Angst, Unruhe und Schlaflosigkeit verstärkt wiederkehren (der sog. rebound effect) und als Fortbestehen der Beschwerden inter-

pretiert werden. Dies führt zu dem dringlichen Wunsch, die entlastenden Medikamente weiter zu nehmen – und oft eben auch zu weiteren Verordnungen.

An sich sind Benzodiazepine, die (muskel)entkrampfend, entspannend und angstlösend wirken, im Vergleich zu anderen Psychopharmaka relativ unschädlich und nebenwirkungsarm. Problematisch wird es, wenn sie zu häufig und über längere Zeit verschrieben werden: Wie in den vergangenen Jahren festgestellt, gingen viele der Verordnungen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (überwiegend – 80% –) vom Benzodiazepin-Typ in Langzeitverordnungen für mehrere Quartale über. Dabei gingen die meisten dieser Langzeitverordnungen an ältere Menschen (über 55 Jahre). Abgesehen davon verweise ich noch auf die Dunkelziffer der Frauen, die ohne weitere Besuche bei ÄrztInnen ihr Schlafmittel und ihren Tranquillizer von den Apotheken auf der Grundlage der vorherigen Verschreibungen erhielten und erhalten – eventuell für die weiteren Jahre! (Die erfassten Daten allein zeigten, dass im Schnitt insgesamt ca. ein Fünftel der älteren PatientInnen ab 60 mit den Mitteln vom Benzodiazepin-Typ behandelt wurden.)

Die Konsequenzen des Dauerkonsums sind für Menschen in höherem Lebensalter besonders fatal, da die Inhaltsstoffe viel langsamer abgebaut und ausgeschieden werden als in jüngeren Jahren. Die Wirkungen halten länger an und auch die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Das führt zu sog. „hang-over“-Effekten und zu ständig steigenden Wirkstoffkonzentrationen. Gegen deren Folgen werden dann wieder Medikamente verordnet – z.B. zur Ankerbelung des Kreislaufs!

Grundsätzlich sind schon die Anfangsdosierungen zu hoch, da im Alter Einflussfaktoren wie z.B. eingeschränkte Nierenfunktion, Labilität im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, vermindertes Durstempfinden, schlechter Ernährungsstatus, geringe Muskelmasse und niedriges Körpergewicht zu berücksichtigen sind. Für Frauen ist die „normale“ Dosis grundsätzlich meist zuviel, da sich die fettlöslichen Benzodiazepine in ihrem Gewebe besonders gut anreichern und dort gespeichert werden, was sehr schnell zu einem Überangebot führt, wie Annette Bolz in ihrem Bericht über die – ÄrztInnen meist nicht bekannten – verschiedenen Wirkungen von Medikamenten auf Männer und auf Frauen schreibt. Altersspezifisch wäre dann, nach Krause-Girth, für über 45-Jährige als Richtschnur die halbe Dosierung anzunehmen, für über 60-Jährige ein Drittel oder ein Viertel. Das Ausmaß dafür müsste sowohl geschlechtsspezifisch wie individuell angepasst werden.

Sehr häufig sind Unfälle mit Knochenbrüchen Folge von Medikamentenkonsument. Da die beschriebene Wirkstoffkumulation z.B. zu Benommenheit und Schwindel führt, ist Benzodiazepin-Einnahme ursächlich dafür, dass die Lebensqualität älterer Menschen erhebliche Einbußen erfährt. Denn nach Stürzen ist Heilung und vor allem auch Rehabilitation oft nicht gewährleistet. Häufig führen Stürze unmittelbar oder mittelbar zu vorzeitigem Tod.

Auch ohne diese äußerlich dramatischen – und allzu normalen – Konsequenzen ist das Leben durch die entstandene Abhängigkeit und die daraus resultierenden (Dauer)Wirkungen entscheidend beeinträchtigt. Die Mittel führen zu Abstumpfung, Konzentrationsstörungen, Verwirrung, auch zu depressiv gereizten Verstimmungszuständen, zu (weiterem) sozialen Rückzug usw. Die Symptomatik kann bis hin zur Schein-Demenz verschärft sein. Die physi-

sche, geistige und seelische Beweglichkeit und Lebendigkeit geht verloren, der Allgemeinzustand verschlechtert sich, statt - wie von den Mitteln erhofft - stabiler zu werden.

Beruhigungs- und Schlafmittel auf der Basis von Benzodiazepinen gerieten wegen ihrer Abhängigkeitsgefahr und deren Folgen in die Kritik, was seit Anfang der 80er Jahre - so Vera Herbst - zum Verordnungsrückgang führte. Allerdings werden immer mehr Schlafmittel mit Wirkstoffen wie Zolpidem und Zopiclon verschrieben, deren Abhängigkeitspotential ungeklärt ist. (Trotz häufiger relativ positiver Beurteilung bleibt anzumerken, dass das Arzneitelegramm z.B. von Halluzinationen und Amnesien bei der Einnahme von Zolpidem berichtet, für das im Übrigen sehr offensiv im Internet und bei ÄrztInnen geworben wird.) Tatsächlich nehmen diese neueren Substanzen, die wie Benzodiazepine wirken, aber angeblich nicht deren Nachteile haben, nach dem Arzneimittel-Verordnungsreport 2001 mit die vordersten Plätze unter den chemischen Hypnotika ein; dennoch entfällt nach wie vor der Großteil der Verschreibungen auf die Benzodiazepine.

Allgemein ist der Verbrauch von Benzodiazepinen für die Nacht wie für den Tag weiterhin umso höher, je älter die Menschen sind. Dabei steigert er sich insbesondere bei Frauen rasant, im Durchschnitt verdoppeln sich die Verordnungen im 10-Jahresabstand. Die höchsten Raten finden sich folglich bei den über 80-Jährigen. Dies stellt z.B. der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland fest. Und das, obwohl die Statistiken der GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) „schöner als die Wirklichkeit“ sind, wie Glaeske (2000) schreibt. Denn sie erfassten zum Beispiel 1998 nur etwa die Hälfte der tatsächlich verkauften Benzodiazepine. Er führt dies darauf zurück, dass sie offensichtlich auch für GKV-Versicherte auf Privat Rezept verschrieben werden, damit sie nicht in die Kassenstatistiken eingehen. Denn dies könnte dann zu einer Überprüfung des Ordnungsverhaltens bei den Ärztinnen und Ärzten führen.

Insgesamt gestalten sich Schätzungen über den Umfang der Abhängigkeit von benzodiazepinhaltigen Medikamenten sehr schwierig, zumal die Betroffenen typischerweise völlig unauffällig sind, ja gerade aufgrund der Dämpfung, Zählung und Beruhigung still funktionieren.

Irmgard Vogt kritisiert in diesem Zusammenhang, dass in der Forschung der Blick auf die Faktoren fehle, die die Frauen vor Sucht schützen. Zwar gebe es zweifellos einen auffallenden Unterschied im Umfang der Rezeptverordnungen für Frauen und Männer in den Altersgruppen ab 60 Jahren, aber: „Bis heute fehlen allerdings differenzierte Studien darüber, wie Frauen mit den verordneten Medikamenten im Alltag umgehen, wie viele Frauen tatsächlich von diesen abhängig werden, welche Auswirkungen damit verbunden sind und wie viele die Medikamenteneinnahme z.B. nach Absetzen des Rezepts problemlos beenden usw.“ In diesem Zusammenhang weist sie darauf hin, dass der Anteil der Frauen und Männer, die wegen Medikamentenabhängigkeit Hilfe suchen, nicht zugenommen habe. Trotz der z.T. veralteten Grundlagen und der prinzipiellen Fragwürdigkeit nicht an der Realität überprüfter Hochrechnungen weisen Einzelerhebungen und neuere Ordnungsdaten zumindest auf regelmäßige Einnahme und häufige Langzeitverordnungen bei Frauen ab 50 bzw. 60 Jahren hin. Außerdem ist die Zahl der Hilfesuchenden meiner Ansicht nach keinesfalls ein

zuverlässiger Index, da Medikamentenabhängigkeit gerade wegen der ärztlichen Verschreibung nicht bewusst ist, bzw. geleugnet werden kann. Dazu kommt noch, dass viele, insbesondere auch Ältere, die vor allem Schlafmittel nehmen, sich nicht an bestehende Einrichtungen der Suchthilfe wenden würden.

Insgesamt ist zu registrieren, dass Benzodiazepine ärztlicherseits nicht mehr ganz in dem Ausmaß wie früher empfohlen werden. Wie im GEK-Arzneimittel-Report 2001 festgestellt, nimmt die Häufigkeit von Dauerverordnungen langsam ab.

Aber: Vor allem Frauen im höheren Lebensalter bekommen weiterhin diese Mittel kontinuierlich; in den Altersklassen 50 bis 80 Jahre sind es bis zu 6% der Frauen, dagegen 3% der Männer.

Und: Mit der Abnahme von (erfassten) Benzodiazepin-Rezepten stieg die Verschreibungshäufigkeit von Neuroleptika und Antidepressiva an. Hier werden, so die Medizinerin Krause-Girth, „irrationale Verordnungen nicht aufgehoben, sondern verschoben.“

Neuroleptika

Neuroleptika sind stark dämpfende Mittel, die gegen Psychosen (in Verbindung mit Schizophrenie und Manie) eingesetzt werden. Doch sind negative Begleiterscheinungen und Langzeitschäden so gravierend und die positive Wirkung so unsicher, dass auch bei Psychosen ein Einsatz nur bei strengster Risiko-Nutzen-Abwägung in Betracht kommen sollte. Nichtsdestotrotz haben Neuroleptika, gerade bei älteren Menschen, oft die Benzodiazepine ersetzt und werden ebenso wie diese 1. weitgehend von AllgemeinärztInnen und InternistInnen und 2. für unspezifische „Befindlichkeitsstörungen“ (oder z.B. auch bei Verspannungsschmerzen) verschrieben.

Dies beruht auf der Unkenntnis über die großen Gefahren bzw. auf der Tatsache, dass die ÄrztInnen sich offensichtlich auf die Indikationsansprüche der Hersteller stützen, die z.B. Angst- und Spannungszustände, psychosomatische Beschwerden, psychovegetative Störungen usw. nennen.

Da Frauen häufiger als Männer mit solch undefinierbaren Diagnosen und entsprechenden Rezepten die ärztlichen Praxen verlassen, sind sie bei Neuroleptika besonders betroffen. Dies bezieht sich zum Teil auf niedrig dosierte Neuroleptika, deren Indikationsspektrum gezielt als Ersatz für Benzodiazepine angeboten wird. Die Veränderung des Geschlechterverhältnisses bei den Verschreibungen und die auffällige Verdopplung der Neuroleptika-Verordnungen bei den Frauen ab 40 bis 50 im Vergleich zu den 10 Jahre jüngeren, die der Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen (bei der Rezeptauswertung der GKV von 1997) registriert, scheint mir ein Hinweis auf diese Problematik zu sein. Bis ins hohe Alter bleiben die Neuroleptika-Verschreibungen bei den Frauen höher als bei den Männern, ab 90 gilt dann für alle eine weitere drastische Zunahme.

Als Begleiterscheinungen von Neuroleptika werden Verlangsamung der Reaktionen, Erstarrung, völlige Abstumpfung gegen äußere Reize, quälende Blick- und Zungenkrämpfe, Zittern und die Hemmung der intellektuellen Leistungsfähigkeit registriert. Wenn sie – was häufig geschieht – als Depotspritzen gegeben werden, sind diese Wirkungen nicht einmal

mit sofortigem Einnahmestopp beendbar. Auch bei niedrig dosierten Neuroleptika und noch viel mehr bei deren häufigen Langzeitverordnungen sind Spätfolgen wie kaum heilbare Dyskinesien (unkontrollierbare Gesichtsmuskulatur, Zitterbewegungen) nicht ausgeschlossen. Depressionen können ebenfalls hervorgerufen werden, die dann besonders schwer zu behandeln sind.

Bereits zwei Drittel der Neuroleptika – Rezepte gehen nicht an PatientInnen mit Schizophrenie oder Psychosen. Die Hälfte aller Neuroleptika wird inzwischen an Menschen über 65 Jahre verschrieben. Häufig werden sie auch in höherer Dosierung gegen „Unruhe“ eingesetzt, obwohl sie unwägbar Risiken für die Betroffenen bedeuten. Als Schmerzmittel werden sie zum Teil deswegen verwendet, weil ÄrztInnen der angemessenen Behandlung mit Opiaten ausweichen wollen.

Gemäß Arzneiverordnungsreport 2001 wurde der Rückgang der Benzodiazepin-Verschreibungen bis 1997 von einer Zunahme bei den Neuroleptika begleitet. Wegen dieser äußerst problematischen Kompensationsstrategie wird dort auch die rückläufige Verschreibung des früheren Spitzenreiters Imipramin 1,5 mg begrüßt. Dieses meist Frauen gespritzte niedrig dosierte Mittel hat allerdings neben Kivats Konkurrenz durch das Präparat Fluspi mit demselben Wirkstoff bekommen, so dass hier bei dieser Art von Neuroleptika doch nur ein leichter Rückgang (von 3,7%) gegenüber dem Vorjahr auszumachen ist.

Antidepressiva

Verordnungen von Antidepressiva haben im letzten Jahrzehnt stark zugenommen. Schon 1992 wurde festgestellt, dass ein Drittel dieser Mittel bei Diagnosen eingesetzt werden, die nichts mit Depressionen zu tun haben. Der Zuwachs an Verschreibungen von Antidepressiva betrug zwischen 1990 und 1995 mehr als 60 Prozent. Und dieser Trend hält auch weiterhin an. Vor allem die Verkaufszahlen der neuen Art von Antidepressiva, die ihre Karriere in den USA als „Glückspillen“ (zuerst Prozac) begann, stiegen steil an. Diese gelten als besser verträglich, haben aber ebenfalls Nebenwirkungen wie etwa Kopfschmerzen, Übelkeit, Desorientiertheit und Schlafstörungen, sowie ein erhöhtes Risiko von Magen-Darm-Blutungen, was eine retrospektiv durchgeführte kanadische Studie mit älteren Personen nun feststellte. Die traditionellen (meist trizyklischen) Antidepressiva können u.a. Verstopfung, Herzrhythmusstörungen und Krampfanfälle bewirken.

Glaeske nimmt an, dass der Aufwind bei den Antidepressiva ein Hinweis darauf sei, dass diese „einen beachtlichen Absatzanteil in den Missbrauchs-Indikationen der Benzodiazepine (persönliche Funktionalität und Belastbarkeit trotz Stress und Missbefindlichkeiten im Alltag, „rosarote Brille für die Psyche“) übernommen haben.“

Interessant in diesem Zusammenhang scheint mir, dass die Hersteller und ÄrztInnen neue Felder für Antidepressiva erschließen: Bei jüngeren Frauen wird das prämenstruelle Syndrom zur „Depression“, und Hitzewallungen in den Wechseljahren werden zum Teil mit einem neueren Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer behandelt.

Ein weiterer steigender Anteil entsteht meines Erachtens dadurch, dass Trauer zur Störung mit Krankheitswert erklärt und immer häufiger sehr schnell ein Rezept „dagegen“ gegeben

wird. (Gemäß DSM IV sind über 8 Wochen hinaus andauernde Symptome behandlungsbedürftig.)

In den letzten Jahren wurde immer mehr versucht, jegliche Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens bis hin zu Depressionen ursächlich als Fehlfunktion der Neurotransmitter zu erklären, die vor allem mit den neueren selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) zu behandeln seien.

Sowohl neue wie alte Antidepressiva erhöhen das Sturzrisiko gravierend, um 80 bzw. 100%. Dazu kommt, dass die neuen Antidepressiva vom Typ SSRI im Verdacht stehen, die PatientInnen abhängig zu machen. Auch wird berichtet, dass zum Teil eine Toleranzentwicklung eintritt, die zu Dosis-Steigerung, Präparate-Wechsel und -Kombination führe. Das Arzneitelegramm spricht hier von einem „SSRI-Karussell“ und zieht eine Parallele zur Geschichte der Benzodiazepine mit der Frage: „Bilden Antidepressiva, insbesondere SSRI, ein neues Glied in der Kette ärztlich verordneter Suchtdrogen...?“

Folgerungen

Zusammenfassend ist festzustellen, dass vor allem ältere Frauen zu viele Psychopharmaka zu lange verordnet bekommen. Psychopharmaka werden allzu häufig ohne medizinische Notwendigkeit und ohne sinnvolle Wirksamkeit verschrieben. Die Dosierung wird fast nie geschlechtsspezifisch und sehr oft nicht an die im Alter veränderten physiologischen Voraussetzungen angepasst. Insofern sind auch Erstverordnungen meistens nicht angemessen. Dies bezieht sich immer noch in großem Ausmaß auf Schlaf- und Beruhigungsmittel, die Benzodiazepine enthalten.

Da auch Antidepressiva die Sturzgefahr verdoppeln und mit z.T. sehr unangenehmen und gesundheitsgefährdenden Wirkungen verbunden sein können, sind sie ggf. als begleitendes Medikament nur bei schwereren Depressionen indiziert und dürfen nicht an die Stelle von Benzodiazepinen treten. Neben unmittelbar quälenden Begleiterscheinungen haben insbesondere Neuroleptika Abstumpfung und Erstarrung zur Folge und bergen die Gefahr von schweren Spätschäden in sich. Nicht umsonst wird in bezug auf Psychopharmaka auch von der chemischen Gewalt gegen Menschen im Alter gesprochen, Neuroleptika gelten als „chemische Keule“. Besonders massiv treten diese Verschreibungen und Verabreichungen in Pflegeheimen auf, wo Personal- und Zeitmangel mit Hilfe der ÄrztInnen durch die Ruhigstellung der BewohnerInnen – meist Frauen – kompensiert wird.

Für einen Ost-West-Vergleich des Gebrauchs von Psychopharmaka fehlen verlässliche Daten. Aus einer Befragung von Frauen in Magdeburg und Dortmund Anfang der 90er Jahre kann auf einen höheren Konsum von Beruhigungsmitteln und Antidepressiva im Osten und von mehr Neuroleptika im Westen geschlossen werden. Der Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland vermutet, dass die Frauen aus den neuen Bundesländern mehr Beruhigungs- und Schlafmittel einnehmen als die aus der alten Bundesrepublik Deutschland. Allerdings werden aber die hier häufigeren Neuroleptika eben gerade auch – wie gezeigt – als Ersatz für die beruhigenden Benzodiazepine eingesetzt.

Chemische Psychopharmaka können ein manchmal vielleicht notwendiger und hilfreicher

erster Schritt sein, den Weg aus schweren Ängsten, Depressionen und Selbsttötungsgefahr herauszufinden. Wenn pflanzliche Mittel wie z.B. Johanniskraut (Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten beachten!), dessen positiver Effekt bei leichteren und mittelschweren Depressionen in vielen Fällen nachgewiesen ist, nicht anschlagen, so können eventuell auch die in Verruf geratenen Tranquilizer begrenzt sinnvoll sein. Sie wirken – im Gegensatz zu chemischen und pflanzlichen Antidepressiva – unmittelbar, und sie sind – gewissenhaft und angemessen verordnet (d.h. für sehr kurze Zeit und in niedrigstmöglicher Dosierung) – am wenigsten schädlich und beeinträchtigend. Bei quälender Angst und Unruhe, die mit einer Depression einhergehen können, schaffen sie günstigenfalls eine Pause, die notwendig sein kann, um weitere Schritte zu planen und zu gehen.

Da Benzodiazepine beruhigend, nicht aber stimmungsaufhellend wirken, ist bei schwereren Depressionen möglicherweise die Einnahme von Antidepressiva hilfreich zur ersten Veränderung einer verzweifelten Situation. Dabei ist zu beachten, dass die antidepressive Wirkung oft erst nach längerer Zeit (bis zu ca. vier Wochen) eintritt.

ABER: Chemische Psychopharmaka sind keine Heilmittel, sondern Hilfsmittel, die günstigenfalls eine Wende zu notwendigen eigenen Schritten einleiten können.

UND: Sehr häufig bedarf es keiner Medikamente, sondern einer Unterstützung und Beratung im Hinblick auf mögliche Veränderungen von Lebensstrukturen und -umständen, die zu Störungen des Befindens führen. Dazu gehören Wege zur Selbsthilfe und Angebote von Kommunikation in sozialen Zusammenhängen, in Selbsthilfegruppen oder auch in einer Psychotherapie.

Fakt ist, dass Verschreibung von Medikamenten meist die gesundheitliche Beratung ersetzt, bei älteren Menschen noch krasser als bei jüngeren. (Beträgt die normale durchschnittliche Konsultationszeit 6 Minuten, sinkt sie bei älteren PatientInnen auf 4–5 Minuten. Dazu kommt noch, daß empirisch nachgewiesen ist, dass Frauen sich kürzer im ärztlichen Sprechzimmer aufhalten und mit größerer Wahrscheinlichkeit die Praxis mit einem Rezept verlassen als Männer. Ausführlich diagnostisch-therapeutische Beratungsgespräche oder psychotherapeutische Hilfen, die über kürzere ärztliche Beratungsgespräche hinausgehen, erfahren weniger als 20% aller PatientInnen mit Langzeitverordnungen.) Da ältere Frauen die Hauptgruppe der DauerkonsumentInnen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind, besteht gerade für sie ein eklatantes Defizit an Information und Beratung über Alternativen zur Medikamenteneinnahme.

In Bezug auf psychotherapeutische Angebote wird ebenfalls eine mangelhafte Versorgungsrealität für über 60-Jährige und eine „nicht-existente“ für über 75-Jährige konstatiert. Die Berliner Altersstudie zeigt: Keine/r der von Depressionen Betroffenen erhielt eine Psychotherapie. Hemmfaktoren sind u.a. das Altersbild von ÄrztInnen und TherapeutInnen sowie deren mangelhafte Ausbildung und Kompetenz in Bezug auf die Therapie Älterer, wie der Psychoanalytiker Radebold konstatiert.

Als Abhilfe der massenhaften schädlichen Verordnungen von Psychopharmaka an ältere Menschen, besonders an Frauen, erscheint häufig die Forderung an die HausärztInnen, Hil-

fesuchende an SpezialistInnen zu überweisen. Dies erscheint mir kurzschlüssig. Erstens ist eine hohe Variabilität von Diagnosen auch bei FachärztInnen der Nervenheilkunde und PsychiaterInnen zu verzeichnen. Zweitens sind auch diese MeisterInnen der Verschreibung! Das Rezept hilft nicht nur Allgemein- sondern auch FachärztInnen über Hilflosigkeit hinweg - und erfüllt die Erwartungen der PatientInnen, dass ihr Leiden als Krankheit diagnostiziert wird, die durch eine Rezeptur der ExpertInnen zu beheben sei.

Das Leiden aber ist häufig keine durch Medikamente heilbare Krankheit, sondern Reaktion auf physische, psychische und soziale Veränderungen im Alter. Frauen reagieren auf Leidensdruck, der sich psychisch und psychosomatisch niederschlägt, häufiger mit einem Besuch bei ÄrztInnen als Männer. Da unnötige Arzneimittel allgemein eine immer größere Gefährdung darstellen, je älter Frauen werden, ist der Umschwung vom Rezept zum Gespräch in der Praxis notwendig. Dazu bedarf es anderer Richtlinien für ärztliches Handeln und damit einhergehend einer verpflichtenden Teilnahme an einem kontinuierlichen Fortbildungsangebot in Bezug auf die Vermeidung von Medikamenten allgemein und die Gefahren des Gebrauchs von Psychopharmaka im Besonderen.

Darin einzuschließen ist die Forderung nach einem differenzierten, vielfältigen und selbstverständlichen Angebot psychotherapeutischer und anderer heilsamer Verfahren für Ältere. Für die Frauen, die häufig Psychopharmaka einnehmen, aber wegen der ärztlichen Verschreibungen, von ihrer eigenen Einschätzung her und auch aufgrund ihrer sozialen Situation als Ältere niemals auf den Gedanken kommen würden, Angebote der Suchthilfe in Anspruch zu nehmen, scheint mir die Idee eines „Medikamenten-Forums“ sehr sinnvoll. Entwickelt von Christa Appel und Irmgard Vogt wurde es 1994 auf der Münchener Tagung über Frauen und Medikamente „Schlucken und Schweigen?“ vorgestellt: Das Medikamenten-Forum ist keine Suchtberatungsstelle, d.h. das (unbewusste) Eingeständnis, abhängig zu sein, wird nicht vorausgesetzt. Entscheidungshilfen für Frauen (und Männer) sollen angeboten werden: „Es stellt Gesundheitsprobleme in den Vordergrund, über die dann die Medikamentenprobleme thematisiert werden können.“

Ich kann mir vorstellen, dass solche Medikamenten - Foren, die z.B. von Stadtteilzentren, Volkshochschulen und Begegnungsstätten für SeniorInnen angeboten würden, Zuspruch fänden. Meines Erachtens würde dieser Kontext die Scheu reduzieren, den eigenen Medikamenten-Konsum in Frage zu stellen, bzw. in Frage stellen zu lassen.

Im Vorfeld aber, und das halten wir für das Wichtigste, ist ein breites, leicht zugängliches und weitgehend kostenfreies öffentliches Angebot für Frauen ab ca. 50 Jahren zu installieren, das gesundheitliche Aufklärung im weitesten Sinne und Kontaktmöglichkeiten beinhaltet. So können Frauen leichter an Informationen über Veränderungen im Prozess des Älterwerdens gelangen, z.B. über Verschiebungen der Schlafstadien, die meist erst mal ganz normal sind und per se nicht als krankhafte Störungen zu bewerten sind. Sie können sich bei ihren Altersgenossinnen und professionellen Ansprech-PartnerInnen kundig machen darüber, wie sie für ihr weiteres physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden sorgen und auch Ausstiegswege aus selbstzerstörerischen Strategien finden können.

