

Beratungsstelle Frauenperspektiven

Suchtberatung und Ambulante medizinische Rehabilitation

KONZEPTION



Beratungsstelle Frauenperspektiven
Charlottenstraße 26
20257 Hamburg
Tel. 040 432 96 00
Beratungsstelle@Frauenperspektiven.de
Verfasserinnen: Elke Peine / Maike Preuss
Hamburg, 16. Dezember 2013

Sucht- und Jugendhilfeträger
Frauenperspektiven e.V. Charlottenstraße 26, 20257 Hamburg,
Tel.: 040 430 46 23, www.frauenperspektiven.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Rahmenbedingungen	4
1.1	Träger	4
1.2	Lage	4
1.3	Öffnungszeiten	4
1.4	Kostenträger- und Leistungsträgerspezifische Rahmenbedingungen	5
2.	Fachliche Grundlagen der Arbeit	6
2.1	Menschenbild	6
2.2	Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen	10
3.	Zielgruppen und spezifische Zugangswege	17
3.1	Zielsetzung der Einrichtung	25
4.	Arbeitsweise	29
4.1	Gendersensible psychosoziale Diagnostik	29
4.2	Ressourcenorientierter Ansatz	30
4.3	Akzeptierende und wertschätzende Haltung	32
4.4	Segmente	34
4.4.1	Kontaktbereich	34
4.4.2	Beratung	34
4.4.2.1	Einmalige Beratung	34
4.4.2.2	Längerfristige Beratung	35
4.4.3	Therapievorbereitung und Therapievermittlung	36
4.4.4	Soziale Stabilisierung und Integration	37
4.4.5	Gruppenarbeit/Förderung der Selbsthilfe	38
4.4.6	Ambulante medizinische Rehabilitation und Kombinationstherapie	40
4.5	Vorgehen und Zielüberprüfung	42
4.6	Angewandte Methoden	43
5.	Qualitätssicherung	45
5.1	Strukturqualität	45
5.1.1	Beschreibung der Einrichtung	45
5.1.2	Personal	46
5.1.3	Qualitätssicherungssystem	46
5.1.4	Zusammenarbeit mit externen Stellen	48
5.1.5	Dokumentation	49
5.2	Prozessqualität	50
5.2.1	Hilfeplanung und Überprüfung der Ziele	50
5.2.2	Supervision, Intervision und Fallbesprechung	50
5.2.3	Interne und externe Fortbildung	51
5.3	Ergebnisqualität	52
5.3.1	Überprüfung der Zielerreichung	52
6.	Ausblick: Trends und Entwicklungen	56
7.	Literaturhinweise	57

Vorwort

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven hat ihre Arbeit im November 1991 aufgenommen und legt hiermit eine Konzeption vor, die im Laufe der Jahre weiterentwickelt wurde.

Sie entspricht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Literatur zum Thema Frau und Sucht.

Als einzige spezifische suchtmittelübergreifende Beratungsstelle für Frauen in Hamburg kommen wir der Aufgabe nach, ein Angebot zu schaffen und weiterzuentwickeln, das auf die Bedürfnisse und Problemlagen suchtgefährdeter und suchtmittelabhängiger Frauen antwortet.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven umfasst die beiden Arbeitsbereiche Beratung (Kontaktbereich, Einzelberatung und Gruppenangebote) und ambulante medizinische Rehabilitation, inklusive der Kombitherapie.

Das vorliegende Konzept bezieht sich in erster Linie auf den Beratungsbereich. Das Arbeitsfeld der ambulanten Therapie ist im Kapitel Segmente unter 4.4.6 in einer Kurzform beschrieben und arbeitet auf der Grundlage einer eigenen Konzeption.

Die finanziellen Voraussetzungen zur Realisierung der nachfolgenden Konzeption bzw. der konkreten Maßnahmen bestehen zu einem großen Teil aus der jährlichen Zuwendung der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) und zu einem kleinen Teil aus Einnahmen aus der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Wir bedanken uns bei allen, die in den Jahren unseres Bestehens unsere Arbeit unterstützt haben.

Hamburg, im Dezember 2013

1. Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der Beratungsstelle werden maßgeblich durch den Träger, die Lage, die Öffnungszeiten und durch die Vorgaben des Hauptkostenträgers sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmt.

1.1 Träger

Träger der Beratungsstelle Frauenperspektiven ist der gemeinnützige und mildtätige Verein Frauenperspektiven. Er wurde 1989 gegründet.

Frauenperspektiven e.V. ist in das Vereinsregister beim Amtsgericht Hamburg eingetragen. Zweck des Vereins ist die Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Suchtproblemen und die Begleitung beim Aufbau einer selbstständigen Lebensperspektive.

Der Verein ist anerkannter Jugendhilfeträger und staatlich anerkannt und berechtigt, Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen nach §§ 35,36 BtmG durchzuführen. Als Träger der ambulanten medizinischen Rehabilitationseinrichtung, kurz der ambulanten Therapie (AT), ist Frauenperspektiven e.V. von allen Rentenversicherungen als Beleg Einrichtung anerkannt.

Frauenperspektiven e.V. hält drei Einrichtungen vor:

- Beratungsstelle Frauenperspektiven – Suchtberatung für Frauen (seit 1991); Suchtnachsorge (seit 2013)
- KAJAL – Suchtprävention und Beratung für Mädchen / Beratung und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte (seit 1992)
- Ambulante medizinische Rehabilitation für Frauen (seit 1996) und Kombitherapie im Verbund „Kombi-Nord“ (seit 2013).

1.2 Lage

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven befindet sich seit 2002 in einem Wohngebiet in Eimsbüttel, in der Charlottenstr. 26. Die Verkehrsanbindung ist sehr günstig, da in unmittelbarer Nähe der U2-Bahnhof Emiliensstraße und die Haltestelle der Metrobusse 20 und 25 liegen.

1.3 Öffnungszeiten

Die Beratungsstelle ist zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag, Mittwoch, Donnerstag: 10-16 Uhr
10-18 Uhr Telefonberatung
Dienstag: 14-16 Uhr Telefonberatung
Freitag: 10-14 Uhr

Gespräche und Gruppensitzungen finden während und auch außerhalb der Öffnungszeiten statt.

Um ein Beratungsgespräch zu vereinbaren, kommt es i.d.R. vorab zu einer telefonischen Terminabsprache, jedoch sind auch „spontane“ (Kurz-)Beratungen möglich, denen i.d.R. bei Bedarf innerhalb einer Woche ein erneuter Termin folgt.

1.4 Kostenträger- und Leistungsträgerspezifische Rahmenbedingungen

Die beiden Versorgungsmaßnahmen (Beratung und ambulante medizinische Rehabilitation, im Folgenden ambulante Therapie (AT) genannt) werden unterschiedlich refinanziert. Die Beratungsarbeit wird als Projektförderung/Fehlbedarfsfinanzierung über Zuwendungsmittel der Freien und Hansestadt Hamburg, hier der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), refinanziert. Grundlage dafür ist ein jährlicher Zuwendungsbescheid, der eine Konkretisierung der Zweckbestimmung mit Leistungskennzahlen enthält. Konkrete Leistungskennzahlen werden für jedes Segment jährlich im Zuge des Zuwendungsantragsverfahrens mit der BGV (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der FHH) vereinbart.

Die Arbeit in der Beratungsstelle basiert auf

- der „Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg“ vom 07.11.2006,
- der „Rahmenvereinbarung zur Kooperation >>Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr<< vom 13.02.2008,
- der „Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen sozialen Dienst Hamburg“ vom 17.11.2009 und
- der Konzeption der Beratungsstelle Frauenperspektiven vom Dezember 2007, die auf einem frauengerechten Arbeitsansatz basiert (siehe Kap. 2.).
- Außerdem fühlen wir uns insbesondere dem Antidiskriminierungsgesetz, dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), und dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) vom 27.04.2002 verpflichtet und bemühen uns grundsätzlich allen Frauen den Zugang zu unserer Einrichtung zu ermöglichen.

Für die Leistungen im Rahmen der ambulanten Therapie werden auf der Grundlage der Kostenübernahmebescheide Kostenpauschalen für je eine Therapieeinheit mit den Leistungsträgern abgerechnet. Dies sind in der Regel Rentenversicherungsträger und seltener Krankenkassen. Grundlage dieses Verfahrens sind Anerkennungen als Beleg Einrichtung durch DRV Nord und DRV Bund aus den 90er Jahren.

2. Fachliche Grundlagen der Arbeit

Die fachlichen Grundlagen der Beratungsarbeit basieren auf dem zugrunde liegenden Menschenbild und der zugrunde liegenden Theorie über die Entwicklung einer Sucht und den Zielen, die erreicht werden sollen.

