

A B S C H L U S S B E R I C H T

**der Arbeitsgruppe zur Umsetzung
der Maßnahmen Nr. 22 und Nr. 26
des Landesprogramms gegen Sucht NRW**

Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen

**Empfehlungen für die Praxis
in Nordrhein-Westfalen**

IMPRESSUM

Essen 2004

Herausgeberin:



BELLA DONNA

LANDESFACHSTELLE FRAUEN & SUCHT NRW

Kopstadtplatz 24-25

45127 Essen (Stadtmitte)

Telefon: 02 01-24 84 17-1/-2

Telefax: 02 01-22 28 72

E-mail: belladonnaessen@aol.com

Internet: www.belladonna-essen.de

Copyright © 2004 by

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, sind der Herausgeberin vorbehalten. Ein Abdruck kann nur mit schriftlicher Genehmigung der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW und unter Angabe der Quelle erlaubt werden.

Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW wird gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Layout: RevierA GmbH, Essen, www.reviera.de

Druck: Lonnemann GmbH, Selm

VORWORT

Seit langem ist bekannt – durch Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen gestützt –, dass es bei drogenabhängigen Frauen und Männern geschlechtsbezogene Unterschiede im Kontext von Suchtentstehung und -verlauf gibt. Im Zuge der Entwicklung von mehr Zielgruppenorientierung und Individualisierung in der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger sollten deshalb auch geschlechtsbezogene Fragen in der Konzeptentwicklung von Fachkliniken sowie in der Behandlungsplanung und -durchführung wesentlich berücksichtigt werden.

Insbesondere für die Therapie von drogenabhängigen Frauen ist das von großer Bedeutung, weil sie nach wie vor in den Einrichtungen eine Minderheit darstellen und ihre spezifischen Themen, ihre Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten nur eingeschränkt Beachtung finden.

Was heißt es konkret, die medizinische Drogenrehabilitation indikationsorientiert geschlechtsbezogen auszurichten? Wie können die Belange von drogenabhängigen Frauen im Rahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung systematisch einbezogen werden?

In einer interdisziplinären mehrjährigen Arbeitsgruppe im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW beschäftigten wir uns mit diesen Fragen und erarbeiteten ein methodisches Vorgehen und spezifische Empfehlungen. Wir freuen uns, Ihnen diese Empfehlungen hiermit vorlegen zu können. Wir möchten Leitung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen für Drogenabhängige, von Leistungsträgern, von Beratungsstellen und anderen relevanten Institutionen anregen, Geschlechterfragen als eine wesentliche Querschnittsaufgabe im Sinne der Strategie des Gender Mainstreaming zu betrachten. ►

Für Rückmeldungen und Fragen, weitere Informationen und Diskussionen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Im Namen der Beteiligten der Arbeitsgruppe zu den Maßnahmen:

Nr. 22: Erarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich des künftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote für die Therapiebereiche, die von den Zuständigen (Einrichtungen, Kommunen, Krankenkassen, Land) im Sinne der Erörterung und Weiterentwicklung aufgegriffen werden, und

Nr. 26: Berücksichtigung frauenspezifischer Ansätze in der stationären Drogen-therapie.

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW
Essen, 2004

Kontakt/Ansprechpartnerin:

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW
BELLA DONNA
Ute Breuker-Gerbig
Kopstadtplatz 24-25
45127 Essen
Tel. 0201-248 41 7-1/-2
belladonnaessen@aol.com
www.belladonna-essen.de

Im Anhang finden Sie weitere AnsprechpartnerInnen.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	4
2. Geschlechterdifferenzierung in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger als Querschnittsfrage – Herangehensweise und Methodik der Arbeitsgruppe	8
3. Bedarfe von Frauen und entsprechende Ziele	12
3.1 Analyse der Bedarfe	12
3.2 Leitendes Ziel	21
3.3 Handlungsziele	22
4. Handlungsansätze für die Praxis	24
Der Minderheitenstatus	24
Berufliche Integration	25
Selbstständige Lebensführung	28
Mutterschaft	29/31
Komorbidität	32
Erfahrungen sexualisierter Gewalt	34
Partnerschaften	37
Gesundheit	38
5. Prozessbegleitung und -überprüfung	40
6. Literaturverzeichnis	42
7. Anlagen	46
Beteiligte an der Arbeitsgruppe/weitere AnsprechpartnerInnen	46
Zusammenfassung der Studie zur Maßnahme Nr. 22: „Geschlechtsbezogene Aspekte von Therapievorbereitung und Therapiezufriedenheit aus der Sicht von drogenabhängigen Frauen und Männern“	48

1. EINLEITUNG

Der Hintergrund der vorliegenden Empfehlungen

Forschungen und Praxis belegen seit langem, dass es geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich des Einstiegs, der Konsummuster und Suchtverläufe gibt, die auf dem Hintergrund biographischer und gesellschaftlicher Bedingungen und Umgangsweisen entstehen.¹ Das Landesprogramm gegen Sucht NRW (1999) fordert darum in einem eigenen Kapitel eine Geschlechterdifferenzierung der Hilfsangebote, vor allem in Form unterstützender, bedarfsgerechter und annehmbarer Angebote für Frauen. In der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW, einem partizipatorischen Prozess unter Einbeziehung von beteiligten Institutionen, Verbänden und Einrichtungen im Land, fanden programmbegleitende Arbeitsgruppen auch zum Thema „Geschlechterdifferenzierung“ statt. Aus dem Zusammenschluss der Maßnahmen² Nr. 22 und Nr. 26 heraus entstanden die vorliegenden Empfehlungen für die stationäre medizinische Rehabilitation drogenabhängiger Frauen.

Die Begrenzung auf den Bereich Drogenabhängigkeit ergibt sich aus der Differenzierung der Behandlungsangebote für verschiedene Suchtmittel infolge unterschiedlicher Problemlagen der Klientel.

Zielsetzung

Insgesamt geht es darum, in Bezug auf die medizinische Rehabilitation

- ▶ mehr Frauen zu erreichen,
- ▶ eine bedarfsgerechtere Verbesserung der Behandlungsstrategien anzuregen
- > und negative Folgen der Tatsache zu minimieren, dass Frauen in den Einrichtungen gegenüber Männern eine Minderheit darstellen.

¹ Um die soziale und kulturelle Bedingtheit von Geschlechtsunterschieden zu betonen, wird im folgenden der Begriff „geschlechtsbezogen“ benutzt, denn der Begriff „geschlechtsspezifisch“ legt nahe, dass die Unterschiede in der Essenz bzw. Biologie der Geschlechter begründet wären. (Vgl. Meyer/v. Ginsheim, 2002, S. 25)

² Nr. 22: Erarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich des künftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote für die Therapiebereiche, die von den Zuständigen (Einrichtungen, Kommunen, Krankenkassen, Land) im Sinne der Erörterung und Weiterentwicklung aufgegriffen werden.

Nr. 26: Berücksichtigung frauenspezifischer Ansätze in der stationären Drogentherapie.

Ein besonderes Anliegen der vorliegenden Empfehlungen ist es darum, Erfordernisse bedarfsgerechter Angebote unter Einbeziehung der derzeitigen Datenlage aus Forschung, Dokumentationen und Praxiserfahrungen konkret, transparent und nachvollziehbar zu machen und Ziele zu beschreiben, die der konzeptionellen Weiterbearbeitung zugrunde gelegt werden können.

Zielgruppe

Die Empfehlungen können für verschiedene Aufgabenbereiche im Sinne einer Arbeitshilfe genutzt werden:

- ▶ für Einrichtungen der Drogen- und Suchtberatung, um mit und für ihre Klientinnen gezielter geeignete Einrichtungen nachfragen und vorschlagen zu können;
- ▶ für Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation, um ihre Profile, Konzeptionen und Behandlungsstrategien daraufhin zu reflektieren, ob und in welcher Weise sie der Zielgruppe drogenabhängiger Frauen gerecht werden;
- ▶ für Leistungsträger, um die Versorgungslage der weiblichen drogenabhängigen Versicherten besser einschätzen und Behandlungsangebote differenzierter bewerten zu können.

Die im Rahmen der Empfehlungen formulierten Handlungsziele sind nicht als starrer Forderungskatalog zu verstehen, sondern vielmehr als Vorschlag einer Zielperspektive, mit der prozesshaft eine Auseinandersetzung mit konzeptionellen Überlegungen und praktischen Umsetzungen angeregt werden kann. Insofern haben die Handlungsansätze vor allem einen exemplarischen Charakter, sie können zur Reflektion eines Gesamtkonzeptes oder auch partiell einzelner Arbeitsbereiche einer Einrichtung genutzt werden.

Die Arbeitsgruppe ist sich des zunehmenden Widerspruchs zwischen steigenden inhaltlichen Anforderungen bei gleichzeitig knapper werdenden Mitteln bewusst. Doch um effektiv zu sein, müssen Behandlungsangebote und -strategien eng an die Bedarfe der Zielgruppen anknüpfen. Insofern können diese Empfehlungen auch dazu anregen, bestehende Handlungsspielräume und Ressourcen gezielter auszuschöpfen.

Beteiligte

Im Rahmen der Maßnahme Nr. 22 hat die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW zunächst eine kleine Studie³ durchgeführt, um die Probleme und Bedarfe von drogenabhängigen Frauen im Vergleich zu Männern in der medizinischen Rehabilitation zu erkunden. In der Zusammenlegung mit einem weiteren, ähnlich formulierten Auftrag aus der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW⁴ entstand in einem zweiten Schritt die Arbeitsgruppe, die sich mit den Anforderungen an eine geschlechterdifferenzierende medizinische Rehabilitation von drogenabhängigen Frauen auseinandersetzte.

Kontinuierlich arbeiteten mit:

- ▶ Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG)
Fachberatungsdienst Sucht Frau Franke
- ▶ WESD – Westfälische Einrichtungen stationärer
Drogentherapie e.V.
c/o Fachklinik „Im Deerth“ Herr Glaeske
- ▶ c/o Fachklinik Beusingser Mühle Frau Teunißen
- ▶ Landschaftsverband Rheinland
Koordinationsstelle Sucht Frau Holze
- ▶ LVA Westfalen Frau Alsmeier
- ▶ Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) Herr Lappe
- ▶ AG der kommunalen Spitzenverbände
c/o Kreis Viersen
Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz Herr Schürmann
- ▶ Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW Frau Breuker-Gerbig,
Frau Schwarting

Eine vollständige Liste der Beteiligten findet sich im Anhang.

Die Arbeitsgruppe richtete eine Runde von Expertinnen aus Vertreterinnen von stationären Einrichtungen und Leistungsträgern ein, die unter der Federführung der

³ PBAG Projekt Nr. 22: Erarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich des künftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote für die Therapiebereiche

⁴ PBAG Projekt Nr. 26: Berücksichtigung frauenspezifischer Ansätze in der stationären Drogentherapie

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW den Bedarf, die Ziele und die Handlungsansätze erarbeitete und in der Projektgruppe zur Diskussion stellte.

An dieser Runde beteiligt waren:

- | | |
|--|---|
| ▶ Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW | Frau Breuker-Gerbig,
Frau Schwarting |
| ▶ WESD – Westfälische Einrichtungen stationärer Drogentherapie e.V.
c/o Fachklinik Beusingser Mühle | Frau Teunißen |
| ▶ Fachklinik Scheifeshütte | Frau Pietras |
| ▶ Therapeutische Gemeinschaft Tauwetter | Frau Sosna |
| ▶ LVA Westfalen | Frau Alsmeier |
| ▶ Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG) | Frau Franke |

Zu Gast in der Expertinnenrunde war ferner Frau Reuter-Markowski von der Holthäuser Mühle.

Wir danken ebenso Frau Klemm-Vetterlein, Landeskoordination Integration NRW, für ihre fachliche Stellungnahme zu dem Handlungsziel „Berufstätigkeit von Frauen“.

Die institutionsübergreifende Zusammensetzung der Expertinnenrunde und der PBAG-Arbeitsgruppe ermöglichte es, verschiedene institutionelle Perspektiven, Aufträge und Kompetenzen in den Diskussionsprozess einzubeziehen und so Handlungsvorschläge genauer herauszuarbeiten.

Inhaltlicher Aufbau

In Kapitel 2 wird zunächst die zugrunde liegende inhaltliche und methodische Herangehensweise der Arbeitsgruppe skizziert. Das Kernstück der Empfehlungen stellt Kapitel 3 dar, in dem nach einer Analyse des Bedarfs das Leitziel und zentrale konzeptionelle Ziele formuliert werden. In Kapitel 4 findet sich eine Reihe von konkreten Handlungsansätzen, wie sie Einrichtungen zu bestimmten Aspekten aufgreifen oder im Rahmen des jeweiligen Einrichtungsprofils selbst entwickeln können. Schließlich wird beschrieben, in welcher Weise eine prozessbegleitende Arbeitsgruppe den Prozess der Diskussion und Umsetzung der Empfehlungen in NRW unterstützen kann (Kapitel 5).

Wir hoffen, dass die Empfehlungen auf diese Weise ein hilfreicher Impuls für die Praxis in NRW werden.