Das Feministische Frauen Gesundheits Zentrum (FFGZ) bietet z. B. mit seinen Informations-

materialien, Veranstaltungen und Beratungen zu Wechseljahren, Stimmungstief und Schlafstörungen solch ein Aufklärungs- und Kommunikationsforum. Wir gehen zwar mit unserem Veranstaltungsangebot für ältere Frauen in Stadtteilzentren und Selbsthilfe-Kontaktstellen aller Berliner Bezirke und kooperieren mit Gruppen von Migrantinnen. Aber solch eine Arbeit müsste auf viel breiterer Basis, als unsere Kapazitäten es erlauben, stattfinden. Dies wäre notwendig, damit Frauen nicht nur eher ausnahmsweise, sondern massenhaft selbst zu Expertinnen der Störungen und Verbesserung ihres Befindens werden, ohne (weiter) die lebensgefährdende Erwartung zu haben, dass es für jedes Leiden eine Pille gebe. Medikalisierung als Antwort auf die schwierige Lebenslage älterer Frauen zerstört noch zusätzlich ihre physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, die sie dringend brauchen, um nicht klein beizugeben in unseren frauen- und altersfeindlichen Strukturen.

Literatur

- Appel, Christa: „Medikamenten-Forum“ – eine Alternative zur Suchtberatung, in: Sußmann, Claudia (Hg.) 1995: Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente. München 1995
- arznei-telegramm 2/98, 11/98, 2/2000, 1/2001 (Korresp.), 1/2002 (Korresp.), 3/2002, 8/2002 (Korresp.). Informationsdienst für Ärzte und Apotheker, Berlin
- Baier, Tina: Pillen statt Personal. Süddeutsche Zeitung 02.11.98
- Beckmann, Franziska: Frauenseelen leiden anders. Erstmals widmet sich ein Weltkongress der psychischen Gesundheit von Frauen. Berliner Zeitung 28.03.01
- Bolz, Annette: Das Risiko, eine Frau zu sein. Frauen reagieren auf manche Medikamente anders als Männer. Viele Mediziner wissen das nicht oder ignorieren es, Das kann für die Patientinnen tödliche Folgen haben. Frankfurter Allgemeine Zeitung 06.01.02
- Brüser, Elke: Psychopillen gegen Nackenschmerz. Trotz bekannter und zum Teil irrservibler Nebenwirkungen verordnen Ärzte Neuroleptika bei leichteren Erkrankungen. Süddeutsche Zeitung 04.06.02
- Bundesärztekammer: Gesundheit im Alter. Köln 1998
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Berlin 2001
- Christeiner, Sigrid: Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. Subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattributionen von Laien. Bielefeld 1999
- Deutsches Ärzteblatt: Suchtkontrollrat: Gefährliche Psychopharmaka. UN-Gremium kritisiert Ordnungsverhalten von Ärzten. 9.März 2001
- Deutsches Ärzteblatt: Erhöhtes Blutungsrisiko unter Antidepressiva. 26. Juli 2002
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg): Medikamentenabhängigkeit. Freiburg 1992
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg): Jahrbuch Sucht '99. Geesthacht 1998

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg): Jahrbuch Sucht 2002. Geesthacht 2001
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Sucht- und Drogenbericht 2000. Berlin 2001
- Dross, Margret: „Warum bin ich trotz allem gesundgeblieben?“ Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In: Flick,Uwe (Hg.) 1998
- Ernst, Andrea / Füller, Ingrid: Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln 1988
- The Economist: Depression. Spirit of the age. Malignant sadness is the world's great hidden burden. London 19.12.1998
- Feldmann-Vogel, Rita: Ich nehme Tabletten, weil ich eine Frau bin. Die Sucht auf Krankenschein In: Sußmann, Claudia (Hg.) 1995
- Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V.: Stimmungstief und Erschöpfung; Wege zum erholsamen Schlaf, Berlin 2001/2002
- Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V.: Frauensüchte im Alltag, CLIO 46, Berlin 1998
- Flick, Uwe (Hg.): Warum fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. München 1998
- Franke, Alexa et al.: Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine salutogenetische Verlaufsstudie. Cloppenburg 1998
- gen (Kürzel): Ruhe im Altenheim. Zu viele Psychopharmaka verordnet / Freigebiges Psychiater. Frankfurter Allgemeine Zeitung 19.07.2000
- Glaeske, Gerd: Weniger wäre mehr. Mittel gegen die Traurigkeit als Gewinner bei den Psycho-Pillen. In: Dr. med. Mabuse Nr.123 Januar/Februar 2000, Frankfurt a. M.
- Glaeske, Gerd: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.) 2001
- Glaeske, Gerd: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) 1998
- Glaeske, Gerd / Günther, Judith / Keller, Sabine: Nebenwirkung Sucht. Medikamente, die abhängig machen. München 1997
- Glaeske, Gerd / Jahnsen, Karin: GEK-Arzneimittelreport 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 – 2000. Sankt Augustin 2001
- Greiner, Barbara / Mikula, Marion: Zu viel, zu lange, zu selbstverständlich. Benzodiazepine. in VDPP-Rundbrief 48/99
- Herbst, Vera: Arzneimittelverordnungen für Frauen über 60 Jahre, in: Niedersächsisches Ministerium für Frauen.....(Hg.): Frauen im Alter: Lust oder Frust? Hannover 2000
- Krause-Girth, Cornelia: Scheinlösungen. Zur Verschreibungspraxis von Psychopharmaka, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) 1992
- Lohse, Martin J. / Müller-Oerlinghausen, Bruno: Hypnotika und Sedativa, in:

- Schwabe / Paffrath (Hg.): Arzneiverordnungsreport 2001
- Lohse, Martin J. / Müller-Oerlinghausen, Bruno: Psychopharmaka, in: Schwabe / Paffrath (Hg) 2001
 - Melchinger, Heiner: Zur Prävalenz der iatrogenen Medikamentenabhängigkeit. Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential, in: Deutsche Hauptstelle...1992
 - Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung f. Gesundheit Niedersachsen e. V.: Dokumentation der 9. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen 1999: Frauen im Alter: Lust oder Frust? Hannover 2000
 - Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hg.): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen 2000. Hannover 2001
 - Nink, Katrin et al.: Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe / Paffrath (Hg.) 2001
 - Radebold, Hartmut: Psychoanalytische Psychotherapie von Depressionen über 60jähriger, in:
 - Radebold, Hartmut et al. (Hg.): Depressionen im Alter, Darmstadt 1997
 - Rütthlein, Ingrid: Die stille, heimliche Frauensucht. Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit bei älteren Frauen. In: CLIO 46, FFGZ Berlin 1998
 - Schwabe, Ulrich / Paffrath, Dieter (Hg.): Arzneiverordnungsreport 2001, Berlin, Heidelberg 2001
 - Stuhlmann, Wilhelm / Hinze, Elke: Psychotherapeutische Behandlungskonzepte und -erfahrungen. In: Radebold, H. et al. (Hg) 1997
 - Sußmann, Claudia (Hg.): Schlucken und Schweigen? Frauen und Medikamente. Frauen Therapie Zentrum München 1995
 - Vogt, Irmgard: Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen? In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hg.) 2001
 - Walch-Heiden, Erika: Medikamentenkonsum von Frauen, in: Deutsche Hauptstelle...1992
 - Wernicke, Thomas F. / Linden, Michael: Psychopharmakotherapie bei Depressionen im Alter – Die Berliner Altersstudie (BASE). In: Radebold, H. et al. (Hg.) 1997
 - Will, Birgit: Frauen leiden anders. Psychische Erkrankungen galten lange Zeit als vom Geschlecht unabhängig, doch inzwischen sind erhebliche Unterschiede bekannt. Süddeutsche Zeitung 03.04.01

V. Workshop „Berufliche Integration von Frauen“

Beitrag 1: Suchtmittelabhängige Frauen gestalten ihre Chance (Traumjob oder Alptraum?)

von Dagmar Runger

Anne G.: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass meine Leistung wichtiger ist als das Thema Sucht.“

Diesen Satz sagte eine unserer Teilnehmerinnen auf unserem Fachgespräch am 28. August 2002 als Resümee zu ihrem Praktikum. Dieser Satz ist uns Bestätigung und Motto zugleich. In ihm vereint sich vieles, was wir den Frauen vermitteln und mit ihnen trainieren.

Seit 1996 führen wir das Projekt „Berufliche Integration, Beratung, Training und Gruppen zum beruflichen Einstieg“ durch. Rund 140 Frauen haben unsere 10 Berufsorientierungs- und Fortbildungskurse besucht. Allein in den letzten zwei Jahren nutzten 194 Frauen unser Beratungsangebot.

Unser Ziel ist es, mit den Frauen eine Brücke zwischen Sucht/Therapie und beruflicher Realität zu bauen – eine berufliche Perspektive zu entwickeln.

Expertenmeinung ist, dass Maßnahmen zur Erhöhung der beruflichen Reintegrationschancen von Suchtkranken zum Standard moderner Suchtbehandlung gehören sollten.

Doch irgendwie funktioniert dies bei Weitem nicht genügend und sicher nicht nur durch die stetige Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation.

Die Zuständigkeit der Kostenträger für solche Maßnahmen ist nicht geklärt, beispielsweise unsere Finanzierung.

Dies wiederum lässt gute Ansätze im Keim ersticken und behindert die Konzeptentwicklung. Um auf diesem Gebiet wirksame Hilfe anzubieten, braucht es differenzierte Angebote, die eben leider meist noch durch die Kosten -und Leistungsschemata fallen.

Zukunfts- und Berufsorientierung muss weit mehr in das Behandlungssystem integriert werden. Es kommt darauf an, dass die KlientInnen ihre soziale Rolle in und außerhalb des Erwerbslebens aktiv annehmen, soziale Kompetenz erwerben und leben.

Als Basis, um sich wieder an das Erwerbsleben anzunähern bzw. wenn das aussichtslos ist, Alternativen zu entwickeln und trotzdem ein erfülltes Leben zu führen. Gerade bei Frauen finden wir da gute Voraussetzungen (soziale Kompetenzen). Leider werden sie noch zu oft durch die gesellschaftliche oder ihre ganz persönliche Situation, z.B. als alleinerziehende Mutter, in dieser Rolle gehalten. Mit unserer Arbeit tragen wir dazu bei, dieses aufzubrechen.

Mit unserem Konzept realisieren wir die Einheit von persönlicher, sozialer und beruflicher Rehabilitation (Nachsozialisation), weit über die Möglichkeiten von Nachsorgetherapie hinaus.

Die Prämissen unserer Arbeit sind:

- Frauenspezifisch,
- individuell,
- Teilzeitangebot,
- integrativ,
- langfristige Begleitung.

In unseren Kursen treffen 15 Frauen – 15 unterschiedliche Persönlichkeiten, Lebenswege und Geschichten, Diagnosen aufeinander.

Hier einige Beispiele:

- verschiedene Suchtmittel, Alter von 20–55,
- unterschiedlich lange Cleanzeiten und Wege ins cleane Leben
- Drogenlangzeittherapie / Nachsorge
- Entzug / Selbsthilfe
- Entzug / AEB / Adaption
- jahrelange NA, AA – Erfahrung
- Doppeldiagnosen: Angststörungen, Depressionen, Borderlinestörungen
- HIV, Hepatitis C

Gleichermaßen kennzeichnen die Frauen folgende Merkmale:

- fehlendes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein
- soziale Isolation, fehlende soziale Kompetenzen
- unzureichende schulische und berufliche Qualifikationen,
- mangelnde Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit
- geringe, negative Arbeitserfahrungen
- Ungeduld, sofort Ergebnisse sehen zu wollen
- hohe Erwartungen

Eine wichtige Grundlage unserer Arbeit ist das gegenseitige Voneinanderlernen, der Austausch von Erfahrungen in der Gruppe. Das setzt voraus, dass in der Gruppe Vertrauen, Offenheit und Toleranz herrscht. Dieses Ziel bestimmt mit dem Auswahlprozess, will Frau sich darauf einlassen. Die teilnehmenden Frauen sollten über Kooperationsfähigkeit, Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft verfügen.

Differenzierte und kreative Methoden der Gruppen- und Trainingsarbeit, ständig auf ihre Wirksamkeit überprüft, sollen dies befördern und unterstützen.

Wichtig sind uns klare Regeln für die Zusammenarbeit, die auch von den Frauen selbst erarbeitet werden. Ziel der Arbeit ist immer der berufliche Einstieg, wir betrachten alle Prozesse als Training für die berufliche Tätigkeit, am ehesten im soziotherapeutischen Sinne.

Im Vordergrund stehen:

- Analyse der Lebensziele und Erarbeitung der beruflichen Ziele
- Ermittlung der persönlichen Fähigkeiten und berufsbezogenen Ressourcen
- Eigeninitiativtraining, Selbstmanagement (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Training von Schlüsselqualifikationen und Sekundärtugenden

Konkrete Fragen sind z.B.:

- Was sind die Werte für mein Leben?
- Welchen Stellenwert gebe ich Arbeit und Beruf?
- Wie viel will ich mich engagieren?
- Was bin ich bereit einzusetzen?

Erstaunlich finden wir immer wieder, dass sich einige Frauen trotz langer Therapieerfahrung noch nie mit diesen Fragen auseinandergesetzt haben bzw. ihre berufliche Entwicklung völlig unabhängig davon sehen. Sie kennen eben nur: „einen Job machen.“ Dass dies ohne Suchtmittel langfristig gefährlich werden könnte, wird vielen erst nach und nach klar. Auch Frauen mit geringer Reflexionsfähigkeit, geringem Intelligenzniveau können mit gezielter Unterstützung unsererseits sehr klar ihre Einstellung zu Arbeit und Beruf deutlich machen. Einmal reflektiert und ins Bewusstsein gerufen ist dies eine wichtige und tragfähige Hilfe für den Entscheidungsprozess.

Natürlich schauen wir auch, wo schlägt das Herz, wo ist die Energie, was ist der Traum. Bei unseren Frauen, wo die Träume entweder ganz hoch hängen oder gar keine da sind, gilt es, unbedingt die oben genannten Fragen zu beantworten.

Denn ein Traum verwirklicht sich nicht von alleine, es ist meist ein langer Weg, mit Umwegen, Irrwegen, Pausen, Krisen. Oft muss die Erkenntnis ausgehalten werden, dass der Traum ein Traum ist und nur eine Variante verwirklicht werden kann. Eine unserer Hauptaufgaben ist es, mit den Frauen realisierbare berufliche Perspektiven zu entwickeln, in denen sie ihre Träume noch wiedererkennen können.

Die Frauen brauchen also neben hoher Motivation vor allem Kraft, Ausdauer, Durchhaltevermögen.

Deshalb ist entscheidend, welche Bedeutung, wieviel Platz sie der beruflichen Entwicklung einräumen. Ansonsten sind sie gezwungen, irgendeinen Job anzunehmen und das könnte sich schnell zum Albtraum entwickeln.

Zusammenfassend lernen die Frauen:

- auf die Suche zu gehen, die eigene Biografie anzuschauen
- neue berufliche Wege einzuschlagen
- genau zu wissen, was ich will und kann, ist bei einem schwierigen Arbeitsmarkt doppelt wichtig
- echte Überzeugung und Elan sind kein Luxus, sondern Notwendigkeit

- Trotz intensiver Arbeit im Kurs fehlt vielen Frauen die notwendige Selbstsicherheit. Das Praktikum ist eine gute Gelegenheit sich zu erproben, die erarbeitete Orientierung zu überprüfen, Belastungsgrenzen auszutesten. Zahlenbeispiel aus der letzten Förderperiode:

45 Frauen hatten die Chance nach erfolgreichem Abschluss der Theorie ins Praktikum zu gehen:

- 22 nutzten diese erfolgreich
- 7 Frauen gingen gleich anschließend FOBI/Schule
- 8 Frauen brachen ihr Praktikum ab, davon 1 Rückfall, 7 Motivations-/ges. Gründe
- 8 Frauen – kein Praktikum (1 schwanger, 1 Therapie, 6 fehlende Motivation)

Aus diesen Zahlen wird deutlich, dass das Praktikum eine Schnittstelle ist in mehrfacher Hinsicht

- für die Frauen als Bewährungsprobe, Erprobung
- für uns als Projekt, mit dem Thema Sucht nach außen zu gehen.

Überschreiben kann man diese Phase mit:

Es wird ernst! Und damit auch schwierig.

Beim Praktikum entscheidet sich oft, wie stark die Motivation, das Durchhaltevermögen wirklich ist. Gerade bei Frauen, denen die Gruppe besonders wichtig war, das Aufgehoben-sein stärker als die Motivation, arbeiten zu gehen, wird es an dieser Stelle oft problematisch. Da tauchen dann alte, längst überwunden geglaubte Verhaltensmuster auf. Und es zeigt sich, wie komplex süchtiges Verhalten ist, wie es alle Lebensbereiche beeinflusst, wie Probleme in einem Bereich alles wieder durcheinanderbringen. Die Motivation wankt und wackelt, die Planung hält den Belastungen nicht stand und die Flucht wird angetreten. Unsere Erfahrung bestätigt sich immer wieder, fehlende Motivation herzustellen ist nicht möglich, zumeist nicht in einem so kurzen Zeitraum. Die Klientin muss ihr Tempo selber finden und ihre Entscheidung treffen und die Konsequenzen tragen, die dann manchmal hart sein können. Verstärkte Interventionen unsererseits sowie Verweise auf Vorbilder wirken meist nicht. Kontaktabbrüche auch zu unserem Projekt sind meist die Regel. Oft nehmen diese Frauen geraume Zeit später wieder Kontakt auf.

Ganz anders ist es bei Unsicherheit oder Ängsten, da kann die Unterstützung durch uns und die Gruppe weit tragen.

Erfolgreiche Praktika sind ein weitreichender An Schub für die zukünftige Planung.

In den letzten Jahren hatten wir zahlreiche Kontakte zu Betrieben und Einrichtungen. Grundsätzlich waren die Erfahrungen bei Akquise und Zusammenarbeit gut. Einige Praktikumsgeber boten sogar mehrfach Praktikumsplätze an. Da die Orientierung der Frauen sehr unterschiedlich ist, sind wir immer wieder aufgefordert, neu zu recherchieren. Die Akquise ist meist eine strategische bzw. fleißige Meisterleistung der Kolleginnen. Kann dies der

richtige Weg sein, ist es nicht besser, die Klientinnen selbst akquirieren zu lassen bzw. zu unterstützen?

Wir haben diese Frage auf unserem Fachgespräch diskutiert und größtenteils positive Meinungen erhalten sowohl von den Praktikumsgebern wie auch von den Teilnehmerinnen.

Beispiele:

„Ihre Ansprache war ausschlaggebend für die Bereitstellung des Platzes. Ich wusste, mit einer Einrichtung im Hintergrund bin ich auf der sicheren Seite.“

„Alleine hätte ich das nicht geschafft.“

Wichtiges Entscheidungskriterium wird für uns die Akzeptanz des individuellen Wunsches und Vermögens bleiben. Es wird bei uns keine Generallösung geben.

Im Abschluss unserer Förderperiode war es uns wichtig, noch einmal in Kontakt mit möglichst vielen PraktikumsgeberInnen zu treten. Bei der Begleitung unserer Klientinnen durch ihr Praktikum lernen wir mitunter sehr genau ihre Erfahrungen und Eindrücke in dieser Zeit kennen. In den seltensten Fällen aber wird für uns die Seite der PraktikumsgeberInnen mehr transparent.

Es gibt ein ausführliches Erst- sowie Abschlussgespräch mit der Praktikantin, bei dem im Allgemeinen eine Kollegin aus dem Team der Beruflichen Integration dabei ist. Natürlich gibt es auch Gesprächskontakte zwischendurch, wenn es notwendig ist. Das sind jedoch bisher eher Ausnahmen.

Wir wollten deshalb zum Einen wissen, welche Motive haben die PraktikumsgeberInnen, wenn sie sich für eine Zusammenarbeit mit unserem Projekt entscheiden. Und wie sehen ihre Erfahrungen mit unseren Klientinnen aus? Ein Teil der Befragten bot bereits zum wiederholten Mal einer vermittelten Frau aus unserem Projekt eine Möglichkeit zum Praktikum an.

Zum Zweiten interessierte uns, wie die PraktikumsgeberInnen den Kontakt mit uns als vermittelnde und begleitende, soziale Einrichtung beurteilen.

Zu diesen beiden Hauptthemen haben wir einen Fragebogen erstellt. Die InterviewpartnerInnen wurden offen befragt. D. h., es gab keine Vorgabe von standardisierten Antwortkategorien. Die eher qualitative Befragungsform ermöglichte uns, eine Gesprächssituation herzustellen, in der die Befragten so frei und offen, wie sie es wünschten, antworten konnten. Die Interviews führten die Kolleginnen des Teams durch, die auch in bewährter Weise die Praktikumsplätze akquirieren sowie die damit verbundenen Kontakte halten. Somit konnte an eine bereits bestehende Verbindung zu den jeweiligen PraktikumsgeberInnen angeknüpft werden.

Bei unseren GesprächspartnerInnen löste das teilweise sehr erfreuliche Reaktionen aus, denn ihre Meinungen und Erfahrungen sind gefragt.

Wir konnten deutlich machen, dass wir an einem intensiveren Austausch interessiert sind.

Eine gute Grundlage, die Interviews in einer vertrauensvollen, entspannten Atmosphäre zu führen.

1. Wir erfragten, aus welchen Gründen der/die PraktikumsgeberIn unserer Klientin einen Praktikumsplatz angeboten hat. Die überwiegende Mehrheit (75%) tat dies aus „sozialem Engagement“ heraus. Das bedeutet für sie konkret, unseren Klientinnen eine Chance auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen; ihnen eine Perspektive zu eröffnen; das Interesse für soziale Arbeit und ihre Projekte an sich.

Die benötigte zusätzliche Arbeitskraft steht erst an zweiter Stelle mit 34%.

2. Die Suchterfahrungen unserer Klientinnen als solche waren bei 67% der Befragten kein Kriterium dafür, dass die Praktikantin eingestellt wurde. Für die übrigen 34% war der Suchthintergrund auf die eine oder andere Weise schon von Bedeutung. Hier wurde hauptsächlich der Wunsch geäußert, unserer Klientin eine Möglichkeit zu bieten, sucht-frei ein Praktikum zu absolvieren.

Es gab auch die Befürchtung, dass die Praktikantin instabil und rückfällig sein könnte.

3. Tatsächlich machten alle befragten PraktikumsgeberInnen – mit einer Ausnahme – überwiegend positive Erfahrungen mit den Frauen im Praktikum.

Wir fragten genauer nach und erhielten sehr durchgängig Bewertungen wie: war pünktlich, zuverlässig, interessiert und engagiert. Selbst in zwei Fällen, in welchen die Frauen das Praktikum abgebrochen haben, gab es gute bis sehr bedauernde Einschätzungen, dass die Zusammenarbeit nicht fortgeführt werden konnte. Lediglich in einem Fall war die Praktikantin mit den ihr übertragenen Aufgaben überfordert.

4. 67% der Befragten meinen, dass es Unterschiede zu PraktikantInnen gab, die nicht von FrauSuchtZukunft kamen.

In zwei Fällen bedeutete das, dass die Praktikantinnen nicht so stark belastbar waren und stärker mit Unsicherheiten behaftet.

In allen weiteren Fällen (50%) wird der festgestellte Unterschied als eher vorteilhaft beurteilt. Die Frauen gehen motivierter in das Praktikum; sie sind teilweise berufserfahrener und bringen mit ihrer Suchtgeschichte auch einen wichtigen Teil Lebenserfahrung mit.

5. Zu jedem Praktikum einer Klientin führen wir, wie schon erwähnt, mit dem/der PraktikumsgeberIn / der Praktikantin ein Erst- sowie ein Abschlussgespräch durch. Uns interessierte, ob die PraktikumsgeberInnen darüber hinaus noch Gesprächsbedarf hatten; beispielsweise in einer problematischen Situation mit der Klientin. Berufliche Integration bietet Kompetenz für solche Situationen an. Das Angebot wurde jedoch wenig genutzt.

Für 50% der Befragten gab es keine nennenswerten Schwierigkeiten in der Praktikumszeit. 34% hatten kleinere Probleme, die sie aber intern lösen konnten.

Darüber hinaus waren in 3 Fällen Probleme mit Klientinnen aufgetreten, mit denen sich die jeweiligen PraktikumsgeberInnen an uns gewandt haben. Die Befragten empfanden es wichtig, um die Möglichkeit zu wissen, sich bei uns Unterstützung holen zu können, wenn es nötig ist.

Die befragten Unternehmen erachten die psycho-soziale Begleitung der Praktikumszeit der Frauen durch uns als sehr notwendig.

6. Alle Befragten würden wieder einen Praktikumsplatz für eine Klientin von uns anbieten.

Zusammenfassung

Als erstes ist hervorzuheben, dass unseren Klientinnen mit sozialem Engagement und Interesse von Seiten der PraktikumsgeberInnen begegnet wurde. Die PraktikumsgeberInnen konnten mit der Suchtproblematik unserer Klientinnen gut umgehen, indem sie sich positiv darauf einstellten. Zum Teil gab es auch diverse suchtspezifische Vorkenntnisse, die für eine offene Herangehensweise förderlich waren. Die Befragten blicken überwiegend auf eine für sie zufriedenstellende Arbeits- und Betreuungszeit mit den Praktikantinnen zurück. Auftretende Konflikte und Schwierigkeiten hielten sich für Dreiviertel der Befragten in zu bewältigenden Grenzen.