2.1 Menschenbild

Das Menschenbild, das dieser Konzeption zugrunde liegt, versteht Menschen als Gestalter_innen und handelnde Wesen, die mit Bewusstsein ausgestattet sind. Menschen sind in diesem Sinne als handelnde Subjekte zu verstehen, die sich innerhalb der vorhandenen Lebensbedingungen selbsttätig einrichten, in dem *wie* sie ihr Leben gestalten, indem sie die Lebensbedingungen annehmen, sie kritisieren und verändern.

In diesem Prozess der Lebensführung und -gestaltung bilden die Einzelnen ihre Persönlichkeit heraus, indem sie existierende Vorstellungen von z. B. einem leistungsorientierten, erfolgreichen Menschen, einer sozialintegrierten Person, eines attraktiven Menschen, einer gesunden Lebensführung etc. und die darin enthaltenen Denk-, Fühl- und Handlungsmuster als eigene übernehmen, sie kritisieren oder verändern.

Für eine Konzeption, die auf diesen theoretischen Annahmen basiert, ist die **Selbsttätigkeit** der Einzelnen bedeutend, da in ihr die Chance der Veränderbarkeit der konkreten alltäglichen Lebensbedingungen und der Verhaltensweisen und hier insbesondere die Überwindung suchtförmiger Denk-, Fühl und Verhaltensweisen denkbar ist.

Die konkreten gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen sich die Einzelnen bewegen, sind manifestiert in Strukturen, wie z. B. Gesetzen, Sozial- und Familiengesetzgebung, Arbeitsbedingungen, Lohn- und Gehaltsgruppen, Arbeitszeitregelungen, Hartz IV-Regelungen, Familienformen, Schulformen, Elterngeld, Kinderbetreuungsplätzen etc.

Die daraus resultierenden materiellen und psychischen Ressourcen und Anforderungen sind nicht für alle Menschen gleich. Sie sind abhängig vom Alter, vom kulturellen Hintergrund (z.B. dem Migrationshintergrund, religiöser Zugehörigkeit), dem Grad der persönlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen, dem Bildungsniveau und von der Geschlechtszugehörigkeit.

Die jeweiligen materiellen, sozialen und psychischen Ressourcen und Anforderungen haben Einfluss auf die Entstehung einer Sucht, aber auch auf deren Überwindung.

Aus den Erkenntnissen der Frauenforschung (seit den 80er Jahren) und der zaghafte beginnenden Männerforschung um die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit für alle menschlichen Aktivitäten hat sich die Europäische Union und die

Bundesregierung der Strategie des Gender Mainstreaming zur Überwindung der Geschlechterungerechtigkeit (Diskriminierung auf Grund der Geschlechtszugehörigkeit, defizitäre Teilhabe von Männern und Frauen an gesellschaftlichen Ressourcen, strukturelle Benachteiligung von Frauen) verpflichtet. Diese Strategie ist als Qualitätsstandard auch in der Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz über Qualitätsstandard in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit vom 07.11.2011 festgeschrieben. Eine ausführliche Empfehlung des Fachrates der ambulanten Suchthilfe zur Umsetzung des Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit liegt den Trägern vor.

Dieser Empfehlung fühlen wir uns ebenso verpflichtet, wie dem Diversity Management, in dem neben den geschlechtsspezifischen weitere das Leben bestimmende soziale Strukturmerkmale innerhalb der Komplexität von Diskriminierungsverhältnissen und –erfahrungen analysierbar sind, die eine spezifische Berücksichtigung erfordern. So wird der Blick geschärft für die Unterschiede, die innerhalb der Gruppen (Frauen- oder Männergruppen) bestehen.

Gender Mainstreaming und Diversity Management

Gender Mainstreaming

„Gender“ bezeichnet die soziale, „Sex“ die biologische Dimension des Geschlechts. „Mainstreaming“ bezeichnet einen fortlaufenden politischen Prozess. GM heißt, bei allen Maßnahmen, von der Planung bis zur Evaluation, die Ausgangsbedingungen und Auswirkungen der Geschlechter zu berücksichtigen.

Auf individueller Ebene wird Gender lebenslang in den gesellschaftlichen Verhältnissen erlernt und reproduziert. Es ist maßgeblich für das Individuum bezüglich seiner Identität, seiner Handlungs-, Denk- und Gefühlsmuster.

Daraus ergeben sich kulturelle und zeitabhängige Übereinkünfte, gesellschaftliche Normierungen von Männlichkeit, von Weiblichkeit: Typisch Frau – typisch Mann, mit vielen (teils widersprüchlichen) Facetten.

Gender ist immanent an allen sozialen Prozessen der Gesellschaft beteiligt und schafft soziale (strukturelle und individuelle) Unterschiede:

- In seiner sozialen Dimension (gesellschaftliche Rahmenbedingungen, also die Sicht auf Frauen und Männer),
- in seiner politischen Dimension (Geschlechtergerechtigkeit) und
- in seiner sozial-psychologischen Dimension (individuelle Neu-Findungen der Rollen, z.B. in Beratung und Therapie).

Diversity Management

Diversity bezieht sich ebenso auf die Vielfalt von sozialen Gruppen, und auch auf die Vielfalt innerhalb der bzw. einer sozialen Gruppe und rückt damit Diskriminierungen innerhalb der Frauen(gruppe) und innerhalb der Männer(gruppe), oder innerhalb der Gruppen, die über z. B. die ethnische Herkunft, das Alter, den sozialen Status, das Bildungsniveau, die Berufsgruppe, eine Behinderung, Religionen oder sexuelle Orientierungen definiert werden, in den Fokus.

In der Arbeit mit der Zielgruppe suchtgefährdeter bzw. süchtiger Frauen erhalten beide Strategien und ihr Verhältnis zueinander eine besondere Bedeutung:

Aus wissenschaftlichen Studien und der Sozialisationsforschung ist bekannt, dass die Kategorie „Geschlecht“ eine vorrangige Bedeutung erhält und weitere Diskriminierungsfaktoren deutlich „einfärbt“. So sind z.B. die Teilhabemöglichkeiten eines Mannes, der einer Niedriglohngruppe angehört, andere als diejenigen einer Frau, die der Niedriglohngruppe angehört. Aber auch im Vergleich einer Frau mit höherem Bildungsniveau zu einem Mann mit geringem Bildungsniveau kann es sein, dass die geschlechtsspezifisch gefärbten Sozialisationsbedingungen zu überraschenden Unterschieden zum Beispiel in der Selbsteinschätzung zum eigenen Können oder zu erwarteten oder tatsächlich vorhandenen Teilhabemöglichkeiten in der Erwerbsarbeit führen.

In diesem Sinne ist die Gender Mainstreaming Strategie die Basis des Diversity Ansatzes, der auf die Anerkennung der Vielfalt der o.g. verschiedenen Lebensbedingungen und –ressourcen verweist. Die Unterschiede und Hierarchien innerhalb der Frauengruppe sind benennbar und konkrete Diskriminierungserfahrungen und –erlebnisse werden in den Beratungs- und Behandlungsprozess mit aufgenommen. Dies erfordert eine kontinuierliche Fortbildung und Reflektion.

So führen uns beide Strategien zu den konkreten frauenspezifischen alltäglichen Anforderungen und Belastungen einerseits und den vorhandenen individuellen frauenspezifischen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten andererseits. In ihnen sind Diskriminierungserfahrungen und persönliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und andere Ressourcen enthalten. Sie sind in die Entstehungsbedingungen einer Sucht eingewoben und daher maßgeblich für die Qualität und den Erfolg der Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsprozesse.

Als Beraterinnen verstehen wir uns als kompetente, qualifizierte Fachkräfte, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen (niedergelegt in der jeweils gültigen Rahmenvereinbarung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe und der

Leistungsbeschreibung der zuwendungsgebenden Behörde und den Regelungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation) den selbsttätigen Veränderungsprozess im Sinne eines Empowerments, hin zu einer emanzipierten und zufrieden stellenden Lebensführung der jeweiligen Frau/Hilfesuchenden fachlich qualifiziert begleiten und fördern.

Eine weitere Grundlage der Beratungstätigkeit ist die salutogenetische Perspektive, wie sie von Antonovsky in den 70ern benannt und auch heute noch gültig ist. Sie führt zur Suche nach protektiven Faktoren oder anders gesprochen zu den vorhandenen oder aufzubauenden Ressourcen und Stärken der Frauen und entspricht damit unserer subjektorientierten Sicht- und Arbeitsweise.