2. GESCHLECHTERDIFFERENZIERUNG IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION DROGENABHÄNGIGER ALS QUERSCHNITTS- FRAGE – HERANGEHENSWEISE UND METHODIK DER ARBEITSGRUPPE

Die Herangehensweise an Geschlechterdifferenzierung

Die Art und Weise, wie man an das Thema „soziales Geschlecht“ bzw. „Gender“ herangeht, beeinflusst maßgeblich die Interpretation der Datenlage und die Entwicklung der Handlungsziele. In den letzten Jahren hat es einige Veränderungen in den Debatten um die Bedeutung des sozialen Geschlechts gegeben. Darin wird vermehrt auch eine deutlichere Beschreibung und Berücksichtigung von Lebensbedingungen und Lebensweisen von Männern gefordert und Gender⁵ als umfassende Querschnittsfrage institutioneller Planungsprozesse formuliert, zum Beispiel in der Strategie des „Gender Mainstreaming“, auf die sich im Jahr 2000 auch die Landesregierung NRW verpflichtete und die ebenfalls im Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung (2003) ausdrücklich gefordert wird⁶.

Die Prozesshaftigkeit der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW hat es ermöglicht, dass diese Perspektiven auch in die Erarbeitung der Empfehlungen einfließen konnten. Drei Aspekte waren für die Arbeitsgruppe wichtig:

Die aktuelle Gender-Perspektive richtet den Blick auf das soziale Geschlecht von Frauen und Männern und ermöglicht damit, spezifische Lebenslagen und Verarbeitungsweisen von drogenabhängigen Frauen deutlicher ins Verhältnis zu setzen zu spezifischen Lebenslagen und Verarbeitungsweisen von drogenabhängigen Männern. Langfristig sollten in Diagnostik und Behandlung auch männerbezogene Hintergründe und Phänomene als solche benannt und konzeptionell genauer berücksichtigt werden. Erst in dieser Perspektive wird Geschlechterdifferenzierung der Forderung nach Zielgruppenorientierung in der Fachwelt vollends gerecht. Im Rahmen des Auf-

⁵ Gegenüber dem Begriff „sex“, der sich auf das biologische Geschlecht bezieht, bezeichnet „gender“ das soziale Geschlecht, das kulturell und sozial konstruiert ist. Das, was das soziale Geschlecht konkret ausmacht, ist historisch gewachsen, wird individuell angeeignet und gestaltet, ist gesellschaftlich bedingt und damit veränderbar.

⁶ Einführungen zum Thema „Gender Mainstreaming“ finden sich bei Stiegler (2002), Sonntag (2002) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002).

trags, Handlungsansätze für die Arbeit mit drogenabhängigen Frauen zu erarbeiten und der arbeitszeitlichen Kapazität war die Berücksichtigung von männerbezogenen Aspekten hier jedoch nur in geringem Maße möglich.

Eine zweite wichtige Anregung der aktuellen Debatten für den Blick auf medizinische Rehabilitation liegt darin, geschlechterdifferenzierende Arbeit mit Frauen und Männern nicht auf punktuelle Zusatzthemen und -angebote zu beschränken, die methodisch meist in Form einer geschlechtshomogenen Indikationsgruppe umgesetzt werden. Insbesondere die Strategie des Gender Mainstreaming wendet die Aufgabe andersherum, nämlich in Planungen und Vorhaben „die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen“.⁷ Dieses Vorgehen, Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsfrage zu fassen, ist auch notwendig, um eine bedarfsgerechtere Verbesserung der Behandlungsstrategien von drogenabhängigen Frauen anzuregen. Die Arbeitsgruppe suchte darum nach einem methodischen Weg, die Bedarfe auf die Leistungsbereiche, Angebote und Rahmenbedingungen von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation zu beziehen.

Mit der Formulierung von Bedarfen von Frauen sollen gesellschaftlich bedingte, geschlechtsbezogene Lebenslagen, biographische Erfahrungen und individuelle Verarbeitungsweisen von Frauen berücksichtigt werden, die für Suchtentstehung, -verlauf und Ausstiegsmöglichkeiten relevant sind. Die benannten Bedarfe gelten für sehr viele drogenabhängige Frauen und wurden bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Es ist aber nicht ganz einfach, Geschlechterdifferenzierungen zu berücksichtigen und fachlich angemessen in die Behandlung zu integrieren, ohne geschlechtsbezogene Zuschreibungen zu reproduzieren (vgl. dazu auch Scheffler, 2002). Nicht für jede drogenabhängige Frau trifft jede Bedarfsbeschreibung zu. Perspektivisch geht es um die Erweiterung von Lebensoptionen und die Stärkung individueller Handlungsmöglichkeiten und Lebensentwürfe jenseits der Drogenabhängigkeit; in diesem Sinne werden die geschlechtsbezogenen Bedarfs- und Zielformulierungen im Rahmen dieser Empfehlungen als Ergänzung und Beitrag zu einer individuellen Therapieplanung gesehen, nicht als Ersatz.

⁷ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Gender Mainstreaming. Was ist das? Berlin 2002

Methodisches Vorgehen

Nicht nur die Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW und die Entstehung dieser Empfehlungen sind ein Prozess, auch die weiteren Auseinandersetzungen mit der Thematik und praktische Veränderungen müssen als Prozess gesehen werden.

Aus diesem Grund sollen im Folgenden nicht nur die Empfehlungen selbst, sondern auch die Vorgehensweise ihrer Erarbeitung vorgestellt werden. Dadurch wird nachvollziehbar, aufgrund welcher Daten, Begründungen und Zielsetzungen sie entstanden. Zudem stellt das Verfahren eine methodische Anregung dar, die auch bei Teilfragestellungen oder sich verändernder Faktenlage genutzt oder auch für andere Zielgruppen (z.B. Männer) und für andere Substanzabhängigkeiten (Alkohol oder Medikamente) eingesetzt werden kann.

Wie sieht nun das methodische Vorgehen aus, mit dem die Empfehlungen erarbeitet wurden? In einem ersten Schritt der Analyse wurden aus aktuellem Datenmaterial, qualitativen Studien und Praxiserfahrungen Themen und Problemlagen von Frauen herausgearbeitet, um den Bedarf beschreiben zu können. Um zu Handlungsansätzen für die medizinische Rehabilitation zu kommen, stellte sich die Frage, wie diese Geschlechterdifferenzierung für Frauen als Querschnittsziel in die einzelnen Leistungsbereiche eingearbeitet werden könnte. Methodisch hat die Arbeitsgruppe sich vom Vorgehen eines Lübecker Modellprojektes zur Steuerung von Querschnittszielen anregen lassen.⁸

Mit der Formulierung von Leitzielen und strategischen Zielen wird dort eine Zielsystematik vorgeschlagen, wie sie in „Neuen Steuerungsmodellen“ und dem „Total-Quality-Management“ üblich sind. So wurde zunächst ein „Leitziel“ formuliert, das ganz übergeordnet das allgemeine Ziel angibt, den Orientierungsrahmen, den Grundsatz, an dem weitere Umsetzungen auszurichten sind. Im nächsten Schritt wurden aus der Analyse des Bedarfs heraus die „strategischen Ziele“ erarbeitet (im Folgenden als „Handlungsziele“ bezeichnet). Sie geben einerseits an, was relevant ist, um das Leitziel zu erreichen, und bilden andererseits die Ziele, die durch die konkreten Umsetzungen erreicht werden sollen.

Der dritte Schritt umfasst die Entwicklung „operativer Ziele“, d.h. konkrete Umsetzungsvorschläge und Handlungsmöglichkeiten zur Durchführung tatsächlicher Ange-

⁸ Projekt Steuerung von Querschnittszielen am Beispiel der Gleichstellung von Frauen und Männern. Abschlussbericht der Hansestadt Lübeck und der Stadt Norderstedt. Lübeck/Norderstedt 1999.

bote. Dieser Schritt ist eine Methode des Querschnittscontrollings, weil tabellarisch alle Arbeitsbereiche der Einrichtung aufgelistet werden und jeder daraufhin geprüft wird, ob und in welcher Weise er für die Erreichung des strategischen Ziels relevant ist. Operative Ziele (im Folgenden als „Handlungsansätze“ bezeichnet) müssen individuell von den jeweiligen Einrichtungen entwickelt und den jeweiligen Profilen, Aufträgen und Entwicklungsständen angepasst werden. Trotzdem wurden bereits in der Arbeitsgruppe operative Ziele entwickelt, um die Methode zu prüfen und um Vorschläge für die Praxis vorlegen zu können.

Im Rahmen des vorliegenden Auftrages wurden von der Arbeitsgruppe folgende einzelne therapeutische Leistungsbereiche ausgewählt: Medizinischer Bereich, Psychotherapie, arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation bzw. berufliche Integration, Soziotherapie/Sozialberatung, indikative Gruppen, Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote, Freizeitangebote und Sport. Ferner wurden ergänzt: Personal, materielle Rahmenbedingungen (räumliche Voraussetzungen, finanzielle Mittel), strukturelle Rahmenbedingungen (Hausordnungen, Patientenmitbestimmung u.ä.). Im Laufe der Arbeit entstand zudem noch die Kategorie „Voraussetzungen außerhalb der Einrichtung“, da sich Aufgaben und Aspekte als relevant zeigten, die gar nicht unmittelbar im Auftrag der stationären medizinischen Rehabilitation liegen, wohl aber von Bedeutung für sie sind.

Das Vorgehen der Arbeitsgruppe hat Berührungs- und Anknüpfungspunkte mit verschiedenen aktuellen Formen von Controlling und Qualitätssicherung:

- ▶ Es bearbeitet einen Teilaspekt im Sinne der Strategie des Gender Mainstreaming, die um die Zielgruppe der Männer und um die Bereiche Organisation und MitarbeiterInnen ergänzt werden könnte⁹,
- ▶ es ließe sich gut auf der Ebene von Qualitätsstandards weiterbearbeiten (zum Bereich der Prozessqualität ist in den Handlungsansätzen bereits vieles enthalten),
- ▶ es bietet Kriterien, um Beispiele „guter Praxis“ identifizieren zu können (z.B. nach dem Vorbild des Berichts zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, 2000),
- ▶ vor allem aber bietet es ein methodisches Vorgehen und inhaltliche Ausführungen an, die zu konzeptionellen Diskussionen und Weiterentwicklungen bei Einrichtungen, Leistungsträgern und Beratungsstellen führen können.

⁹ Was Gender Mainstreaming konkret für ein Handlungsfeld bedeutet, wird von Dorit Meyer und Gabriele v. Ginsheim (2002) beispielhaft für die Jugendhilfe beschrieben.

3. BEDARFE VON FRAUEN UND ENTSPRECHENDE ZIELE

3.1 Analyse der Bedarfe

Drogenabhängige Frauen haben vieles gemeinsam mit Frauen, die von Alkohol oder Medikamenten abhängig sind (vgl. z.B. die Übersicht bei Bischof, John, Rumpf, 2003). Es gibt aber auch Unterschiede; zum einen im Lebenshintergrund der Frauen, zum anderen in der alltäglichen Lebensrealität Drogenkonsumierender, bedingt z.B. durch das frühere Einstiegsalter, die Illegalität der Substanzen, die von Konsum und Beschaffung der Drogen stärker dominierte Lebenswelt mit ihrer größeren Gewalttätigkeit und stärkere gesundheitliche Gefährdungen (vgl. den Überblick bei Ernst, Rottenmanner, Spreyermann, 1995 und Vogt, Leopold, Tödte, Breuker-Gerbig, 1998). Im Folgenden soll der Versorgungsbedarf drogenabhängiger Frauen skizziert werden, um daraus gezielt Vorschläge zur Verbesserung der geschlechterdifferenzierenden stationären medizinischen Rehabilitation zu entwickeln.

Drogenabhängige Frauen nutzen die Angebote der Drogen- und Suchtkrankenhilfe (im Verhältnis zu ihrem Anteil an Drogenabhängigen insgesamt) nicht in gleichem Maße wie Männer.

Der Anteil von Frauen an Drogenabhängigen wird meist auf Rund ein Drittel geschätzt; aktuelle Stichproben und Schätzungen variieren um diese Marke. In der Repräsentativerhebung in NRW im Jahre 2000 erfüllten 1,4% der befragten Männer und 0,5% der befragten Frauen die Kriterien einer Drogenabhängigkeit, der Frauenanteil betrug also 26,3% (Kraus, Augustin, Tschernich 2001). Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen gehen von einem Frauenanteil von 40% aus (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003).

In der Nutzung von Hilfeangeboten sinkt der Anteil der Frauen dagegen auf weniger als 20%: Gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik 2002 beträgt der Frauenanteil in stationären Einrichtungen für Drogenabhängige in 2002 18,3% (Strobl u.a., 2003a; eigene Umrechnung von Tabelle 2.4.), auch in der ambulanten Drogenhilfe beläuft er sich lediglich auf rund 19% (Strobl u.a., 2003b; eigene Umrechnung von Tabelle 2.4.)

Es gibt verschiedene geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich der Anstöße und Vermittlungsformen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation: So fällt auf, dass der Aufnahmegrund bei Männern sehr viel häufiger in §§ 35ff. BtmG und anderen strafrechtlichen Grundlagen liegt (Deutsche Suchthilfestatistik, Strobl. u.a., 2002, Tabelle 6.3.). Zudem haben Männer weniger oft eine eigene Wohnung und sind häufiger obdachlos. Für Frauen sind manchmal Kinder Anstöße zur Therapie; so gibt es gelegentlich informelle Auflagen von Jugendämtern. Häufiger aber verhindern Kinder die Aufnahme einer Behandlung. Für Frauen steht der Umgang mit der eigenen Abhängigkeit zudem oft im Zusammenhang mit der Situation des (oft ebenfalls abhängigen) Partners. Es gibt aber immer wieder Hinweise darauf, dass der geringe Frauenanteil auch damit zusammenhängt, dass die Frauen von den jeweiligen Hilfsangeboten nicht ausreichend angesprochen werden. Das zeigten z.B. die Ergebnisse des Modellprojektes „Therapie sofort“ in NRW (Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2002). Der Frauenanteil in 2001 betrug durchschnittlich 22%, wobei die Anteile an den einzelnen Standorten der Projektbeteiligten sehr unterschiedlich waren.