Glücklicherweise kann dies konstatiert werden, denn für eine externe Konfliktbewältigung hat die Mehrheit der Unternehmen kaum Zeit zur Verfügung. Eindeutig ist jedoch, dass die PraktikumsgeberInnen Berufliche Integration als wichtige und kompetente Begleiteinrichtung schätzen. Das zeigt auch die uneingeschränkte Zustimmung, in Sachen Praktikum weiterhin mit uns zusammenzuarbeiten. Schwieriger gestaltet sich die Frage um ein mögliches Arbeitsplatzangebot für unsere Klientinnen. Hier hindern vorrangig die schlechten arbeitsmarktpolitischen Bedingungen.

Abschließend sei noch gesagt, dass, ganz gleich welche Ergebnisse mit dieser Befragung erzielt wurden, sie auf alle Fälle förderlich für eine gegenseitige Verständigung war. Und es konnte ein Stück gemeinsames Interesse rund um das Thema Praktikum entstehen. Ein wichtiger Schritt um weiterhin zusammenzuarbeiten. Das Fachgespräch tat ein Übriges in diese Richtung. Zum Beispiel wurde von allen Seiten die gemeinsame Auswertung des Praktikums als wichtiger Qualitätsunterschied zu manch anderen Praktika geschätzt.

Die Bedeutung der differenzierten Auswertung für den weiteren beruflichen Weg unserer Teilnehmerinnen ist unbestritten.

Last but not least die Gruppenarbeit. Die wöchentliche Begleitgruppe zu Training und Praktika sowie auch die monatliche Berufsgruppe sind wesentliche Bestandteile unseres Kon-

zepts und so z.B. im Ergebnis einer Klientinnenbefragung von den Frauen auch hoch geschätzt. Die Berufsgruppe funktioniert auf der Basis von Mentoring. Unter Anleitung einer Kollegin unterstützen alte Häsinnen Neueinsteigerinnen, ein in dieser Art und zum Thema Beruf einmaliges Angebot im Suchtbereich. Dieses Angebot ermöglicht uns, den Weg vieler Frauen über längere Zeit zu verfolgen und zu begleiten. Es zeigt sich, dass ein erfolgreicher beruflicher Einstieg oft ein langer, schwieriger Weg ist, an dem Frau immer wieder mal Unterstützung braucht.

V. Workshop „Berufliche Integration von Frauen“

Beitrag 2: Video-Home-Training als Methode zur Kompetenzentwicklung und Freisetzung auf dem Weg der beruflichen Integration ehemals drogenabhängiger Frauen

von Ruth Caldewey

Die Vorgeschichte

Bei der Selbsthilfe im Taunus stand, wie in vielen anderen Einrichtungen auch, die Frage nach erfolgreichen Bausteinen zur beruflichen Integration immer wieder auf der Tagesordnung: Was konnte den Männern und Frauen gezielt angeboten werden, um die individuellen Schwierigkeiten zu meistern? Was war es bloß, was sie daran hinderte, ihre Möglichkeiten zu nutzen und – wie konnte man dies als Lernprozess gestalten?

Das Ergebnis

Ein Ergebnis dieser Suche waren zwei Projekte. Im vergangenen Jahr ein Video-Interaktions-Training (VIT) mit einer kleinen Frauengruppe und die Entwicklung einer Wohngemeinschaft für alleinerziehende Mütter, in der Video-Home-Training (VHT) ein Bestandteil der Konzeption ist.

VHT ist ein Angebot für Eltern (hier Mütter) und Kinder, VIT basiert auf derselben methodischen Arbeitsweise, ist aber mit seinem Fokus auf Erwachsenengruppen konzentriert.

Bilder von mir

Das Video-Interaktions-Training bekam den Namen „Bilder von mir“. Eine detaillierte Beschreibung des Projektes finden Sie im Internet unter www.mobilehp-vht.de.

Die Gruppengröße war auf sechs Frauen begrenzt. Die Treffen fanden einmal wöchentlich für 2 Stunden im Besprechungsraum der SiT statt. Da alle Frauen in Projekte der SiT integriert waren, konnte die Zeit als Arbeitszeit gerechnet werden. Dies war für die Motivation und die Durchhaltechancen wichtig. Zudem waren die Frauen ihren Belastungsgrenzen nahe, für ihre persönliche Entwicklung war psychische Entlastung gefragt und nicht neue Bürde.

Zunächst hatten nur wir die Intention, den Frauen war noch nicht konkret deutlich, was dies für sie bringen sollte. Die durchgängige Erarbeitung der individuellen Hilfefragen, lösungsorientiert und in konkreten, überschaubaren Schritten, war Teil des Projektes.

Das Training umfasst 13 Treffen und je Teilnehmerin einen Außentermin für eine Videoaufnahme in ihrem beruflichen Arbeitsbereich. Gegliedert ist es in drei Blöcke, die von einem Kick-off und Auswertungstreffen eingerahmt werden.

- Block I beinhaltet die Grundlagen der Basiskommunikation (Fachbegriff aus dem Video-Home-Training),
- Block II Rollenspielsequenzen zur individuellen Hilfefrage,
- Block III Training on the Job.

Integratives Wohnen für ehemals drogenabhängige, alleinerziehende Mütter mit ihren Kindern

Frauen sind (manchmal...) auch Mütter. Eben dieser Teil ihrer Identität braucht auch eine Antwort. Das Bedürfnis, eine gute Mutter zu sein, ist existenziell. Die Entwicklung ihrer Mutterrolle sowie adäquater Verhaltensweisen brauchen Raum und Angebote. Es zeigt sich, dass dies einer allgemeinen persönlichen Entwicklung sehr förderlich ist. Besondere Anforderungen stellt diese extreme Doppelbelastung auch in Bezug auf die Alltagsbewältigung und berufliche Integration. Dazu kommt, dass ehemals drogenabhängige Mütter oft jahrelang mit ihren Kindern auf der „Szene“ sowie in Institutionen gelebt haben. Das bedeutet, auch die Kinder sind in hohem Maße nachsorge- und therapiebedürftig – und auch dafür brauchen die Mütter Antworten sowie Handlungskonzepte.

Das Konzept der Wohngruppe für diese Zielgruppe baut auf dem bei der SiT jahrelang erprobten Konzept integrativen Wohnens in Verbindung mit beruflicher Integration auf. Diese Wohngruppe ist ausschließlich Müttern vorbehalten und wird durch drei Komponenten wesentlich unterstützt:

- VHT – Angebot für Mutter / Kind als Individualmaßnahme, bewilligt nach dem KJHG.
- 14-tägige Mutter-Kind-Gruppe für alle Bewohner, in der auch mit den Prinzipien der Basiskommunikation gearbeitet wird. Inhaltlich stehen hier allgemeine praktische Fragen zur Erziehung und Entwicklung der Kinder, Beziehungsgestaltung und – differenzierung, Alltagsbewältigung als Kleinfamilien und WG, Freizeitgestaltung, Kinderbetreuungsfragen im Vordergrund.
- Teilzeitausbildung für die Mütter .

Die Methode

VIT basiert auf den Erkenntnissen des VHTs. Zur ausführlichen Information über VHT eignet sich die Webadresse: www.SPIN-eV.de.

Das Arbeitsmittel der Methode sind Videoaufnahmen, die der VHT-Trainer von gelungenen Momenten macht, nach bestimmten Interaktionskriterien und Lernzielen sichtet und für eine Rückschau mit den Teilnehmern/innen zusammenschneidet. In der Rückschau sorgt der Trainer für ein absolut positives Setting. Mit seiner Begleitung analysieren die Teil-

nehmer/innen selbst kleinste Elemente ihres Erfolges. Theoretische Grundlage sind Forschungen über gelungene Interaktionen. Die Ergebnisse finden sich im Überblick im Video-Interaktionsschema, das als Fahrplan für das Training betrachtet werden kann. Damit werden drei wesentliche Dinge erreicht: Die Teilnehmer haben ein absolut reelles Bild vor sich, ein Feed-Forward, wie sie erfolgreich aussehen und sein möchten, eine mächtige Dynamik des self-approaching entsteht. Die Phantasie bekommt eine gute Gestalt, das innere Selbstbild verändert sich.

In der Analyse wird ausschließlich positiv und aktivierend miteinander gearbeitet, dadurch können alte negative Muster nicht mehr benutzt werden, konstruktive Verhaltensweisen werden memoriert oder neu eingeübt.

Die Mikroanalyse, es geht tatsächlich um Zeitlupe und Standbilder, gibt sehr konkrete kleinste Schritte an. Die Aufgabe des Trainers ist es, hier den Klienten in ihren Erkenntnissen sehr sorgsam zu folgen und diese immer wieder lösungsorientiert an ihre Wünsche und Bedürfnisse anzubinden und zu benennen. Dadurch werden die Elemente erfolgreicher Interaktionen sehr konkret und jederzeit wiederholbar. Lernschritte und Tempo orientieren sich während der Rückschau ausschließlich am Weg der Teilnehmer/innen.

Die Art der Zusammenarbeit und mit Video ist Neuland, damit weitestgehend frei von Assoziationen, die an alte böse Erfahrungen anknüpfen. Hier werden neue, eigene Erkenntnisse ausgelöst. Mit dem Medium Video besteht die Möglichkeit, Erlebtes und Erinnertes in der Realität, mit einer zweiten Chance und vom Handlungsdruck entlastet, zu erleben, zu genießen und zu überprüfen. Zukünftige Reaktionsmöglichkeiten lassen sich entwickeln.

Eine frauenspezifische Methode?

Grundsätzlich lassen sich alle Interaktionszusammenhänge mit dieser Methode analysieren und entwickeln. Überall dort, wo Menschen ernsthaft miteinander umgehen, ist der Einsatz von VHT-Arbeitsweisen und Prinzipien interessant, es ändern sich zwar die Thematik und Intensivität, aber das Fundament ist das gleiche. Besonders erfolgreich ist es, wenn die Hilfefrage auf einem intensiven Beziehungsinteresse beruht, wie das zwischen Eltern und Kindern der Fall ist.

Und was war nun frauenspezifisch?

Das Rollenverständnis der Frauen unserer Zielgruppe definiert sich häufig über Beziehungsbilder, in denen die Frauen selten eigenständig sind, sondern sich über die Reaktionen und Zuwendungen der Partner bewerten, also verhaltene, reagierende Handlungskonzepte. Heterogene Gruppen und Wohngruppen haben hier besondere Stolperfallen. Der Wunsch nach Harmonie um jeden Preis siegt oft über notwendige Konfliktbewältigung, oftmals haben sie dafür auch nur unzureichende Handlungskonzepte, das innere Selbstbild ist nega-

tiv geprägt, Grenzen sind unklar oder werden nicht besetzt, Aggressivität richtet sich selten in geeigneter Form an die richtige Adresse.

Es hat mich beeindruckt, wie übereinstimmend alle Frauen in unseren Projekten ausgeprägte, sensible reaktive Kommunikationsmuster ausgebildet hatten. Im Empfangen von Botschaften waren sie Spezialistinnen. Deshalb ging es vor allem darum, zu lernen, gezielt Kontakte selbst aufzubauen, zu halten und auch abschließend zu beenden: kurzum, Kontakte aktiv und leitend zu gestalten und die Überzeugung zu gewinnen, dass dies gelingen wird, darauf aufbauend dann die Bewältigung eines Austausches in Gruppen, Meinungsbildung und Konfliktgespräche. Mit dieser Basis gelingt dann erfolgreich die Behauptung auch in geschlechtsgemischten Gruppen, in Arbeitskontakten und Ausbildungsgruppen.

Übereinstimmend haben alle Frauen berichtet, dass ihnen die Atmosphäre in einer reinen-Frauengruppe gut getan hat. Sie konnten sich auf inhaltliche Fragen konzentrieren, ohne Rollenerwartungen erfüllen zu müssen. Sie waren überrascht, wieviel echte Unterstützung sie durch die anderen Frauen erhielten und selber auch ganz besonders auf frauenspezifische Aspekte geben konnte.

Nun ja, und ob das gezielte Angebot für ehemals drogenabhängige Mütter frauenspezifisch ist, diese Frage erübrigt sich von selbst.

Das Fazit

Entscheidend ist für das Konzept, dass alle Aspekte des Frauenlebens bedacht werden und Raum bekommen. Im Vergleich mit anderen Förderansätzen unterscheidet es sich dadurch, dass vor die üblichen Angebote die Veränderung der Basiskommunikation und somit die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und hoher Kommunikationskompetenz vorge-schaltet und begleitend angeboten wird. Noch zu erwähnen sind Reaktionen des Umfeldes. Bei der SiT konnten positive Auswirkungen auch im Arbeitsbereich und Gruppengesprächen sehr rasch und deutlich beobachtet werden.

Gleiches gilt für Rückmeldungen aus der externen Kinderbetreuung. Innerhalb eines halben Jahres wandelten sich anfängliche Katastrophenrufe in die Frage: „Was ist denn mit Ihrem Kind passiert, das ist jetzt so toll, macht alles mit und hat hier viele Freunde?“ bis zu Reaktionen von zuständigen Bezirkssozialarbeitern im Jugendamt, die sehr erfreut waren, endlich zu erleben, dass Müttern aus der Drogenszene doch erfolgreich ein Angebot gemacht werden konnte, und an die Mütter Kompetenzrückmeldungen gaben.

Natürlich ist auch für uns vieles noch neu, überraschend, bestätigend, muss überprüft werden.

Der Prozess der Entwicklung oder Differenzierung wird weiterlaufen – und braucht noch einiges an Engagement. Aber wir erleben und spüren, wie lohnend diese Art der Arbeit ist, das fasziniert und motiviert. Wir hoffen, dass ein wenig davon rübergekommen ist.

VI. Workshop „Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen • Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“

Beitrag 1: Vom Besonderen zum Normalen Frauensuchtarbeit in der Praxis

von Heidi Gräble

Ich möchte zunächst einen Blick auf die Ursprünge der heutigen Frauensuchtarbeit richten und den Weg vom Besonderen über das Normale zum differenzierten Angebot von heute aufzeigen. Anschließend gehe ich auf die Inhalte und Notwendigkeiten und auf die Perspektiven frauengerechter Suchtarbeit ein.

Die hier vorgestellten Thesen basieren auf Erfahrungen der FrauenSucht-Beratung und Behandlung donna klara e.V..

Die FSBB ist in Schleswig-Holstein die einzige Suchthilfeeinrichtung, die explizit frauenspezifisch arbeitet.

Die Arbeitsschwerpunkte sind Beratung und ambulante Rehabilitation für Frauen mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und Hilfen bei Essstörungen sowie fachpolitische Arbeit, landesweite Koordination und Fortbildung.

Begonnen wurde mit der frauenspezifischen Suchtarbeit 1989 als thematischer Schwerpunkt in einem feministisch-psychosozialen Frauenprojekt. Seit 1996 arbeitet die FSBB unter diesem Namen in eigenen Räumen und hat seit 1998 die BfA-Anerkennung zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation.

Worum geht es?

In den vergangenen 20 Jahren ging es in der Suchtarbeit mit Frauen in erster Linie darum, ein Bewusstsein für die Anliegen von Frauen zu schaffen und frauenspezifische Angebote zu entwickeln. Das Besondere ist inzwischen normal geworden und inzwischen geht es darum, die Angebote weiter auszudifferenzieren.

Doch nach wie vor steht Frauensuchtarbeit in einem Spannungsfeld. Einerseits ist es ein sich weiterentwickelnder Arbeitsbereich, der durchaus messbare Erfolge erzielt und darin Anerkennung findet. Andererseits besteht die Diskrepanz in der Praxis darin, dass es noch gar nicht in allen Suchthilfeeinrichtungen frauenspezifische Angebote gibt, und nur selten einen eigenständigen frauenspezifischen Arbeitsbereich, dessen Angebot den Kriterien der DHS entsprechen. Gleichwohl sind bisherige Messinstrumente nicht geeignet, um Frauensuchtarbeit wirklich vergleichbar zu machen.

Dabei ist die Forderung nach einem flächendeckenden Ausbau frauenspezifischer Angebote in allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht unproblematisch.

Es besteht die Gefahr, dass unter steigendem Finanzdruck der Versuch unternommen wird, kostenneutrale Angebote für Frauen zu machen, d.h. ohne inhaltliche und fachliche Qualifikationen vorzuhalten und ohne Einbindung des Personals in geschlechtsspezifische Fortbildungsangebote und Supervision.

Suchtkrankenhilfe muss berücksichtigen, dass es häufig länger dauert, bis sich Frauenangebote in einer Einrichtung etabliert haben. Dabei muss eine längere Anlaufzeit eingeplant werden. Es darf nicht sein, wie es z.Zt. noch häufig praktiziert wird, dass Frauengruppen wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit wieder stillgelegt und in gemischte Gruppen umgewandelt werden. Frauensuchtarbeit muss konzeptionell verankert werden und einen ihr angemessenen Platz bekommen.

Es reicht deshalb nicht aus, pauschal zu sagen, dass gemischtgeschlechtliche Einrichtungen zukünftig auch ein frauenspezifisches Angebot machen sollen, sondern unter Qualitätsaspekten ist es notwendig, auch zu differenzieren und die Qualitätskriterien frauenspezifischer Suchtarbeit anzuwenden.

Hier liegt die Aufgabe und hierin liegt auch die Chance zu einem entscheidenden Entwicklungsschritt.

Denn solange in der Suchtkrankenhilfe die Frauenproblematik als Randgruppenproblematik behandelt wird, werden Frauen an sich zur Randgruppe gemacht. Und in Zeiten finanzieller Ressourcen scheint es dann legitim, frauenspezifische Hilfen – als Zusatzangebote für besonders schwierige Frauen – aus Gründen der Wirtschaftlichkeit aufzugeben.

Worin liegt die Qualität frauenspezifischer Suchtarbeit?

In frauenspezifischen Einrichtungen erfahren die Frauen, dass sie nicht als „Kategorie Frau“ wahrgenommen werden.

Frauenspezifische Suchtarbeit begreift Frauen nicht als eine Randgruppe mit spezifischen Problemen und die einzelnen Frauen stellen keine Besonderheit dar. Ihren Problemlagen entsprechend wird ein differenziertes Angebot vorgehalten, das die verschiedenen Lebensrealitäten der Frauen widerspiegelt und ihnen hilft, ihren eigenen Weg aus der Sucht heraus zu finden.

Rückblickend betrachtet scheint es so zu sein, dass das Engagement der Mitarbeiterinnen für frauenspezifische Suchtarbeit geduldet wird und Anerkennung findet, gleichzeitig wird scheinbar stillschweigend eine unsichtbare Trennlinie zwischen den besonders schwierigen und den „normalen“ Frauen gezogen. So entstand der Eindruck, dass in frauenspezifische Angebote demnach besondere Frauen kommen – jene mit „spezifischen“ Problemen, für die sich ein explizit „frauenspezifisches“ Angebot rechtfertigt – während für die Mehrzahl der

Frauen, jene scheinbar weniger problembeladenen – oder problematischen Frauen? – das traditionelle Angebot im Großen und Ganzen unverändert blieb.

Die Auseinandersetzung mit Benachteiligung und Diskriminierungen, Gewalt und Missbrauch, lesbisch sein und Sexualität hat für diese anderen Frauen scheinbar keine Bedeutung.

Ganz im Gegensatz zu den Erfahrungen in der frauenspezifischen Beratungsarbeit, in der die ratsuchenden Frauen diese Themen immer wieder zur Sprache brachten. Von Anfang an spielten Essstörungen, Angsterkrankungen und Depressionen zusätzlich zur Sucht eine große Rolle.

Was genau sind die Erfahrungen aus der frauenspezifischen Suchtarbeit?

Bei der Vielzahl aller Problemlagen verbindet die Frauen vor allem ihr hoher emotionaler Leidensdruck und ihre Ausrichtung auf persönliche Schuldvorwürfe und Versagensängste, ihre Unzufriedenheit mit ihrem Körper und ihrem Aussehen, ihrer Sexualität ... kurz gesagt: mit ihrem Leben als Frau.

Die sozialen Beziehungen zu Kindern, Partnern, Eltern, nehmen breiten Raum ein, ebenso das Gefühl der permanenten Überforderung und des Ungenügens.

Die Verzweiflung darüber richten die Frauen gegen sich selbst, sie klagen darüber, dass sie scheinbar verkehrt fühlen, falsch seien ... wir alle kennen das.

Emotionale Vernachlässigung, körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung kommen dann allmählich zur Sprache, wenn die Frauen sich intensiv davon überzeugt haben, dass sie sich nicht rechtfertigen müssen für das, was ihnen passiert ist, wie sie es erlebt haben, welche Auswirkungen diese Erfahrungen auf ihr Leben hatten.

Empirische Untersuchungen belegen Erfahrungen der Praxis, wonach suchtmittelabhängige Mädchen und Frauen in emotional sehr belasteten Familienverhältnissen aufwuchsen.

Die Frauen machen in ihren Familien Erfahrungen, die sich v.a. negativ auf die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls und die Fähigkeit zum Aufbau sozialer Bindungen auswirken. Darüber hinaus lassen sich vielfach psychische Störungen beobachten, v.a. Angststörungen und Depressionen, die häufig in direktem Zusammenhang mit Gewalterfahrungen stehen – ca. 30–50% der Frauen haben in Kindheit und Jugend sexuelle Gewalt erlebt, die im Erwachsenenalter häufig durch Partnerschaften und Prostitutionserfahrungen wiederholt werden. Traumatische Erfahrungen, die in selbstverletzendem Verhalten, psychosomatischen Krankheiten, dem Ausagieren der erlebten Verletzungen und in Suchtmittelmissbrauch Ausdruck finden.

In diesem Kontext kommt dem Suchtmittelmissbrauch eine doppelte Funktion zu, als Selbstmedikation zum Verdrängen des Erlebten und zum Er-Leben lustvoller Gefühlszustände, Zugehörigkeit und Schutz durch Unerreichbarkeit. Sucht wird zur Überlebenshilfe, das Suchtmittel ähnlich einem Arzneimittel benutzt.

Es sind demnach v.a. die fehlenden familiären, emotionalen Bindungen und die atmosphärischen Belastungen, die sich störend auf die Entwicklung von Mädchen auswirken und den Aufbau von Selbstvertrauen und Wertschätzung der eigenen Person verhindern. Auf ihrem biografischen Hintergrund entwickeln sie gebrochene Selbstkonzepte und erleben ihre geschlechtliche Selbstfindung widersprüchlich.

Als Mädchen und Frauen erleben sie sich defizitär und demzufolge verwundert es nicht, dass Verlorenheitsgefühle, Angst, Einsamkeit, Traurigkeit, Selbstekel, Scham und Schuldgefühle bei der Mehrzahl aller suchtmittelabhängigen Frauen im Vordergrund stehen.

Im Gegensatz dazu scheinen Männer eher gegen Gefühle der Machtlosigkeit und Unsicherheit, gegen aktuelle Frustrationen und strukturelle Einschränkungen anzukämpfen. Doch das ist ein anderes Thema. Insofern gibt es große Unterschiede zwischen den Bedingungen und den Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauchs bei Frauen und bei Männern.

Die Erfahrungen aus der frauenspezifischen Suchtarbeit legen den Eindruck nahe, dass in frauenspezifische Einrichtungen keine anderen – keine besonderen – Frauen kommen. Sie sind nicht grundsätzlich anders als in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen. Und sie sind grundsätzlich auch nicht schwerer therapierbar als andere Frauen, auch wenn dies in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen so zu sein scheint, weil sie dort nicht zurechtkommen. Es ist das falsche Angebot, welches die Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen vorfinden.

Von den Frauen, die vorher schon andere Stationen des Suchtkrankenhilfesystems kennen gelernt haben, wird immer wieder berichtet, dass sie über ihre Probleme bisher noch nirgendwo so offen sprechen konnten und wie froh sie seien, dass „es“ nun endlich raus sei.

Die Probleme süchtiger Frauen sind gleich, egal welche Hilfeinrichtung sie aufsuchen, sie sind nicht anders gelagert. Die Frauen sind nicht stärker gestört und nicht schwerer therapierbar – aber sie sind anders als Männer – und brauchen andere Hilfen.

Es gibt keine geschlechtsneutralen Hilfsangebote, da das Klientel nicht geschlechtslos ist. Die Realität sieht so aus, dass überwiegend Männer die gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen aufsuchen (stationär 81% und ambulant 88 % der Männer!!) und allein dadurch das Klima und die informellen Strukturen der Einrichtungen dominieren und zweifelsohne auch den therapeutischen Prozess mit ihren Themen überlagern.

Rollenstereotype und traditionelle Geschlechterordnungen können so nicht wirklich aufgebrochen werden, ein Schutzraum nicht gewährt werden.

Die Frage ist also: Worin unterscheiden sich frauenspezifische von gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen?

Und die Antwort lautet:

Sie sind anders!

Sie unterscheiden sich in allem, was sie tun:

In den männerfreien Räumen wird den Frauen wortlos der Eindruck vermittelt, dass sie hier richtig sind:

Geschützt, wertgeschätzt, unter sich.

Was sind genau die Inhalte frauenspezifischer Suchtarbeit?

Frauen kommen in frauenspezifische Einrichtungen und finden einen Ort vor, wo sie mit ihren Themen gesehen werden. In einer angstfreien Atmosphäre können sie ihre Verletzungen ansprechen, finden sich in ihrem emotionalen Leidensdruck verstanden und können sich ohne Rechtfertigungsversuch mit ihren psychischen Kränkungen und Defiziten auseinandersetzen. Dabei erfahren sie ganz nebenbei eine Rollenerweiterung, durchleben Wertschätzung und Konkurrenz unter Frauen und erlernen weibliche Strategien und Kompetenzen im Umgang mit Lebenskrisen durch das Mitteilen und Miterleben mit anderen Frauen.

Nur in Frauengruppen können Frauen ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln und lernen, sich als Gleiche in ihrer Verschiedenheit zu respektieren und wertzuschätzen.