Die Besonderheit eines „Frauenträgers“

Bevor an dieser Stelle Auszüge aus der Frauen-Sucht Forschung genannt werden, sei auf eine grundsätzliche Arbeitsform hingewiesen: Anfang der 90er Jahre gründete sich der Träger mit der Absicht Frauen mit suchtmittelbezogenen Problemen Angebote in Einrichtungen zu bieten, in denen ausschließlich Frauen als Fachpersonal und in der Leitung beschäftigt sind und in denen ausschließlich weibliche Klientinnen betreut werden. Schon damals stellten die Praktikerinnen fest, dass für Frauen andere, frauenspezifische Angebote in der Suchthilfe notwendig sind, in denen sie ihre Themen geschützt bearbeiten können, in denen die Geschlechterverhältnisse, die Normen und Erwartungen, die daraus für Frauen gelten, besprechbar werden und in denen die Reproduktion der Machtverhältnisse thematisiert und verhindert wird.

Mit der Besonderheit eines Frauenträgers verfolgten wir folgende Oberziele, die auch heute noch Gültigkeit haben:

1. Können Klientinnen Vertrauen gewinnen, Probleme und Themen ansprechen, die sie im Beisein von Männern (potentiell und/oder im Anschluss an das Gespräch) nicht, beschränkt oder verfremdet ansprechen.
2. Kann dieser „Schutzraum“ Sicherheit bieten für eine echte Auseinandersetzung mit Frauenbildern, insbesondere weiblichen Körperbildern (Sexualität, Alterungsprozesse und Essverhalten), die nicht an der Oberfläche bleibt.
3. Können insbesondere Frauen mit (sex.) Gewalterfahrungen (Traumatisierungen) während der Betreuung/Behandlung schützende (Klientel und Beratungs- und Therapiepersonal) Räume erleben.

Die Notwendigkeit solcher Schutzräume ist abzuleiten aus den geschlechtsspezifisch gefärbten Lebensbedingungen, Denk-, Fühl- und Handlungsweisen, die sich in spezifischen Konsumkontexten, Konsummotiven, und Konsumweisen manifestieren und die in gemischtgeschlechtlich und damit häufig männerdominierten Einrichtungen marginalisiert sind.

Beispielhaft seien hier einige frauenspezifische Aspekte genannt:

- (Sexualisierte) Gewalterfahrungen von Frauen sind in ihrer Quantität und Qualität nicht weniger geworden. Dagegen ist es heute schwerer für die Frauen diese anzusprechen, da ein emanzipiertes Ideal-Frauenbild existiert. Im Abgleich dazu erleben sich Frauen als Versagerin, wenn sie den Aggressor nicht verlassen.
- Die Ansprüche, die an Frauen gestellt werden (perfekte Mutter, Ehefrau, Erwerbstätige mit Karriereambitionen und fürsorgliche bis pflegende (Schwieger-) Tochter) bei gleichzeitiger Negation von Benachteiligungen für Frauen, führen einerseits zu extremen Belastungen, Erschöpfungs- und Überforderungsgefühlen und andererseits zu Versagenswahrnehmungen von sich als Frau.
- Armut betrifft in Quantität und Qualität wesentlich mehr Frauen (und Kinder) als Männer. Diese Armut an materiellen, sozialen und ideellen Gütern und damit der Ausschluss bzw. die begrenzte Teilhabe an öffentlichen Ressourcen erleben viele Frauen als persönlich verschuldet.

Diese frauenspezifischen Schuld- und Versagensgefühle und Ausgeschlossenheiten werden unaussprechlich, wenn gleichzeitig unbegrenzte und gleichberechtigte Möglichkeiten für Frauen propagiert werden.

Die freie Entscheidung eine Frauen-Einrichtung aufzusuchen, ermöglicht es vielen die o.g. Erfahrungen und Gefühle überhaupt anzusprechen und damit Unterstützung zu finden.

2.2 Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen

Die Grundlage der Arbeit in der Beratungsstelle Frauenperspektiven ist, wie oben dargestellt, ein Verständnis weiblicher Suchtmittelabhängigkeit, das die Verknüpfung individueller Lebenserfahrungen von Frauen mit gesellschaftlichen Bedingungen zum Ausgangspunkt nimmt. Die Verarbeitungsweisen und individuellen Probleme von Frauen werden in diesem Konzept sowohl in ihrer subjektiven Bedeutung als auch in ihrer gesellschaftlichen Vermitteltheit betrachtet.

Es existieren sehr viele Theorien, die je nach Zugehörigkeit zu einer Fakultät und darin unterschiedlicher „Schulen“ die Entstehung von Sucht erklären. Da fast alle Ansätze keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen berücksichtigen, liegt der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen auf den frauenspezifischen Bedingungsfaktoren für die Entstehung einer Sucht.

Zunächst eine Definition des Begriffs „Sucht“ von Gross, die möglichst wenig schulenspezifische Begriffe enthält und auf dieser Ebene allgemeine Zustimmung erlangen könnte.

„Sucht kann definiert werden als unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten (veränderten) Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand“ (Gross 2002: 511).

Diese Definition von Sucht ist ebenfalls für stoffungebundene Suchtformen wie Spielsucht, Arbeitssucht, Missbrauch von Medien (TV, Video, Computer, Internet) und Essstörungen gültig.

Des Weiteren nutzen wir eine Definition von Vogel, die sich explizit auf psychoaktive Substanzen bezieht. Hiernach wird

„unter Sucht ein psychisches und physisches, nicht mehr kontrollierbares Verlangen nach psychotropen Substanzen verstanden, welches eine Reihe körperlicher und sozialer Folgeschäden nach sich zieht“ (Vogel 2004:53).

Um Hinweise zu bekommen, ob der Substanzkonsum süchtigen Charakter hat, orientieren wir uns neben den eigenen Angaben der Klientin und fremdanamnestischer Quellen an den Kriterien des ICD-10 (WHO 2006) zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit:

Schädlicher Gebrauch:

- Tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit
- Konsumverhalten wird häufig von anderen kritisiert und hat unterschiedliche negative soziale Folgen

Abhängigkeit:

- Starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Ende und Menge des Substanzkonsums
- Körperliche Entzugerscheinungen
- Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen
(Drei oder mehr Kriterien müssen erfüllt sein.)

Übereinstimmung in der Suchtforschung herrscht bei der Aussage, dass es sich bei der Entwicklung einer Sucht um einen hochkomplexen multifaktoriell bestimmten Prozess handelt. Die Plausibilität der Aussage „Sucht ist das Resultat eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges“ (Funke/Garbe 2002: 14) kann zum heutigen Erkenntnisstand in den verschiedenen Fachdisziplinen, die sich an der Erforschung der Sucht beteiligen, als bestätigt gelten. Ein von der WHO akzeptiertes Suchtfolgenmodell benennt das Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Dimensionen als zentral für die Entwicklung einer Sucht.

Erkenntnisse der Frauen-Sucht-Forschung

Auf die Bedeutung der Geschlechtskategorie in der Arbeit mit süchtigen Frauen weist Vogt hin:

„Einigkeit herrscht auch darüber, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht sich im Spannungsfeld des Dreieckes aus Person-Substanz-Gesellschaft abspielen.“

Unberücksichtigt bleibt oftmals, dass die Person ein Geschlecht hat, sie eine Frau oder ein Mann, ein Mädchen oder ein Junge ist. Dementsprechend wird übersehen, dass die Person geschlechtsspezifische Zuschreibungen, Anforderungen und Belastungen zu „bewältigen“ hat. Daraus ergeben sich Unterschiede, die sich in biografischen Erfahrungen und in der Lebensrealität von erwachsenen Frauen und Männern widerspiegeln.“ (vgl. Vogt 2004)

Da die Beratungsstelle Frauenperspektiven einen suchtmittelübergreifenden Ansatz verfolgt, treffen die nachfolgenden Aussagen in Bezug auf die Gesamtheit unserer Klientel zu, so dass spezifische Differenzierungen unberücksichtigt bleiben können.

Im Hinblick auf die Entwicklung einer Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen bei Frauen beziehen wir uns auf eine Studie von Zenker et. al. (2002), in der nach Bedingungsfaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung geforscht wurde. Demnach können folgende biografische Erfahrungen in der Kindheit der Klientinnen als Ursachen identifiziert werden:

- (sexualisierte) Gewalterfahrungen
- Ablehnung
- Vernachlässigung
- permanente Überforderung und Demütigung
- zu wenig Orientierung oder Freiräume gebendes erzieherisches Verhalten

Franke weist auf folgende bedeutsame Faktoren hin, die je nach Vorliegen zu unterschiedlichen persönlichen Suchtentwicklung von Frauen führen:

„Süchtige Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des konsumierten Suchtmittels (legal – illegal), hinsichtlich des Alters, in dem eine Frau eine massiv belastende Erfahrung gemacht hat und hinsichtlich des Einstiegsalters (vgl. Zenker et. al. 2002). Darüber hinaus spielen die soziale und psychische Situation der Frauen für die Entstehung und den Verlauf einer Suchterkrankung eine erhebliche Rolle.“ (vgl. Franke 1999)

Ergänzend dazu gibt es eine Vielzahl von Faktoren im Leben von erwachsenen Frauen, die eine entscheidende Rolle im Zusammenhang mit weiblicher Suchtentwicklung spielen. Exemplarisch seien hier einige genannt: Doppelbelastung durch Alleinverantwortung für Familie und Beruf, Überforderung in der Rolle der Beziehungsmanagerin, belastende und aggressionsgeprägte Partnerschaften, Gewalterfahrungen, fehlende soziale Unterstützung, massive Erfahrungen von Kränkung und Minderwertigkeit (vgl. Quinten 2002).