In der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger sind die Frauen meist in einer krassen Minderheit.

Schon eine Belegung gemäß dem statistischen Durchschnitt bedeutet für Frauen einen krassen Minderheitenstatus (das hieße bei dem Frauenanteil von 18,3% und einem Angebot von beispielsweise 30 Plätzen eine Belegung von knapp 6 Frauen gegenüber 24 Männern). In der realen Streuung bedeutet dies jedoch, dass einige Einrichtungen etwas mehr Frauen haben, andere Einrichtungen jedoch nur einen Frauenanteil von 5% oder 10%. Die Dominanz der Männer besteht dabei nicht nur in der Quantität; gerade bei Männern, die von illegalen Drogen abhängig sind, gibt es höhere Delikt-, Heim- und Hafterfahrungen, die sich auch kulturell auf den Alltag und das Miteinander in der Einrichtung auswirken.

In der Studie der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (2002) im Rahmen des PBAG-Auftrags wurde die Auswirkung dieses Ungleichverhältnisses für die Frauen deutlich. Den Minderheitenstatus fanden 39% der Frauen und 16% Männer immer bzw. überwiegend unangenehm; dass diese Situation schwierig für sie war, gaben 39% der Frauen und nur 8% der Männer an; über einige persönliche Probleme nicht reden konnten deshalb 48% der Frauen und 11% der Männer. Noch deutlicher wirkt sich die Ungleichverteilung auf die therapeutischen Kleingruppen aus: immer bzw. über-

wiegend unangenehm fanden das 45% der Frauen und 5% der Männer; über einige persönliche Probleme konnten dadurch immer bzw. überwiegend 61% der Frauen und 8% der Männer nicht reden. Sowohl die Frauen als auch die Männer wünschten sich in dieser Befragung ein ausgeglichenes Zahlenverhältnis von Frauen und Männern in der Einrichtung sowie gemeinsame und getrennte Gruppenangebote.

Eine größere Unzufriedenheit der Frauen drückt sich auch in der Auswertung der Behandlung aus. In der Befragung äußerten 61% der Frauen, aber nur 34% der Männer, dass sie bei einem erneuten Therapieantritt nicht wieder in die gleiche Einrichtung gehen würden. Sehr oder relativ zufrieden mit der Therapie waren 51% der Frauen und 77% der Männer; ihre persönlichen Ziele in Bezug auf die Therapie haben 42% der Frauen und 60% der Männer erreicht; ihre Hoffnungen auf Hilfestellungen in der Therapie haben sich jedoch nur für 30% der Frauen und 57% der Männer erfüllt (Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2002).¹⁰

Drogenabhängige Frauen haben weniger oft eine eigenständige berufliche Perspektive als drogenabhängige Männer.

In den Voraussetzungen der beruflichen Integration gibt es einige geschlechtsbezogene Unterschiede. Frauen haben zwar im Vergleich zu den Männern deutlich höhere Schulabschlüsse (Strobl u.a., Tabelle 1.8), aber weniger Arbeitserfahrungen und weniger abgeschlossene Ausbildungen. Umrechnungen der Tabelle 1.9. (Strobl u.a., 2003) zeigen: Addiert man die Rubriken zu Berufsausbildung und Berufstätigkeit bei der großen Gruppe der Opiatabhängigen, so finden sich darin 39% der Frauen und 44% der Männer; dabei lassen diese Angaben noch keinerlei Schlüsse über Teilzeit und Vollzeit, beruflichen Status, Einkommensverhältnisse und die entsprechenden Auswirkungen für eine dauerhafte lebensabsichernde und sinnerfüllte Berufsperspektive zu. In der Studie von Zenker, Bammann und Jahn (2002, S.85) haben 47,1% der Frauen, die von illegalen Substanzen abhängig sind, keinen Berufsabschluss. Gemäß der deutschen Suchthilfestatistik ist hinsichtlich der beruflichen Integration am Betreuungsende (bei planmäßiger Beendigung) bei 50,3% der opiatabhängigen Männer, aber nur bei 31,9% der opiatabhängigen Frauen ein Arbeitsplatz vorhanden

¹⁰ Leider wurden hier die Inhalte der Ziele und der Kritik nicht im einzelnen erhoben, so dass sie nicht konkreter ausgewertet werden können; sie belegen aber die Notwendigkeit, geschlechtsbezogenen Hintergründen im Bedarf, in Wünschen und in Behandlungsmöglichkeiten weiter nachzugehen.

(Strobl u.a., Tabelle 5.4.).¹¹ Die Entwicklung des Arbeitsmarktes, Reformen und Einschnitte in der Arbeitsförderung spitzen diese Probleme zu. Andererseits werden die Möglichkeiten der Förderung gerade für Frauen nicht ausgenutzt: Eine Studie zeigt, dass Frauen Leistungen beruflicher Rehabilitation weniger in Anspruch nehmen, z.B. wenn sie Kinder haben und die Angebote wohnortfern und ganztätig sind (vgl. Röckelein 2001). Zudem sind Einrichtungen, BeraterInnen im Rehabilitationsbereich und Arbeitsämter oft nicht ausreichend über bestehende spezielle Frauenfördermaßnahmen informiert.

Aber auch die subjektive Seite ist zu berücksichtigen: etwa der Mangel an positiven Arbeitserfahrungen und der Mangel an Reflektion über den Stellenwert von Berufstätigkeit, Fragen der Entwicklung, die über „einen Job machen“ hinausgehen (vgl. z.B. Rüniger 2002). Zudem sind in der beruflichen Rehabilitation auch andere geschlechtsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. So weisen Praxiserfahrungen mit Arbeitspraktika und Berufsplanungen darauf hin, dass Männer z.B. eher Konflikte mit Autoritäten bekommen und Frauen oft erstmal daran arbeiten müssen, Berufstätigkeit als unverzichtbares Element für ihre Lebensperspektive zu begreifen, was auch Folgen beispielsweise bezüglich der Eigenständigkeit in Partnerschaften hat.

Der Anteil an Komorbidität – hier im Sinne psychiatrischer Diagnosen – im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit ist bei Frauen deutlich höher und zum Teil anders ausgeprägt als bei Männern.

Der Blick auf komorbide psychiatrische Störungen bei Drogenabhängigen hat sich im letzten Jahrzehnt verändert: Die Recherche von Scherbaum und Merget zu psychiatrischen Störungen bei Opioidabhängigen (2002) im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW macht zusammenfassend deutlich, wie sehr ihre Beachtung eine zentrale Voraussetzung von Rehabilitation und Wiedereingliederung darstellt und dass ihre Behandlung als Rückfallprophylaxe der substanzbedingten Störung zu bewerten ist (S. 22).

Die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt hinsichtlich der Prävalenz psychiatrischer Störungen deutlich, dass Frauen sehr viel häufiger Diagnosen haben, vor allem aber häufiger Mehrfachdiagnosen (Strobl u.a. 2003, Tabelle 2.6).¹² Nach Franke und

¹¹ Bei der kleinen Gruppe von Kokain und Stimulantien liegen die Zahlen ganz anders, entweder wegen einer zielgruppenspezifisch anderen Situation oder zufällig aufgrund der kleinen Fallzahl.

¹² Dabei lässt sich die absolute Zahl nicht eindeutig feststellen, da die Daten hier in Bezug auf Einzeldiagnosen mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung erhoben wurde.

Winkler (2001, S.122) erfüllen etwa 40% der drogenabhängigen Frauen die Kriterien für die Diagnostik weiterer psychischer Störungen. Bei ihnen handele es sich meist um affektive Störungen und Angststörungen, bei Männern eher um antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Borderlinestörungen. Die bei Scherbaum und Merget vorgestellten Studien gehen in die gleiche Richtung. Insgesamt seien affektive und Angststörungen (ohne Berücksichtigung der Persönlichkeitsstörungen) die häufigsten Formen, vor allem bei Frauen. Ein Drittel der Abhängigen (in den vorgestellten Studien wurden fast ausschließlich Diagnosen von Männern ausgewertet) weisen jedoch Persönlichkeitsstörungen auf, v.a. Borderline, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörungen (S.14)¹³. Bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung finden sich in Einzelstudien in Bezug auf Männer z.B. Prävalenzen von 25% (S. 13) oder 38% (S.20).

Darin wird schon deutlich, dass einige Formen von Komorbidität geschlechtsbezogen unterschiedlich sind. Eine besonders bei Frauen ausgeprägte Form sind die Essstörungen. Eine umfassende Recherche von Studien durch Basdekis-Jozsa (2003) zeigte z.B., dass Patientinnen mit Essstörungen, vor allem Bulimikerinnen, ebenfalls hohe Prävalenzraten an Substanzabhängigkeiten (auch von illegalen Drogen) aufwiesen (S.59).

Eine zweite häufig auftretende Form sind posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. z.B. Scherbaum/Merget, S. 31), vor allem im Zusammenhang mit der sehr häufigen Erfahrung von Traumatisierung durch sexualisierte Gewalt.

Schätzungen zur Häufigkeit von sexualisierten Gewalterfahrungen bei drogenabhängigen Frauen reichen von 30-70%. Auch einzelne Studien geben unterschiedliche Zahlen an. Bei Zenker u.a. (S.73) haben 38,6% der drogenabhängigen und 46,3% der mehrfachabhängigen Frauen unfreiwillige sexuelle Berührungen bis zum 16. Lebensjahr erfahren; und unfreiwillige sexuelle Handlungen bzw. Geschlechtsverkehr 18,4% der drogenabhängigen und 24,1% der mehrfachabhängigen Frauen. In der kleinen Studie von Krausz und Briken (2002) hatten 41,3% der befragten drogenabhängigen Frauen sexuelle Missbrauchserfahrungen, häufig assoziiert mit physischer Misshandlung und emotionalem Missbrauch. In dieser Studie wird nicht nur deutlich, dass Frauen mit sexualisierten Gewalterfahrungen sehr viel häufiger psychische Probleme und psychiatrische Störungsbilder aufweisen, sondern auch, wie sehr diese

¹³ Hinsichtlich geschlechtsbezogener Häufungen von Borderline-Störungen gibt es jedoch widersprüchliche Forschungsergebnisse; es gibt auch Studien, in denen sie eher Frauen zugeschrieben werden.

Erfahrungen in Verbindung mit anderen Lebensbereichen stehen: die betroffenen Frauen haben weniger Berufsausbildungen, sind länger arbeitslos und gehen sehr viel häufiger der Prostitution nach.

Diese Ausführungen zeigen, wie wichtig die Beachtung und Berücksichtigung psychiatrischer Störungsbilder auch unter geschlechtsbezogenen Aspekten ist. Die Unterschiede in Häufigkeit und Form stützen die oft formulierte These, dass Frauen Drogen von vornherein schon mehr mit dem Motiv der Bewältigung solcher Probleme konsumieren. Zweierlei ist aber kritisch mitzudenken: Zum einen werden psychische Störungen Frauen kulturell bedingt möglicherweise immer noch leichter zugeschrieben (sowohl von der Seite der Professionellen als auch von der Seite der Betroffenen) bzw. fallen Störungen von Männern nicht so schnell als solche auf, weil sie auf eine gleiche Erfahrung (z.B. Traumatisierung) oft mit anderen Symptomen, z.B. sozialen Verhaltensauffälligkeiten reagieren. Auch an der geschlechtsbezogen unterschiedlichen Häufigkeit bestimmter Diagnosen könnten kulturelle Zuschreibungen beteiligt sein. Diagnostik muss also unter geschlechtsbezogener Perspektive kritisch und fachlich fundiert sein.

Mehr drogenabhängige Frauen als Männer haben Kinder und leben mit Kindern, und vor allem: ein nicht geringer Teil der drogenabhängigen Frauen ist allein erziehend.

Dass viele drogenabhängige Frauen auch Kinder haben, ist erst in den letzten Jahren mehr ins Bewusstsein der Hilfeeinrichtungen getreten. Die Frauen nutzen die Hilfsangebote oft nicht, weil sie Angst vor Stigmatisierungen als „schlechte Mutter“ und vor dem Verlust der Kinder haben; eine Moral, die drogenabhängigen Männern nicht in der Härte zusetzt. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Frauen stationäre medizinische Rehabilitation vorwiegend dann in Anspruch nehmen, wenn die Kinder noch sehr klein oder schon sehr groß sind, oder dass sie wegen der Kinder oft nicht in stationäre Therapie vermittelt werden bzw. vermittelt werden wollen. Wie viele drogenabhängige Frauen tatsächlich Kinder haben, ist eine Dunkelziffer; aber schon bei den derzeit erreichten Frauen und Männern zeigen sich eklatante Unterschiede: Gemäß der Deutschen Suchthilfestatistik leben 20,1% der Frauen gegenüber 7,3% der drogenabhängigen Männer mit Kindern (Strobl u.a., 2003, Tabelle 1.5), und viele der Frauen leben mit den Kindern allein. In der Studie der Landesfachstelle Frauen & Sucht (2002) waren 49% der Frauen und 29% der Männer Eltern, ein Drittel der

Mütter und nur ein Fünftel der Väter lebte auch mit ihren Kindern. In der Stichprobe von Krausz und Briken (2002) hatten 28% der Frauen Kinder.