In Frauengruppen können sie ihre Verschiedenheit leben und daran lernen. Denn Frauen sind natürlich keine homogene Gruppe – sie sind unterschiedlich einfühlsam, unterschiedlich im Ausleben von Aggressivität, unterschiedlich in der Art, mit Emotionen umzugehen, unterschiedlich durchsetzungsfähig (Gudrun Axeli Knapp) und doch teilen Sie ein gemeinsames Schicksal, machen vergleichbare Erfahrungen.

Ihre strukturellen Bedingungen sind ähnlich: Beispielsweise die Vereinbarungsproblematik von Beruf und Familie ist ein Thema, das v.a. Frauen beschäftigt, sowie Erfahrungen von Abwertung, sexistischer Gewalt und Diskriminierung ebenfalls.

Gleichwohl machen Frauen unterschiedliche Erfahrungen von Anerkennung und Abwertung, haben unterschiedliche soziale und materielle Voraussetzungen, die sich in ihrem Selbstkonzept niederschlagen, ihr Bild von der gesellschaftlichen Realität formen und die in die Ausprägung ihrer Weiblichkeit einfließen. Frauen sind nicht besonders, sie sind keine homogene Gruppe, Frauen machen aber vergleichbare Erfahrungen – doch Frauen und Männer sind Menschen und Menschen sind verschieden und Frauen sind anders als Männer.

Die Erfahrungen, das Erleben und die Probleme von Frauen und Männern unterscheiden sich.

Die Vielfalt ist normal!

Welche Perspektiven ergeben sich daraus für die Suchtarbeit?

Hilfsangebote für Frauen und Männer müssen nach Geschlechtern und Problemlagen differenziert werden.

Alte Frauen und Mütter mit kleinen Kindern, berufstätige und arbeitslose Frauen und Migrantinnen verbindet zwar das „Frau sein“ an sich, aber sie unterscheiden sich in ihren aktuellen Lebensrealitäten und brauchen differenzierte Konzepte und Angebote.

Frauenspezifische Suchtarbeit bietet eine Unterstützung, die Frauen in ihrer Individualität fördert und Raum lässt zum Ausprobieren ihrer Vielschichtigkeit. Weiblichkeit wird als etwas Veränderbares begriffen, als sich Wandelndes und stets neu zu definierendes Konstrukt, in dem jede Frau ihren Platz finden muss.

Das geht nicht ohne Auseinandersetzung, ist mit Angst und Schmerz verbunden und braucht Zeit – und es erfordert einen männerfreien Schutz- und Schonraum, um Verletzungen zu offenbaren und Heilungsprozesse zu initiieren.

Die Aufgabe der Therapeutinnen ist es, die weiblichen Lebensrealitäten zu benennen, anzuerkennen und sie ermutigend und bergend aufzugreifen.

Für die Frauen bedeutet es, sich auf einen Prozess der Selbstverantwortung und Individuation einzulassen und abhängige Lebensmuster zu entmystifizieren, also ein neues individuell – weibliches Lebenskonzept zu entwerfen und das bisher gelebte Rollenklischee als unbrauchbar für sich zu entlarven.

Welche Richtung muss die Fachpolitik einschlagen?

Suchtkrankenhilfe muss diese Unterschiede in Lebensgeschichten, Belastungs- und Reaktionsweisen suchtmittelabhängiger Frauen und Männer zur Kenntnis nehmen und ihnen Rechnung tragen.

Die traditionelle Suchtarbeit muss sich einem Wandel unterziehen. Weg von den angeblich geschlechtsneutralen Erklärungskonzepten von Suchtentstehung und Abhängigkeitserkrankungen zu einem Modell, welches die Ergebnisse der Geschlechterforschung berücksichtigt und diese in ihren Angeboten widerspiegelt.

Eine zentrale Forderung ist hierbei die Überarbeitung des Menschenbildes in den Einrichtungskonzeptionen und eine Verankerung geschlechtsdifferenzierter Angebote mit finanzieller Absicherung, d.h. unabhängig vom aktuellen Frauenanteil in den Einrichtungen.

Denn eine qualitative Entwicklung im Bereich der Suchtkrankenhilfe für Frauen und Männer muss ihren Niederschlag auch einrichtungsintern finden.

Das Besondere ist inzwischen normal geworden. Nun ist es an der Zeit, die Erfahrungen dieser Arbeit auszuwerten und die Ergebnisse der Frauensuchtforschung in den theoretischen Konzepten und Einrichtungskonzeptionen der Suchtarbeit zu berücksichtigen.

Perspektivisch heißt das weg von „der Suchtarbeit“ hin zu einer geschlechtsdifferenzierten Suchtarbeit, mit qualifizierten, frauenspezifischen Angeboten für differenzierte Lebensrealitäten von Frauen.

VI. Workshop „Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen • Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“

Beitrag 2: Die Frauentherapieeinrichtung „Camille“

von Annegret Stelz

Die therapeutische Wohngemeinschaft für suchtmittelabhängige Frauen „Camille“ wurde im August 1992 eröffnet. Diese Frauentherapieeinrichtung war und ist eine Modellprojektförderung des Landes Hessen und ist die Einzige in Hessen. In diesem Jahr konnte „Camille“ ihr 10-jähriges Bestehen feiern. Als im Jahre 1989 engagierte Frauen aus unterschiedlichsten Bereichen der Suchthilfe den Verein Calla e. V. gründeten und die Frauensuchtarbeit nur bruchstückhaft in Hessen existierte, dachten erst mal nur wenige, dass daraus „Claire“-Beratungsbüro für suchtmittelabhängige Frauen und infolge „Camille“ sowie die Nachsorge „Carlotta“ entstehen würden.

Trotz aller Weiterentwicklung ist es für unsere Einrichtungen immer wieder ein Kampf um die öffentlichen Gelder und es besteht als Frauensuchteinrichtung Legitimationszwang. Braucht „man“ denn noch solche frauenspezifischen Einrichtungen? oder ein Satz wie „Das wird doch auch in den gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen angeboten (Frauentherapiegruppe)“. Es scheint, dass suchtmittelabhängige Frauen, immer noch als Randgruppe in der Suchtkrankenhilfe angesehen werden, für die es so manche Spezialangebote geben muss. Jedoch in Zeiten der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen wird oftmals überlegt, z. B. ob „man“ nicht die Frauengruppe wieder schließt wegen der mangelnden Nachfrage innerhalb einer gemischtgeschlechtlichen Einrichtung oder ob „man“ nicht die kleineren Fraueneinrichtungen zu Gunsten der Großen schließt.

Unsere Einrichtung „Camille“ beauftragte im Winter 1999/2000 das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS), um eine Evaluationsstudie durchzuführen, die auch eine Katamnesebefragung und eine Befragung der Kundinnenzufriedenheit enthielt. Einerseits war es für uns als Frauensuchteinrichtung wichtig zu wissen, was sind die Effekte unserer frauenspezifischen Therapie und wird unser Angebot von den Klientinnen angenommen und gewürdigt sowie welche suchtmittelabhängigen Frauen nehmen unser Angebot war. Gerade in diesen Zeiten des zunehmenden Kosten- und Legitimationsdrucks war es uns wichtig, unsere Arbeit von außen bewerten zu lassen. Auf die Studie wird im Verlauf noch eingegangen werden.

Was finden drogenabhängige Frauen in der Therapieeinrichtung „Camille“ vor?

Ein Behandlungssetting von maximal 11 Klientinnen und keine eingerichteten Zimmer mit teilweiser Mehrfachbelegung: sondern das individuelle Einrichten der Zimmer wird als Pro-

zess des Bei-sich-Ankommens gesehen. Kein Pflegesatz finanzierte Einrichtungen deren Auflagen, z. Bsp. von einer ärztlichen Leitung bis hin zu einer festgelegten Therapiedauer reichen. Die Klientinnen werden von uns als Expertinnen ihrer Entwicklungsprozesse betrachtet und werden aufgefordert, eigenverantwortlich zu werden. Die Alltagsregeln, Ausgänge, Kontakte werden in der Bewohnerinnengruppe mit dem Team bzw. einzelnen Teamerinnen gemeinsam diskutiert und besprochen.

Trotz allem steht am Anfang eine 6-wöchige Kontaktsperre, in der die Frauen sich möglichst ungestört im Haus einleben können. In dieser Zeit können sie sich in Begleitung anderer Klientinnen in unserer Stadt aufhalten. Danach können sie wieder Kontakte zu den Eltern, Partnerinnen, Kindern, Beraterinnen, Freundinnen aufnehmen. Das Wesentliche, auch schon innerhalb der Kontaktsperre bezüglich der Telefonate ist, dass sowohl Mitklientinnen als auch Mitarbeiterinnen von der Klientin erfahren, welcher Art die Beziehung zu der jeweiligen Person ist. Da den Klientinnen unsererseits viel Selbstverantwortung zugestanden wird, ist es wichtig, dass sie sich selbst besser kennenlernen und die Mitarbeiterinnen sie ebenso gut kennen lernen. Deshalb hat jede Klientin noch eine Bezugstherapeutin, mit der sie therapeutische Einzelgespräche führt und die sich auch sozialarbeiterisch um sie kümmert.

Des Weiteren findet zweimal in der Woche eine Therapiegruppe statt, in der es um die Suchtproblematik und die Psychodynamik der Klientinnen geht. Der therapeutische Rahmen wird ergänzt durch die Schreibgruppe und die Malgruppe, in denen mit Übungen des Kreativen Schreibens und der Poesietherapie bzw. der Maltherapie dem Unaussprechbaren Raum und Kontur gegeben werden kann. Körperarbeit und andere kreative Medien fließen ebenso in die therapeutische Arbeit mit ein. Speziell für Klientinnen, die Kinder bekommen haben, gibt es eine „Müttergruppe“ in der Einrichtung.

Was finden die Klientinnen noch vor?

Das Zusammenleben ist organisiert wie in einer Wohngemeinschaft. Alle häuslichen Dienste werden jede Woche neu untereinander aufgeteilt. Darüber hinaus treffen die Bewohnerinnen sich zusätzlich dreimal in der Woche zu festgelegten Zeiten in der Gruppe ohne Therapeutinnen; einmal, um organisatorische Dinge zu besprechen und zweimal zu einem kurzen sogenannten „Blitzlicht“. Dadurch lernen die Bewohnerinnen sich selbst und einander gut kennen. In diesem dichten Kommunikationsnetz gibt es Platz für ihre Ängste, Sorgen, Bedürfnisse, Wünsche. In dieser Atmosphäre, der „Hilfe zur Selbsthilfe“, können sie sich gegenseitig aktiv unterstützen und so neue Handlungsmöglichkeiten erarbeiten. In der „Fun factory“, werden die Klientinnen unterstützt, ihre kreativen und sportlichen Neigungen wieder zu beleben und Kurse, Sportstätten außerhalb der Einrichtung zu besuchen.

Ebenso können nach dreimonatigem Aufenthalt Arbeitsstunden abgeleistet werden oder „frau“ kann sich einen Job suchen. Dies alles nach 17 Uhr- nach der Therapiezeit. Zur beruflichen Orientierung werden ab dem sechsten Aufenthaltsmonat Praktika absolviert und eine

Arbeitsgruppe in der Einrichtung angeboten. Sinnvolle Freizeitgestaltungsarten kennenzulernen, berufliche Perspektiven zu entwickeln, ist für die Klientinnen sehr wichtig sowie draußen drogenfreie Kontakte aufzubauen. Diese außerhalb erlebten Erfahrungen mitzuteilen und bei Frustrationen zu erfahren, dass dies nicht mit Suchtmittelkonsum beantwortet werden muss, stärkt die einzelne Klientin bei ihrem Prozess des suchtmittelfreien Lebens.

Oder eine Klientin erzählt von einem aktuellen Konflikt mit ihrem Freund, dies bietet den Mitklientinnen die Gelegenheit, selbst über ihre eigenen Beziehungsmuster nachzudenken. An dem zuvor Mitgeteilte wird deutlich, wie die frauenspezifische Therapie bei „Camille“ ihren Ausdruck findet.

Die Standards der frauenspezifischen Therapie, parteilich als Therapeutin den Prozess zu begleiten, dass Klientinnen ihre geschlechtsspezifische Rolle im gesellschaftlichen Kontext reflektieren lernen, dass sie über Prostitution und Traumata sprechen dürfen, die Ressourcenorientierung an der jeweiligen Klientin und einiges andere mehr findet „frau“ bei „Camille“ vor.

Falls sich abhängige Frauen entscheiden, in unsere Einrichtung zu gehen, ist dies für sie ein mutiger Schritt. Oftmals sind aus früheren Erfahrungen heraus Beziehungen zu Frauen von großer Abneigung geprägt. Sie erlebten sich als Konkurrenz auf dem Strich oder auf der Szene. An der traditionellen Frauenrolle sind sie gescheitert oder sie lehnten diese ab. Das weibliche Körperbild ist oft fragmentiert und mit Hassgefühlen gekoppelt. Der Selbstwert der jeweiligen Klientin ist am Minuspol angelangt. Die Klientinnen erleben bei „Camille“, dass es möglich ist, sich wieder in seiner Frauenhaut wohl zu fühlen und sich selbst wert zu schätzen. Diese Prozesse dauern bei jeder Frau unterschiedlich lange. Deshalb arbeitet „Camille“ mit individuellen Therapieplänen. Dies bezieht sich auch auf die Aufenthaltsdauer.

Den Klientinnen die Möglichkeit zu geben, ihr Selbstbewusstsein wieder aufzubauen, dass es möglich ist, sich ohne Männer im Alltag etwas zuzutrauen sowie eine eigene Lebensperspektive zu entwickeln. Des Weiteren ist unsere Haltung gegenüber den Klientinnen unter anderem, dass sie eine Menge an Ressourcen mitbringen und sie nicht nur süchtig sind. Die Individualität der Klientinnen wird gefördert und gestärkt. Ein Therapieziel kann dann bedeuten, wieder mit einem Partner zusammen zu leben oder sich als homosexuelle Frau zu outen und dies zu leben sowie eine Familie zu gründen. Vor allem ist uns wichtig, dass die Frauen wieder Lust am Leben/an ihrem Leben finden.

Unter anderem wollte „Camille“ wissen, welche suchtmittelabhängigen Frauen nehmen unser Angebot war und unterscheiden sie sich eventuell von anderen süchtigen Frauen. Es wurden die Aufnahme – und Entlassungsdaten von 90 Klientinnen erfasst und ausgewertet, seit Bestehen der Einrichtung.

Hier nun die Ergebnisse dieser Arbeit:

Das Altersspektrum befindet sich zwischen 20 Jahren und bis zu 29 Jahren. Der Durchschnittswert der Klientinnen ist 26 Jahre alt und ist somit etwas jünger als in anderen Einrichtungen der Drogenhilfe. Zu „Camille“ kommen langjährig Abhängige. Im Durchschnitt sind die Frauen 8,5 Jahre abhängig. Die Hauptdrogen sind Heroin und Kokain und es herrscht ein polyvalenter Substanzgebrauch vor. Mehrheitlich kommen ledige Frauen in die Einrichtung und Frauen die keine feste Partnerbeziehung vor der Aufnahme hatten. 12% der aufgenommenen Frauen hatten vor der Aufnahme eine Partnerin.

44 % der Frauen hatten vor Aufnahme einen Hauptschulabschluss, 43 % einen Realschulabschluss. 35 % verfügten vor Aufnahme nur über eine abgeschlossene Berufsausbildung und 61% lebten vor Aufnahme von der Sozialhilfe oder anderen Sozialversicherungssystemen. Von sexuellen Übergriffen im Kindes- und Jugendalter berichtete jede dritte Frau bei „Camille“. Die Hälfte aller Frauen in „Camille“ erzählten von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter. Ebenso waren es 51 %, die als Erwachsene Gewalterfahrungen erlebten und 70 % der Frauen, die als Kinder oder Jugendliche Opfer von Gewalt waren, setzte sich dies im Erwachsenenalter fort. Des Weiteren blieben Zweidrittel der Frauen von Gewalt verschont, die selbst keine Erfahrungen in Kindheit und Jugend machen mußten.

Fazit von Renate Simmedinger und Martin Schmid über das bisherige Klientel von „Camille“ ist, „dass es sich bei den ehemaligen Klientinnen offensichtlich um eine spezifische Untergruppe drogenabhängiger Frauen handelt. Im Vergleich zu den Klientinnen in anderen stationären Einrichtungen in der Drogenhilfe kommen die Klientinnen von „Camille“ aus den Altersgruppen der 20- bis 29-Jährigen. Sie sind häufiger ledig und haben weniger häufig Kinder. Sie verfügen über eine bessere Schulbildung. Gleichzeitig ist ihre Wohnsituation schlechter und sie leben häufiger von Sozialhilfe. Viele weisen eine relativ lange Drogenkarriere auf und waren schon einmal in Haft. Zugleich zeigen sich bei den Klientinnen hohe Vorbelastungen, wie Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen und Gewalt.“

Eine weitere Frage war die nach den Effekten der frauenspezifischen Therapie. Die Ergebnisse wurden als Haltequote, Drogenfreiheit, planmäßige Beendigung, soziale Integration und an der Lebenszufriedenheit gemessen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug von August 1992 bis Juni 1999, 7,5 Monate. In den ersten vier Monaten bei „Camille“, brachen 38 % die Behandlung ab. Vergleichswerte des Systems SEDOS 98, kommen auf einen Abbruchwert von 60 % der Klientinnen. Nach sechs Monaten verblieben noch 50% der Klientinnen bei „Camille“. Das System SEDOS 98 erfasste einen Wert von 26 % der Klientinnen, die nach sechs Monaten verblieben.

Simmedinger und Schmid stellten fest, dass trotz der hohen Problembelastung, die bei den Klientinnen vorlag, selbst die Haltequote – insbesondere in den ersten drei Monaten – sehr hoch war.

Innerhalb der Einrichtung gibt es drei Kategorien zur Beendigung: Reguläre Beendigung mit Therapieabschluss, vorzeitiges Therapieende durch Abbruch oder Ausschluss und eine dazwischenliegende Kategorie, die sich nennt, Therapie beendet ohne Therapieabschluss. Die Untersucher, Simmedinger und Schmid, erfassten zwei verschiedene Abschlüsse. Einmal „planmäßiger Abschluss“ gleich regulärer Behandlungsabschluss und „Unplanmäßiger Abschluss“, der Klientinnen erfasste mit allen übrigen Behandlungsabschlüssen.

Die Prozentzahlen der Kategorie „Therapie regulär beendet“ lagen von 48 bis zu 57 %, je nachdem, ob die dazwischenliegende Kategorie von „Camille“, „Therapie beendet ohne Therapieabschluss“ mit in die Berechnung eingeflossen war. Der Einrichtung wird in dieser Studie, „ein bemerkenswert erfolgreiches Ergebnis“ bezüglich der planmäßig beendeten Therapien bescheinigt.

Eingegangen wurde des Weiteren auf die Therapieabbrüche der Frauen. Wahrscheinlich wirkte sich eine bestehende Partnerschaft vor der Aufnahme negativ auf den planmäßigen Therapieerfolg aus (Trennung) sowie die Gewalterfahrungen und die sexuellen Übergriffe im Kindes- und Jugendalter. Sie wirken als erhöhte Risikofaktoren, „die einen unplanmäßigen Abschluss wahrscheinlicher machen.“ Jedoch weisen die Untersucher in der Studie auch darauf hin, dass trotz starker Traumatisierung immerhin 44 % der Frauen, die sexuelle Übergriffe in der Kindheit und Jugend erfahren mussten, ihre Therapie planmäßig bei „Camille“ abgeschlossen haben.

Für den Indikator „Abstinenz“ wurden katamnestische Daten erhoben. Von den 90 Klientinnen, die sich bei „Camille“ aufhielten, konnten aus unterschiedlichsten Gründen nur 55 Anschreiben zugestellt werden. Davon beteiligten sich 39 Frauen, was einem Rücklauf von 71 % entspricht. R. Simmedinger und M. Schmid resümierten bezüglich der planmäßig beendeten Therapien bei „Camille“, dass davon 40 % der Frauen nach durchschnittlich vier Jahren völlig abstinent in Bezug auf Alkohol und illegale Drogen lebt.

Der Wert bezüglich Abstinenz nach erfolgter abgeschlossener Therapie lag bei 58 %, wenn der Fokus auf illegale Drogen gelegt wurde und ein gelegentlicher Alkoholkonsum als unproblematisch angesehen wurde. Der Anteil von ehemaligen Klientinnen, die ihre Therapie regulär beendet hatten und keine harten illegalen Drogen wie Heroin und Kokain konsumierten, lag bei mindestens 65 %. Insgesamt konsumierten 74 % der Frauen, die sich an der Katamnese beteiligten, keinerlei illegale Drogen nach einem Zeitraum von vier Jahren.

In Bezug auf soziale Integration und Lebenszufriedenheit nach erfolgter Therapie ergab sich, dass 69 % der Frauen eine Partnerschaft eingegangen waren, dass der Kontakt zu den eigenen Kindern sich wesentlich verbessert hatte, dass 70 % der Frauen in einer eigenen Wohnung lebten, dass gute soziale Kontakte zu Freunden und Bekannten, die keine illegalen Drogen konsumierten bestanden und dass der Lebensunterhalt überwiegend aus Erwerbsarbeit bestritten wurde.

Des Weiteren wurden in der Katamnese Fragen bezüglich der Kundinnenzufriedenheit gestellt. Wie beurteilten ehemalige Klientinnen das frauenspezifische Angebot, wie z. B. die Einzel- und Gruppengespräche, die themenspezifischen Gruppen (Schreib- u. Kreativgruppe, Müttergruppe), die konzeptionellen Besonderheiten der Einrichtung (Wochenende ohne Bezugspersonen, Regeln, Bewohnerinnengruppe, keine Männer im Haus).

R. Simmedinger und M. Schmid konstatierten über die ermittelten Werte, dass „alle Fragen im Durchschnitt positiv beantwortet wurden. Generell drücken diese Angaben somit eine hohe und weitgehend übereinstimmende Klientinnenzufriedenheit aus.“ Ebenso wird gegen Ende der Studie noch einmal darauf hingewiesen, wie „sehr positiv“ die gegebenen Antworten ausgefallen sind und sich die Hypothese bestätigt habe, dass „Camille“ eine hohe Akzeptanz bei den ehemaligen Klientinnen erreicht habe.

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass die Hypothese, dass die Frauentherapieeinrichtung „Camille“ „zu besseren Ergebnissen führt als bei Frauen in gemischtgeschlechtlichen stationären Einrichtungen“, bestätigt wurde.

Ob die guten Ergebnisse der Studie dazu führen werden, dass unsere Einrichtung auch noch in fünf oder in zehn Jahren besteht, wird sich zeigen. Auch ist die Einrichtung „Camille“ immer wieder von Kürzungen bedroht. Der Personalstand kann nur gehalten werden, wenn nicht noch mehr von den Kostenträgern eingespart wird, und wer zu uns kommt, in unser Haus, wird es sehen. Ungeschminkt gesagt, das Equipment ist mehr als bescheiden. Teilweise wird versucht, über Fundraising fehlende Gelder zu beschaffen. Doch der Personalschlüssel ist seit Jahren gleich und unser bestehendes konzeptionelles Angebot sollte auch bleiben.

Gleichzeitig wächst der Druck von außen. Da „Camille“ bisher nicht „richtig“ einzuordnen war, bekam sie den Status der Sonderberatungsstelle und somit muss innerhalb der Einrichtung mit Horizont dokumentiert werden. Vieles darin ist speziell für die Beratungsstellenarbeit zugeschnitten und somit mussten eigene Kategorien gefunden werden. Ungeschminkt gesagt, es kostet ja nur etwas Zeit. Da gibt es dann Überlegungen, die Poesitherapie zu den Akten zu legen oder die Klientinnen könnten dies auf der Selbsthilfebasis ausüben.

Hinzu kommt noch, dass die Frauentherapie „Camille“ immer noch mit Vorurteilen zu kämpfen hat. Geht „frau“ als Mitarbeiterin in eine Entgiftung oder in eine Übergangseinrichtung, bekommt „frau“ nicht nur von den dortigen Klienten zu hören, dass „frau“ bei „Camille“ lesbisch wird oder nur Lesben dort ihre Therapie machen, dass „Camille“ männerfeindlich ist und die Klientinnen bei „Camille“ keine Männerbeziehungen haben dürfen. Viele Klientinnen, die „Camille“ noch nicht kennen denken ähnlich. Da „Camille“ eine Mischfinanzierung seit zehn Jahren hat und eine pflegesatzunabhängige Einrichtung ist, ist ungeschminkt gesagt, jede Kostenzusage so individuell wie die Klientin. Es erfordert einen hohen perso-

nellen Zeitaufwand. Ein weiterer Trend, der seit ca. 1,5 Jahren zu beobachten ist, ist dass die Bewerberinnen, die zu „Camille“ möchten, jünger werden. Inzwischen sind diese jungen Klientinnen, gerade mal 18 Jahre alt, in der Einrichtung angekommen. Sie haben früh mit illegalen Drogen angefangen und kommen zunehmend aus Familien, wo nicht nur ein Elternteil alkoholkrank oder medikamentenabhängig ist. Manchmal haben die Klientinnen mit dem eigenen Vater gefixt. Das trifft nicht nur auf die jüngeren Frauen zu. Zunehmend scheint die Generation zu uns zu gelangen, deren Eltern selbst von illegalen Drogen abhängig waren oder es noch sind.