Franke (1999) führt vor allem für Frauen ab der 5. Lebensdekade weitere Belastungsfaktoren an: Betreuung von alt gewordenen Angehörigen, Angst um den Arbeitsplatz aufgrund des eigenen Alters, Berentung des Partners mit der Folge veränderter Rollendefinitionen in der Partnerschaft und schwere Erkrankungen/Tod von Freundinnen/Freunden im eigenen Alter.

Darüber hinaus fallen insbesondere bei Frauen, die Alkohol und Medikamente konsumieren, die Erfahrung von Trennung, Einsamkeit, Isolation und Verlust als weitere Bedingungsfaktoren ins Gewicht.

In Bezug auf die Konsummotive weist Quinten (2002:176f) auf erhebliche Unterschiede zwischen substanzabhängigen Frauen und Männern hin. Bei den Frauen überwiegen die Auflösung von Ängsten und Depressionen, eine positive Veränderung von körperlichen und/oder psychischen Befindlichkeitsstörungen/Erschöpfungszuständen, das Einwirken auf Minderwertigkeits- und Einsamkeitsgefühle, die Entwicklung von aggressiven Gefühlen und Wut anderen gegenüber, die Dämpfung von Gefühlen im Zusammenhang mit schwierigen oder gewalttätigen Beziehungserfahrungen.

Die bis hier aufgeführten wissenschaftlichen Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Veränderungsimpulse in Bezug auf Sucht (-überwindung) im Konglomerat aus Konsummitteln, -motiven und -kontexten zu suchen sind. In ihnen verdichten sich biografische Erfahrungen, Verletztheiten und eben auch die Ressourcen, in ihnen lassen sich Anknüpfungspunkte für verändertes Verhalten ausfindig machen.

Im Folgenden werden stichwortartig die wesentlichen frauenspezifischen Sozialisationserfahrungen, die eine Suchtentwicklung befördern und die daraus abzuleitenden Themenschwerpunkte aufgelistet.

Folgende Sozialisationserfahrungen und daraus abgeleitete besondere Anforderungen und Belastungen für Frauen können die Entwicklung einer Sucht begünstigen:

- Erfahrungen von seelischer, körperlicher, sexueller Gewalterfahrungen, insbesondere vor dem 16. Lebensjahr
- Erfahrungen von Demütigung und geringer bis keiner Wertschätzung
- Erfahrungen von Mutterschaft als ständige Verfügbarkeit, Verständnis ausschließlich für Andere, Fürsorglichkeit und eigene Anspruchslosigkeit
- Überforderung durch einengende, abhängige Geschlechterverhältnisse
- Vernachlässigung eigener Bedürfnisse zugunsten der von Anderen
- Verdrängung und Nichtwahrnehmung eigener Gefühle
- Ein von Passivität und Opferhaltung (Schweigen und Schlucken) geprägtes Selbstbild
- Erfahrungen von Ausgeliefertheits- und Ohnmachtserfahrungen, wenig Einflussmöglichkeiten
- Überhöhung der Bedeutung körperlicher Attraktivität (Medium zur Akzeptanz der Person: Sexualisierung des weiblichen Körpers)
- Reduktion des Gesundheitsbegriffs auf Körperlichkeit (Gesundheit als Motor einer generellen Selbstoptimierung, gepaart mit Leistungsanspruch und mit neuen Suchtmitteln und Drogen)
- Bestätigung wesentlich durch Jungen/Männer (mangelnde Wertschätzung alles „Weiblichen“ (außer Körper und Aussehen))

- Widersprüchlichkeit in den Vorstellungen von Weiblichkeit
- Widersprüchliche, überfordernde Erwartungen (Doppel- bis Vierfachbelastung: gute Mutter, gute Ehefrau, gute Tochter (Pflege der Angehörigen bei Krankheit), gute Beschäftigte)
- Gleichzeitigkeit verschiedener widersprüchlicher geschlechtsspezifischer Rollen- und Familienmodelle/Wahrnehmung als Versagende (vgl. BMFSFJ 2011, S. 233ff)

Daraus abzuleitende Schwerpunkte in der Arbeit mit Frauen:

- Unterstützung bei der Wertschätzung des eigenen Geschlechts (der eigenen Person als Frau und anderer Frauen)
- Annahme und Wertschätzung des eigenen Körpers (Entsexualisierung, Entpathologisierung)
- Erkennen von Abhängigkeitsmustern in der Beziehung
- Thematisierung der individuellen Spannung zwischen unterschiedlichen, bisweilen widersprüchlichen „Frauenbildern“
- Sensibilisierung für die Selbstwahrnehmung als selbsttätig Handelnde
- Sensibilisierung für die Wahrnehmung eigener Gefühle und deren Formulierung
- Sensibilisierung für abhängige Beziehungsmuster
- Schaffung/Wiederherstellung von sozialen Netzen und Beziehungen mit dem Ziel einer Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdfürsorge mit dem Fokus auf Selbstfürsorge
- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle (Selbst- und Fremderwartungen - Rabenmutter versus altruistisch liebende Mutter)
- Erkennen von psychischen und psychosomatischen Phänomenen (psych. Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angstzustände, Selbstmedikation, Essstörungen, diffuse körperliche (alters- und ereignisbedingte) Beschwerden)
- Erlangung von Fähigkeiten zur Abgrenzung und zur Konfliktlösung
- Umgang mit (Auto-) Aggressionen und körperlicher, sexueller und seelischer Gewalt als Opfer (als Täterin)
- Sensibilisierung für objektive Überforderungsbedingungen (Anforderungen aus der Arbeitswelt versus Anforderungen aus der „privaten“ Welt (Familie, Beziehungen, Kinder, Freunde, Freizeitgestaltung))
- Entwicklung eines individuellen Gesundheitsförderungskonzeptes (Hinterfragen von Leistung im Zusammenhang mit Körper)
- Erarbeitung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des als ungenügend erlebten Handelns

Auf Grund der großen Bedeutung traumatischer Erfahrungen von (sexueller) Gewalt im Entwicklungsprozess einer Sucht bei Frauen erfolgt an dieser Stelle einen Exkurs zum Thema:

Zur Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei Frauen

Da die Gruppe der Klientinnen, die als Konsummotiv massive traumatische Erfahrungen angibt, in der Beratungsstelle Frauenperspektiven sehr stark vertreten ist, widmen wir diesem Thema an dieser Stelle einen Exkurs.

Die Bedeutung von (sexualisierten) Gewalterfahrungen von Frauen ist seit Beginn der Frauensuchtarbeit in der Mitte der 80er Jahre bis heute ein zentrales Thema. Zu Recht, da ein hoher Anteil suchtmittelabhängiger Frauen in ihrer Kindheit und/oder als Erwachsene massive Gewalt erlebt hat. (vgl. Zenker et. al. 2002)

Vor allem neue Ansätze der Traumaforschung bieten wichtige Hinweise auf den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und dem Konsum psychoaktiver Substanzen (vgl. Schäfer, Krausz 2006; Huber 2005).

Huber (2005) geht davon aus, dass gerade bei frühen und lang andauernden Traumatisierungen Komorbidität in Form von depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Schmerzsymptomen, psychosomatischen Organerkrankungen, Suchterkrankungen und Störungen der Persönlichkeit Folge dessen sein können.

„Das Krankheitsbild ist geprägt durch sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma..., durch Symptome von Übererregung wie Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen, durch Vermeidungsverhalten, durch emotionale Taubheit... Dazu kommen Störungen der Beziehungsfähigkeit, die es den Betroffenen erschweren oder fast ganz unmöglich machen, sich auf andere Personen einzulassen, zu ihnen Vertrauen aufzubauen.“ (Vogt 2003:1f.).

Dass Suchtmittel demzufolge von vielen traumatisierten Frauen eingesetzt werden, liegt auf der Hand (vgl. Reddemann 2002:580), dienen sie doch in vielen Fällen einer Überlebensstrategie und einem Selbstheilungsversuch (vgl. Vogt 2003:1).