Das Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern, VIOLA“ (Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001) zeigte, wie wichtig es ist, diese Frauen mit Angeboten direkt anzusprechen, ihnen eine nicht stigmatisierende Haltung zu vermitteln, genauere Informationen über Hilfsmöglichkeiten zu vermitteln und – wo nötig – mit anderen Hilfsangeboten bzw. Hilfesystemen (wie etwa der Jugendhilfe) zu kooperieren.

In Bezug auf Geschlechterdifferenzierung ist wichtig festzuhalten, dass es einerseits richtig und wichtig ist, den Kontext Mutterschaft für die Frauen in Hilfsangeboten endlich sichtbar zu machen und zu berücksichtigen. Andererseits heißt es, dass man hier nicht nur auf Frauen als Mütter achten und ihre Zuständigkeit für Kinder damit reproduzieren sollte, sondern Männer als Väter sehen und ansprechen sollte. Das muss jedoch von den MitarbeiterInnen ausgehen, weil Männer diesen Aspekt meist nicht von sich aus einbringen, zum einen aus allgemeinen historischen und kulturellen Gründen, zum anderen aber auch aus dem Grund, dass sie oft nicht-süchtige Partnerinnen haben bzw. hatten, die die Verantwortung übernahmen. In Anamnese und Behandlung sollte z.B. regelmäßig gefragt werden, wie sie ihre Vaterschaft sehen und leben, welche Verantwortlichkeiten sie haben, ob Unterhaltsschulden vorliegen usw.

Drogenabhängige Frauen haben häufiger feste Beziehungen, und häufiger als drogenabhängige Männer haben sie ebenfalls süchtige Partner bzw. Partnerinnen.

Partnerschaften sind hinsichtlich Einstiegen, Suchtentwicklung, Behandlungsverläufen und Rückfällen von größerer Relevanz als bei Männern, das gilt auch für den Alltag in der medizinischen Rehabilitation.

Partnerschaften spielen bei drogenabhängigen Frauen und Männern eine unterschiedliche Rolle. So haben drogenabhängige Frauen häufiger Partnerbeziehungen als Männer (51,5% der Frauen und 37,5% der Männer aus stationären Einrichtungen, siehe Strobl u.a., 2003, Tabelle 1.4). Sie leben auch häufiger mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen (Strobl, 2003, Tabelle 1.5.). Dieser Sachverhalt wird gelegentlich als größere Beziehungsfähigkeit von Frauen gedeutet; in der praktischen Arbeit wird aber immer wieder deutlich, wie wenig zufrieden stellend und unterstützend sich Be-

ziehungen für die Frauen gestalten. Vor allem in Partnerschaften mit Männern halten viele Frauen an schwierigen und nicht selten gewaltvollen Beziehungen fest. Nach Zenker u.a. erleben 37% der Mehrfachabhängigen und 29,1% der drogenabhängigen Frauen seelische Gewalt und 24,1% der Mehrfachabhängigen und 25,9% der drogenabhängigen Frauen körperliche Gewalt in ihren Beziehungen (S. 101). Zudem haben sie häufig ebenfalls süchtige Partner (vgl. dazu Bundesministerium für Familie, Frauen, Jugend und Gesundheit, 2002, S.553). In einer umfangreichen aktuellen Studie gaben 48,1% der mehrfachabhängigen und 67,7% der drogenabhängigen Frauen an, dass ihr Partner ebenfalls Suchtprobleme habe (Zenker, Bammann, Jahn, 2002, S.101). Das bedeutet, dass die Bedeutung und die Folgen von Partnerbeziehungen hinsichtlich der Suchtentwicklung, den Behandlungsverläufen, Prognosen und Rückfällen für Frauen und auch für Männer in der inhaltlichen therapeutischen Arbeit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden sollte.

Der Mangel an sozialer Unterstützung ist bei Drogenabhängigen insgesamt groß, für Frauen und Männer in der Rehabilitation aber unterschiedlich zu beachten.

Der Mangel an persönlichen abstinenten sozialen Netzen ist bei Drogenabhängigen insgesamt groß und dementsprechend ist ihr Aufbau ein wichtiges Therapieziel. Unter geschlechtsbezogenen Aspekten sollte aber genau zwischen Belastungen und Entlastungen differenziert werden. Aus der Sozial- und Gesundheitsforschung weiß man, dass soziale Unterstützungsnetze von Frauen und Männern unterschiedlich getragen und genutzt werden (vgl. z.B. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW, 1998, S.117, 142ff.). Frauen fällt die Herstellung und Pflege sozialer Bezüge oft leichter. Doch zum einen findet sich bei ihnen im Verhältnis zu Männern ein Ungleichgewicht von Belastung und Unterstützung, und zum anderen zeigen Forschungen eine Asymmetrie im Geschlechterverhältnis: sowohl Frauen als auch Männer finden Unterstützung bei Frauen.

Bei drogenabhängigen Frauen ist das insofern eingeschränkt, dass sie andere Frauen oft wenig achten (vgl. Schwarting, 2003). So wäre es wichtig, darauf zu achten, dass Frauen durch soziale Unterstützung tatsächlich auch eine Stärkung der eigenen Person erfahren, und zwar durch Frauen und durch Männer. Männer dagegen könnten in der Behandlung angeregt werden, die Herstellung und Pflege sozialer Netze gerade auch mit Männern ernst zu nehmen und zu erlernen und nicht zuletzt auch Frauen zu unterstützen.

Drogenabhängige Frauen haben (aus verschiedenen Gründen) oft geringere Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen.

Gefühle von Ohnmacht, mangelnder Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen und Überforderung sind Teil der Biografie von Süchtigen und Teil der Abhängigkeitsdynamik selbst. Doch es gibt geschlechtsbezogen unterschiedliche Hintergründe und Ausprägungen dieser Probleme. Für viele drogenabhängige Frauen ist die Vorstellung, ihre Bedingungen aktiv gestalten zu können und zu dürfen, spezifisch beschädigt worden: in besonders massiver Form durch sexualisierte Gewalterfahrungen, in deren Folge das Gefühl von Grenzen und Kontrolle verloren geht, in Erfahrungen von Vernachlässigung, in Familienerfahrungen mit alkoholabhängigen Vätern und mit Müttern, die ein Frauenbild von Anpassung (oder Ausgeliefertheit) transportieren, in Verarbeitungen von Autoaggression und Internalisierungen (wo viele Männer mit externalisierenden Formen reagieren), und nicht zuletzt im Alltag der Drogenszene mit ihrer geschlechtshierarchischen Kultur.

Dass Frauen ihr soziales Umfeld und ihre Lebensbedingungen als selbst gestaltet und gestaltbar, als handhabbar und veränderbar erfahren, ist insofern ein wichtiges Ziel. Es ist eine Voraussetzung für eine eigenständige, abstinentere Lebensperspektive und hilft aus inneren und äußeren Zuschreibungen einer Opferrolle heraus. Dieser Bedarf knüpft eng an die „Empowerment“-Orientierung in der Gesundheitsförderung an.

Gesundheitliche und allgemeine körperliche Beeinträchtigungen finden sich bei drogenabhängigen Frauen in spezifischer Weise.

Neben den bekannten gesundheitlichen Problemen bei Drogenabhängigkeit (z.B. dem Risiko von HIV oder Hepatitis C) finden sich auch frauenbezogene Ausprägungen gesundheitlicher Beeinträchtigung (vgl. die Überblicke bei Ernst u.a. 1995; Vogt, Leopold, Tödtte und Breuker-Gerbig, 1998). So gibt es z.B. spezifische Ansteckungsrisiken durch Prostitution oder bei der Benutzung des Spritzbesteckes, das Frauen beim gemeinsamen Konsum z.B. mit dem Partner oft als zweite benutzen.

Sexuelle und körperliche Gewalt häufen sich in höherem Maße durch Gewalt in Partnerschaften und bei Prostitution. Auch hinsichtlich Verhütung und Schwangerschaften gibt es für die Frauen eine Reihe von Problemen. Zum Beispiel ist wenig darüber bekannt, wie ein Kinderwunsch der Frauen ihren Umgang mit der Verhütung beeinflusst. Zudem besteht häufig die Ansicht, aufgrund jahrelanger Amenorrhö könnten sie nicht

schwanger werden. Durch das späte Bemerkens der Schwangerschaft bleibt den Frauen kaum Zeit zur Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft. In der Drogenabhängigkeit und angesichts dieser zusätzlichen Faktoren spitzt sich das problematische Verhältnis von Frauen überhaupt zu ihrem Körper zu.¹⁴

3.2 Leitendes Ziel

Wie im zweiten Kapitel zum methodischen Vorgehen ausgeführt, geben Leitziele das allgemeine Ziel, den Orientierungsrahmen an, an dem konkrete Umsetzungen auszurichten sind.

Im Laufe der Auseinandersetzung mit den Bedarfen von Frauen einigte sich die Arbeitsgruppe auf folgende Zielformulierung:

Geschlechtsbezogene Ausprägungen von suchtrelevanten bzw. suchteingebundenen Aspekten werden in den Konzeptionen und Angebotsentwicklungen der stationären medizinischen Rehabilitation berücksichtigt.

Auch wenn dieses Ziel im Rahmen des vorliegenden Auftrages ausschließlich für Frauen konkretisiert wird, eröffnet diese Formulierung zugleich die Möglichkeit, in der Gender-Perspektive zu denken, also auch für Männer Spezifika zu erarbeiten und in der Konzeptentwicklung zu berücksichtigen.

Für einen schärferen Blick auf beide Geschlechter sollten Unterschiede und Gemeinsamkeiten beachtet werden. In den folgenden Ausführungen wird davon ausgegangen, dass zum einen bei Frauen und Männern oft unterschiedliche Bedingungen und Lebensereignisse vorliegen, es zum anderen aber auch ähnliche Erfahrungen gibt, die geschlechtsbezogen jedoch unterschiedlich verarbeitet werden.

¹⁴ In Forschungen zu Körpersozialisation spricht man bei Frauen deshalb manchmal von einer „körperbezogenen Form von Körperfeindschaft“.

3.3 Handlungsziele

Welche strategischen Ziele (im Folgenden der Verständlichkeit halber einfach „Handlungsziele“ genannt) sind nun relevant dafür, das Leitziel zu erreichen? Im Laufe der Erkundung und Auseinandersetzung mit den Bedarfen von drogenabhängigen Frauen wurde eine Reihe von Zielen formuliert.

Wie in der Einleitung bereits ausgeführt, haben sie die Funktion einer Zielperspektive, die der prozesshaften Auseinandersetzung in der konzeptionellen Arbeit dienen soll. Die Formulierung der Ziele als Aussage sollte nicht als unmittelbar umzusetzende Forderung missverstanden werden. Sie beruht auf der methodischen Anregung, Ziele als positive Ziele in Form eines zu erreichenden Ist-Zustandes zu formulieren. So entsteht ein produktives Spannungsfeld zwischen fachlicher Perspektive und derzeitigen Realitäten.

- ▶ **Der Anteil von Frauen in Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation für drogenabhängige Frauen und Männer ist so groß, dass die quantitativen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Behandlung von Frauen gegeben sind, er beträgt in der Regel ca. 30%. Dabei ist aber mindestens ein Belegungsanteil einzuhalten, der das kontinuierliche Angebot einer Frauengruppe ermöglicht.**

Hier ist nicht gemeint, dass jede Einrichtung einen Frauenanteil von 30% erreichen sollte; so viele Frauen werden derzeit (noch) gar nicht von den Angeboten erreicht. Es geht vielmehr darum, einige Einrichtungen dazu anzuregen, sich bewusst für eine bedarfsbezogene Behandlung von drogenabhängigen Frauen zu entscheiden und in diesem Zusammenhang einen Belegungsanteil von 30% anzustreben. Dabei könnte z.B. auch überlegt werden, eine der in der Einrichtung stattfindenden Therapiegruppen paritätisch zu besetzen.

- ▶ **Die Bedeutung von Berufstätigkeit für Frauen wird hervorgehoben und konkrete Möglichkeiten beruflicher Integration werden gesucht.**
- ▶ **Geschlechtsbezogene unterschiedliche notwendige Voraussetzungen für eine selbstständige Lebensführung werden in den Angeboten berücksichtigt.**

- ▶ **Für Frauen mit Kindern ist gewährleistet, dass sie das Angebot einer medizinischen Rehabilitation annehmen können.**
- ▶ **Für Frauen mit Kindern wird eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Mutterschaft“ ermöglicht.**
- ▶ **Komorbidität im Sinne psychiatrischer Diagnosen wird – unter geschlechtsbezogener kritischer und fachlicher Perspektive – beachtet und berücksichtigt.**
- ▶ **Die Tatsache und die Folgen von (sexualisierten) Gewalterfahrungen werden thematisiert. Es wird ein Rahmen gewährleistet, in dem diese Erfahrungen und Verletzungen nicht tabuisiert und durch das Setting nicht reproduziert werden.**

Die Behandlung, z.B. in Form von einzeltherapeutischen Interventionsstrategien, stellt die Stabilisierung der Patientin in der Vordergrund, da in einer Abstinenzbehandlung nur begrenzt tiefend mit diesem Thema gearbeitet werden kann.