Viele so genannte Grundkenntnisse des Alltags fehlen. Inzwischen gibt es Überlegungen, ob diese Frauen nicht ein Mehr an Pädagogik bräuchten. Da so vieles im Elternhaus nicht gelaufen ist, wie z. B. Zimmer aufräumen, eigene Körperhygiene, Wäsche waschen, Lebensmittel einkaufen und zu einem Gericht zu verarbeiten etc.). Ähnliches wird aus unserer Nachsorge „Carlotta“ berichtet. Trotz einiger Erschwernisse gibt es immer wieder große Zuversicht und Engagement für die Einrichtung „Camille“ sowie auch das stetige Bestreben, die Qualität der Einrichtung dauerhaft zu sichern und weiterhin zu verbessern. Damit sucht-mittelabhängige Frauen, auch in Zukunft, ihrem „Frau sein“ ohne Drogen eine Chance geben können und wieder Lust am eigenen „Frau sein“ bekommen.

Checkliste:

Die Wirkung von			
S1	S2	S3	
_____	_____	_____	entspannt mich
_____	_____	_____	hilft mir gegen Angst
_____	_____	_____	macht mich mutiger
_____	_____	_____	hilft gegen Schmerzen
_____	_____	_____	macht mich geselliger
_____	_____	_____	hebt meine Stimmung
_____	_____	_____	macht mich einfallsreich
_____	_____	_____	hilft mir, wenn ich gehemmt bin
_____	_____	_____	beruhigt mich
_____	_____	_____	hilft mir bei sexuellen Schwierigkeiten
_____	_____	_____	hilft mir, zu vergessen
_____	_____	_____	hilft mir dabei, mich abzulenken
_____	_____	_____	hilft mir bei Autoritäten
_____	_____	_____	erleichtert meine Probleme
_____	_____	_____	hilft mir gegen Langeweile
_____	_____	_____	steigert bei mir den Genuss
_____	_____	_____	gibt mir Kraft
_____	_____	_____	lässt mich die Dinge optimistisch sehen
_____	_____	_____	hilft mir einfach, mich wohl zu fühlen
_____	_____	_____	lässt mich alles etwas leichter nehmen
_____	_____	_____	regt meinen Appetit an
_____	_____	_____	macht mich leistungsfähiger
_____	_____	_____	hemmt meinen Appetit
_____	_____	_____	hilft mir, gut zu schlafen

VI. Workshop „Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Frauen • Resümee – aktuelle Situation – Zukunft“

Beitrag 3: Vorstellung des Projektes StoffBruch

von Katharina Sonn

Das Projekt StoffBruch entstand 1991 im Ostteil der Stadt, und begleitet suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Mädchen und Frauen bei der Entscheidung für ein suchtmittelfreies Leben.

Ambulante Therapie bei StoffBruch blickt auf eine lange Geschichte zurück. Seit November 1994 ist bei StoffBruch das Modellprojekt „Ambulante Therapie für suchtmittelabhängige Frauen“ integriert. Es wurde im Rahmen des Bundesmodellprogramms Inthis entwickelt, und 3 Jahre von FOGS wissenschaftlich begleitet. Damit konnten wir die Kette „Beratung – ambulante Therapie – Nachsorge“ schließen und unserem Angebotsnetz einen weiteren wichtigen, Baustein hinzufügen.

Seither ist viel passiert:

- der Antrag auf ambulante Reha Sucht nach EVARS Richtlinien wurde 1999 in Kooperation mit der Medikamentenberatungsstelle SchwindelFrei bewilligt.
- Damit war die Frauenspezifität bei den Rentenversicherungsträgern öffentlich anerkannt. Seit der EVARS Anerkennung haben insgesamt 48 Frauen eine ambulante Therapie bei StoffBruch gemacht. Davon haben 12 Frauen ihre Therapie vorzeitig abgebrochen, 75 % haben ihre Therapie beendet.

Unsere Zielgruppe:

- Junge Frauen zwischen 19–25 Jahren, die in erster Linie amphetamin- und kokainabhängig sind und ausnahmslos mehr oder minder starke Essstörungen haben. Themen sind hier Aggressionshemmung, Gewaltphantasien, soziale Kompetenzen, Widerstand gegen soziale Einflüsse, die letztendlich Anlass zum Drogenkonsum gaben. Selbstverletzendes Verhalten und Gewalterfahrungen spielen hier ebenso eine wichtige Rolle. Eine Nachsozialisierung ist neben erzieherischen Komponenten indiziert.
- Alkoholikerinnen zwischen 28 und 36 Jahren sozial integriert, berufstätig. Hier geht es um Stabilisierung der Abstinenz und um Erkennen und Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit, die die Lebensrealität der Frauen grundlegend zu verändern vermag.
- Die „klassische Heroinabhängige“ durchschnittlich zwischen 30 und 40 Jahren. Die Themen entsprechen denjenigen der jungen Frauen. Auch hier ist eine Nachsozialisierung erforderlich sowie das Erlangen kommunikativer Fähigkeiten und die Entwicklung von Perspektiven im reiferen Lebensabschnitt. Grundlegendere Entscheidungen sind angesagt und notwendig.

Für alle Frauen gilt, dass sie zunehmend mit psychiatrischen Diagnosen zur ambulanten Therapie kommen.

Der Prozess

Grundsätzlich ist der Beratungsbereich die erste Anlaufstelle für jede Klientin. Hier wird gemeinsam im Erstgespräch oder in mehreren Gesprächen der Bedarf der Frau, d.h. was will sie und was braucht sie, geklärt. Wenn sie sich für eine Ambulante Therapie entscheidet, wird genau geprüft, wie tragfähig ihr soziales Umfeld ist, wie es um innere und äußere Ressourcen bestellt ist. Dieser Entscheidungsprozess, der grundlegend auch die Sinnhaftigkeit der ambulanten Therapie für die Klientin feststellt, wird begleitet durch Intervision und Fallsupervision für die jeweilige Beraterin. Die Ärztin bewertet den jeweiligen Fall im Fachteam und aus medizinischer Sicht. Sämtliche Formalitäten (Anamnese, Sozialbericht) werden ebenso im Beratungssetting erledigt.

Ist dieser Einstiegsprozess abgeschlossen, kann ein Wechsel zur Therapeutin stattfinden. Diese Struktur trägt in erster Linie zur klaren Grenzsetzung zwischen Beratung und Therapie bei. Die Settings werden somit nicht verwässert und es werden keine Prozesse angeschoben, die u.a. in die Therapie gehören würden. Die Rollenklarheit der Teamfrauen bleibt erhalten.

Der Bedarf

Im Prozess:

Frauen brauchen ein klares Gegenüber, das sie aus ihrer Heimlichkeit heraus bringt: Therapeutinnen und Beraterinnen, denen sie vertrauen und die ihre Wahrnehmung bestätigen, ihnen Entscheidungshilfen geben und sie auf ihrem individuellen Weg unterstützen. Für jede sieht dieser Weg anders aus und entspricht nicht immer unseren Ansprüchen; d. h. eine Transparenz über das Machtgefälle zwischen Therapeutin und Klientin durchschaubar zu machen und zu verringern, im Bewusstsein, dass das Gefälle auch einen therapeutischen Sinn ergibt, der einen verantwortlichen empathischen Umgang erfordert.

An Kompetenz und Flexibilität:

Der Bedarf akzentuiert sich durch das, was die Frauen mitbringen, wie z.B. die steigende Zahl von Frauen mit politoxem Konsummuster und psychiatrischen Diagnosen. Das erfordert von der Therapeutin ein hohes Maß an fachlicher, persönlicher Kompetenz und psychotherapeutischer Professionalität.

Das Mitgestaltungsrecht der Klientin sollte vor diesem Hintergrund gefördert und unterstützt werden. Denn nur innovative Angebote können Bedarfe wecken, indem die Klientin die Möglichkeit hat, sie selbst mit zu kreieren.

Die Diagnostik

Frauenspezifische Diagnostik ist prozessual und kontextbezogen. Sie ist ein Prozess, der es Frauen erlaubt, über ihre eigene Lebenssituation Einschätzungen im Sinne einer Selbstdiagnostik einzubringen.

Sucht ist für uns weniger als Krankheit zu verstehen, sondern vielmehr als ein zum Scheitern verurteilter Selbstregulationsversuch. Frauen versuchen durch die „Krankheit“ ihr Leiden zu verringern. Die vorgegebenen rollenspezifischen Handlungsspielräume, die Frauen oftmals als Eingrenzung erleben, fließen in die Interpretation von Sucht und weiteren Störungen ein.

Die lebensgeschichtlichen Daten der Klientin in Verbindung gebracht mit ihrer Sucht und der darüber hinausgehenden Störungen, ergeben für uns den Schlüssel zu ihrer Gesundheit, denn die Sozialisierungserfahrungen der Frauen verhindern, u. a. ein starkes Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Bewusstheit darüber prägt unser diagnostisches Verständnis: Der Griff zu Suchtmitteln akzentuiert die rollenspezifischen Probleme. Vor diesem Hintergrund sehen wir Frauen als Handelnde, die innerhalb des gesellschaftlichen Rahmens mit seinen Grenzen Möglichkeiten haben, Entscheidungen zu treffen, ihren Werdegang bestimmen und die unterdrückerischen Strukturen u. U. mittragen. Dabei gibt es für mich keine Schuldzuweisungen. Frauen suchen Auswege, bilden Kompromisse, leisten –wenn auch meist defensiv- Widerstand, suchen sich Nischen und verweigern sich.

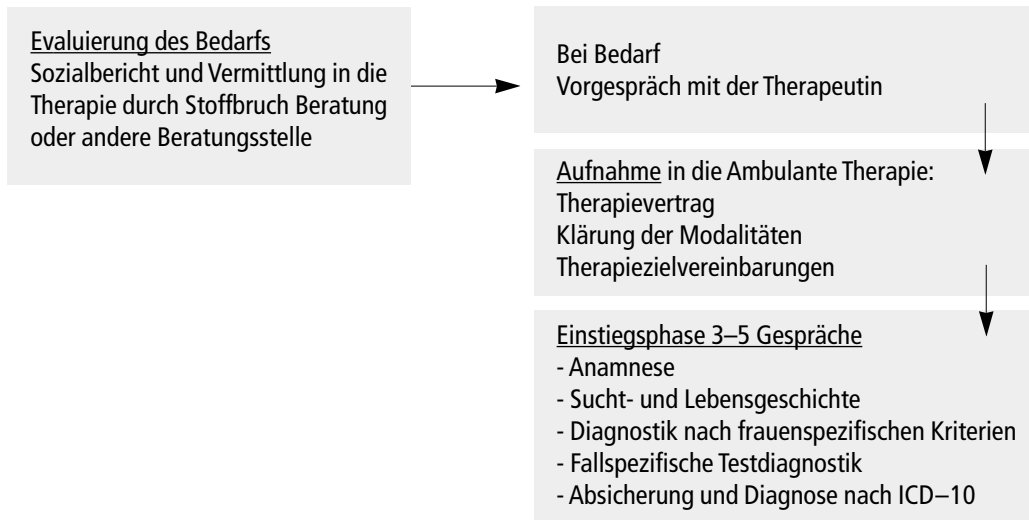
Der Unterschied in der Verarbeitung von z. B. Gewalterfahrungen zeigt, wie notwendig es ist, einen frauenspezifischen Blick auf die Problembereiche von Wertschätzung und Sicherheit zu entwickeln.

Die Tendenz der Frauen, negative Ereignisse wie Gewalt und rollenspezifische Unterdrückung sich selbst zu zuschreiben und sich verantwortlich zu machen, macht deutlich, dass Diagnosen geschlechtsspezifisch zu betrachten sind. Frauen entwickeln aufgrund ihrer Sozialisation spezifische Überlebensmuster, Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien, die entsprechend entschlüsselt werden müssen.

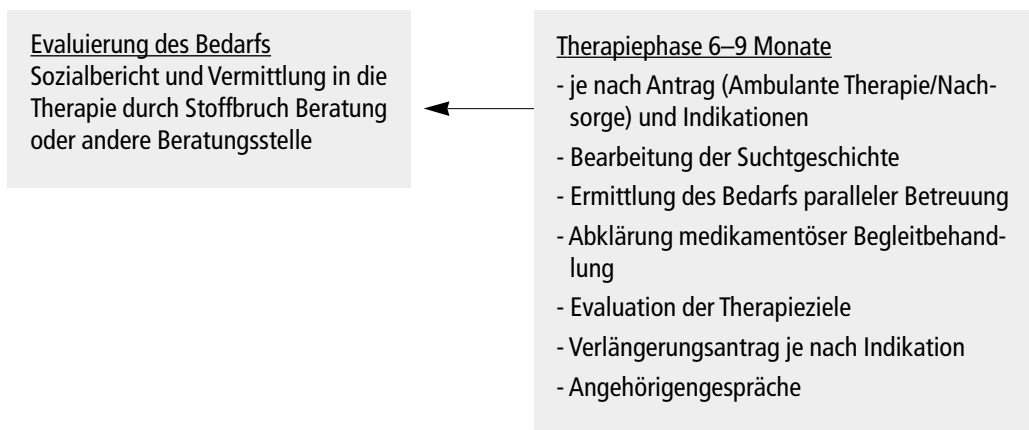
Frauenspezifische therapeutische Grundhaltung

Kritisches Bewusstsein entwickeln von eigenen inneren Normen und Werten, geschlechtsspezifischen und kulturell bedingten Sichtweisen und Auswirkungen von Sozialisation.

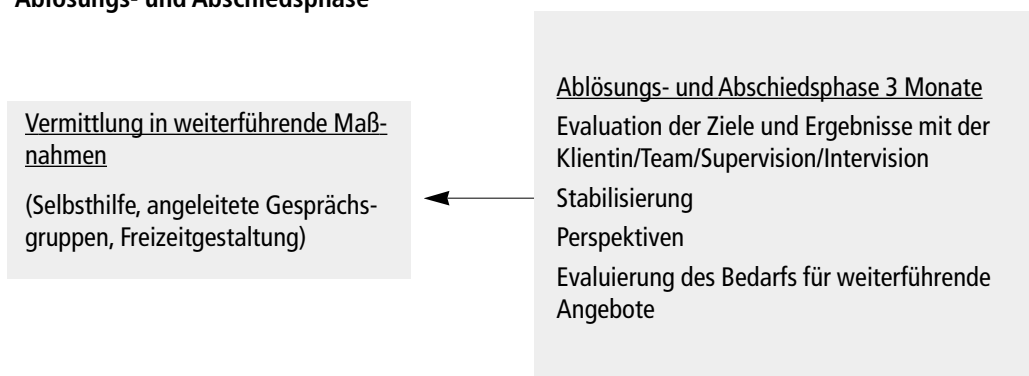
Prozessschema Ambulante Therapie FrauSuchtZukunft – Aufnahme und Einstieg –



Theraphiephase



Ablösungs- und Abschiedsphase



VII. Workshop „Qualitätsentwicklung – eine Zukunftsaufgabe für Frauen“

Beitrag 1: Qualitätsentwicklung im LAGAYA-Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.

von Ulrike Ohnmeiß

An Beispielen aus dem Arbeitsalltag von LAGAYA-Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. Stuttgart möchte ich mit meinem Tagungsbeitrag aufzeigen, wie diese auch für uns zweischneidigen und zuerst sehr fremden Methoden der Qualitätssicherung und -entwicklung im Alltag einer Frauensuchthilfe konkret aussehen könnte.

Wichtig ist dabei immer auch die Frage des Nutzens für eben diesen Arbeitsalltag, d. h., auch der Nutzen für die Anwenderinnen, die Mitarbeiterinnen, muss geprüft und deutlich werden.

Wie kann Qualitätsentwicklung in einem kleinen Träger, in einem Frauenprojekt, umgesetzt werden? Was können wir davon profitieren? Was fällt uns leicht – was vielleicht auch sehr schwer? Welche Verbesserung bringt uns der Einstieg in eine bewusst gestaltete Qualitätsentwicklung?

Um diese Fragen zu beantworten, habe ich in zwei Richtungen gesucht und Ergebnisse gefunden, die ich hier in Teilen exemplarisch darstellen will:

- Für die Frage des Nutzens im konkreten Arbeitsalltag habe ich eine kleine Mitarbeiterinnenbefragung durchgeführt
- Für den Aspekt der Umsetzbarkeit haben die stattfindenden Qualitätsentwicklungsprozesse – teils intern, teils als Vorgabe von außen – betrachtet und als Beispiel einen internen Qualitätsentwicklungsprozess, den wir systematisch dokumentiert haben, ausgewählt – unseren „Leitbildprozess“

LAGAYA ist ein Trägerverein, der 1984 in Stuttgart gegründet wurde, um frauenspezifische Aspekte in Beratung und Therapie zu fördern und in konkreten Projekten umzusetzen.

Zuerst entstand daraus die gleichnamige Frauen-Sucht-Beratungsstelle, dann folgte 1993 MARA, Betreutes Wohnen für drogenabhängige und substituierte Frauen und 2001 Jella, pädagogisch-therapeutische Wohngruppe für Mädchen mit Drogenproblemen.

Alle drei Einrichtungen gehören jeweils zu einem anderen Arbeitsfeld – Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Jugendhilfe. Jedes Arbeitsfeld entwickelt Standards, Anforderungen, Rahmenverträge, Hilfeplanverfahren, Dokumentationsverfahren, Planungs- und Koordinie-

rungsstrukturen auf kommunaler Ebene, Richtlinien für Leistungsbeschreibungen....usw. Nicht alles ist übertragbar – eher wenig. Bei den arbeitsfeldspezifischen Anforderungen, mit denen sich die Kolleginnen im Rahmen von Qualitätsentwicklung auseinandersetzen müssen, tritt die Frage nach dem Arbeitsaufwand (zusätzlich?!) und dem praktischen Nutzen in den Vordergrund. Bei internen Prozessen wird demgegenüber die einigende und selbstbestimmte – und selbstbestimmende – Komponente besonders wichtig.

Beispiel 1 – die Mitarbeiterinnenbefragung in MARA, Betreutes Wohnen für drogenabhängige und substituierte Frauen

Auf die Frage, wie seid ihr mit Qualitätsentwicklung konkret in Berührung gekommen, war die Antwort: Zum Einen bei der Erstellung eines einrichtungsinternen „Leitbilds“/ Beantwortung von Leitfragen als Vorarbeit zu der Erstellung des Vereinsleitbildes und zum Anderen bei der Einführung des Hilfeplanverfahrens im Betreuten Wohnen.

Befragt zum Nutzen – oder zur Belastung – für jede einzelne, für die Arbeit mit den Klientinnen und/oder den Kostenträgern (Sozialamt/LWV) gab es ein breites Spektrum von Antworten, in denen aber die positiven Auswirkungen überwiegen.

Die Einführung eines Hilfeplanverfahrens hat die konkrete Arbeit geprägt und stark beeinflusst. Die meisten Antworten beziehen sich daher darauf.

Qualitätsentwicklung bedeutet für die Mitarbeiterinnen:

- Professionalisierung
- Die Arbeitszufriedenheit steigt
- Ich kann besser dahinter stehen, wenn ich weiß, dass wir gut sind
- Beruhigung, ich weiß, wir machen es richtig
- Stolz auf die eigene Einrichtung, wenn ich sehe, unsere Berichte sind gut, unsere Arbeit/unsere Berichte werden gelobt
- Mehr Arbeit, mehr Zeitaufwand (schriftlich, Dokumentation, Erstellen der Berichte)
- Bessere Vergleichbarkeit
- Mehr Sicherheit
- Ziele sind klarer (bezogen auf die einzelne Klientin), das hilft, die Arbeit besser zu strukturieren
- Der Selbstwert steigt, die Beraterin weiß, dass die eigene Arbeit gut ist
- Gute Dokumentation und Selbstevaluation
- Die eigene Einrichtung besser vertreten zu können
- Macht auch Angst, da man mir in die Karten gucken kann (Arbeitsweise) – ich werde messbar, vergleichbar (kritisierbar?)
- Alles gleichzeitig, das ist oft stressig

Insgesamt, das zeigt auch die Auflistung, bewerten die Mitarbeiterinnen das neue strukturierte Hilfeplanverfahren positiv. Die günstigen Auswirkungen, insbesondere auf die eigene

Arbeitszufriedenheit, Selbstsicherheit und Klarheit überwiegt das Stressmoment durch den gestiegenen Arbeits- und Dokumentationsaufwand. Dennoch ist genau diese „Kosten-Nutzen-Relation“ das entscheidende Element in der Gesamtbewertung.

Nicht die Einführung irgendeines methodischen Instruments verhilft zu mehr Arbeitszufriedenheit, sondern nur, wenn es gelingt, ein geeignetes, dem Arbeitsfeld entsprechendes und im Aufwand vertretbares Instrument zu finden oder zu entwickeln.

Beispiel 2 – Leitbildprozess im LAGAYA

Den Leitbildprozess im LAGAYA – Gesamtverein haben wir im Dezember 2001 begonnen. Er ist noch nicht abgeschlossen, d. h., wir haben die erste Arbeitsphase durchgeführt und abgeschlossen und beginnen gerade die zweite Phase.

In der ersten Phase wurden in Arbeitsgruppen Teile eines Leitbildentwurfs fertig gestellt, in der zweiten Phase werden die Teile zusammengefügt, überarbeitet und letztlich ein einheitlicher Entwurf eines Leitbilds formuliert. Ziel ist, dies bis Jahresende vorliegen zu haben. Angeregt durch eine Fortbildung in unserem Spitzenverband Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband ist dieser Prozess (erste Phase) mit Hilfe von Instrumenten, die sich an gängige Qualitätsentwicklungssystematiken anlehnen, in allen Schritten dokumentiert.

Die Ziele, die mit der Durchführung eines solchen Leitbildprozesses verbunden sind, haben wir benannt:

- Bewusstseinsprozess für alle Mitarbeiterinnen
- Stärkung und Erhöhung einer gemeinsamen Identität/Organisationsidentität
- Erhöhung der Mitarbeiterinnenzufriedenheit
- Nach außen: Einheitliches Auftreten
- Deutlichere Profilierung des Trägers

Die Beteiligung am Projekt war auf allen Ebenen (Vorstand und Geschäftsführung, Projektleitung, Mitarbeiterinnen in den Arbeitsgruppen und am Klausurtag) gut. Lediglich die Vereinsfrauen (außerhalb des Vorstandes) konnten keine Zeit für aktive Mitgestaltung aufbringen, eine Umfrage per Post ergab aber ein starkes Interesse an Information und Vorstellung des Leitbilds nach Abschluss des Prozesses.

Insbesondere der Klausurtag zum Thema „Vision und Ziele“ mit allen Mitarbeiterinnen machte viel Spaß, ergab viele Grundsatzdebatten und hat uns alle einander näher gebracht. Allerdings gibt es auch hier eine Kosten- Nutzen-Relation zu beachten: Ein Leitbildprozess, wie wir ihn angefangen haben, bei dem sehr viele Mitarbeiterinnen miteinbezogen sind (z.B. in den Arbeitsgruppen) kostet viel Arbeitszeit, mit der es sparsam umzugehen und sie gezielt einzusetzen gilt. Hilfreich ist in jedem Fall Unterstützung von außen – durch professionelle externe Begleitung und Moderation (z.B. bei einem Klausurtag) oder wie bei uns durch die begleitende Fortbildung im DPWV, von der wir strukturierende Vorlagen übernommen haben. Dies ist im Einzelfall immer zu prüfen, damit man nicht in den eigenen „blinden

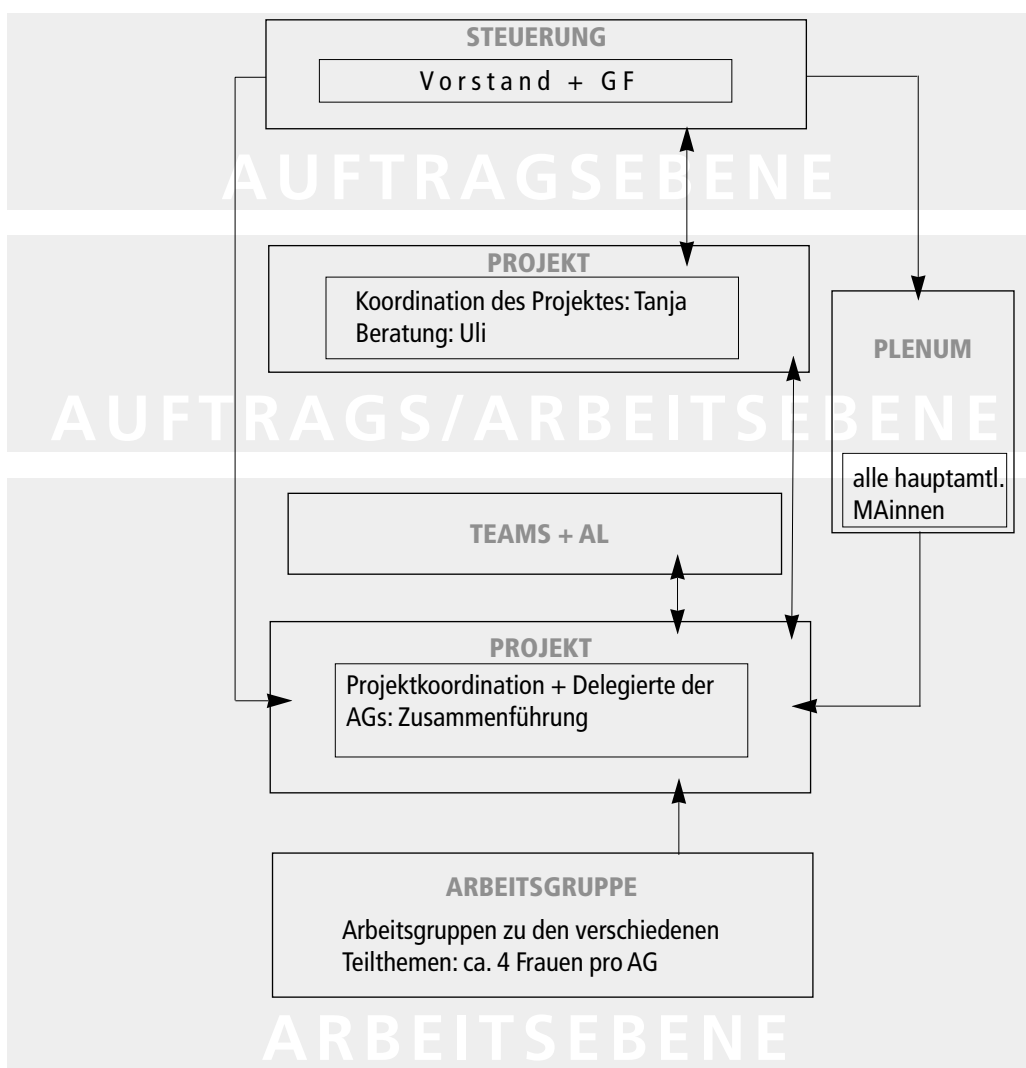
Flecken“ stecken bleibt.