Daraus ist abzuleiten, dass weibliche Sucht aus unterschiedlichen Gründen als eine Art Selbstmedikation/Selbstheilung im Sinne einer Bewältigungsstrategie gefasst werden kann. Missbräuchlicher Konsum, die Entwicklung einer (Verhaltens-)Sucht ist als eine Bewältigungsstrategie zu bewerten, die zur Veränderung seelischer Befindlichkeit eingesetzt wird (vgl. Zenker et. al. 2002:135; Vogt 2003:2).

Die Tatsache, dass Frauen mit gleichen belastenden Erfahrungen keine Sucht oder seelischen Störungen entwickeln, erklären Zenker et. al. mit dem Zusammentreffen von verschiedenen Risiken in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen und dem Vorhandensein nur weniger oder nicht ausreichender protektiver Faktoren bei denjenigen, die eine Sucht entwickelt haben (vgl. Zenker et. al. 2002:135).

Vor diesem Hintergrund begreifen wir den Schwerpunkt unserer Arbeit darin, gemeinsam mit der Klientin nach Veränderungsmöglichkeiten in Bezug auf ihre Belastungen zu suchen, ihre „destruktiven“ Bewältigungsstrategien in Form von missbräuchlichem/abhängigen Substanzkonsum zu hinterfragen und neue Verhaltensmuster zu erarbeiten und sie bei der Erprobung neuer Verhaltensweisen

fachlich zu begleiten.

3. Zielgruppen und spezifische Zugangswege

Grundsätzlich haben alle erwachsenen Frauen mit einer Sucht(-mittel)problematik Zugang zu unserer Beratungsstelle, unabhängig davon, ob das Suchtmittel illegal oder legal ist.

Selbstverständlich können Frauen mit unterschiedlichen Lebensweisen und Selbstverständnissen in der Beratungsstelle einen Ort finden: Frauen mit und ohne Kinder, erwerbstätige und erwerbslose Frauen, heterosexuelle und lesbische Frauen, Frauen verschiedenen Alters, Frauen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und ebenso Frauen mit körperlichen, seelischen und intellektuellen Beeinträchtigungen.

Unser Angebot richtet sich an aktuell Konsumierende und an diejenigen, die in der Vergangenheit Suchtmittel konsumiert haben und sich vor einer akuten Rückfallgefährdung schützen wollen.

Des Weiteren sind wir Anlaufstelle für die Frauen, die sich als Angehörige häufig in einer besonders schwierigen Lebenssituation befinden. Zum einen sind sie den vielfältigen Folgen der Sucht intensiv ausgesetzt, zum anderen fühlen sie sich oftmals für die Suchtproblematik ihres Angehörigen verantwortlich.

Nach nunmehr 22-jähriger Tätigkeit erreichen wir deutlich mehr Frauen, die Alkohol konsumieren als in den ersten Jahren.

Wie zu erwarten kommen, zu uns auch Frauen, die neben legalen und illegalen Suchtmitteln ein weiteres suchtförmiges Verhalten – eine Essstörung – entwickelt haben. In Beratung und Behandlung unterstützen wir die Betroffenen ggf. bei der Vermittlung in andere Spezialeinrichtungen, mit denen wir intensive Kooperationen pflegen.

An dieser Stelle sollen vier Klientinnen-Gruppen und deren spezifische Zugangswege besondere Erwähnung finden:

- Frühintervention - Frauen unter 35 Jahren
- Klientinnen mit Migrationshintergrund
- Klientinnen, die auch Mütter sind
- Internetsüchtige Frauen

1. Frühintervention - besonders wichtig in der Arbeit mit (komorbid belasteten) Frauen

Die Ergebnisse einer Langzeitstudie zum Thema Alkoholbedingte Morbidität und Mortalität, durchgeführt von Greifswalder und Lübecker Sozialmedizinern unter Leitung von Prof. Dr. Ulrich John lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Alkoholabhängigkeit führt zu einer **erheblich erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate**, vergleichbar der der Nikotinabhängigkeit.
2. **Komorbiditäten sind als Indikatoren für ein erhöhtes Sterberisiko** im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit zu bewerten und zu behandeln. Die Morbiditätsraten bei Frauen liegen höher als bei Männern.¹
3. Alkoholabhängige Frauen haben ein um das **4,6-fach erhöhte Risiko 22 Jahre früher zu sterben** als dies in der Gesamtbevölkerung für Frauen der Fall ist. (Männer: 1,9-fach erhöht, sie sterben 19 Jahre früher.)
4. Die Teilnahme an einer **Entwöhnungsbehandlung** (Therapie) hat **keine Auswirkungen auf das Mortalitätsrisiko** (vgl. John, U. 2012).

Fazit:

Alkoholabhängigkeitsbezogene Interventionen setzen zu spät an.

Aufgrund hoher Morbiditätsraten kann eine erfolgreiche Beratung/Behandlung umso eher erwartet werden, je früher die Betroffenen erreicht werden. So lassen sich Chronifizierungen der komorbiden Störungen und die Alkoholabhängigkeit besser verhindern oder in ihren Krankheitseffekten abmildern.

Alkoholabhängigkeits- und komorbiditätsbezogene Frühinterventionen sind in der Arbeit mit Frauen notwendig.

Suchtspezifische und komorbide Erkrankungen sind oft nicht voneinander trennbar, sondern ergeben ein jeweils neues komplexes Krankheitsbild mit vielen Symptomen.

¹ Wobei nicht untersucht wurde, ob komorbide Erkrankungen als Folge der Alkoholabhängigkeit entwickelt wurden oder bereits dieser vorgeschaltet waren.

Die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation 2012 weisen eine erhöhte Komorbiditätsrate von alkoholabhängigen Frauen aus und machen deutlich, dass diese Klientinnen zu Beginn der Betreuung im Durchschnitt 45,6 Jahre (Männer mit 45 Jahren) alt sind. Die Klientinnen (ohne Frauenperspektiven) in Geschlechter gemischten Einrichtungen sind durchschnittlich 46 Jahre alt.

In der Gruppe der Alkoholbelasteten liegen bei den in der Beratungsstelle Frauenperspektiven (FPP-KI.) zwischen dem Alter bei Störungsbeginn (30,5 Jahre/Alkoholprobleme) und dem Beratungsbeginn in 2012 9,5 Jahre.

Die Frage, welches Alter für eine Erstbehandlung angezeigt ist, lässt sich nicht einfach beantworten. Das optimale Alter ist nicht mit einer absoluten Größe zu kennzeichnen.

Die Absenkung des Alters zu Beginn der Betreuung erhöht die Chance, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und –erwartung zu erhöhen, dies um so mehr, wenn Ressourcen zur Genesung und zur Entwicklung einer suchtmittelfreien Perspektive stärker vorhanden sind, als bei älteren Klientinnen.

Gemäß der o. g. Langzeitstudie weisen die BADO-Daten für 2012 **erhöhte Komorbiditäten bei Frauen** im Vergleich zu Männern aus. Dies bestätigt Schu:

*Je nach konsumierter Hauptdroge wurde bei 25 % bis 57 % stationär behandelte süchtiger Männer mindestens eine psychiatrische Zusatzkrankung diagnostiziert, bei Frauen fanden sich Werte zwischen 38 % und 75 % (vgl. Arnold, Schmid & Simmedinger, 1999; Strobl, Klapper & Pelzel, 2003). 10 % einer Stichprobe erwachsener süchtiger Frauen haben in einer deutschen Studie angegeben, **dass Essstörungen das erste Suchtverhalten in der Jugend waren, bevor sich eine stoffliche Abhängigkeit entwickelte** bzw. dass sie noch immer zusätzlich unter mindestens einer pathologischen Essstörung leiden (vgl. Zenker et al., 2002) (Hervorhebung durch die Autorin). (Schu 2009, S. 23)*

Unserer Erfahrung nach wird problematisches suchtförmiges Essverhalten zu Unrecht weitestgehend bei den komorbiden Störungen ignoriert. Insbesondere bei Frauen können Suchtmittel quasi als „Substitut“ verwendet werden.

Ein Vergleich einiger komorbiditätsrelevanter Daten der Klientinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven mit denen der Klientinnen, die über die gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen erreicht wurden, mit denen von Männern verdeutlicht die stärkere Belastung aller Frauen und insbesondere der Erstgenannten.²

² Grundlage ist eine Spezialauswertung der Daten aus 2012, die die Daten der Frauen, die von Frauenperspektiven erreicht werden, aus der Gruppe der Frauen rauszieht und für beide „Frauengruppen“ die jeweiligen Daten ausweist.