- ▶ **Die Bedeutung von Partnerschaft für Frauen, insbesondere im Hinblick auf Suchtentstehung, -verlauf und Ausstieg, wird berücksichtigt.**
- ▶ **Den Frauen werden Möglichkeiten geboten, einen gesundheitsfördernden Umgang mit dem Körper zu entwickeln.**

4. HANDLUNGSANSÄTZE FÜR DIE PRAXIS

Handlungsansätze formulieren Vorschläge zur Durchführung in der Praxis und benennen konkrete Aspekte und Angebote zur Verbesserung der Behandlungsstrategien. Mittels einer Tabelle geht man dazu die verschiedenen Ebenen, Aspekte bzw. Angebote einer Einrichtung mit den strategischen Zielen durch. Dadurch wird deutlicher, welche Aspekte des Leistungskataloges für die Zielerreichung eine Rolle spielen und entsprechend gestaltet werden könnten.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Der Anteil von Frauen in Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation für drogenabhängige Frauen und Männer ist so groß, dass die quantitativen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Behandlung von Frauen gegeben sind, er beträgt in der Regel ca. 30 %. Dabei ist aber mindestens ein Belegungsanteil einzuhalten, der das kontinuierliche Angebot einer Frauengruppe ermöglicht.**

Hier ist nicht gemeint, dass jede Einrichtung einen Frauenanteil von 30% erreichen sollte; so viele Frauen werden derzeit (noch) gar nicht von den Angeboten erreicht. Es geht vielmehr darum, einige Einrichtungen dazu anzuregen, sich bewusst für eine bedarfsbezogene Behandlung von drogenabhängigen Frauen zu entscheiden und in diesem Zusammenhang einen Belegungsanteil von 30% anzustreben. Dabei könnte z.B. auch überlegt werden, eine der in der Einrichtung stattfindenden Therapiegruppen paritätisch zu besetzen.

OPERATIVE ZIELE

Indikative Gruppen	▶ Das indikative Angebot umfasst eine Frauengruppe und eine Männergruppe.
Freizeitangebote	▶ Es wird geprüft, wann geschlechtsgetrennte Angebote angezeigt sind (z.B. Sauna, Schwimmen). ▶ Erfahrungen von Freizeitgestaltung in geschlechtsgetrennten Gruppen werden ermöglicht.

Sport	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Das Sportangebot berücksichtigt geschlechtsbezogene Nutzungen und Bedarfe.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Einstellungen wird auf Qualifikationen hinsichtlich geschlechtsbezogenen Fachwissens geachtet. ▶ Die Personalausstattung gewährleistet gleichgeschlechtliche TherapeutInnen für die Einzelgespräche. ▶ Weiterqualifikation und Praxisreflektion geschlechtsbezogener Arbeit (Fortbildung, Supervision, Arbeitskreise) für die MitarbeiterInnen werden gewährleistet.
Materielle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Für Frauen gibt es eigene Wohn- und Aufenthaltsbereiche mit sanitären Anlagen.
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt eine Belegungskonzeption und -planung für einen Frauenanteil von in der Regel ca. 30%.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Die Bedeutung von Berufstätigkeit für Frauen wird hervorgehoben und konkrete Möglichkeiten beruflicher Integration werden gesucht.**

OPERATIVE ZIELE

Medizinischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die sozialmedizinische Diagnostik erhebt sowohl Einschränkungen als auch Ressourcen für die Berufsausübung unter Beachtung geschlechtsbezogener unterschiedlicher Erfahrungen (z.B. Traumatisierungen im Zusammenhang mit geschlechtsbezogenen Formen der Kompensation).
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Psychotherapeutische Angebote kooperieren gezielt mit der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation bzw. Angeboten der beruflichen Integration, wo es um psychische Voraussetzungen von Berufstätigkeit geht (z.B. Umgang mit Konflikten und Interessen, Zusammenarbeit mit anderen, Abgrenzung, Umgang mit Hierarchie, Sachautorität, Stärkung des Selbstbewusstseins bezogen auf die individuellen Fähigkeiten).

Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Angebote fördern eine selbstbestimmte berufliche Zieldefinition von Frauen. ▶ Die biografische Bedeutung von Berufstätigkeit (z.B. in der Herkunftsfamilie bei der Mutter und dem Vater), eigene biografische Erfahrungen bezüglich Neigungen und Fähigkeiten und deren Bewertung werden bearbeitet mit dem Ziel der Förderung der beruflichen Sozialisation. ▶ Die Bedeutung von Qualifikation und Beruf für die Identität und die individuelle Entwicklung der eigenen Person wird gefördert. ▶ Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation ermöglicht arbeitsbezogene Erfolgserlebnisse sowie eine Sach- und Produktorientierung auch in den der Patientin bisher unbekanntem Arbeitsbereichen. ▶ Es findet ein „geschlechterneutraler“ Einsatz bei den Arbeitseinteilungen in der Einrichtung statt, um Arbeitserfahrungen und -fähigkeiten der PatientInnen zu erweitern und geschlechtsbezogene Zuordnungen nicht zu reproduzieren oder unterschiedliche Bewertungen festzuschreiben.
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entwicklung von Hobbys als Ausgleich für Leistungsanforderungen werden gefördert.
Sport	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt sportliche Angebote, die einen Beitrag zu allgemeiner Leistungssteigerung und Fitness leisten, aber auch Entspannung vermitteln.
Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Frauen mit Kindern wird auf Möglichkeiten und Probleme der Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf eingegangen. ▶ Positive Veränderungen der individuellen Vorstellungen über die Vaterrolle und Bilder von Partnerschaft sollen gefördert werden. ▶ Es sollte die Orientierung vermittelt werden, dass der Wunsch nach einer Partnerschaft nicht die Auseinandersetzung mit der Berufstätigkeit verhindert.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Das zuständige Personal hat Einblicke auch in die Arbeitswelt und Kontakte zu informierenden bzw. vermittelnden Institutionen. ▶ Es gibt eine Sensibilität für geschlechtsbezogene Problematiken bei der Berufswahl und die Chancen auf dem Arbeitsmarkt. ▶ Besonders für die zuständigen weiblichen Mitarbeiterinnen hat die eigene Berufstätigkeit einen positiven Stellenwert. Sie stellen als berufstätige Frauen eine Orientierung für die Patientinnen dar. ▶ Regelmäßige Fortbildungen zur beruflichen Eingliederung sind notwendig.

Materielle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none">▶ Die Mittel für die arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation erlauben ein Angebot, das sich nicht ausschließlich auf Instandhaltungs- und Selbstversorgungsarbeiten der Einrichtung bezieht.▶ Die externe arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation wird so früh wie möglich aufgenommen.
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none">▶ Verantwortungsposten für PatientInnen ermöglichen es Frauen, Verantwortung und patientInnenbezogene Leitungspositionen zu übernehmen.
Voraussetzungen außerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none">▶ Es finden Kooperationen mit Leistungsträgern der beruflichen Integration (z.B. Agentur für Arbeit) und mit den zuständigen BeraterInnen der Rentenversicherungsträger statt.▶ Es gibt Kooperationen und Informationen in Bezug auf spezifische Maßnahmen zur Frauenförderung und Maßnahmen der Arbeitsförderung von Müttern (z.B. durch Kontakt mit einer Gleichstellungsbeauftragten o.ä.).▶ Es werden Angebote der Agentur für Arbeit genutzt und die Berufsberatung der Agentur für Arbeit (z.B. bei der indikativen Gruppe) einbezogen.▶ Individuell ausgerichtete Bewerbungstrainings werden ermöglicht.
Diverses	<ul style="list-style-type: none">▶ Nachzudenken wäre über Stützkurse bei Lese- und Rechtschreibschwäche, um Bildungsdefizite zu beseitigen.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Geschlechtsbezogene unterschiedliche notwendige Voraussetzungen für eine selbstständige Lebensführung werden in den Angeboten berücksichtigt.**

OPERATIVE ZIELE

- | | |
|--|--|
| Psychotherapie | <ul style="list-style-type: none"> ▶ In der Psychotherapie werden die Vertretung eigener Positionen und das Erlernen von Selbstständigkeit gefördert. ▶ Die Gestaltung psychotherapeutischer Angebote gestattet Mitgestaltung durch die Patientinnen ausdrücklich (z.B durch Vereinbarungen zur Teilnahme). ▶ Biographische und aktuelle Erfahrungen von Ohnmacht und alternative Gestaltungsmöglichkeiten werden reflektiert. ▶ In Gruppen wird die aktive Beteiligung von Frauen gefördert. ▶ Die Bedeutung von Geben und Nehmen in Bezug auf die Identität wird erarbeitet. ▶ Es wird erarbeitet, ob und wie die Patientinnen soziale Netze, die sie hatten, auch unter dem Aspekt der eigenen Stärkung nutzen konnten (z.B. Familie, Schule, Clique, Szene, KollegInnen, Freundschaften) und zukünftig nutzen können. ▶ Wertvorstellungen von Freundschaft und Liebe werden in Bezug auf Symmetrie bzw. Asymmetrie von gegenseitiger Unterstützung kritisch reflektiert. ▶ Die Ablösung vom Elternhaus wird unterstützt, sofern erforderlich. ▶ Die Möglichkeit unterschiedlicher Optionen in der Lebensgestaltung (Leben mit Partner bzw. Partnerin, anderen, allein, Leben mit oder ohne Kinder; Formen anderer Unterbringung für die Kinder) wird (nicht wertend) sichtbar gemacht. ▶ Für Frauen mit Kindern wird das vorhandene soziale Netz innerhalb und außerhalb von Familie hinsichtlich Entlastung und Stärkung beleuchtet. ▶ Für Partnerschaften wird der Umgang mit und die Verfügung über Geld thematisiert. |
| Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Patientinnen und Patienten werden gleichberechtigt in den Praxisbereichen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation eingesetzt. ▶ Es wird gefördert, dass Frauen alltagspraktische handwerkliche Fähigkeiten erlernen. ▶ Es wird auch für den Bereich von Ausbildung und Erwerbstätigkeit auf die Rolle sozialer Netze zur Unterstützung hingewiesen. |

Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Selbstverantwortung für die eigene finanzielle Absicherung wird betont.
Indikative Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Im Rahmen sozialer Kompetenztrainings und ähnlicher Angebote wird Patientinnen die Legitimität eigener Interessen vermittelt. ▶ Es gibt geschlechtsbezogene Möglichkeiten (z.B. Projekte) zur Schaffung von Erfahrungsräumen, in denen kreativ, sportlich oder auch leistungsbezogen eigene Ressourcen und Grenzen ausgelotet werden können.
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Wahrnehmung und Entwicklung eigener Freizeitinteressen wird unterstützt. ▶ Die eigenständige Nutzung externer Freizeit- und Selbsthilfeangebote wird gefördert.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt eine Sensibilität für geschlechtsbezogene unterschiedliche kulturelle Muster von sozialen Kontakten und Umgang mit sozialen Netzen.
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der Rahmen fördert ausdrücklich Eigenständigkeit und Selbstverantwortung. ▶ Eine Teilhabe an der „PatientInnenvertretung“ durch Patientinnen ist abgesichert.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Für Frauen mit Kindern ist gewährleistet, dass sie das Angebot einer medizinischen Rehabilitation annehmen können.**

OPERATIVE ZIELE

	mit Kind in Behandlung	ohne Kind in Behandlung
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Psychotherapie ist stabilisierend und ressourcenorientiert ausgerichtet, damit die Patientin mit der Situation, ihr Kind dabei zu haben, insgesamt nicht überfordert wird. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es wird ermöglicht, dass die Patientin sich mit der Trennungssituation und der Unterbringung ihres Kindes sowie mit ihren Gefühlen dazu auseinandersetzen kann.

Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration	Die Betreuung des Kindes ist so geregelt, dass die Frauen neben dem Kernangebot auch Freizeit- und Sportangebote in Anspruch nehmen können	
Soziotherapie	wie oben	
Indikative Gruppen	wie oben	
Freizeitangebote	wie oben	
Sport	wie oben	
Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt qualifizierte pädagogische Angebote für die Kinder (z.B. zum Thema süchtige Mütter/Eltern). ▶ Die Einrichtung leitet bei Bedarf diagnostische und therapeutische Angebote für Kinder für die Zeit nach der Therapie ein (z.B. bei Entwicklungsreifeverzögerung o.ä.). 	▶ Gegebenenfalls wird der Kontakt der Patientin zu ihrem Kind inhaltlich begleitet.
Personal	▶ Es werden auch ErzieherInnen eingestellt.	
Materielle Rahmenbedingungen	▶ Es gibt Mittel für kindgerechte Räume und Spielmaterialien.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt Mittel, um ggf. Heimfahrten zum Kind zu ermöglichen. ▶ Es wird ermöglicht, dass die Kinder zu Besuch kommen können.
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt eine frühzeitig geklärte und transparente Vorgehensweise, was bei einem Rückfall bzw. Therapieabbruch der Mutter mit dem Kind geschieht. ▶ Es bestehen dazu notwendige Kooperationsbeziehungen mit den entsprechenden Einrichtungen (z.B. Jugendämter) 	▶ Es werden Vereinbarungen zu Kontakt und Besuch des Kindes getroffen und mit Kontakt- und Besuchsregeln der Einrichtung abgeglichen.

Voraussetzungen außerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Drogenberatungsstellen verfügen über Informationen über die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zur Finanzierung der Unterbringung des Kindes. ▶ Die Situation des Kindes wird in einem Ergänzungsbogen zum Sozialbericht beschrieben.
--	--

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ Für Frauen mit Kindern wird eine Auseinandersetzung mit der Thematik „Mutterschaft“ ermöglicht.