Aus unserer Sicht hat sich der Leitbildprozess bisher gelohnt, das heißt, die positiven Ergebnisse und Auswirkungen nach innen überwiegen die Belastung durch den Zeitaufwand und die darin enthaltenen Kosten. Jetzt gilt es, diesen Schwung zur Fertigstellung zu nutzen und das Leitbild dann auch gezielt und an geeigneter Stelle zu veröffentlichen, damit sich die Wirkung nach außen entfalten kann. Somit liegt noch ein gutes Stück Arbeit vor uns.

Beispiel für die Prozessdokumentation

- Projektorganisation (Schaubild)
- Projektfahrplan

Projektorganisation – Projektstrukturen
für das Projekt „Leitbildprozess“ im LAGAYA



Projektfahrplan

STARTPHASE

Dezember 01

- Auftrag zur Umsetzung des Projekts „Leitbildprozess im LAGAYA“ durch Vorstand
- Projektplanung durch Projektkoordination

Januar 02

- Verabschiedung der Projektorganisation durch den Vorstand
- Plenum zur Einrichtung der Arbeitsgruppen/Projektgruppe sowie zur Diskussion der zu behandelnden Themen

ARBEITSPHASE

Februar–Mai 02

• Arbeit der Arbeitsgruppen:

Diskussion der festgelegten Themen, Entwicklung von Vorlagen zur Weitergabe an Projektgruppe

Nach 2-3 Arbeitssitzungen (jeweils 1-2 Std.) sollen erste Zwischenergebnisse in der Projektgruppe diskutiert und zusammengeführt werden sowie von dieser zur Richtungsentscheidung an die Steuerung weitergeleitet werden.

Danach sollen die Arbeitsgruppen noch einmal 1-2mal tagen. Dabei sollen die Inhalte vor dem Hintergrund der Diskussion in Projekt- und Steuerungsgruppe beleuchtet werden.

• Arbeit der Projektgruppe:

Die Projektgruppe wird durch die Projektkoordination einberufen. Ziel ist es, einen Überblick über die in den AGs verfolgten Inhalte zu erhalten sowie die (Zwischen-) Ergebnisse dieser zu diskutieren.

Anregungen und Kritik werden an die jeweiligen Arbeitsgruppen zurückgemeldet.

Die Projektgruppe tagt insgesamt ca. 3-4 mal; zu Beginn des Prozesses und zur Reflexion der Zwischen- und Endergebnisse aus den Arbeitsgruppen.

• Arbeit der Projektkoordination:

Die Koordination hält Kontakt mit den verschiedenen AGs und verfolgt deren Arbeitsfortschritte. Anhand der Informationen aus den AGs beruft sie die Projektgruppe ein und bereitet sie vor. Sie gibt die (Zwischen-) Ergebnisse an die Steuerungsgruppe weiter.

• Arbeit der Steuerungsgruppe:

Die Arbeit der Steuerung orientiert sich an den Ergebnissen der Arbeitsgruppen bzw. der Projektgruppe. Sie diskutiert die Zwischenergebnisse, trifft ggf. Richtungsentscheidungen und am Ende die Freigabeentscheidung.

ABSCHLUSSPHASE

Juni 02

Mit der letzten Sitzung des Plenums enden gleichzeitig die Prozesse auf Arbeitsebene. Alle Mitarbeiterinnen sollen hier ihre Erfahrungen im „Leitbildprozess“ äußern. Aus diesem Feedback können/sollen sich auch neue Arbeitsaufträge (z.B. für Qualitätszirkel) entwickeln. Das Projekt „Leitbild“ endet mit der Schlusssitzung der Steuerungsgruppe, die über die Freigabe des Leitbildes entscheiden wird.

Die Qualitätsentwicklung soll als kontinuierlicher Prozess im LAGAYA weiterverfolgt werden.

VII. Workshop „Qualitätsentwicklung – eine Zukunftsaufgabe für Frauen“

Beitrag 2: Zukunftsfähig, innovativ und qualitätsorientiert. Der neue Blick auf feministisch orientierte Organisationen

von Martina Hörmann

Einleitung

Qualitätsentwicklung ist aus Sicht vieler Fachfrauen eine zweiseitige Geschichte, denn trotz teilweise hohen Engagements und beträchtlicher Kosten, die für das Thema in den letzten Jahren aufgewendet wurden, machen sich vielfach Ernüchterung und Ermüdungserscheinungen breit, während die Zahl der Erfolgsmeldungen eher überschaubar bleibt. Der rein technokratische Einsatz einzelner Qualitätsmanagement-Modelle ohne Einbezug fachspezifischer Überlegungen wirkte oftmals hochgradig demotivierend.

Auf der anderen Seite haben sich viele Einrichtungen der Frauen(sucht)arbeit trotz hoher Ideale und schwieriger Rahmenbedingungen mittlerweile etabliert und leisten professionelle Arbeit. Ihre langjährigen Erfahrungen mit Hierarchiefreiheit bzw. flachen Hierarchien und einer ausgeprägten Basisnähe können als Vorsprung in der aktuellen Debatte um Qualitätsentwicklung, Lean Management, KundInnenorientierung, Bürokratieabbau und fachliche Weiterentwicklung genutzt werden.

Was bedeutet dies für die fachlich-spezifische Ausrichtung der Arbeit in Zeiten eines wachsenden Kostendrucks? Wie können die Stärken frauenspezifischer Einrichtungen und Ansätze für eine fundierte Qualitätsentwicklung genutzt werden?

Typen feministisch orientierter Organisationen

Erkenntnisleitend bei der Analyse feministisch orientierter Organisationen war für mich die Fragestellung, welche Faktoren dazu beitragen können, die Weiterentwicklung von Idealen aus der Gründungsphase in den heutigen Umbrüchen im sozialen Bereich zu nutzen und als Qualitätselemente zu verdeutlichen. Im Rahmen meiner Untersuchung¹⁾ habe ich drei Typen feministisch orientierter Organisationen gekennzeichnet (vgl. dazu die Übersicht auf Seite 6 dieses Beitrags); im Folgenden möchte ich insbesondere die „innovative feministische Organisation“ vorstellen und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Diskussion um Qualitätsentwicklung in sozialen Organisationen zur Diskussion stellen.

Die in der Praxis vorkommenden feministisch orientierten Organisationen befinden sich auf einem Kontinuum zwischen den Polen „Pionierorganisation / traditionelle Organisation“ und „innovative / professionelle Organisation“. Trotz ausgeprägter professioneller Orientierung soll der erste Organisationstyp im Folgenden „innovative feministische Organisation“ genannt werden. Die Hervorhebung des innovativen Aspektes erscheint insofern adäquat,

1) vgl. Hörmann 2002

als damit feministische Organisationen bezeichnet werden, die innerhalb der Gesamtheit der sozialen Organisationen als „Vorreiterinnen“ angesehen werden können, da sie organisationsstrukturelle und organisationskulturelle Elemente auf eine konstruktive Art und Weise miteinander verknüpfen und sowohl für professionelles Arbeiten als auch für einen hohen Innovationsgrad stehen. Für die Benennung des zweiten Organisationstyps war der nachfolgende Aspekt wesentlich: Betrachtet man das Phasenmodell der Entwicklung von Organisationen, so weist dieser Organisationstyp viele Kennzeichen der Pionierphase einer Organisation auf. Letztlich ist jedoch das zentrale Kennzeichen das Verbleiben in der Pionierphase und die Verweigerung von Weiterentwicklung trotz klarer Notwendigkeiten, sodass die Bezeichnung „feministische Pionierorganisation“ irreführend wäre. Insofern erscheint die Bezeichnung „traditionelle feministische Organisation“ geeigneter, da sie auf das Festhalten an traditionellen Werten und Überzeugungen verweist und eine eher rückwärtsgewandte und am Bestehenden festhaltende Mentalität zum Ausdruck bringt. Da sich in der Praxis viele Organisationen zwischen den beiden genannten Typen befinden, erscheint es notwendig, einen dritten Typ, die „feministische Organisation im Übergang zwischen der traditionellen und der innovativen Organisation“ zu entwickeln, auch wenn dieser aufgrund seiner vielfältigen Ausprägungen weniger eindeutig beschrieben werden kann. Die Kategorisierung einzelner Organisationen soll keine Bewertung der Organisation darstellen, da es vielfältige Gründe für die Entwicklung eines Organisationstyps gibt.

Die innovative feministische Organisation

Innovative feministische Organisationen erscheinen als Vertreterinnen der häufig propagierten „neuen“ Organisationsform, die stärker an „weichen“ Managementideen mit identifikatorischen, qualitativen und kulturbezogenen Kriterien orientiert ist. Somit orientieren sie sich an einem organischen, entbürokratisierten Organisationstyp, der in der heutigen Diskussion verstärkt als zukunftsfähige Organisation angesehen wird. Gekennzeichnet ist dieser Organisationstyp durch eine permanente Weiterentwicklung der Organisation, einen hohen Stellenwert konzeptioneller Fragestellungen sowie eine ausgeprägte Klientinnenorientierung. Die Identität der Organisation ist erkennbar feministisch ausgerichtet, was beispielsweise an einem ausdifferenzierten feministischen Leitbild sichtbar wird. Zielklarheit, die Einigkeit über das Profil, ein bewusster Umgang mit dem potenziellen Widerspruch zwischen Institutionsinteressen, und persönlichen Interessen, sowie erkennbare aktive Strategien ergänzen als weitere Aspekte die Identität der Organisation. Aufbau- und Ablauforganisation sind transparent und nachvollziehbar. Die Aufbaustruktur ist arbeitsteilig konzipiert und bietet den einzelnen Mitarbeiterinnen Möglichkeiten zur Spezialisierung. Kommunikations- und Entscheidungsprozesse sind gemeinsam entwickelt und festgelegt. Mit Blick auf die Organisationskultur zeigt sich die reduzierte Bedeutung von informeller Kommunikation, zudem finden sich institutionalisierte Gremien zur Konfliktbearbeitung sowie gegenseitige Wertschätzung und ein gering ausgeprägtes Konkurrenzverhalten. Wesentlich erscheint darüber hinaus, dass die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen ein Kriterium für den Erfolg der Organisation darstellt.

Der Zugang zur Organisation ist in der Regel funktionsbezogen, d.h. dass sich die Stellenbesetzung an der erforderlichen Qualifikation ausrichtet und insgesamt – bezogen auf den hauptamtlichen Bereich – eine hohe Qualifikation der Mitarbeiterinnen und ein klares berufliches Selbstverständnis vorhanden sind, womit auch eine klare Trennung zwischen Mitarbeiterinnen und Klientinnen einhergeht. Die kontinuierliche Reflexion der unterschiedlichen Rollen im Team, die Akzeptanz von Verschiedenheit sowie die Wertschätzung von Erfahrungswissen ermöglichen eine flache Hierarchie, in der fachliche Autorität von hoher Bedeutung ist, während formale Autorität von nachgeordneter Wichtigkeit ist.

Das Ehrenamt hat in der innovativen feministischen Organisation eine klare Funktionszuweisung und es finden sich aktive Strategien zur Gewinnung neuer ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen. Es existieren allerdings auch Organisationen, die ausschließlich von professionellen, bezahlten Mitarbeiterinnen getragen werden.

Die Lernkultur ist für die Weiterentwicklung der Organisation von großer Bedeutung, sodass sich verschiedene institutionalisierte Formen der Weitergabe von Wissen, des gemeinsamen Lernens sowie des organisationalen Lernens finden. Die Veränderungsbereitschaft ist in der Regel hoch, neue Ideen werden mit Interesse und Offenheit betrachtet und diskutiert, die Grundhaltung ist insgesamt an Professionalität und Innovation ausgerichtet. Im Hinblick auf verschiedene Mitarbeiterinnengenerationen zeigt sich ein konstruktiver Umgang mit den Ressourcen der verschiedenen „Altersgruppen“, was beinhaltet, dass sowohl das Erfahrungswissen langjähriger Mitarbeiterinnen als auch Innovationsimpulse neuer bzw. jüngerer Kolleginnen genutzt und integriert werden.

Qualitätsfördernde Elemente feministisch orientierter Organisationen

Bei der Beschreibung einer innovativen feministischen Organisation mag sich die Frage aufdrängen, was denn diese Organisation überhaupt noch von einer herkömmlichen Organisation unterscheidet, wo denn das „Andere“ aus den Anfängen noch sichtbar wird. Im Folgenden sollen spezifische qualitätsfördernde Elemente feministischer Organisationen herausgearbeitet werden, die verdeutlichen, wo das innovative und progressive Element dieser Organisations(form) liegen kann.

- Feministische Organisationen sind aus der Frauenbewegung entstanden und haben aus diesem Grund eine potenziell große Nähe zu den Klientinnen.
- Die gering strukturierte autonome Organisationsform ermöglicht eine flexible Reaktion auf neue Umweltaforderungen sowie Freiräume für die konzeptionelle Gestaltung und für innovative Ideen.
- Die überschaubare Organisationsform erleichtert eine „outputorientierte“ ressourcenschonende Arbeitsweise.
- Aufgrund der ablehnenden Haltung gegenüber hierarchischen Arbeitsformen wurde die Herausbildung eines praxisfernen „Wasserkopfes“ vermieden. Wenn in den Veränderungsprozessen vieler bürokratischer Organisationen die „Verflachung der Hierarchien“ als ein wesentliches Ziel genannt wird, so können feministische Organisationen darauf verweisen, dass sie bereits mit möglichst flachen Hierarchien den einzelnen Mitarbeiterinnen

einen größtmöglichen Freiraum zur Verwirklichung eigener Ideen und Kompetenzen bieten.

- Die in der Regel kleinen Arbeitseinheiten vereinfachen die Steuerung und ermöglichen eine direkte unbürokratische Vorgehensweise mit kurzen Dienstwegen.
- Ausgeprägte Vernetzungsstrukturen zwischen feministischen Organisationen sowie mit verwandten Fachstellen schaffen mögliche Synergieeffekte.
- Die ausgeprägte Mitarbeiterinnenorientierung bietet gute Voraussetzungen für eine höhere Arbeitszufriedenheit. „Trotz aller Schwierigkeiten und Unklarheiten, zu denen selbstverwaltete, kollektive Strukturen manchmal führen, sind die Befragten aus diesen Projekten häufiger mit den inneren Projektstrukturen zufrieden als die in den nicht selbstverwalteten Projekten“²⁾. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass feministische Organisationen gute Rahmenbedingungen bereitstellen, die potenziell für eine höhere Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen genutzt werden können. Entscheidende Variablen für eine hohe Arbeitszufriedenheit sind demzufolge ein großer fachlicher Gestaltungsspielraum, Zusammengehörigkeitsgefühl und Unterstützung im Team, eine gute Atmosphäre, wenig Konkurrenz und Machtgerangel, transparente überschaubare Arbeitszusammenhänge, eine ausreichende Berücksichtigung individueller Interessen und Bedürfnisse, d.h. eine potenziell hohe Selbstverwirklichungsmöglichkeit.
- Die in der Regel hohe Identifikation der Mitarbeiterinnen mit der Organisation (corporate identity) muss zumeist nicht erst mühsam hergestellt werden, sondern ist bei einer feministischen Orientierung der Mitarbeiterin beim Eintritt in die Organisation häufig bereits vorhanden.

Innovative feministische Organisationen haben die Integration der scheinbar widersprüchlichen Aspekte geschafft: sie arbeiten einerseits professionell, d.h. sie verfügen über eine klare Klientinnenorientierung, eine effiziente und effektive Arbeitsorganisation und ein erkennbares Profil, andererseits sind sie auf zwei Ebenen als feministische Organisation erkennbar: auf der inhaltlichen Ebene zeigt sich die feministische Orientierung an einer aus der gesellschaftlichen Situation von Frauen abgeleiteten Vision, eines daraus entwickelten Organisationsziels einhergehend mit konkretisierten feministischen Zielstellungen. Die Angebotspalette der Organisation ist unter Berücksichtigung der konkreten Bedarfe der Klientinnen auf die Erreichung der zuvor formulierten Zielsetzungen ausgerichtet. Auf der arbeitsorganisatorischen Ebene wird die Organisation aufgrund mehrerer Aspekte als feministische erkennbar.

- Der Grundsatz „von Frauen für Frauen“ bleibt trotz einer klaren Differenzierung in Klientinnen und Mitarbeiterinnen tragendes Prinzip der Arbeit.
- Die autonome Organisationsform ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Frauen unabhängig von männlicher Einflussnahme über ihre Belange entscheiden können.
- Steuerungserfordernisse werden zwar als notwendig erkannt und integriert, ohne dafür automatisch eine steile Hierarchie zu installieren. Eine formale Hierarchie ist zwar möglich, aber – wenn überhaupt erforderlich – eher flach ausgeprägt und nach dem kollegia-

2) vgl. Effinger, 1990, S. 245

- len Führungsstil organisiert. Auch wenn das Gleichheitsprinzip dadurch teilweise außer Kraft gesetzt wird, hat die Wertschätzung der Kompetenzen und Sichtweisen jeder einzelnen Mitarbeiterin nach wie vor einen hohen Stellenwert.
- Die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten für jede Mitarbeiterin sowie deren Arbeitszufriedenheit haben einen hohen Stellenwert.
 - Die politische Ausrichtung der Arbeit wird insbesondere im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit deutlich und erhält seinen klaren Stellenwert, wobei auch hier teilweise eine Arbeitsteilung zwischen feministischen Organisationen stattfinden kann. Während Lobbyorganisationen fast ausschließlich auf der politischen Ebene agieren und Aufklärungsarbeit als Zielstellung haben, legen andere Organisationen ihren Arbeitsschwerpunkt stärker auf individuelle Unterstützung und Hilfestellung.
 - Feministische Organisationen bieten als lernende Organisationen Möglichkeiten zur Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmtheit und Einflussnahme, und ermöglichen dadurch ein Lernen in Verbindung mit beruflicher Tätigkeit, das zugleich die gesamte Organisation mit einbezieht³⁾.
 - Nicht zuletzt weisen der Freiraum für Mitarbeiterinnen zur Entwicklung innovativer Ideen für eine Verbesserung der Lebenssituation von Mädchen und Frauen sowie eine hohe Beteiligung der Nutzerinnen an der Weiterentwicklung der Angebote auf die Wurzeln der Organisation in der Frauenbewegung hin.

Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Mittlerweile verlieren klassische Organisationsprinzipien der Regulierung, Spezialisierung und Hierarchisierung, die bislang für organisatorische Effizienz standen, zunehmend an Bedeutung⁴⁾. Gefordert werden vielmehr Dezentralität, verstärkte Eigenverantwortung, der Abbau von Hierarchien zugunsten flacher Organisationsformen, die Integration von Aufgaben und prozessorientierten Arbeitsabläufen, die Verbesserung der Kooperation sowie die Entwicklung der Fähigkeiten und Potenziale der MitarbeiterInnen. Eine vertikale und horizontale Straffung der Organisationsstruktur zielt auf die Reduzierung hoher Overhead-Kosten, die Vereinfachung von Kommunikations- und Entscheidungswegen sowie auf eine allgemeine Entbürokratisierung der Organisationen. Innovative feministische Organisationen können als VertreterInnen der „neuen“ Organisationsform angesehen werden. Diese bezieht sich auf die Entfaltung von Potenzialen und Fähigkeiten, präferiert eine Entwicklungsperspektive statt rigider Nutzung von Humanressourcen und etabliert ein Personalmanagement, das sich über gemeinsame Werte und Selbstkontrolle ausrichtet und Partizipation aufgreift⁵⁾. Dabei ist der organische Organisationstyp insbesondere durch eine große Leitungsspanne, eine geringe Zahl von Hierarchieebenen, geringe zentralistische Bestrebungen, eine flexible Arbeitsteilung, hohe fachliche und geringe formale Autorität gekennzeichnet.

„Die bislang als informell geltenden Potenziale, wie das Diskursive, Konsensuale und Konfliktäre, das Emotionale und Empathische rangieren ganz oben auf der Skala der neuen Qualitäten der Organisation“⁶⁾.

3) Riebe/Sellbach 2000, S. 83

4) vgl. Regenshard 2000

5) ebd. S 32

6) Regenshard 2000, S. 38

Die Zukunftsfähigkeit sozialer Organisationen⁷⁾ wird als wesentliches Kriterium für ihre weitere Existenz angesehen. Innovative feministische Organisationen können aufgrund ihres größeren Flexibilitätspotenzials und ihres hohen Innovationsgrades als ein Modell für eine zukunftsfähige Organisation angesehen werden.

Abschließende Thesen im Hinblick auf Qualitätsentwicklung aus Frauensicht

- Qualitätsentwicklungsprozesse können, wenn sie transparent, glaubwürdig, nutzer/innenorientiert und beteiligend durchgeführt werden, zu mehr Mitarbeiter/innen-Zufriedenheit führen
- Qualitätsentwicklung kann als Element für einen gelingenden Generationswechsel genutzt werden, wenn die Erfahrungen von langjährigen Kolleg/innen sichtbar gemacht und gewürdigt werden, und wenn es gelingt, die Ideen von jungen, neuen Kolleg/innen als innovative Elemente in den Diskussionsprozess zu integrieren.
- Qualitätsentwicklung greift Ansätze und Arbeitsweisen feministisch orientierter Organisationen wie z.B. flache Hierarchien und KundInnenorientierung auf. Somit können professionell arbeitende Organisationen in „Frauhand“ in der derzeitigen Diskussion aktiv, offensiv und selbstbewusst Stellung beziehen.
- Qualitätsentwicklung trägt zur Professionalisierung feministischer Organisationen bei und macht bereits vorhandene Qualitätselemente sichtbar.

7) vgl. Riebe/Düringer/Leistner 2000

	Die traditionelle feministische Organisation	Die feministische Organisation im Übergang	Die innovative feministische Organisation
ZENTRALE THEMEN	<ul style="list-style-type: none"> • Tradierte strukturelle Grundkonflikte, unklares Organisationsziel („wir wollen feministische Arbeit machen“) • Geringe Trennung von Sach- und Beziehungsebene 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Weiterentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung der Organisation ausgeprägte Klientinnenorientierung
IDENTITÄT DER ORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstverständnis als feministische Organisation • Organisation als Ort der Selbstverwirklichung, geringe Zielklarheit, bzw. geringe Operationalisierung der zumeist politischen Ziele • Unklares Profil, breite Angebotspalette 	<p>Ambivalente Grundhaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feministische Arbeit aus Betroffenheit/Solidarität versus feministische Arbeit als professionelle Dienstleistung • Hohe Identifikation der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen mit den politischen Zielen • Relativ breite Angebotspalette 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennbare feministische Identität / Leitbild • Zielklarheit, Einigkeit über das Profil • Offener Umgang mit Institutionsinteressen und persönlichen Interessen • Aktive, steuernde Strategien
AUFBAU- UND ABLAUFGANZE ORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Strukturierung, eher zufällige Arbeitsteilung, abhängig von persönlichen Interessen • Unklare Entscheidungsstrukturen • Geringe Verlässlichkeit des Angebotes für potenzielle Klientinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbauorganisation ist in Teilbereichen gut entwickelt, bezogen auf Steuerungsfunktionen jedoch unterentwickelt • Macht und Hierarchie werden tabuisiert, heimliche Hierarchie 	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aufbaustruktur mit Aufgabenteilung und Möglichkeiten zur Spezialisierung • Transparente Ablauforganisation • Transparente Entscheidungsstrukturen
ORGANISATIONSKULTURELLE ASPEKTE	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Bedeutung informeller Kommunikation • Große Bedeutung der Beziehungsebene / hohe Emotionalität • Neue Ideen sind bedrohlich, große Anzahl tabuisierter Themen, hoher Anspruch an solidarisches Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre Organisation (Etablierungsphase) • Kultur der Konfliktvermeidung, Bedürfnis nach Harmonie und Gruppensicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Bedeutung informeller Kommunikation, institutionalisierte Gremien zur Konfliktbearbeitung • Arbeitszufriedenheit als ein Erfolgskriterium • Hohe gegenseitige Wertschätzung, gering ausgeprägtes Konkurrenzverhalten
FUNKTIONEN UND ROLLEN	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Rollendifferenzierung • Keine Wahrnehmung der Steuerungsfunktion • Heimliche Hierarchie • Unklare Abgrenzung zu den Klientinnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungeklärte Steuerungskompetenzen • Geringe Rollenklarheit zwischen haupt- und ehrenamtlichen MA hinsichtlich von Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnissen • Professionalisierung auf der inhaltlich-fachlichen Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionsbezogene Stellenbesetzung, • Klares berufliches Selbstverständnis, • Klare Trennung zwischen Mitarbeiterinnen und Klientinnen • Kontinuierliche Reflexion der unterschiedlichen Rollen im Team • Akzeptanz der Verschiedenheit

	Die traditionelle feministische Organisation	Die feministische Organisation im Übergang	Die innovative feministische Organisation
EINSTELLUNGEN ZU DEN THEMEN PROFESSIONALITÄT UND EHRENAMT	<ul style="list-style-type: none"> • „Weiche“ Zugangskriterien zur Organisation (wie z.B. Sympathie, Engagement, Selbstverständnis als Feministin) • Überwiegend ehrenamtliche und nebenberufliche Tätigkeit • Geringe personelle Kontinuität aufgrund befristeter Stellen (ABM, BSHG), ungesicherte Arbeitsbedingungen • Organisation als Erfahrungsfeld für Berufsanfängerinnen • Professionalität abhängig von den Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiterin 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe fachliche Qualifikation der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, dadurch meist professionelle inhaltliche Arbeit in einem hauptamtlichen Team • Beharrungstendenzen hinsichtlich einer strukturellen Weiterentwicklung • Hoher Stellenwert von ehrenamtlicher Tätigkeit in der Organisation (z.B. Vorstandsfunktion), teilweise ehrenamtliches Engagement aufgrund eigener Betroffenheit und erfahrener Hilfestellung durch die Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Bedeutung des Ehrenamtes oder ehrenamtliche Arbeit mit klarer Funktionszuweisung • Organisation wird (überwiegend) von bezahlten Mitarbeiterinnen getragen
LERNKULTUR / VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT/GENERATIONSWECHSEL	<ul style="list-style-type: none"> • Keine institutionalisierten Formen der Lernkultur • Hoher Wiederholungsgrad/ situative Klärung von Grundsatzfragen • Beharrungsvermögen/ Starrheit des Systems (Verbleiben in der Pionierphase) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lange Einarbeitungsprozesse aufgrund der unklaren Struktur • Formen der Lernkultur im hauptamtlichen Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionalisierte Formen der Lernkultur/ Einarbeitung • Offenheit für neue Ideen/ innovative Grundhaltung • Konstruktiver Umgang mit den Ressourcen verschiedener Generationen

Verwendete Literatur:

- Effinger, Herbert, 1990: Individualisierung und neue Formen der Kooperation. Bedingungen und Wandel alternativer Arbeits- und Angebotsformen. Wiesbaden.
- Hörmann, Martina, 2002: Vom kreativen Chaos zum professionellen Management. Organisationsentwicklung in Frauenprojekten. Opladen.
- Regenhard, Ulla, 2000: Abschied von der männlichen Organisation. Neue Organisationskonzepte und Geschlechterordnung. In: Riebe, Helga und Sigrid Düringer und Herta Leistner (Hrsg.), 2000, S. 14–47.
- Riebe, Helga und Sigrid Düringer und Herta Leistner (Hrsg.), 2000: Perspektiven für Frauen in Organisationen. Neue Organisations- und Managementkonzepte kritisch hinterfragt. Münster.
- Riebe, Helga und Brigitte Sellach, 2000: Die lernende Organisation. Wunsch und Wirklichkeit. In: Riebe, Helga und Sigrid Düringer und Herta Leistner (Hrsg.), 2000, S. 83–104.