Items	Männer	Frauen, ohne FPP	Frauen bei FPP	Die Prozentangaben zu den Antwortmöglichkeiten:
Schwer bel. Ereignisse im Leben	63%	76%	85%	ja
Gesundheitliche- körperl. Beeinträchtigungen	75%	86%	88%	Von wenig bis extrem
Psychisch-seel. Belastungen	83	91%	95%	mittel, erheblich, extrem
Ängste und Phobien	50%	64%	66%	mittel, erheblich, extrem
Depressive Stimmungen	60%	72%	69%	mittel, erheblich, extrem
Suizidversuche	12%	21%	24%	1-3 Suizidversuche
Verschriebene Psychopharmaka	17%	31%	43%	Antidepressiva
Verschriebene Psychopharmaka	24%	37%	50%	Verschiedene (Sedativa/Hypnotika; Antidepressiva; Neuroleptika, Antikonvulsiva; andere)
Körperliche Gewalterfahrungen im Leben	54%	60%	71%	ja
Sexuelle Gewalterfahrungen im Leben	8%	42%	51%	ja
Suchtbelastete Eltern	36%	38%	41%	Ein Elternteil mit Suchtproblem
Suchtbelastete Eltern	10%	15%	15%	Vater und Mutter mit Suchtproblem
Weiterbetr. in anderen suchtspez. Einrichtungen	5%	13%	30%	Psychiatrisch/psychothera peutische Behandlung

Bei diesen Vergleichen ist eine Verzerrung nicht berücksichtigt, die durch die Verteilung auf die verschiedenen Hauptdrogen (nach Hierarchisierung) zustande kommt.

So fließt in die Gruppe der durch gemischtgeschlechtliche Einrichtungen erreichten Frauen ein erheblich höherer Anteil von Frauen mit ein, die andere als

Alkoholproblematiken angeben. Dies sind 50% im Vergleich zu 75% in der Beratungsstelle Frauenperspektiven und 45% bei den Männern.

Dieser Datenvergleich verweist einmal mehr auf geschlechtsspezifische Unterschiede der erreichten Klient_innen und macht ebenfalls deutlich, dass sie ein noch stärkeres Belastungsprofil ausweisen, wenn sie eine Fraueneinrichtung aufsuchen.

Den Zugang zu unseren Angeboten erleichtern wir für diese Klientinnengruppe darüber, dass wir Informationsmaterial an den Orten bereitstellen, an denen o. g. Klientinnen (komorbide belastet und unter 35 Jahre) sich aufhalten (z.B. Hausarztpraxen und gynäkologische Praxen) und indem wir unseren Bekanntheitsgrad bei Fachkräften in der Suchthilfe weiterhin festigen und in angrenzenden Arbeitsfeldern ausweiten. Dies geschieht in der Regel über den Versand von Informationsmaterial, Ankündigung eigener Veranstaltungen in den Printmedien, aber auch mit der aktiven gestaltenden Teilnahme an bereichsspezifischen Veranstaltungen und Tagungen.

2. Klientinnen mit Migrationshintergrund:

Es ist uns ein selbstverständliches Anliegen, in der Beratungsstelle auch Klientinnen mit Migrationshintergrund zu erreichen. Welcher Anteil erreichter Migrantinnen als Erfolg zu bewerten ist, ist unklar.

Eine Bestandsaufnahme der Anzahl der erreichten Klientinnen mit Migrationshintergrund in 2012 zeigt folgendes:

kein Migrationshintergrund	88%
selbst migriert	8%
als Kind von MigrantInnen geboren	5%

Die Anzahl der Klientinnen, die entweder selbst migriert oder Kinder von Migrant_innen sind, liegt also insgesamt bei 13%, in der Altersgruppe der 18-35 Jahre bei 20%.

Schwierig ist es diesen Erreichungsgrad zu bewerten. Es gibt kaum Forschungen darüber, wie hoch der Anteil der Migrantinnen mit z. B. einem Alkoholproblem ist und welche Kennzahl gesetzt werden sollte.

Wenig begründet, aber oft formuliert gilt der Maßstab: Erreichungsgrad entspricht dem Anteil an der Bevölkerung. Der Migrant_innenanteil liegt in HH bei 29,2%. Bei den Jugendlichen bei ca. 45% (bei unklarer Verteilung von Jungen und Mädchen). Bei den über 65jährigen liegt der Anteil bei den Männern bei 15% und bei den Frauen bei 12%. Es gibt diesbezüglich erhebliche Unterschiede in den Bezirken der FHH (Statistikamt Nord).

Im FOGS-Bericht stellt Schu den Mangel an epidemiologischen Studien fest, die

valide Aussagen zur Verteilung der Alkoholproblematik von Migrantinnen sind demnach kaum zu formulieren. Untersuchungen mit geringer Proband_innenanzahl weisen laut Schu darauf hin, dass die Verbreitung von Alkoholproblemen bei Jugendlichen annähernd gleich sein könnte. Geschlechtsspezifische Differenzierungen liegen dabei nicht vor. Schu folgert:

„Gleichwohl scheinen Migranten und Migrantinnen in der deutschen Suchthilfe unterrepräsentiert, insbesondere im ambulanten Bereich. Neben der Angst vor ausländerrechtlichen Konsequenzen wirkt sich erschwerend aus, dass in einigen Kulturen Alkohol-, und/oder Drogenkonsum verpöht oder tabuisiert ist, sodass sich Betroffene und deren Familien Hilfeangeboten verschließen. Als weitere Hemmnisse – seitens der (potenziellen) Klientel wie der Suchthilfe – werden sprachliche und kulturelle Barrieren, Vorbehalte gegenüber deutschen Institutionen, Unkenntnis des deutschen Hilfesystems und frühere Diskriminierungserfahrungen, ethnozentrisches und mittelschichtenorientiertes Beratungs- und Therapiesetting sowie Delegation an Sonderdienste beschrieben (Gaitanides, 1998 und 2002; Penka, Krieg, Hunner & Heinz, 2003). Man kann davon ausgehen, dass diese Probleme sich bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen nochmals verschärft darstellen, da deren Bindung an die Herkunftsfamilie typischerweise stark ist und deren Suchtmittelproblematik von ihnen selbst und der Familie besonders lange geleugnet wird.

Für das Suchthilfesystem ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausrichtung und der flexiblen Anpassung der vorhandenen Infrastruktur an die Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund. Dabei sind auch die Ressourcen wie z.B. die starke familiäre Bindung in die therapeutischen Prozesse einzubeziehen (Haasen, Toprak, Yagdiran & Kleinemeier, 2001). SCHU, Martina (2009) S. 22ff

Aufgrund der mangelnden wissenschaftlichen Aufbereitung, insbesondere auch in Bezug auf die Gruppe der Migrantinnen, setzen wir auf eine kontinuierliche Steigerung (Vergleichen der Zahlen von Jahr zu Jahr) der erreichten Migrantinnen, insbesondere in den Altersgruppen bis 35 Jahre.

Um dieser Zielgruppe den Zugang zu erleichtern

- transportieren wir unsere kultursensible Grundhaltung in unserem Öffentlichkeitsmaterial (Übersetzungen/Willkommen in mehreren Sprachen)
- heben wir die Möglichkeit einer anonymen Beratung im Öffentlichkeitsmaterial deutlicher hervor (negativer Erfahrungen mit deutschen Institutionen)
- verbreiten das Öffentlichkeitsmaterial an Orten, an denen Migrantinnen sich aufhalten (Gewerbliche Schulen, Elternschulen, Einrichtungen mit hohem Migrantinnenanteil (z.B. FLAKS) etc.)
- versuchen wir weiterhin Personal mit Migrationshintergrund zu beschäftigen (was sehr schwierig ist)
- bekräftigen wir ein bedarfs- und lebensweltorientiertes Konzept
- halten wir interkulturelle Qualifikation aller Beschäftigten vor und aktualisieren sie
- verfolgen eine kultursensible Fall/-Supervision
- vernetzen uns mit Einrichtungen, die einen hohen Migrantinnen-Anteil erreichen oder communityrelevant sind.

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass die unten aufgeführten Zusammenhänge für den Erreichungsgrad von Klientinnen mit Migrationshintergrund relevant sind.