OPERATIVE ZIELE

Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es wird eine Auseinandersetzung mit Erfahrungen, Bildern, Problemen und Anforderungen des Mutterseins ermöglicht (z.B. Mutterbilder versus eigene Lebenspraxis, eigene Wünsche, Mutterwohl versus Kindeswohl). ▶ Es werden Perspektiven für die Frau und das Kind/die Kinder erarbeitet (Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsamen Lebens oder auch Entscheidung, das Kind anderweitig unterzubringen). ▶ Gegebenenfalls wird eine Auseinandersetzung mit einer vorliegenden Fremdunterbringung oder Adoption ermöglicht.
Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Angebote der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation motivieren zu einer eigenen, qualifizierten beruflichen Perspektive. ▶ Bei der Planung der beruflichen Integration wird die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Mutterschaft berücksichtigt. ▶ Es besteht eine Kooperation mit Institutionen, die über Informationen zu spezifischen Fördermaßnahmen verfügen (Gleichstellungsstellen, Agentur für Arbeit o.ä.).

Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es wird eine Informationsvermittlung zu rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten organisiert, die für Frauen mit Kindern wichtig sind (Sozialhilfe, Kindergeld, Unterhaltszahlungen, Besuchsrechte o.ä.).
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt gemeinsame Angebote mit den Kindern, wenn diese ebenfalls in der Einrichtung leben oder zu Besuch kommen, um Erfahrungen und Ideen für eine gemeinsame Freizeitgestaltung zu fördern.
Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angebote zu Erziehungsfragen und Mutter- bzw. Eltern-Kind-Spielgruppen werden zur Verfügung gestellt ▶ Sind die Väter ebenfalls Patienten der Einrichtung oder kommen zu Besuchen, werden sie gezielt in die Angebote einbezogen.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es bestehen Kenntnisse zur Lebenssituation von Frauen mit Kindern, insbesondere zum Lebensalltag mit Kindern unter Bedingung von Drogenabhängigkeit, und zu gesetzlichen Regelungen in diesem Bereich.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Komorbidität im Sinne psychiatrischer Diagnosen wird – unter geschlechtsbezogener kritischer und fachlicher Perspektive – beachtet und berücksichtigt.**

OPERATIVE ZIELE

- Medizinischer Bereich
- ▶ Es gibt eine differenzierte Diagnostik für psychiatrische Störungen (z.B. auch für das Posttraumatische Belastungssyndrom, Essstörungen u.a.), die auch den Zusammenhang von Sucht und komorbider Erkrankung erkundet.
- Therapieplanung:**
- ▶ Die Therapieplanung berücksichtigt die Leitgedanken: Erhalt und Förderung der Selbstkontrolle, Vermeidung von Reviktimisierung (erneute Opfererfahrung), Sicherheit, Persönlichkeitsstärkung und Möglichkeiten der Grenzsetzungen durch die Patientinnen.

Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Gruppentherapie ist auf Stabilisierung und Ressourcenorientierung ausgerichtet. ▶ Es gibt Möglichkeiten individueller Vereinbarungen, besonders im Hinblick auf Gruppentherapie (z.B. zeitlich begrenzte Teilnahme an den jeweiligen Sitzungen, Nichtteilnahme usw.). ▶ Eine Einzeltherapie durch eine psychotherapeutisch <i>und</i> psychiatrisch qualifizierte und erfahrene Fachkraft ist gewährleistet. ▶ Einzeltherapie findet für diese Klientel in hoher Frequenz statt.
Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei der Therapieplanung hinsichtlich arbeitsbezogener medizinischer Rehabilitation und bei der Erarbeitung beruflicher Perspektiven wird die komorbide psychiatrische Störung im Hinblick auf frauenspezifische Verarbeitungsweisen berücksichtigt. ▶ Die arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation ist (auch) ergotherapeutisch ausgerichtet, sie ist also gestaltungs- und beschäftigungsorientiert und weniger produktorientiert, um dem Krankheitsbild adäquat zu begegnen. ▶ Sie fokussiert die Förderung von Ressourcen und Basisschlüsselqualifikationen, damit die Patientinnen ihre bereits bestehenden Fähigkeiten erkennen und nutzen.
Indikative Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es bestehen indikationsspezifische Angebote der Psychoedukation, so dass die Patientinnen über ihre Störungsbilder informiert sind und das verstärkte Neuaufreten nach der Abstinenz einordnen können. ▶ Es gibt ein Angebot zu sozialem Kompetenztraining.
Sport	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es werden indikationsspezifisch geeignete Sportangebote (aktivierend oder entspannend) angeboten.
Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bei Frauen mit Kindern findet eine Klärung statt, ob Angebote der Jugendhilfe für die Zeit nach der medizinischen Rehabilitation nötig und möglich sind, zu diesen wird bei Bedarf Kontakt hergestellt.
Personal	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es werden Fachkräfte mit psychotherapeutisch <i>und</i> psychiatrischer Qualifikation und Erfahrung für diese Klientel ausgewählt. ▶ Es bestehen Möglichkeiten der Fortbildung für die MitarbeiterInnen. ▶ Informationen über Betreuungsmöglichkeiten nach der medizinischen Rehabilitation sind vorhanden.
Materielle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt Einzelzimmer bzw. die Möglichkeit einer Einzelunterbringung, falls diese fachlich geboten ist.
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der Einrichtungsrahmen und das Regelwerk gestatten Flexibilität und lassen individuelle Vereinbarungen für diese spezielle Klientel zu.

Voraussetzungen außerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none">▶ Es gibt eine Kooperation mit psychiatrischen Einrichtungen zur kurzfristigen intermediären Behandlung akuter Krisen (z.B. psychotischer Schübe).▶ Bei Bedarf wird eine psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Behandlung am Heimatort geplant.
--	---

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Die Tatsache und die Folgen von (sexualisierten) Gewalterfahrungen werden thematisiert. Es wird ein Rahmen gewährleistet, in dem diese Erfahrungen und Verletzungen nicht tabuisiert und durch das Setting nicht reproduziert werden.**

Die Behandlung, z.B. in Form von einzeltherapeutischen Interventionsstrategien, stellt die Stabilisierung der Patientin in der Vordergrund, da in einer Abstinenzbehandlung nur begrenzt tiefend mit diesem Thema gearbeitet werden kann.

OPERATIVE ZIELE

Medizinischer Bereich	<ul style="list-style-type: none">▶ Diagnostik und Anamneseerhebung werden themensensibel durchgeführt.▶ Es gibt eine Sensibilität für somatische Symptomatik im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt.▶ Es gibt eine Aufmerksamkeit für weitere Störungen durch den Missbrauch (Essstörungen, Angststörungen, insbesondere posttraumatisches Belastungssyndrom, Autoaggression u.a.).▶ Bei der Notwendigkeit gynäkologischer Untersuchungen wird mit der Patientin die Wahlfreiheit für eine Ärztin oder einen Arzt thematisiert.
-----------------------	--

Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Der alltägliche Umgang mit Gewalt und Macht in der Einrichtung wird in Gruppen- und Einzeltherapie thematisiert. ▶ Es werden psychoedukative Gruppen zu den Themen „sexualisierte Gewalterfahrungen“, ihren Auswirkungen und Verarbeitungsformen angeboten. ▶ Grenzziehungen, die Schaffung von Sicherheit und Kontrollmöglichkeiten durch die Patientin werden gefördert. ▶ In geschlechtsheterogenen Gruppen wird Gewaltausübung und -erfahrung gar nicht oder nur begrenzt thematisiert. Ein situationsbezogener Ausstieg aus Gruppen ist der Patientin ausdrücklich erlaubt.
Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation und berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Folgen von Missbrauchserfahrungen werden für die Berufswahl und für berufliche Alltagssituationen berücksichtigt. ▶ Die Diagnostik und die Behandlung beziehen Macht- und Ohnmachtsgefühle der Patientin in ihren Auswirkungen auf den Umgang mit KollegInnen und Hierarchien mit ein.
Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wo nötig, werden Informationen zu Opferschutz und Opferhilfe vermittelt. ▶ Bei sehr jungen Frauen mit Missbrauchserfahrungen in der Familie werden geeignete Wohnmöglichkeiten oder eine Unterbringung nach der Behandlung über die Jugendhilfe geplant.
Indikative Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es besteht eine Frauengruppe. ▶ Die Benennung von Erfahrungen sexualisierter Gewalt wird ermöglicht (aber nur begrenzt vertieft). ▶ Es gibt traumatherapeutische Angebote zur Stabilisierung der Patientin. ▶ Prostitutionserfahrungen werden thematisierbar gemacht. ▶ Erfahrungen mit Sexualität und Möglichkeiten ihrer Gestaltung werden reflektiert, auch hinsichtlich Sexualität und Gewalt in Beziehungen. ▶ Es gibt Angebote zur Förderung von Körperwahrnehmung und -erfahrung. ▶ Es gibt ein internes (oder externes) Angebot zu Selbstbehauptung und Selbstverteidigung.
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Angebote wie z.B. Sauna finden geschlechtsgetrennt statt.
Sport	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patientinnen haben die Möglichkeit, geschlechtsgetrennte Sportangebote wahrzunehmen.

Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none">▶ Formen von Gewalt und Missbrauch in der aktuellen Partnerschaft werden beleuchtet.▶ Missbrauchsverhältnisse in der Familie (durch den Vater, Bruder o.ä.) werden beachtet und therapeutisch begleitet, falls es um eine Wiederaufnahme familiärer Kontakte geht.
Personal	<ul style="list-style-type: none">▶ Es werden interne oder externe Fortbildungen zum Thema „sexualisierte Gewalt“ bei süchtigen Frauen angeboten.▶ Die Thematik „sexuelle Gewalt“ kann in der Supervision Bestand haben (zur Diagnostik oder bezogen auf Behandlungsstrategien).
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none">▶ Es sind ein eigener, klar abgegrenzter Wohn- und Aufenthaltsraum und eigene sanitäre Anlagen für Frauen vorhanden.▶ Die Hausordnung gestattet keine verbale und sexualisierte Gewaltausübung. Diese werden auch im Alltag kontinuierlich thematisiert und geahndet.▶ Die Mitwirkung von Frauen in PatientInnen-Verantwortungspositionen ist abgesichert.▶ Das Setting gestattet Rückzugsmöglichkeiten und individuelle Vereinbarungen.
Voraussetzungen außerhalb der stationären medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none">▶ Es bestehen Kenntnisse über die jeweiligen Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser.▶ Wo nötig, ist eine psychologische Weiterbehandlung nach der medizinischen Rehabilitation zu organisieren (z.B. traumatherapeutische Spezialbehandlungen).

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Die Bedeutung von Partnerschaft für Frauen, insbesondere im Hinblick auf Suchtentstehung, -verlauf und Ausstieg, wird berücksichtigt.**

OPERATIVE ZIELE

Medizinischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Rolle von Partnerschaften wird in der biographischen Anamnese gezielt bezogen auf ihren Einfluss zum Suchtverlauf erkundet. <p>Therapieplanung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Leitziel sollte sein: wenn die Patientin aktuell eine Beziehung hat, sollte therapeutisch damit gearbeitet werden. ▶ Wenn eine Partnerschaft innerhalb der Einrichtung besteht, sieht die Therapieplanung in regelmäßigen Abständen eine Auswertung dazu vor, wie sich das Verhältnis von Patientin, Partner bzw. Partnerin und Sucht entwickelt und wie sich die drei Dimensionen in Hinsicht auf die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin gegenseitig beeinflussen.
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erfahrungen in Partnerschaften und die Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei Frauen und Männern sind ein explizites Thema in der Gruppentherapie und gegebenenfalls in Einzelgesprächen. ▶ Es wird thematisiert, welche Auswirkungen die Partnerschaft auf andere wichtige Lebensbereiche hat, z.B. soziale Netze, berufliche Perspektive usw. ▶ Die Patientinnen werden darin bestärkt, ihre Bedürfnisse und Wünsche an eine Partnerschaft zu reflektieren und die derzeitige Beziehung zu überprüfen und zu gestalten. ▶ Patientinnen werden bei der eigenen Abgrenzung in der Partnerschaft und der Reflexion über Schutzmöglichkeiten unterstützt. ▶ Bei Paarbeziehungen in der Einrichtung werden die Partner bzw. Partnerinnen unterschiedlichen Kleingruppen zugeordnet.
Indikative Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es findet eine Frauengruppe statt zur Thematisierung von Erfahrungen in Partnerschaften im Zusammenhang mit der Suchtmittelabhängigkeit. ▶ Es gibt ein indikationsspezifisches Angebot, in dem Fähigkeiten für konstruktive Auseinandersetzungen in Partnerschaften erlernt werden können.
Freizeitangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es wird darauf geachtet, dass Frauen (unabhängig von den Interessen des Partners bzw. der Partnerin) eigene Freizeitinteressen entwickeln.

Kind-, paar- oder familienbezogene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es gibt die Möglichkeit von Paargesprächen als zusätzliche Leistung zu Einzeltherapie; das Setting wird indikationsspezifisch angepasst (beispielsweise mit den BezugstherapeutInnen beider Beteiligter). ▶ Bestehende Partnerschaften mit einem Partner bzw. einer Partnerin außerhalb der Einrichtung werden therapeutisch begleitet.
Materielle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Für Beziehungen innerhalb der Einrichtung gibt es Raum, Partnerschaft auch zu leben (je nach Konzept und Rahmen z.B. Übernachtungsmöglichkeit, gemeinsames Zimmer o.ä.).
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Das Regelwerk sieht kein grundsätzliches Pairing-Verbot vor, sondern auf die konkreten PatientInnen bezogene individuelle Regelungen. Kriterium sollte sein, inwiefern die Partnerschaft die individuelle Entwicklungsmöglichkeit beeinträchtigt.