VIII. Workshop „Drei in einem Boot“

Klientinnen – Mitarbeiterinnen – Qualität

Beitrag 1: Klientinnenbefragungen – oder: was können wir aus den Urteilen unserer Klientinnen lernen?

von Andrea Viktoria Kersch

Einleitung

Durch die bereits vorangeschrittene Beschäftigung mit und Implementierung von Qualitätsmanagement und -sicherung in die Suchtarbeit wissen wir, dass Klientinnenzufriedenheit eine wichtige Komponente im Qualitätssicherungsprozess ist, denn die Qualität unserer Arbeit misst sich nicht zuletzt in großem Maße an der Zufriedenheit unserer Klientinnen. Erfolgsquoten allein reichen schon lange nicht mehr aus, ebenso wenig wie stets ausgelastete Einrichtungen, um die Qualität unserer Arbeit und die Ergebnisqualität unseres Outcome gesichert zu wissen.

Das, was wir erreichen, misst sich u. a. in der Breite der Zufriedenheit der Klientinnen, die sich in die Behandlung entsprechender Einrichtungen und deren weiterer Angebote begeben. Breite der Zufriedenheit aus Sicht unserer Kundinnen heißt hier, Zufriedenheit mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Befragung der Klientinnen gibt uns auch Aufschluss darüber, inwiefern das Angebot auch die Betreuungsstandards reflektiert und im Trend liegt, d.h. nicht starr an überkommenen Grundsätzen und therapeutischen/betreuerischen Methoden und Angeboten festhält.

Allerdings ist Vorsicht geboten, denn die Zufriedenheitsquoten allein sichern noch lange nicht die Höhe der Ergebnisqualität zusammen mit unserem Outcome ab. Die Bewertungen der Klientinnen dienen zunächst primär der Selbstreflexion der Behandlungs- und Beratungsteams, zur weiteren Qualifizierung und Professionalisierung der Arbeit und sekundär als Qualitätsnachweis.

Das Konstrukt Klientinnenzufriedenheit

Zufriedenheit ist ein subjektiver Begriff für Wohlbefinden, in welchen sowohl kognitive Komponenten wie Bilanzierung als auch positive und negative affektive Komponenten einfließen¹⁾. In die Zufriedenheit der Klientinnen fließt die Beziehungsqualität zwischen Beraterin/Betreuerin/Therapeutin und Klientin ein, d. h. unter anderem auch, dass Sympathie eine Rolle spielt. Sympathie allerdings und wahrgenommene Empathie einer Beraterin sind letztlich nur ein kleiner Teil von Kompetenz. Dies ist zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund gehen auch „erwünschte“ Antworttendenzen in die Bewertung ein, ein Phänomen, das innerhalb sozialer Normen und Maßstäbe entsteht: Die Klientin möchte uns mit einer guten Bewertung einen Gefallen tun oder antwortet, trotz bestehender Anonymität, aus Befürchtungen des möglichen „Erkannt-Werdens“ heraus positiv²⁾.

1) Brähler (2002)

2) Brotz und Döring (1997)

Auch negative Aspekte fließen ein: Der Ärger einer Frau, die mit der Beziehung und mit dem, was die Betreuerin/Beraterin/Therapeutin anbot Schwierigkeiten hatte und nicht die Unterstützung bekam, die sie sich erhofft hatte. Diese Komponenten haben allerdings auch, allein für sich gesehen, nichts mit Kompetenz der Betreuerin und Qualität der Betreuung zu tun. Trotz dieser Einwände, die zur Reflexion der Ergebnisse mahnen, sind Betreuungserleben und Betreuungswahrnehmung dennoch wichtige Faktoren der Prozess- und Ergebnisqualität, die den MitarbeiterInnen einer Einrichtung wichtige Impulse vermitteln können.

Die Ergebnisse

Die Bewertungen der einfachen Statements eines Fragebogens können Mängel und Lücken aufzeigen, die wir im Alltag selbst nicht mehr empfinden und wahrnehmen. Und die Befragung versucht –wenn auch quantifiziert– unsere Arbeit über einen längeren Zeitraum in ihrem Prozess zu bewerten. Als sinnvoll erweisen sich entweder mehrere Zeitpunkte innerhalb der Therapie, oder eine retrospektive Befragung nach der Therapie/Beratung.

Die Ergebnisse und deren Aufarbeitung schlagen möglicherweise eine gangbare Brücke zwischen formalen Qualitätssicherungsverfahren und Standards der inhaltlichen Arbeit.

- Wir können aus den Urteilen der Klientinnen ersehen, wie klar die Informationen, die wir geben, unsere Angebote verdeutlichen. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn eine Klientin eine andere Betreuungsform gesucht hat, wir aber nicht verdeutlichen, dass sie bei uns eigentlich nicht am richtigen Ort ist. Oder aber die Informationen nicht hinreichend sind, um klare Entscheidungen zu treffen.
- Unklare, undifferenzierte Konzeptionen oder Informationsbroschüren, die weder die Zielgruppe, noch das Angebot deutlich machen, sind weitere Beispiele.
- Hat die Klientin das vorgefunden, was sie gesucht hat, trägt das maßgeblich zu ihrer Zufriedenheit bei.
- Die Befragung kann auch den Bedarf evaluieren, indem die Frauen in einem Freitextteil mitteilen können, was sie brauchen/gebraucht hätten oder aber auch, was sie bewegt hat, sich in einer frauenspezifisch arbeitenden Einrichtung Unterstützung zu holen.
- Die Ergebnisse können dazu dienen, unseren Arbeitsalltag neu zu überdenken, damit er der Arbeit mit den zu uns kommenden Frauen und deren Bedürfnissen und Erfordernissen gerechter werden kann. Hierzu zählen Öffnungszeiten, Therapiezeiten, Tagesstruktur des Teams, Kinderbetreuung etc. So kann sich hinter breiter negativer Bewertung der Frage „Mir wurde zugehört...“ verbergen, dass Gremien oder Teamsitzungen zu eng an die Betreuungszeiten geknüpft sind oder Therapietermine ohne oder mit zu kleinen Pausen dazwischen durchgeführt werden. Solche Antworten können auch auf Überlastung hinweisen, die es nicht möglich macht, adäquat mit den Frauen in Kontakt zu treten. Das kann letztlich zu strukturellen Neuüberlegungen führen.
- Aus den Ergebnissen können wir auch ersehen, ob die Klientinnen sich aufgehoben fühlen, d. h. ob wir auch inhaltlich ihren Problemen und Bedürfnissen professionell gerecht werden. Daraus ergibt sich letztlich Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiterinnen oder aber auch eine notwendige Öffnung für neue Themen, die die Frauen mitbringen.

Ergebnisse können demnach sein: Überdenken der bestehenden Konzepte, Klarheit und Akzentuierung in der Angebotsstruktur, Entwicklung und Modifikation von Standards, Neukoordinierung des Arbeitstages und der Öffnungszeiten, Professionalisierung und Fortbildung der MitarbeiterInnen etc.

Die reflexive Evaluation

Wichtigstes Instrument der reflexiven Auswertung ist die Rückkopplung der Ergebnisse der Befragung mit den Teams, dem Konzept, dem Angebot und mit dem Material der Öffentlichkeitsarbeit in einem zirkulären Prozess. Das erfordert ein gewisses Maß an Offenheit für die Kritik der Frauen. Die quantitativ und qualitativ erhaltenen Ergebnisse werden von einer Evaluatorin, die den Prozess von außen begleitet³⁾, in den einzelnen Teamaudits vorgestellt und diskutiert. Aus der Analyse der Ergebnisse werden in der Folge, möglicherweise auch in Qualitätszirkeln, Veränderungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Evaluation in den Teams sollte immer von der Frage geleitet werden, was aus den Ergebnissen relevant ist und wie dies mit welchem Aufwand sinnvoll in die Arbeit einfließen kann und muss. Konkurrenzen zwischen den MitarbeiterInnen können entstehen und müssen adäquat supervidiert werden.

Der Evaluationsprozess bedarf also:

- Offenheit
- Bereitschaft zur Selbstkritik
- Bewusstheit über Konkurrenz
- Bereitschaft, Konzepte neu zu überdenken
- Bereitschaft zu strukturellen Neuerungen
- Bereitschaft, dem Angebot ein klares Profil zu geben

Der Fragebogen

Die Fragebogenentwicklung sollte analog der Schwerpunkte in den Angeboten der jeweiligen Einrichtung und deren Standards (hier den Qualitätsstandards frauenspezifischer (Sucht-) Arbeit)⁴⁾ geschehen. Die Standards des Betreuungsangebots sollten einfließen, damit auf diesem Wege deren Realisierung aus Sicht der Klientinnen überprüfbar ist.

Sie umfassen, wie oben schon erwähnt, die Bewertung der Strukturqualität:

- Erreichbarkeit der Einrichtung, Lage
- Wartezeiten
- Erreichbarkeit des Teams
- Ausstattung
- Wie wurde die Klientin aufmerksam auf das Angebot?
- Relevanz der frauenspezifischen Einrichtung für die Klientin

Dazu gehören Fragen zum Thema Angemessenheit der Öffnungszeiten, telefonische und persönliche Erreichbarkeit der MitarbeiterInnen, Raumausstattung, Vermittlungswege, Schnelligkeit der Terminvergabe etc..

3) Zu empfehlen ist den gesamten Prozess durch eine außenstehende Evaluatorin durchführen zu lassen, da eine Befragung und Auswertung von Seiten der Einrichtung zu erheblichen Verzerrungen der Ergebnisse und Interessenskonflikten der verschiedenen Ebenen führen kann.

4) Siehe hierzu u.a. Harries-Heder, K. Kersch, A.V. (2001) und Arbeitskreis Frauengesundheit (2002)

Informationsqualität:

- Transparenz der Betreuung/Methoden/Verlauf
- Vermittlung von/Information über andere/n Angebote
- Aufklärung über Berichte und statistische Dokumentation

Diesen Bereich erfassen u. a. Statements wie: „Mir wurden weiterführende andere Angebote in der Suchthilfe vorgestellt“ oder der „Betreuungsverlauf wurde mir vermittelt und war transparent“ oder „Ich wurde über Berichte und die Datendokumentation der Einrichtung aufgeklärt.“

Prozessqualität:

- Kompetenz der Beraterin/Betreuerin
- Empfang und Umgang der Beraterin/Betreuerin mit der Klientin
- Erhalt konkreter Unterstützung
- Angemessenheit des Angebotes
- Qualität der Einzelgespräche und ggfls. der Gruppengespräche
- Kontinuität des Prozesses

Dieser Bereich ergibt den sensibel zu erfassenden Bereich mit Aussagen wie „Die Beraterin erschien mir kompetent“ oder die „Betreuerin ging einfühlsam auf meine Probleme und Bedürfnisse ein“ oder aber auch „Meine Ziele wurden angemessen berücksichtigt“ oder „Ich wurde respektvoll behandelt und ernst genommen“. In diesem Bereich tauchen erfahrungsgemäß die meisten Antwortverzerrungen auf. Daher bedarf es hier einer vorsichtigen, dennoch klaren Auswertung. Die Ergebnisse aus dem Bereich der Prozessqualität ergeben oftmals bestehenden Fortbildungsbedarf und können den Prozess in aller Feinheit, je nach dem, wie genau er abgefragt wird, abbilden.

Wichtig ist hier, bei Fragen zur Wohnsituation in stationären Einrichtungen oder in gruppentherapeutischen Angeboten immer auch die Gruppendynamik mit zu berücksichtigen. Aus dieser Perspektive könnten im Bedarfsfall Interventionsmöglichkeiten generiert werden.

Ergebnisqualität:

- Zufriedenstellende Lösung der Probleme
- Entwicklung von Selbsthilfefähigkeiten
- Zufriedenheit mit dem gesamten Betreuungsverlauf
- Ist das Angebot weiterzuempfehlen?

Dieser Fragekomplex erfasst weitgehend den Prozess retrospektiv und kann als eine Gesamtbilanzierung, als Gesamteindruck der Behandlung und als Outcome für die Klientin verstanden werden. Statements zur Bewertung können sein:

„Meine Probleme wurden zufriedenstellend gelöst“ oder auch „Meine Erwartungen an die Beratung/Therapie wurden erfüllt“ oder „Ich weiß, wie ich jetzt selbst aktiv werden kann, ich bin selbständiger geworden.“

Als wichtiges Instrument in einer Klientinnenbefragung ergeben sich die Freitextmöglichkeiten für die Frauen, die den quantitativen Fragebögen letztlich Konsistenz verleihen kön-

nen. Die Klientinnen beschreiben, was ihnen individuell besonders gut getan hat und was eher schlecht war im Betreuungsverlauf und können Verbesserungsvorschläge liefern. Auch die Fragen, warum sie eine Fraueneinrichtung wählen, ergeben für uns wichtige differenzierte Informationen, die letztlich auch in Konzepten Niederschlag finden können.

Eine Klientinnenbefragung ermöglicht insgesamt gesehen ein völliges Neuüberdenken und eine Auseinandersetzung mit bestehenden Strukturen und Inhalten. Sie kann zusammen mit einer Selbstevaluierung der Mitarbeiterinnen zur Steigerung der Qualität, Wirksamkeit und auch Effektivität der Arbeit führen. Letztlich gibt sie den Klientinnen die Möglichkeit, in einem geschütztem, anonymen Rahmen zu Wort zu kommen. Und daran müssen wir interessiert sein, wenn es um unsere Arbeit geht.

Literatur

- Arbeitskreis Frauengesundheit (2000), Qualitätsstandards frauenspezifischer Psychotherapie, Selbstverlag AKF e.V., Knochenhauerstr. 20-25, 28195 Bremen
- Bortz und Döring (1997), Datenerhebung und Evaluation, Springer, Berlin
- Brähler et al. (2000), Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, Hogrefe, Göttingen
- Harries-Hedder und Kersch (2001), Quality development and Quality assurance: Quality indicators and norms for Outpatient Rehabilitation of Drug addicts in Europe, www.archido.de

VIII. Workshop „Drei in einem Boot“ Klientinnen –Mitarbeiterinnen – Qualität

Beitrag 2: Sekundäre Traumatisierung - Der Versuch professioneller Strategien zur Bewältigung

von Andrea Viktoria Kerschl

Einleitung

Die Geschichte des Themas >sekundäre Traumatisierung< von Menschen in helfenden Berufen beginnt Mitte der 80er Jahre. Bis zu diesem Datum gibt es kaum Literatur zu diesem Bereich⁵⁾. Seit den 90er Jahren ist eine Bandbreite von Untersuchungen verfügbar, die über gesundheitliche Folgen der Einsätze von Helfern/innen in Katastrophengebieten, bei Unfällen etc. berichten. Erschreckend sind die vielfältigen emotionalen, kognitiven, psychischen und sozialen Folgen der sekundären Traumatisierung⁶⁾. Untersuchungen wie jene von Bartone⁷⁾ sowie Duckworth⁸⁾ zeigen, dass Helfer/innen solcher Einsätze häufiger unter Depressionen und pathologischem Kummer leiden und dass sie häufiger von Zorn, Wut und Reizbarkeit berichten.

Aber nicht nur die Helfer/innen bei akuten Katastrophen sind davon betroffen, sondern auch die Helfer/innen, die mit traumatisierten Klienten/innen arbeiten.

Die Prophylaxe von Sekundärer Traumatisierung und daraus ggf. folgendem „Burn out“ sind wichtige Themen in der beraterischen/betreuerischen/therapeutischen Arbeit, denn immerhin 30–60% der KlientInnen in Suchthilfeeinrichtungen sind sexuell missbraucht⁹⁾, wuchsen unter Gewalttätigkeit oder verwaorlost auf und leben während der Betreuung oder bis zur Aufnahme in eine Einrichtung (immer noch) unter kaum zu ertragenden Lebensumständen, von Gewalt und Bedrohung geprägten Verhältnissen auf der Drogenszene oder in ihrem sonstigen sozialen Umfeld¹⁰⁾.

Sekundäre Traumatisierung in der therapeutischen Arbeit

Niemanden, der einem anderen Menschen in aktuellen oder aber auch zurückliegenden Katastrophen Hilfe anbietet, lässt das unberührt. Sekundäre Traumatisierung ist ein typisches und zwangsläufiges Berufsrisiko von Menschen in der Krisenhilfe und im Gewaltbereich, auch von Forscher/innen¹¹⁾, die in diesem Bereich arbeiten. Die persönlichen Grenzen dieser Personen werden durch die Arbeit kontinuierlich überschritten¹²⁾. Nicht selten sind sie damit alleine oder machen sich aus missverstandener professioneller Haltung alleine.

Gefühle, die bei der Traumaarbeit mit den Frauen auftauchen können, sind intensiv und zugleich bedrohlich. Das, was im der therapeutisch-beraterischen Setting erzählt wird, erscheint klar und real, wie unsere eigenen Vorstellungen und Erfahrungen.

Konfrontiert mit der Lebensrealität der Klient/innen, die von Brutalität, Gewalt, Missbrauch,

5) Taylor und Frazer (1982)

6) Brauchle et al (ohne Datum)

7) Bartone

8) Duckworth (1986)

9) Vogt et al. (1998)

10) Kerschl (2001)

11) Bräutigam (2000)

12) Brauchle (ohne Datum)

Elend, Tod und Zerstörung, Schmerzen, Leid, tiefer Verlassenheit und Misstrauen geprägt ist, tritt eine Hilflosigkeit auf, die sich letztlich traumatisierend auf die Therapeut/innen auswirken kann. Nicht selten geht damit auch eine Faszination einher. Die Arbeit mit traumatisierten Frauen kann massive Auswirkungen auf die Identität der Betreuer/innen haben, mit denen sie umzugehen lernen müssen.

Sekundäre Traumatisierung ist ein Prozess, der Affekte und deren Vermeidung einschließt, was sich schädigend auf die eigene Person und im zweiten Schritt auf die Arbeit mit den Frauen auswirken kann. Besonders wenn die Klient/innen in selbstdestruktive Wiederholungen innerhalb des Therapie- oder Beratungsprozesses verstrickt sind, vor denen wir sie nicht schützen können. Die Übertragungsmuster der Klienten/innen, wie Täterübertragung, hilfloser-Helfer-Übertragung oder Mitopfer-Übertragung werden in der Arbeit an der persönlichen Katastrophe des/r Klienten/in auf den/ie Therapeuten/in übertragen, der/ie ihrerseits mit Gegenübertragung reagiert und unreflektiert eine für den/ie Klienten/in und für sich traumatische Situation herbeiführt¹³⁾.

Die Gegenübertragungsreaktionen sind vielgestaltig und müssen analysiert werden, damit eine Verstrickung in den Symptomgewinn der Klientin, ja sogar eine Symptomverstärkung und unbewusste Wiederholung vermieden werden kann¹⁴⁾.

Wenn das Phänomen Sekundäre Traumatisierung nicht als Risiko anerkannt wird, nicht die Auswirkungen wahrgenommen sondern bagatellisiert oder verleugnet werden, besteht das Risiko eines erheblichen Verlusts der Qualität der Arbeit und ein Verlust der eigenen Lebensqualität.

Letztlich kann nur so der Beratungs- und Therapieerfolg gewährleistet und die Qualität der Therapie erhalten bleiben.

Symptome der Sekundären Traumatisierung (STDS)

Jede/r Therapeut/in hat individuelle Strategien des Umgangs in diesem Feld. Letztlich geht es um die Abwehr erheblichen psychischen Stresses:

Müde werden, in den Sitzungen abschalten, sich Wegträumen und Ablehnung sind Varianten, aber auch Überidentifikation mit der Klient/in und co-abhängiges Verhalten. Überflutet werden von Gefühlen, übermäßige Begeisterung, Überfürsorglichkeit, keine Grenzen zu setzen und andauerndes Verhalten, das den therapeutischen Vertrag bricht, können ebenso wie Mangel an Empathie, Verlust von Motivation, Gefühlskälte, therapeutische Beziehungsabbrüche, Vermeidungsverhalten (durch Intrusionen), Versachlichung und „Burn out“ - Symptome Anzeichen von sekundärer Traumatisierung sein.

Grundsätzlich wird in der Traumaforschung von folgenden Symptomen bei sekundärer Traumatisierung berichtet¹⁵⁾:

- Schockiertheit, Gefühl selbst traumatisiert zu sein
- Schlafstörungen, Alpträume, Panikattacken, Nervosität
- Erschöpfungszustände
- Depression, pathologischer Kummer (das Leid der Welt ertragen)

13) Schubbe (2000)

14) Schubbe (2002)

15) Hilsenbeck (2000) sowie Brauchle (ohne Datum)

- Isolationsgefühle – auch im Team
- Verschweigen und auch Verleugnen der Symptome
- Verwirrungszustände und Konzentrationsstörungen
- grundlose Wut, allgemeine Reizbarkeit
- Nahfeld belasten oder vernachlässigen
- keine Nähe oder Emotionen mehr ertragen, Kontakt außerhalb des Settings nicht mehr gut aushalten
- Schuldgefühle gegenüber der Klient/in
- überall Täter zu erkennen glauben, in jedem Kind ein Opfer
- sex. Störungen (keine Sexualität leben wollen oder Sexualisierungen)
- Beziehungsstörungen (Nähe- Konflikte)
- psychosomatische Störungen (Magen-, Rücken-, Kopfschmerzen)
- Gefühle von Schutzlosigkeit, „hautlos“ sein
- Werteverlust, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeitsgefühle in der Arbeit
- ungewollte, ungesteuerte Erinnerungsschübe eigener Gewalterfahrungen
- Dissoziative Phänomene (Rationalisierungen, Versachlichungen)

Diese Symptome zeigen sich auch in der gemeinsamen Arbeit im Team. Besonders häufig sind Spaltungen des Teams in zwei Lager: Täter/innen – Opfer. Besonders schwierig erweist sich dies in gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen: „Täter/innen im Haus oder in den Gruppen“. Hier sind die Grenzen von Empathie zu wahren und zu spüren und Gegenübertragungen sauber herausarbeiten, um nicht, wie oben schon erwähnt, in die Symptomatik der/s Klientin/en eingeschlossen zu werden. Es geht hier um das ganze Team, das die „Katastrophe“ erneut inszenieren könnte und Teamkonflikte mit einschließt.

Ein häufiges Phänomen sind Werteverlust und Sinnlosigkeitsgefühle bezüglich der Arbeit. Oft kommt es hier zu eigenem Suchtverhalten, um die Gefühle zu kompensieren.

Wie professionell mit Sekundärer Traumatisierung umgehen?

Grundsätzlich muss es bei der Prävention Sekundärer Traumatisierung darum gehen, die eigenen Kapazitätsgrenzen und Überlastungen zu erkennen und die individuellen Reaktionen darauf wahrzunehmen und letztlich damit zu arbeiten. Verleugnungen der eigenen Grenzen und Beeinträchtigungen spielen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen oft eine Rolle. Das Anerkennen des Berufsrisikos von Krisenhelfer/innen erleichtert es, offen mit den Folgen umgehen zu können.