Es lassen sich verallgemeinerbare Aussagen treffen wie:

- da die Beratungsstelle ein „Frauenort“ ist, erreichen wir Frauen, die keine gemischtgeschlechtliche Einrichtung aufsuchen würden
- da die Beratungsstelle als staatliche, deutsche Einrichtung wahrgenommen wird, kommen diejenigen Frauen mit Migrationshintergrund zu uns, die Vertrauen in deutsche Institutionen haben
- solange wir eher wenig Frauen mit Migrationshintergrund erreichen, kommen diejenigen zu uns, die der Kontrolle ihrer Community entgehen wollen
- da in den Beratungsgesprächen eine Offenheit in Bezug auf Privat- und/oder Familienangelegenheiten erwartet wird, können wir diejenigen Frauen mit Migrationshintergrund halten, die genügend Vertrauen haben und bereit sind über ihre Privatangelegenheiten mit uns zu sprechen

Gleichzeitig wissen wir um spezifische sozialisations- und kulturbedingte Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite und eine mögliche Angst vor aufenthaltsrechtlichen, innerfamiliären und communityspezifischen Sanktionen als Zugangsbarrieren zur Beratungsstelle, die wir mit den o. g. Mitteln nicht außer Kraft setzen können. Wir bemühen uns daher darum eine interkulturelle Haltung zu erwerben, die die Grundlage für (selbst-)reflexive Lern- und Veränderungsprozesse ist und die Unterschiedlichkeit von Frauen innerhalb der Gruppen der Professionellen, der Klientinnen und im Miteinander positiv annehmen und kreativ in die Beratungs- und den Behandlungsprozesse einbezieht.

3. Substanzmissbrauchende und -abhängige Mütter

Das Erreichen von Müttern ist doppelt sinnvoll. Zum einen ist es gerade in der Arbeit mit Müttern sehr wichtig das Fremd- und Selbstkonzept „Gute Mutter“ zu entmoralisieren und wirkungsvolle Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln. Zum anderen kann somit auch ein zukunftsgerichtetes Präventionsziel verfolgt werden, denn Substanzkonsum der Mutter ist ein anerkannter Risikofaktor (aber kein Prädiktor) für die Suchtentwicklung der Kinder. Die Mutter-Kind-Beziehung wird aufgrund der Konsumfolgen, der Substanzabhängigkeit und damit einher gehender oder vorausgehender komorbider Belastungen in der Regel erheblich gestört. Eine grundsätzliche Bindungsfähigkeit kann ebenfalls in der Folge stark beeinträchtigt werden (vgl. Winkler 2007, S. 26f). Daher gilt es eine Gefährdung des Kindes möglichst früh zu erkennen und soweit es möglich ist mit der Mutter gemeinsam schützende Unterstützungsformen zu finden und umzusetzen.

In diesem doppelten Sinne möchten wir gerade Mütter, die Substanzen missbräuchlich oder süchtig konsumieren, erreichen.

Sie leiden zumeist an ihrer Unfähigkeit mit dem Suchtmittel „nicht aufhören zu können“, das Suchtmittel nicht kontrollieren zu können und sie leiden, wenn sie

Beratungs- oder Behandlungsstätten aufsuchen, unter erheblichen Schuld- und Schamgefühlen in Bezug auf ihre Unfähigkeiten und Unzulänglichkeiten im Umgang mit ihren Kindern (vgl. Winkler 2007, S. 25).

Für die meisten Frauen, die mit ihren Kindern zusammen leben, gilt nach wie vor, dass sie für die Versorgung, Erziehung und das Soziale in der Familie zuständig sind. Der Zwiespalt zwischen den eigenen Interessen als erwachsene Frau und den Bedürfnissen des Kindes/der Kinder ist oft Grundlage für viele widersprüchliche und überfordernde Anforderungen. Hier gilt es einerseits, ihre Kompetenzen als Mütter zu würdigen und mit den Klientinnen Handlungsperspektiven zu entwickeln, die ihnen Entlastung und persönliche Freiräume ermöglichen. Insbesondere dann, wenn Mutter und Kind(er) erheblichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und keine unterstützende Person in ihrem Umfeld haben, werden entsprechende Interventionen eingeleitet (Verbesserung der Situation von Kind und Mutter und Verbesserung der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung).

Hier die richtigen Interventionen zu finden und umsetzen ist im Rahmen der „Kommstruktur“ manchmal eine große Herausforderung und nur einem außerordentlichen Engagement der jeweiligen Beraterin, aber auch der insgesamt guten Vernetzung zu verdanken.

4. Internetsüchtige Frauen

Zurzeit existieren keine allgemein anerkannten Standards zur Bestimmung einer Internetsucht. Noch ist nicht eindeutig geklärt, was als allgemein übliche Nutzung der neuen Kommunikationswege und EDV-gestützten Medien gewertet werden kann und welche Kriterien auf eine missbräuchliche Nutzung oder sogar eine Internetsucht hinweisen.

Eine Studie zur „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)“ ermöglicht eine Schätzung. Danach sollen 1% der (14 – 64-Jährigen) Bevölkerung von einer Internetsucht betroffen sein. Während vorhergehende Studien eine höhere Gefährdung für Männer fanden, konnte diese nicht mehr nachgewiesen werden. Es zeigte sich sogar, dass Mädchen in der Gruppe der 14 bis 16-Jährigen) höhere Prävalenzraten aufwiesen als Jungen (4,9% zu 3,1 %).

Festgestellt werden konnte, dass abhängiges Computerspielen primär bei Jungen/jüngeren Männern und die Nutzung Sozialer Netzwerke eher bei Mädchen/jüngeren Frauen als Risikofaktor anzutreffen sind.

Es zeigte sich, wie bei anderen Süchten auch ein Zusammenhang zu anderen psychischen Erkrankungen: hohe Raten von Persönlichkeitsstörungen, ADHD und Teilbereiche der Impulsivität (fehlende Beharrlichkeit und kognitive Instabilität) treten komorbid auf. Diese Raten sind bei den Abhängigen mindestens um das dreifache erhöht. Ob es dabei geschlechtsspezifische Unterschiede gab, bleibt unklar.

Ein weiteres Ergebnis ist der nachgewiesene Zusammenhang zwischen einer

Internetabhängigkeit und massiven Beeinträchtigungen bei der Arbeitsfähigkeit, bei der Arbeit im Haushalt, der Fähigkeit enge Beziehungen einzugehen und ein Sozialleben zu leben.

Bezogen z. B. auf die Arbeitsfähigkeit übersteigen die Werte der Internetabhängigen (5,6) diejenigen von Drogenabhängigen (1,2) oder der an Depressionen (4,1) Erkrankten erheblich. Die Daten sprechen laut Rumpf dafür, dass die Internetabhängigkeit mit deutlichen Auswirkungen verbunden ist und dieses für das Online-Spielen und für Soziale Netzwerke und weitere Internetanwendungen gilt (vgl. Rumpf 2013: 2ff).

Zum aktuellen Zeitpunkt erreichen wir mit unseren Zugangswegen keine Klientinnen, die wegen einem so von ihnen genannten missbräuchlichen Internetgebrauch oder wegen einer Internetabhängigkeit zu uns kommen.

Eine kleine, kurzfristig anberaumte schriftliche und anonyme Umfrage bei den Klientinnen der Beratungsstelle zu ihrem Internetgebrauch hat ergeben, dass die Klientinnen das Internet am meisten für soziale Bezüge nutzen: E-Mail, SMS, Skype, Messenger, Whats app und Soziale Netzwerke (Facebook, Twitter usw.), gefolgt von Einkäufen (z.B. Kleidung, Bücher), Planung von Freizeitaktivitäten, Urlaub etc., Nachrichten (Politik, Klatsch- und Tratsch), Verkäufe über Internetplattformen (z. B. Ebay), berufliche Nutzung und um Musik zu hören. Computer- und Glücksspiele spielen kaum eine Rolle.

Nach Aussagen der Beraterinnen zeichnet sich auch bei unserem Klientel ab, dass der Gebrauch des Internets insbesondere von jüngeren Frauen alltagsrelevant ist und dass in der Regel wenig Problembewusstsein vorhanden ist.

3.1 Zielsetzung der Einrichtung

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven haben wir ein spezielles Angebot für suchtgefährdete und abhängige Frauen entwickelt, dessen übergeordnetes Ziel die *Erweiterung des Handlungsspielraumes im Hinblick auf eine positive Veränderung der gesamten Lebenssituation* ist. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Auseinandersetzung mit der eigenen *Suchtentwicklung* und deren Ursachen mit dem Ziel, alternative Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum zu entwerfen und den Ausstieg aus der Sucht zu bewirken.

Der Ausstieg aus der Sucht bzw. die Kontrolle der eigenen Lebensführung erfordert die Einbeziehung aller Lebensbereiche der Klientinnen, so dass wir im Folgenden die Zielsetzung differenziert aufschlüsseln.