HANDLUNGSZIEL:

- ▶ **Den Frauen werden Möglichkeiten geboten, einen gesundheitsfördernden Umgang mit dem Körper zu entwickeln.**

OPERATIVE ZIELE

Medizinischer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medizinische Beratung/Behandlung thematisiert psychosomatische Zusammenhänge. ▶ Die medizinische und psychosomatische Anamnese und Diagnostik beachtet bei Frauen besonders ausgeprägte Formen von Störungen und gesundheitsbezogenen Handlungsweisen: d.h. spezifisch körperbezogene Somatisierungen (z.B. im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt) und spezifisch körperfeindliche Handlungen (Selbstverletzung, Essstörungen usw.). ▶ Bei der gynäkologischen Diagnostik werden die Patientinnen über Zusammenhänge körperlicher Veränderungen durch den Drogenkonsum informiert.
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Körperlich riskante und gesundheitsgefährdende Handlungen und Situationen im Leben der Frauen werden thematisiert (z.B. gewaltvolle soziale Beziehungen, spezifische Risiken von Prostitution bei Drogenabhängigen).

Arbeitsbezogene medizinische Reha- bilitation und berufliche Integration	<ul style="list-style-type: none">▶ Das Erlernen einer realistischen Selbsteinschätzung der Belastungsfähigkeit wird ermöglicht (hinsichtlich Unter- oder Überschätzung).
Indikative Gruppen	<ul style="list-style-type: none">▶ Der Umgang mit und die Prävention von HIV/Aids, besonders im Zusammenhang mit Prostitutionserfahrungen, wird besprochen.▶ Informationen zu Gesundheitsvorsorge speziell für Frauen werden für die Patientinnen nutzbar gemacht.▶ Es finden Angebote zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, Differenzierung des Körperausdrucks und Verbesserung der Selbstfürsorge statt.
Sport	<ul style="list-style-type: none">▶ Es gibt Angebote zur Erweiterung körperlicher Erfahrungen, zur Steigerung körperlicher Fitness, Verbesserung der Koordination, körperlicher Flexibilität und Ausdauer.

5. PROZESSBEGLEITUNG UND -ÜBERPRÜFUNG

Zielsetzung der Prozessbegleitung

Die programmbegleitende Arbeitsgruppe im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht NRW hat nur begrenzte Möglichkeiten, auf eine verbesserte Versorgungssituation drogenabhängiger Frauen hinzuwirken. Die Konzept- und Angebotsentwicklung obliegt den Trägern von Angeboten der medizinischen Rehabilitation, die Entscheidung über Art, Umfang und Dauer der Leistungen obliegt den Leistungsträgern (unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit der Versicherten). Sie kann jedoch inhaltliche Impulse setzen und den Prozess inhaltlicher Diskussion und praktischer Umsetzungen unterstützen. Im Rahmen einer so verstandenen Prozessbegleitung lassen sich drei Ziele formulieren.

- ▶ Es soll erreicht werden, dass die Empfehlungen in NRW ein Impuls und eine Arbeitshilfe für die Fachdiskussionen mit den verschiedenen an Beratung, Vermittlung und Behandlung mitwirkenden Institutionen werden.
- ▶ Es soll unterstützt werden, dass die Empfehlungen in Konzeptionen, Angebote und Therapieplanungen im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation einfließen.
- ▶ Es soll geprüft werden, welche Möglichkeiten und Hindernisse bei der Umsetzung entstehen und welche Unterstützung durch die prozessbegleitende Arbeitsgruppe auf Landesebene initiiert werden könnte.

Form der Prozessbegleitung

Die prozessbegleitende Arbeitsgruppe tagt einmal jährlich über einen Zeitraum von drei Jahren unter der Federführung der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Sie setzt sich zusammen aus den Beteiligten, die diese Empfehlungen erstellt haben und kann weitere Institutionen einbeziehen.

Kurzfristige Aufgaben sind:

- ▶ die Sicherstellung der Verbreitung der Empfehlungen an die betroffenen Institutionen und Einrichtungen in NRW,
- ▶ eine Anregung der inhaltlichen Diskussion auf unterschiedlichen Ebenen und mit verschiedenen beteiligten Institutionen (Beratungsstellen, Einrichtungen der stationären medizinischen Rehabilitation, Leistungsträger).

Langfristige Aufgaben sind:

- ▶ die Sammlung und Auswertung der Erfahrungen, der Möglichkeiten und Hindernisse bei der Aufnahme der Impulse in die konzeptionelle und praktische Arbeit aus den verschiedenen institutionellen Perspektiven,
- ▶ die Anregung der Umsetzung von Aufgaben oder notwendiger Unterstützung, die nicht in die Zuständigkeit der Einrichtungen fallen (z.B. Verbreitung von bestimmten Informationen, eine Sichtung, ob nötige Fortbildungen im Land angeboten werden, usw.),
- ▶ eine Überprüfung und Aktualisierung der Beschreibung von Bedarf und Angebot, z.B. mittels der entstehenden Landessuchthilfestatistik für NRW,
- ▶ eine Sammlung von Beispielen „guter Praxis“.

Nach drei Jahren wird in einem Abschlussbericht der prozessbegleitenden Arbeitsgruppe dokumentiert, wie der Umsetzungsprozess sich gestaltet hat, welche Probleme und Möglichkeiten sich im Laufe des Prozesses zeigten und was an Unterstützung geboten werden konnte.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Basdekis-Jozsa, Raphaela, 2003: Stoffliche und nichtstoffliche Süchte – Komorbiditäten von abhängigem Verhalten. In: Suchttherapie, Heft 2/2003
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2002: Gender Mainstreaming. Was ist das? Berlin
- Bundesamt für Gesundheit (Hg.), 2000: Frauengerecht! Anforderungen an die niedrigschwelligen Angebote im Suchtbereich. Ein Instrumentarium für die Praxis. Bern
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002: Frauen in Deutschland. Berlin/Bonn
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003: Frauen und Sucht.
www.dhs.de/old/basis/frauen.htm
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003: Aktionsplan Drogen und Sucht. Berlin
- Ernst, Marie-Louise; Isabelle Rottenmanner, Christine Spreyermann, 1995: Frauen Sucht Perspektiven. Grundlagen und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Bern
- Franke, Alexa und Klaudia Winkler, 2001: Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Franke, Alexa; Annette Kämmerer (Hg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Hansestadt Lübeck/Stadt Norderstedt (Hg.), 1999: Projekt Steuerung von Querschnittszielen am Beispiel der Gleichstellung von Frauen und Männern. Lübeck, Norderstedt

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe, 2003: Musterkonzeption des geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit. Beratung, ambulante und stationäre Therapie, Prävention.

www.home.t-online.de/home/kbs-bayern-suchthilfe/musterko.htm

Kraus, Ludwig, Rita Augustin, Sabine Tschernich, 2001: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Nordrhein-Westfalen 2000. Herausgegeben vom Institut für Therapieforschung. München

Krausz, Michael; Peer Briken, 2002: Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biographischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. In: Suchttherapie Heft 3/2002

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2002: Erarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich des künftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote für die Therapiebereiche. Projekt Nr. 22 der programmbegleitenden Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW. Essen

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001: VIOLA. Modellprojekt: „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“. Juli 1997 bis Juli 2001. Abschlussbericht. Essen

Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW, 1998: Frauen, Männer, Gesundheit. Soest

Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2002: Soforthilfe für Drogenabhängige. Projektbericht für die Jahre 2000 und 2001. Köln, Münster

Röckelein, Elisabeth, 2001: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungen und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In: Worringer, Ulrike und Christian Zwingmann (Hg.): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim/München

- Rünger, Dagmar, 2002: Suchtmittelabhängige Frauen gestalten ihre Chance (Traumjob oder Alptraum?). Beitrag 1 im Workshop: „Berufliche Integration von Frauen“. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002 in Berlin. Berlin
- Scheffler, Sabine, 2002: Die Frauen, über die wir sprechen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002 in Berlin. Berlin
- Scherbaum, N. und M. Merget, 2002: Psychiatrische Komorbidität bei Opioidabhängigen und deren Behandlung. Literaturrecherche im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen des NRW Landesprogramms gegen Sucht. Essen
- Schwarting, Frauke, 2003: Das Geschlecht als Indikation? Die Praxis der geschlechtsspezifischen stationären Drogentherapie. Vortrag auf der Fachtagung: Der kleine Unterschied. Geschlechtsspezifische Arbeit in der stationären Drogentherapie. 9. Juli 2003. Veranstaltet von den Evangelischen Fachverbänden SUCHT und den Diakonischen Werken Rheinland, Westfalen und Lippe. Düsseldorf/Kaiserwerth.
- Sonntag, Ute, 2002: Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis. Schwerpunkt: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsarbeit. Heft 3/2002
- Stiegler, Barbara, 2002: Gender Macht Politik. 10 Fragen und Antworten zum Konzept Gender Mainstreaming. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik. Bonn
- Strobl, Michael, Jürgen Klapper, Karl-Heinz Pelzel, Gerhard Bader, Hartmut Zahn, Stefan Nathan Lange, 2003a: Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. Herausgegeben vom Institut für Therapieforschung. München

- Strobl, Michael, Jürgen Klapper, Karl-Heinz Pelzel, Gerhard Bader, Hartmut Zahn, Stefan Nathan Lange, 2003b: Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen. Herausgegeben vom Institut für Therapieforschung. München
- Vogt, Irmgard, Beate Leopold, Martina Tödte, Ute Breuker-Gerbig, 1998: Frauen und Sucht. Konzeptentwicklung Trägerberatung zur Umsetzung frauenspezifischer Angebote im Drogen- und Suchthilfesystem des Trägers. Herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Zenker, Christel, Karin Bammann, Ingeborg Jahn, 2002: Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden

ANLAGE

Verteiler der PBAG Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Maßnahmen Nr. 22 und Nr. 26

Direkte AnsprechpartnerInnen:

Landschaftsverband Rheinland
Koordinationsstelle Sucht
Tel. 0221/809-6664
christine.strunk@lvr.de

Frau Schmieder
Frau Holze
Ansprechpartnerin: Frau Strunk

AOK Rheinland
Geschäftsbereich Beiträge/Leistungen
Tel. 0211/8791-1216
Siegfried.Wurm@rla.aok.de

Herr Wurm

Rheinische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (RAG)
Fachberatungsdienst Sucht
Tel. 0211/937-2249
dagmar.franke@LVA-rheinprovinz.de

Herr von Lutzau
Ansprechpartnerin: Frau Franke

WESD – Westfälische Einrichtungen
stationärer Drogentherapie e.V.
c/o Fachklinik „Im Deerth“
Tel. 02331/908434
mail@wesd.de

Herr Glaeske

c/o Fachklinik Beusingser Mühle
Tel. 02927/321
steunißen@diakonie-hsk-soest.de

Frau Teunißen

Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG)
Tel. 0251/238-6200
Barbara.Hassenkamp@LVA-Westfalen.de

Herr Lappe
Ansprechpartnerin: Frau Hassenkamp

LVA Westfalen
Tel. 0251/238 6345
grada.alsmeier@LVA-Westfalen.de

Frau Alsmeier

AG der kommunalen Spitzenverbände
c/o Kreis Viersen
Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz
Tel. 02162/39-1847
detlev.schuermann@krs-viersen.de

Herr Schürmann

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW
Tel. 0201/24 84 17-1/-2
belladonnaessen@aol.com

Frau Schwarting
Ansprechpartnerin: Frau Breuker-Gerbig

Weitere Beteiligte:

Ministerium für Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie des Landes NRW
Geschäftsführung PBAG

Herr Lesser

Stadt Düsseldorf
Gesundheitsamt

Herr Schneitler

Landesverband der
Betriebskrankenkassen NRW

Herr Zunker

Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.
Geschäftsführung

Herr Bathen

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.
Abt. Gefährdetenhilfe
Referat Suchtkranken- und AIDS-Hilfe

Herr Seegers

Landschaftsverband Rheinland

Herr van Brederode

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abt. Gesundheitswesen

Herr Rometsch

In den Verteiler aufgenommen wurde zudem:
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Frau Schallenberg

ANLAGE

Geschlechtsbezogene Aspekte von Therapievorbereitung und Therapiezufriedenheit aus der Sicht von drogenabhängigen Frauen und Männern

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse der Studie, die zur Bearbeitung der Maßnahme Nr. 22 „Erarbeitung von Vorschlägen hinsichtlich des künftigen Bedarfs frauenspezifischer Angebote für die Therapiebereiche“ mit den Beteiligten der Arbeitsgruppe durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW in einem ersten Schritt erstellt wurde.

Die vollständige Studie kann bei der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW angefordert werden:

„Blitzlichter“ – Eine kleine Studie zum Perspektiven- und Geschlechtervergleich: Der subjektive Blick von PatientInnen auf stationäre medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger, auf Vorbereitung und Vermittlung. Essen, 2004

Einleitung

Im Rahmen der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht NRW hatte die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW die Federführung für eine programmbegleitende Arbeitsgruppe zum künftigen Bedarf frauenspezifischer Angebote in der stationären medizinischen Rehabilitation. In diesem Zusammenhang führte die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW die vorliegende Befragung durch.