Zur Erhaltung der Arbeitsqualität ist es unabdingbar, sich einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Motivation zur Traumaarbeit und Reflexion über die wiederkehrende Konfrontation mit der in der Arbeit sich immer wieder neu formierenden Hilflosigkeit zu stellen.

Dies ist notwendig, um die eigenen Grenzen aufrecht zu erhalten und zwischen den Gefühlen der Klienten/innen unterscheiden zu können. Prophylaxe von „Burn out“ und

Sekundärer Traumatisierung sind wichtige Qualitätsmerkmale der beraterisch-therapeutischen Arbeit. Aus diesem Grund gehört es zur Qualitätserhaltung der Arbeit, Wissen über die Auswirkungen von sekundärer Traumatisierung zu haben, Übertragungsmuster und Gegenübertragungsreaktionen zu kennen und professionelle Strategien im Umgang damit zu entwickeln. In den Einrichtungen sind Angebote zu schaffen, die der Prophylaxe dienen. Das setzt u. a. eine Analyse der Arbeitsbedingungen voraus. Um präventiv vorzugehen, müssen Handlungsmöglichkeiten auf der Ebene der Mitarbeiter/innen sowie auch auf Leitungsebene entwickelt und ermöglicht werden.

Aspekte der Reflexion sind, welches Maß an Belastung und Verantwortung ist aushaltbar, welche Grenzen und Kapazitäten hat auch das Team und, umfassender, die Einrichtung. Die Auswirkungen von Traumaarbeit auf ein Team müssen offen werden. Der nächste Schritt ist, nicht alles aushalten und ertragen können zu müssen, was die Klienten/innen mitbringen. Im Zweifelsfall kann eine gute Vermittlungsstruktur über Kooperationsverträge dienlicher sein, als ganze Bereiche der Arbeit selbst abdecken zu müssen.

Professioneller Umgang in Kürze heißt¹⁶⁾:

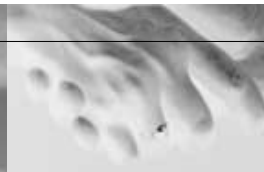
- Berufsrisiko bei Krisenhelfern/innen anerkennen, nicht als Unprofessionalität brandmarken
- Forderungen nach regelmäßiger Supervision, traumatherapeutische Hilfen, d.h. der/ie Supervisor/in sollte Traumaarbeit beherrschen
- Intervision und Teamgespräche
- nicht als Gegenübertragung im Sinne der Bedürftigkeit der Klientin interpretieren
- Traumaarbeit in das Team einbinden, d. h. nicht alleine für sich arbeiten
- Erlernen von Selbstfürsorge, Verfügbarkeit reduzieren, freie Tage, Pausen machen
- Berufsfeld wechseln
- massive Selbstbetroffenheit durch Thema der Klienten/innen > Arbeitsabbruch und Vernetzung (Weiterleiten an andere Personen / Teamkollegen/innen / Einrichtungen)

Traumaarbeit bedingt kumulative und transformierende Effekte, die, wie ersichtlich wurde, eine Bandbreite von Auswirkungen mit sich bringen können, denen zu begegnen therapeutische Verantwortung für die Klienten/innen bedeutet und letztlich auch für den Erhalt der professionellen Arbeit und für den Schutz qualifizierter Mitarbeiter/innen Bedeutung hat.

Literatur

- Bartone, P.T. et al. (1989), Impact of military air disaster on health of assistance workers. *Journal of nervous and mental disorders*, 177
- Bräutigam, B. (2000), Vertreibung des inneren Dämon: Zur Motivation therapeutischer Arbeit mit politischer verfolgten und traumatisierten Menschen und deren Kindern. *Forum qualitativer Sozialforschung*, Vol. 1, No. 1
- Brauchle, G. et al. (ohne Datum), Das verdrängte Thema: Sekundäre Traumatisierung von Notfallpsychologen. www.notfallpsychologie.at
- Duckworth, D.H. (1986), Psychological Problems arising from disaster work. *Stress Medicine* 2.
- Hilsenbeck, P. (2000) Materialien zur Fortbildung: Sekundäre Traumatisierung, Frauensuchtprojektetreffen 2000, Stuttgart, La Gaya
- Kersch, A.V. (2001), Sucht und Emotionalität. Zum Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und Gefühlserleben, Technische Universität Berlin
- Schubbe, O. (2000), EMDR Supervision, www.tramatherapie.de
- Vogt, I. et al (1998), Frauen und Sucht. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Hartmann Ahaus

Ergebnis der Länderumfrage



Umfrage:

- I. Frauen- und Mädchensuchthilfeprojekte
- II. Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien



Ergebnis der Länderumfrage:

I. Frauen- und Mädchensuchthilfeprojekte

S. 161–165

II. Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

S. 166–169

Ergebnis der Länderumfrage der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zur Vorbereitung des Kongresses

1. Frauen- und Mädchensuchthilfeprojekte

	Name der Einrichtung	Ort	Angebote	Indikation	Besonderheiten
BADEN-WÜRTTEMBERG	LAGAYA-Frauen-Sucht-Beratungstelle	Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Ambulante Rehabilitation • Ambulante Therapie • Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Medikamente • Illegale Drogen • Essstörungen 	
	MARA I,II & JELLA	Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> • Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auch für Substituierte • JELLA = für Mädchen
	MädchenGesundheits-Laden e. V.	Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Präventive Arbeit mit Schulklassen & Mädchengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mädchen und junge Frauen
	FrauenZimmer e. V. – Verein zur Unterstützung suchtgefährdeter und -abhängiger Frauen und Mädchen e.V.	Freiburg	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Ambulante Therapie • Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Medikamente • Illegale Drogen • Essstörungen • Co-Abhängigkeit 	
	Fachklinik Schloz	Freudenstadt	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Medikamente 	
	Rehabilitationsklinik Lindenhof	Schallstadt	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Illegale Drogen • Alkohol • Medikamente • Polytoxikomanie 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Kindern
	Fachklinik für suchtkranke Frauen – Kraichtalblick	Kraichtal	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Kindern
	Klinik für suchtkranke Frauen – Fachkrankenhaus Höchsten	Deggenhauser Tal	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Medikamente • Polytoxikomanie • Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Kindern

* Es sind nur die Projekte aufgeführt, die sich ausschließlich an Frauen und Mädchen wenden. Wir wissen, dass sich auch in gemischtgeschlechtlichen Suchthilfeeinrichtungen gute frauenspezifische Angebote finden.

Name der Einrichtung	Ort	Angebote	Indikation	Besonderheiten
TAL 19 – Frauenberatungs- und Therapiezentrum	München	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Ambulante Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente Illegale Drogen Polytoxikomanie 	
Frauentherapiezentrum München e.V.	München	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Ambulante Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Essstörungen Polytoxikomanie 	
Bürozentrum des Frauentherapiezentriums	München	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsprojekt 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen Alkohol Medikamente Essstörungen 	
Extra e.V.	München	<ul style="list-style-type: none"> Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen Polytoxikomanie 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für Schwangere Einbeziehung der Kinder
Condrobs e.V. 1) Con-Action Kontakt-laden-girls only 2) Prima Donna 3) Suprima 4) Viva Clara	München	1) Niedrigschwelliges Angebot 2) Sozialtherap. Wohnen Nachsorge 3) Sozialtherap. Wohnen 4) Beratung, betr. Wohnen, Arbeitsprojekt	1) Illegale Drogen, Polytoxikomanie 2) Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Polytoxikomanie 3) Illegale Drogen 4) Alkohol, illegale Drogen, Polytoxikomanie	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
ANAD e.V. Pathways	München	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutisches Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Minderjährige und junge Volljährige
Lilith e.V.	Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Ambulante Therapie Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für Substituierte, Schwangere und Mütter
MUDRA	Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> Betreutes Wohnen Arbeitsprojekt 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Illegale Drogen Polytoxikomanie 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
Drogenberatungstelefon	Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> Telefonische Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen Polytoxikomanie 	
Frauenberatungsstelle, -café, -wohngemeinschaft	Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen Polytoxikomanie 	
Frauengesundheitszentrum	Regensburg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
Fachklinik Legau	Legau	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
Haus Immanuel	Thurnau	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
Fachklinik Schlehreuth	Wegscheid	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen Alkohol Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern Auch für Schwangere
Rehabilitationszentrum Schloß Bettenburg	Hofheim	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern Auch für Paare

	Name der Einrichtung	Ort	Angebote	Indikation	Besonderheiten
BERLIN	FrauSuchtZukunft-Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Betreutes Wohnen Berufliche Integration Ambulante Therapie Nachsorge 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Suchtmittelabhängigkeiten 	
	Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. – Frauentreff Olga	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Niedrigschwelliges Kontaktangebot Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für Prostituierte
	FAM-Frau & Sucht e.V. und ADV e.V.	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Ambulante Therapie Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente Illegale Drogen 	
	Frauenladen der Frauen-Sucht-Hilfe e.V.	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Niedrigschwelliges Kontaktangebot 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	
	Projekt Wohnen e.V. – die Zwiebel	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutisches Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Suchtmittelabhängigen 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für psychisch kranke Frauen
	Dick & Dünn e.V.	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
BRANDENBURG	Diakonisches Werk Niederlausitz e.V. – Beratungsstelle „Anne“	Cottbus	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Mädchen und junge Frauen
BREMEN	Schritt für Schritt – Bremer Hilfe zur Selbsthilfe e.V.	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Betreuung 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Schwangere und Frauen mit Kindern
	Komunale Drogenpolitik, Verein für akzeptierende Drogenarbeit	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Niedrigschwelliges Kontaktangebot (Methadonvergabe) Psychoziale Begleitung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Substituierte
	Hohehorst gGmbH – Wohngruppe Rainbow	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Therapeutisches Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	
	Landesinstitut für Schule-Suchtprävention Bremen	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Präventive Arbeit mit Schulklassen Multiplikatorenfortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Präventionszentrum Bremen-Nord	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Präventive Arbeit mit Schulklassen Multiplikatorenfortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Mädchenhaus Bremen e.V.	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
Mädchenhaus „Lilas-Pause“	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 		

	Name der Einrichtung	Ort	Angebote	Indikation	Besonderheiten
BREMEN	Frauengesundheitszentrum	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Frauentherapiezentrum	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Gewitterziegen e.V.	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gruppenangebote 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Steps	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Nachsorge 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Perspektive	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Integration 	<ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Suchterfahrungen Essstörungen 	
HAMBURG	Frauenperspektiven e.V.	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Ambulante Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Suchtmittelabhängigkeiten 	
	Ragazza e.V.	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Gesundheitsvorsorge Schlafplätze 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Prostituierte
	Waage e.V.	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt- und Beratungsstelle Telefonische Beratung Gruppenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Für volljährige Frauen
	Martha Stiftung Hamburg – Sozialtherapeutisches Zentrum für Suchtkranke	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> Soziale Rehabilitation Stationäre Nachsorge 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> Für volljährige Frauen
HESSEN	Frauenberatungsstelle mit Café und Nachtbus	Frankfurt am Main	<ul style="list-style-type: none"> Niedrigschwelliges Angebot Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Für Prostituierte
	Frauenberatungsstelle	Frankfurt am Main	<ul style="list-style-type: none"> Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	
	Calla e.V. 1) CLAIRE Beratungsbüro für suchtmittelabhängige Frauen 2) Camille	1) Frankfurt am Main 2) Königsstein	1) - Substitutionsambulanz - Beratung 2) - Betreutes Wohnen - Ambulante Therapie	1) - Illegale Drogen - Alkohol 2) Illegale Drogen	
M.BURG-VORP.	Reintegrations-GmbHg „Dach över'n Kopp!“	Süderholz	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Nachsorge Sozialtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
NIEDER-SACHSEN	Diakonisches Werk-Suchtberatung für Frauen	Hannover	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Sozialtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente Illegale Drogen Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern

	Name der Einrichtung	Ort	Angebote	Indikation	Besonderheiten
NIEDER-SACHSEN	Caritasverband – Suchtberatung für Frauen	Meppen	<ul style="list-style-type: none"> Beratung Sozialtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente Illegale Drogen Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Auch für Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern
	Fachklinik St. Vitus GmbH	Visbek	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Alkohol Medikamente Essstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder werden in Jugendhilfeeinrichtungen vermittelt
	JACLEANE Therapiezentrum für süchtige Frauen	Eschershausen	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
NORDRHEIN-WESTFALEN	Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. - Landesfachstelle „Frauen und Sucht in NRW“	Essen	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von Konzepten Koordination von Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Suchtmittel-unabhängig 	
	- Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige Frauen mit ihren Kindern“		<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung und Erprobung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Jugend- und Drogenhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> Illegale Drogen 	
	„Anna Conda“ e.V.	Aachen	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung von Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
RHEINLAND-PFALZ	Refugium Fachklinik	Altenkirchen	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Alle Formen der Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
	Fachklinik Altburg	Schalkenmehren	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Polytoxikomanie Essstörungen Spielsucht 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern Aufnahme von Schwangeren
	Villa Maria	Billigheim-Ingenheim	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Polytoxikomanie Illegale Drogen 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von Kindern
SACHSEN	Blaues Kreuz in Deutschland e.V. – Blaukreuz-Haus	Schindelbach	<ul style="list-style-type: none"> Sozialtherapeutisches Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Suchtmittel-unabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> Für chronisch Mehrfachgeschädigte
SCHLESWIG-HOLSTEIN	Donna klara e.V.	Kiel	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente Alkohol Essstörungen 	
	Frauentreff Eß-o-Eß	Kiel	<ul style="list-style-type: none"> Kontakt Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Brücke Lübeck e.V.	Lübeck	<ul style="list-style-type: none"> Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Brücke Ostholstein e.V.	Ostholstein	<ul style="list-style-type: none"> Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	
	Luna e.V. Kiel	Kiel	<ul style="list-style-type: none"> Betreutes Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> Essstörungen 	

2. Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

	Name des Projektes	Ort	Zielgruppe	Angebote
BADEN-WÜRTEMBERG	MAKS – Arbeit mit Kindern von Suchtkranken der Arbeitsgruppe für Gefährdetenilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg (Modellprojekt)	Freiburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, deren Eltern Probleme mit Alkohol, Medikamenten, illegalen Drogen haben und hatten • Schwangere suchtmittelkonsumierende Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenarbeit • Informationsveranstaltungen • Fortbildungen
	KID – Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen	Karlsruhe	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche drogenabhängiger Eltern über deren Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung / Beratung in der Erziehungsarbeit
	Rehabilitationsklinik Lindenhof	Schallstadt	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung • Gruppenarbeit • Psychologische Betreuung
	Fachklinik für suchtkranke Frauen - Kraichtalblick	Kraichtalblick	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer alkoholabhängigen Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung • Gruppenarbeit • Psychologische Betreuung
	Klinik für suchtkranke Frauen – Fachkrankenhaus Höchsten	Deggenhauser Tal	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung • Gruppenarbeit • Psychologische Betreuung
BAYERN	Lilith e.V. – Liliput Beratung für Mutter & Kind	Nürnberg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche von drogenkonsumierenden, ehemals drogenkonsumierenden und substituierten Frauen • schwangere drogenkonsumierende, ehemals drogenkonsumierende und substituierte Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenangebote • Prävention
BERLIN	Drogenhilfe Tannenhof e.V	Berlin	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer Eltern mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Therapie • Hilfe zur Erziehung
BRANDENBURG	Diakonisches Werk-ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle	Seelow	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder suchtkranker Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeit
	Selbsthilfegemeinschaft Scarabäus Hoher Fläming e.V.	Schmerwitz	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die mit ihren suchtkranken Eltern in die therapeutische Wohnform aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung • Hilfe zur Erziehung

	Name des Projektes	Ort	Zielgruppe	Angebote
BREMEN	Hohehorst gGmbH – Therapeutische Wohn- gruppe	Bremen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die mit ihren drogenabhängigen Eltern in die therapeutische Wohngruppe aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeit • Unterstützung in der Erziehungsarbeit der Eltern
HAMBURG	Jugend hilft Jugend – THEKI	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien über deren Eltern • Schwangere 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung / Beratung in der Erziehungsarbeit
	KOMPASS - Hilfen für alkoholgefährdete Kinder und Jugendliche e.V.	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus Familien mit Alkoholproblemen • auch über deren Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung für Kinder als auch deren Eltern • Gruppenarbeit • Unterstützung in der Erziehungsarbeit • Suchtprävention im Kindesalter
	Palette e.V.- Projekt IGLU	Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder (auch ehemals) drogenabhängiger / substituierter Eltern • Schwangere 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenarbeit • Multiplikatorenschulungen
HESSEN	Haus Böddiger Berg	Felsberg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Eltern mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung • Gruppenarbeit • Hilfe zur Erziehung
	Hof Fleckenbühl	Cölbe	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Eltern mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung • Gruppenarbeit • Hilfe zur Erziehung
	Villa Lily	Bad Schwalbach	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Eltern mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung • Gruppenarbeit • Hilfe zur Erziehung
M.BURG- VORP.	Reintegrations-GmbHg „Dach über’n Kopp!“	Süderholz	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer Therapie ihrer alkohol- / medikamentenabhängigen Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialtherapie • Hilfe zur Erziehung
NIEDER- SACHSEN	JACLEANE Therapiezentrum für süchtige Frauen	Eschershausen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Hilfe zur Erziehung
	Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch	Lüneburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Eltern mit aufgenommen werden • Schwangere 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie • Hilfe zur Erziehung

	Name des Projektes	Ort	Zielgruppe	Angebote
NORDRHEIN-WESTFALEN	Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V. - ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern	Essen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche von drogenabhängigen Müttern 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsvereinbarung zwischen Einrichtungen der Drogen- und Jugendhilfe, sowie dem klinisch- medizinischen Bereich
	Information und Hilfe in Drogenfragen e. V. - Kinderprojekt „Mucki“	Wesel	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder drogenkranker Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung • Frühintervention
	Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V.	Euskirchen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenangebote für 7- bis 12-Jährige • Vermittlung von Angeboten für suchtkranke Eltern
	Drogenberatung e.V.	Bielefeld	<ul style="list-style-type: none"> • 3- bis 6-jährige Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Primärprävention • Beratung der Eltern • Fortbildung und Schulung von Multiplikatoren • Kooperationsangebote
	Sozialdienst Katholischer Männer e.V.	Köln	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplikatorenschulungen
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	Münster	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften 	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung einer Arbeitshilfe zur Integration des Themenfeldes „Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ in eine herkömmliche Drogenberatungsstelle
RHEINLAND-PFALZ	Modellprojekt „Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien“ und Folgeprojekt „Langfristige Verankerung von Maßnahmen der Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien in ländlichen Gebieten“		<ul style="list-style-type: none"> • Kinder aus suchtbelasteten Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung und Optimierung der psychosozialen Versorgung

	Name des Projektes	Ort	Zielgruppe	Angebote
RHEINLAND- PFALZ	Refugium Fachklinik	Altenkirchen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder (bis zu 12 Jahren), die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer suchtkranken Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung • Therapeutische Gruppenarbeit
	Fachklinik Altburg	Schalkenmehren	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer suchtkranken Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische Betreuung • Projektwochen für Eltern zur Unterstützung bei Erziehungsfragen
	Villa Maria	Billigheim-Ingenheim	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche, die im Rahmen einer stationären Therapie ihrer suchtkranken Mütter mit aufgenommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilpädagogisches Angebot • Hilfe zur Erziehung
SAARLAND	Beratungsstelle „Die Brigg“	Neunkirchen	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeit
	Suchtfachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige - SHG Klinik Tiefenthal	Saarbrücken	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung
	Langzeittherapieeinrichtung für Drogenabhängige „Verein Hilfe für junge Menschen e.V.“	Tholey	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Erziehung
SCHLESWIG- HOLSTEN	Alkohol- und Drogenberatung Kreis Herzogtum Lauenburg	Lauenburg	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenarbeit
	Evangelische Stadtmission Kiel e.V.	Kiel	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche medikamenten- /alkoholabhängiger Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung • Gruppenarbeit

In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen existieren keine Projekte für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien.

Borse, Sigrid

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen
Hansaallee18, 60322 Frankfurt
Tel.: 069 / 557362
borse@essstoerungen-frankfurt.de,
www.fz-essstoerungen.de

Caldewey, Ruth

Mobile – Heilpädagogik
Bussardweg 21, Bad Vilbel
Tel.: 06101 / 403690
mobile.caldewey@t-online.de,
www.mobilchp-vht.de

Caspers-Merk, Marion

Parlamentarische Staatssekretärin bei der
Bundesministerin für Gesundheit und
Soziale Sicherung, Drogenbeauftragte der
Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung
Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
Tel.: 01888-441-1440/1451
drogenbeauftragte@bmg.bund.de,
www.drogenbeauftragte.de

Ernst, Marie-Louise

Psychologin FSP Lic.phil. I
Beauftragte des Bundesamtes für Gesund-
heit für die Förderung geschlechterge-
rechter Suchtarbeit
Rohrmatt 21, CH – 3126 Kaufdorf
Tel.: 0041 / 31 – 8092296
m.l.ernst@datacomm.ch

Prof. Dr. Fischer, Gabriele

Universität Wien, Klinik für Psychiatrie,
Drogenambulanz
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
Tel.: 0043 / 1 – 40400-3549
gabriele.fischer@akh-wien.ac.at
www.akh-wien.ac.at/generalpsychiatry

Gräble, Heidi

Frauensuchtberatungsstelle
donna klara e.V.
Knooper Weg 49, 24103 Kiel
Tel.: (0431) 615 49
heidi.graessle.fsb@donnaklara.de

Herschelmann, Susanne

Kayal Frauenperspektiven e.V.
Hospitalstr. 69, 22 767 Hamburg
Tel.: (040) 380 69 87
Kay-al.Frauenperspektiven@Hamburg.de

Dr. Hörmann, Martina

Adelheidstr. 45, 65185 Wiesbaden
Tel.: (0611) 30 22 36
MartinaHoermann@web.de

Kerschl, Andrea Viktoria

SPI-Forschung gGmbH
Kohlfurterstr. 41-43, 10999 Berlin
Tel.: (030) 252 16 19
kerschl@spi-research.de,
www.frausuchtzukunft.de

Kreke, Renate

BELLA DONNA, Drogenberatung für
Mädchen und Frauen
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: (0201) 208 20
belladonnaessen@aol.com

Krock, Maya

Feministisches Frauen GesundheitsZen-
trum e.V. – FFGZ
Bamberger Str. 51, 10777 Berlin
Tel.: (030) 213 95 97
ffgzberlin@snaflu.de, www.ffbiz.de

Lange, Heike

Camille Frauendrogentherapieeinrichtung
 Elisabethenstr. 5, 61462 Königstein
 Tel.: (06174) 70 42
frauen92@aol.com

Neuwirth, Heidrun

LAGAYA JELLA, Päd.-therapeutische
 Wohngruppe für Mädchen mit Drogenpro-
 blemen
 Hohenstaufenstr. 17 B, 70178 Stuttgart
 Tel.: (0711) 540 69 60
jella@lagaya.de

Ohnmeiß, Ulrike

LAGAYA Verein zur Hilfe suchtmittelab-
 hängiger Frauen e.V. Stuttgart
 Hohenstaufenstr. 17 B, 70178 Stuttgart
 Tel.: (0711) 640 54 90
Kontakt@lagaya.de

Rünger, Dagmar

FrauSuchtZukunft
 Dirchsenstr. 47, 10178 Berlin
 Tel.: (030) 282 41 38
FrauSuchtZukunft@t-online.de,
www.frausuchtzukunft.de

Prof. Dr. Scheffler, Sabine

Fachhochschule Köln
 Mainzer Str. 5, 50678 Köln
 Tel.: (0221) 82 75-33 39
sabschef@t-online.de, www.fh-koeln.de

Soltau, Roswitha

„extra e.V.“
 Corneliusstr. 2, 80469 München
 Tel.: (089) 23 60 63
extra@extra-ev.org

Sonn, Katharina

StoffBruch
 Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
 Tel.: (030) 2812350
FrauSuchtZukunft@t-online.de,
www.frausuchtzukunft.de

Sommerburg, Karola

Kayal Frauenperspektiven e.V.
 Hospitalstr. 69, 22767 Hamburg
 Tel.: (040) 380 69 87
Kay-al.Frauenperspektiven@Hamburg.de

Stelz, Annegret

Camille Frauendrogentherapieeinrichtung
 Elisabethenstr. 5, 61462 Königstein
 Tel.: (06174) 70 42

Stoll, Magrit

Drogenambulanz Schleswig Holstein
 Damperhofstr. 12, 24103 Kiel
 Tel.: (0431) 987 75 23
MagritStoll@aol.com

Walcker-Mayer, Carmen

FrauSuchtZukunft - Verein zur Hilfe
 suchtmittelabhängiger Frauen e.V.
 Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
 Tel.: 030 / 2824138
FrauSuchtZukunft@t-online.de,
www.frausuchtzukunft.de

Prof. Dr. Zenker, Christel

FH Münster, Fachbereich Sozialwesen
 Hüfferstr. 27, 48149 Münster
 Tel.: 0251 / 83-65778
chzenker@gmx.de
www.fh-muenster.de/FB10/fb10_idx.htm

Herausgeber:

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
11055 Berlin

www.drogenbeauftragte.de

Stand:

November 2002

Gedruckt auf Recyclingpapier

Der BundesFrauenKongress Sucht wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. (FDR) und vom „Qualitätszirkel FrauenSuchtArbeit“ des FDR durchgeführt und stand unter Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit Marion Caspers-Merk.

Hinweis:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben. Sie wird grundsätzlich kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europawahl, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.