Bezüglich der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger wird in Fachdiskussionen davon ausgegangen, dass sich die subjektiven Situationen und Einschätzungen von Frauen und Männern unterscheiden. Diese Annahme beruht aber insgesamt eher auf Praxisberichten als auf empirischen Untersuchungen. Leider werden geschlechtsbezogene Bedarfe in der Vorbereitung der therapeutischen Behandlung, der Ver-

mittlung in Einrichtungen und der Durchführung der Behandlung nur unzureichend dokumentiert.

Da die subjektive Wahrnehmung der medizinischen Rehabilitation nicht losgelöst von den davor in Anspruch genommenen ambulanten Beratungsangeboten betrachtet werden kann, sollen auch die subjektiven Einschätzungen der Vermittlung durch Drogenberatungsstellen einbezogen werden. Die Erreichbarkeit von Frauen durch die Drogenhilfe insgesamt sowie deren subjektive Bewertung der Therapievorbereitungsprozesse kann für ein Gelingen der Therapie ausschlaggebende Impulse setzen. Daher sollten geschlechtsbezogenen Unterschieden auch bei der Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation und der subjektiven Bewertung der KlientInnen zur stationären Behandlung nachgegangen werden.

Bei den hier formulierten Ergebnissen handelt es sich nicht um repräsentative Aussagen; die durchgeführte Untersuchung ist dafür zu klein. Die signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede belegen aber, dass viele Aspekte in weiteren Untersuchungen dringend vertieft werden sollten.

Dargestellt werden im Folgenden eine Reihe von Ergebnissen, die im Zusammenhang mit der Erarbeitung der „Empfehlungen für die Praxis in NRW“ von zentraler Bedeutung sind.

Zum Vorgehen:

Es wurde ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen entworfen. Einige Fragen konnten mit „ja/nein“ beantwortet werden, der größte Teil aber enthielt Mehrfachvorgaben von Antworten mit einer Rangordnung, die nach Wertungen fragte („immer, überwiegend, manchmal, fast nie, gar nicht“). Die Fragebögen wurden an Drogenberatungsstellen, Einrichtungen vollstationärer medizinischer Rehabilitation und Nachsorgeeinrichtungen mit der Bitte um Weitergabe an Personen mit Erfahrungen medizinischer Rehabilitation verschickt. Der Rücklauf betrug 71 Antworten; von 33 Frauen und 38 Männern.

Ausgewertet wurde hier jeweils die Gesamtgruppe, unabhängig von der Anzahl der Antwortenden.

Angaben zu den Befragten:

- ▶ **Alter:** Die Männer und Frauen sind (mit 4 Ausnahmen) zwischen 20 und 40 Jahre alt, dabei sind die Frauen etwas jünger als die Männer.
- ▶ **Kinder:** Kinder haben 49% der Frauen und 29% der Männer; mit ihren Kindern zusammen lebt ein Drittel (31%) aller befragten Mütter (also insgesamt 16% der befragten Frauen) und nur ein Fünftel der Väter (18% der Väter, also 6% der Männer).
- ▶ **Vermittlungsweg:** 66% der Befragten wurden über Drogenberatungsstellen auf die Behandlung vorbereitet bzw. vermittelt; die übrigen über BeraterInnen in Justizvollzugsanstalten u.a.. Kostenträger war überwiegend die LVA 47% (Landchaftsverbände 25%, BfA 16%, Krankenkassen 12%).
- ▶ **Häufigkeit von Therapieerfahrungen:** Weit über die Hälfte der Befragten hat schon mehrfache Erfahrungen mit medizinischer Rehabilitation, Männer etwas mehr als Frauen.

1 Therapie:	39% der Frauen	32% der Männer
2 Therapien:	42% der Frauen	37% der Männer
3 - 5 Therapien:	15% der Frauen	21% der Männer

▶ **Freiwilligkeit versus Zwang der Therapieentscheidung**

Ein Fünftel der Frauen, aber fast die Hälfte der Männer machten nicht freiwillig Therapie! Unsichtbar bleiben allerdings die „informellen Auflagen“ der Frauen im Zusammenhang mit Jugendamt und Sorgerechtsfragen.

Freiwillig:	82% der Frauen	47% der Männer
Auflage:	15% der Frauen	32% der Männer
Beides:	3% der Frauen	21% der Männer

Die subjektive Einschätzung des Vermittlungsprozesses in stationäre medizinische Rehabilitation

Geschlechtsbezogen zum Teil erheblich unterschiedlich wurde die Vorbereitung auf die medizinische Rehabilitation in den Drogenberatungsstellen bewertet:

- ▶ Ausreichende Informationen über den Beantragungsweg hatten 76 % der Frauen, 63 % der Männer.
- ▶ Ausreichende Informationen über die Therapieeinrichtung hatten die Hälfte der Frauen und die Hälfte der Männer.
- ▶ Ausreichende Informationen über die Therapie an sich hatten 36 % der Frauen, 53 % der Männer – also ein Drittel der Frauen und über die Hälfte der Männer.
- ▶ Gut vorbereitet auf die Therapie fühlten sich 33 % der Frauen, 58 % der Männer.
- ▶ Unsicher, was sie erwartet, war zwei Drittel aller Frauen und Männer (64 % der Frauen, 63 % der Männer).
- ▶ Eine Vorstellung davon, was Therapie wirklich bedeutet, hatten 42 % der Frauen, 53 % der Männer.
- ▶ Zeit genug, in der Drogenberatung alle wichtigen Dinge zu besprechen, hatten 52 % der Frauen und 61 % der Männer.
- ▶ Ausschließlich Formalien besprochen haben ihrer Einschätzung nach 49 % der Frauen und 29 % der Männer.
- ▶ Nicht gut vorbereitet fühlten sich 46 % der Frauen und 18 % der Männer.
- ▶ Über ihre Ängste und Unsicherheiten sprechen konnten die Hälfte der Frauen und die Hälfte der Männer.
- ▶ Die Vorbereitung ausreichend und gut fanden 46 % der Frauen, 66 % der Männer.
- ▶ Mehr Zeit hätten 58 % der Frauen und 24 % der Männer gerne zur Verfügung gehabt.
- ▶ 52 % der Frauen und 24 % der Männer hätten gerne mehr Gespräche geführt.
- ▶ Insgesamt mehr Möglichkeiten, über Sorgen, Ängste und Unsicherheiten zu reden, wünschten sich 73 % der Frauen, 42 % der Männer.
- ▶ Persönlichen Kontakt mit der Therapieeinrichtung hätten sich 67 % der Frauen und 45 % der Männer gewünscht.
- ▶ Gespräche mit anderen, die schon Therapie gemacht haben, hätten 52 % der Frauen und 37 % der Männer gern geführt.

Während Frauen sich über den Beantragungsweg besser und über die Einrichtungen genauso gut informiert fühlen wie die Männer, fühlten sie sich deutlich weniger ausreichend informiert über die „Therapie an sich“. Was wäre hinsichtlich eines Konzeptes zur Therapievorbereitung zu überdenken?

Die subjektive Bewertung der stationären medizinischen Rehabilitation

- ▶ Während des Aufenthalts in der Therapieeinrichtung fühlten sich die Frauen insgesamt schlechter aufgehoben (weniger sicher, überforderter, eher alleine gelassen und unsicherer als die Männer) und hatten eher das Gefühl, eine Rolle spielen und sich anpassen zu müssen.
- ▶ Die Befragten gaben zu 73 % an, dass das Zahlenverhältnis Männer/Frauen in der Therapieeinrichtung nicht ausgeglichen war.
Frauen haben diese Situation insgesamt mit 39 % deutlich als unangenehmer empfunden als Männer (16 %).
Frauen war dies weniger gleichgültig (48 %) als Männern (34 %), 39 % der Frauen empfanden die Situation als schwierig (Männer 8 %).
Frauen haben sich diese Situation zu 45 % anders gewünscht (Männer zu 21 %).
42 % der Männer empfanden diese Situation als angenehm (Frauen 21 %), 29 % gaben an, sie hätten sich dadurch wohl gefühlt (Frauen 9 %).
48 % der Frauen und 11 % der Männer gaben an, dass sie durch diese Situation über einige persönliche Probleme nicht sprechen konnten.
- ▶ Bei 79 % der Frauen und 47 % der Männer war eine Frau die Bezugstherapeutin, bei 12 % der Frauen und 53 % der Männer war ein Mann der Bezugstherapeut.
- ▶ In der **Gruppentherapie** konnten 39 % der Frauen und 55 % der Männer ihre persönlichen Probleme besprechen; 30 % der Frauen und 5 % der Männer gaben an, sie fast nie oder gar nicht besprechen zu können.
39 % der Frauen und 21 % der Männer gaben an, dass es bestimmte Themen gab, die sie in der Gruppe nicht besprechen konnten oder wollten. Dazu gehören bei den Frauen vor allem persönliche Erfahrungen (64 %), persönliche Wünsche (33 %), die eigene Liebesbeziehung im Haus (18 %) und persönliche Ängste und Sorgen (58 %).

Bei den Männern handelte es sich vor allem um aktuelle Vorfälle im Haus (29%), Konflikte mit TherapeutInnen (16%), Beziehungen im Haus (16%), Konflikte mit Gruppenmitgliedern (13%) und die Gruppensituation (21%).

In der Gruppentherapie wohl gefühlt haben sich 39% der Frauen und 47% der Männer, fast nie bzw. gar nicht wohl gefühlt haben sich 27% der Frauen und 11% der Männer.

- ▶ 61% der Frauen und 55% der Männer gaben an, dass das Zahlenverhältnis Männer/Frauen in der Gruppentherapie (Kleingruppe) fast nie und gar nicht ausgeglichen gewesen sei.
Die Frauen erlebten dies zu 45% als unangenehm (Männer zu 5%) und gaben zu 61% an, dass sie dadurch über einige persönliche Probleme nicht sprechen konnten (Männer zu 8%).
Insgesamt war 48% der Frauen diese Situation nicht gleichgültig (Männer 18%); 42% der Frauen empfanden sie als schwierig (Männer 5%) und 58% der Frauen fühlten sich dadurch unwohl (Männer 16%). 52% der Frauen und 16% der Männer hätten sich diese Situation immer oder überwiegend anders gewünscht.
- ▶ In der **Einzeltherapie** konnten 82% der Frauen und 63% der Männer ihre persönlichen Probleme besprechen.
Zu Themen, die insbesondere Frauen nicht besprechen konnten oder wollten, gehörten aktuelle Vorfälle im Haus (36%) und die eigene Liebesbeziehung im Haus (21%).
Bei den Männern handelte es sich vor allem um Konflikte mit TherapeutInnen (18%), Konflikte mit Gruppenmitgliedern (16%), Rückfallgedanken (24%) und die Gruppensituation (21%).
In der Einzeltherapie wohl gefühlt haben sich 73% der Frauen und 61% der Männer; 58% der Frauen und 40% der Männer hätten gerne mehr Einzeltherapie gehabt.
- ▶ Ein Einzelzimmer hatten 12% der Frauen und 21% der Männer; ein Einzelzimmer bevorzugt hätten 58% der Frauen und 68% der Männer.
Frauen gaben zu 48% an, dass sie keine ausreichenden Rückzugsmöglichkeiten gehabt hätten, Männer zu 37%.
- ▶ Dass sie sich in ihrem Zimmer sicher vor Übergriffen, auch durch andere Gruppenmitglieder gefühlt haben, gaben 67% der Frauen und 84% der Männer an.

- ▶ 52 % der Frauen und 61 % der Männer ist es leicht gefallen, mit vielen Menschen zusammen zu wohnen.
- ▶ Mit der Ausstattung im Haus waren 85 % der Frauen und 61 % der Männer zufrieden.
- ▶ Gefragt nach der allgemeinen Bewertung der subjektiven Zufriedenheit mit der Therapie fällt die Bewertung der Frauen erheblich schlechter aus:
 - 9 % der Frauen und 33 % der Männer gaben an, sehr zufrieden mit der Therapie zu sein, 42 % der Frauen und 44 % der Männer waren relativ zufrieden.
 - 33 % der Frauen und 19 % der Männer sind weder zufrieden noch unzufrieden. Ziemlich oder sehr unzufrieden sind 15 % der Frauen und 3 % der Männer.
 - Ihre persönlichen Ziele, die sie durch die Therapie erreichen wollten, haben Frauen zu 42 %, Männer zu 60 % erreicht. Die Hoffnungen auf Hilfestellungen durch die Therapie haben sich für 30 % der Frauen und 57 % der Männer erfüllt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es eine Reihe deutlicher geschlechtsbezogener Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Einschätzungen von Frauen und Männern gibt.

Daran sind sehr verschiedene Aspekte beteiligt. So scheinen Frauen und Männer zum Teil unterschiedliche Bedürfnisse hinsichtlich Therapievorbereitung und Thematisierungen und Hilfestellungen in der Therapie zu haben. Diese stehen zum Teil sicher auch in Verbindung mit dem unterschiedlichen Maß an Freiwilligkeit der Behandlung bzw. werden dadurch zugespitzt.

Als besonders großes Problem hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung von drogenabhängigen Frauen zeigt sich der Minderheitenstatus von Frauen in den Einrichtungen. Er wirkt sich subjektiv für sie vor allem in den eingeschränkten Möglichkeiten der Gruppentherapie – einem ganz zentralen Angebot der medizinischen Rehabilitation – aus. Dass eine Reihe von persönlichen Erfahrungen, Ängsten und Sorgen für Frauen hier nicht besprechbar sind, weist auf die Dringlichkeit hin, dieses Problem konzeptionell zu überdenken.