In Bezug auf die eigene Suchtentwicklung zielt unsere Arbeit darauf ab, die *Zusammenhänge und die Funktionalität des Suchtverhaltens* zu erkennen und zu verstehen. Vor dem Hintergrund familiärer Zusammenhänge und gesellschaftlicher Machtverhältnisse ist die Erkenntnis, dass Suchtmittelkonsum auch eine (Über-)Lebensstrategie und Bewältigungsform ist, die Frauen aufgrund ihrer Lebensbedingungen entwickeln können, oftmals ein wichtiger Ansatzpunkt. Diese ernst zu nehmen und wertzuschätzen bietet die Möglichkeit, den Weg frauenspezifischen Verarbeitungsformen von Individualisierung, Scham und Schuld zu verlassen und die Chance zu Neuentscheidungen zu begreifen und zu nutzen.

Ein zentrales Ziel in der Arbeit mit suchtgefährdeten/abhängigen Klientinnen ist die bewusste *Wahrnehmung und Stärkung ihrer Vorlieben, Interessen und Bedürfnisse* als Ausgangspunkt für die Entwicklung individueller Zukunftsperspektiven und eigener Lebensplanung ohne den Konsum von Suchtmitteln. Dieses ist für viele der Klientinnen zunächst eine ungewohnte Perspektive, haben sie es doch häufig gelernt und praktiziert, die Bedürfnisse und Interessen anderer Menschen in den Vordergrund zu stellen und ihre eigene Bedürfnislage weniger wertzuschätzen.

Daher zielt die Arbeit insbesondere auf die *Entwicklung von Selbstachtung und Selbstfürsorge* in Bezug auf die eigenen Empfindungen und Bedürfnisse.

Zentrales Anliegen ist es, an den Ressourcen und Stärken der Frauen anzusetzen und sie in ihren Möglichkeiten, sich als Handelnde und Gestaltende ihres Lebens zu begreifen und zu erfahren, zu unterstützen.

Gerade suchtmittelabhängige Frauen haben häufig ein gestörtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper.

In der Arbeit verfolgen wir daher auf dem Weg zur gesundheitlichen Vor- und Fürsorge die Zielsetzung, *den Bezug zum eigenen Körper wieder herzustellen*, ihn annehmen zu lernen und somit die Wertschätzung des eigenen Geschlechts zu fördern.

Daran anknüpfend wird ein *individuelles Gesundheitsförderungskonzept*, das über physische Gesundheit hinausgeht und solutogenetische Grundlagen aufnimmt, angeregt.

Ein weiteres Ziel in der Beratungsarbeit ist die *Entwicklung von tragfähigen Alltagsstrukturen*. Dazu gehören als vordringliche Säulen der Erhalt bzw. die Schaffung von Erwerbsarbeit, der Erhalt bzw. die Schaffung von stabilen Wohnverhältnissen, die Absicherung der finanziellen Lage bzw. die Auseinandersetzung mit bestehender Verschuldung und ggf. die Regelung juristischer Probleme.

Der Aufbau einer *befriedigenden Freizeitgestaltung und die Gestaltung sozialer*

Kontakte sind weitere Ziele für den Alltagsbereich. Während ein großer Teil suchtmittelabhängiger Frauen eher sozial isoliert lebt und Suchtmittel eine wichtige Funktion in dieser Isolation erfüllen, besteht das soziale Netz anderer Frauen überwiegend aus Menschen, die ebenfalls Suchtmittel konsumieren. Suchtmittelkonsum ist also eng verknüpft mit Beziehungsgestaltung und Freizeitverhalten.

Hier zielt unsere Arbeit auf die Erschließung von (neuen) Interessens- und Freizeitbereichen, in denen sich die Klientinnen sozial aufgehoben fühlen und Kontakte mit anderen in einem suchtmittelfreien Umfeld knüpfen können. Eine aktive Freizeitgestaltung bietet zudem einen stabilisierenden Effekt in der Tagesstrukturierung.

Letztendlich wollen wir den Klientinnen einen Prozess ermöglichen, in dem sie ihren Weg in die Sucht begreifen und Möglichkeiten für eine Veränderung entwickeln können. Dieses bedeutet nicht zwangsläufig einen Ausstieg aus der Sucht, da vielen Klientinnen nicht ausreichende materielle und psychische Ressourcen für einen Ausstieg zur Verfügung stehen.

Konkrete Ziele, die sich grundsätzlich aus der Spezifik der Zielgruppe ableiten, wie sie oben erläutert sind, lauten:

1. Relative Verjüngung der Zielgruppe

Als Indikator fassen wir die Vergrößerung der Anzahl derjenigen Klientinnen, die jünger als 36 Jahre (Jahresvergleich) sind. Dieses Ziel ist als Querschnittsaufgabe zu fassen: Bei allen Akquise- und zielgruppenspezifischen Aktionen sind die jüngeren der jeweiligen Gruppe anzusprechen.

2. Komorbide Belastungen werden in der Beratung thematisiert

Indikatoren sind die Missingraten in der einrichtungsbezogenen Datenauswertung zu den entsprechenden Items.

3. Verbesserung der gesundheitlichen Selbstwahrnehmung durch Motivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten (Aufsuchen fachspezifischer Institutionen/Praxen). Indikator ist die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Einrichtungen (Medizinische Versorgung).

4. Kontinuierliche Weiterbildung und Aneignung von Fachwissen zu aktuellen frauenspezifischen Sucht- und Begleiterkrankungen.

Indikatoren: Weiterbildungen und Teilnahme an Fachkongressen, Fortbildungsveranstaltungen, Fachgesprächen und Tagungen.

5. Eine kontinuierliche Steigerung der erreichten Migrantinnen, insbesondere in den Altersgruppen bis 35 Jahre.

Indikatoren: Vergleich der Anzahl der unter 35-Jährigen Betreuten mit Migrationshintergrund im Jahresvergleich.

6. Das Erreichen von suchbelasteten Müttern minderjähriger Kinder. Indikator: Anzahl der betreuten Mütter minderjähriger Kinder.

Darüber hinaus richtet sich die Arbeit der Beratungsstelle Frauenperspektiven auch an die (Fach-)Öffentlichkeit.

7. Das Bewusstsein für gender- bzw. frauenspezifische Aspekte in der Suchtarbeit schärfen. Indikator: Durchführung von (Tagungs-)Veranstaltungen und Veröffentlichungen zu genderbezogenen Themen in der Suchtarbeit.

4. Arbeitsweise

Zur Arbeitsweise zählen die genderspezifische psychosoziale Diagnostik, ein ressourcenorientierter Ansatz und eine akzeptierende und wertschätzende Haltung.

4.1 Gendersensible psychosoziale Diagnostik

Grundlage des individuell orientierten Beratungs- und Behandlungsprozesses sind zunehmend diagnostische Verfahren, die um weitere Dimensionen ergänzt werden.

„Um der (un-)sozialen Chancenstruktur und den bis in das Selbsterleben und in die Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien vorgedrungenen psycho-sozialen Beeinträchtigungen angemessen begegnen – und damit auf Inklusionsprozesse hinwirken – zu können, bedarf es nach dem Konzept der Klinischen Sozialarbeit einer <<psycho-sozialen Diagnostik und Behandlung>>(Pauls 2004 in Gahleitner 2008, 17)

Wir verfolgen eine Diagnostik, die konsequent an den Klientinnen orientiert ist und die die Schnittstellen zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltagsbestimmenden Dimensionen fokussiert.

Abgeleitet aus dem zugrunde liegenden Menschenbild erheben wir subjekt- und biographieorientierte und sozial- und lebensweltorientierte Faktoren zu Beginn der Beratung. Während des Beratungsprozesses werden die einzelnen Aspekte prozessbegleitend verwandt.

Eine **subjekt- und biografiorientierte Diagnostik** lenkt die Aufmerksamkeit auf Selbstkonstruktionen bzw. lebensweltliche Selbstdeutungen der Klientinnen und die damit einhergehende biographische Kontextualisierung. Hintergrund dieser Methode ist die Erkenntnis, dass Klientinnen (wie auch Klienten) ihre persönlichen Erlebnisse, ihr persönliches Verhalten und damit auch den Konsum bewerten, begründen, beschönigen, verurteilen, gutheißen, in bestimmte Zusammenhänge stellen, ausblenden, tabuisieren, verdrängen etc. Sie stellen den Konsum quasi in ihren eigenen Kontext.

Selbstkontextualisierungen bestimmen die Selbstwahrnehmung, das Selbstwertgefühl und insbesondere die erlernten (destruktiven) Bewältigungsstrategien zentral.

Individuell erarbeitete Interventionsansätze setzen an den geschlechtsspezifisch gefärbten Selbstdeutungen an, damit eine nachhaltige langandauernde Veränderungsmotivation erreicht wird.

Dem entsprechend arbeiten wir mit der Methode der narrativen Gesprächsführung. Lebenspanorama und berücksichtigen dabei explizit Risikofaktoren auf der Grundlage zentraler Diskriminierungen aufgrund der Armut, des Alters, des Herkunftslandes, des Migrationshintergrundes, des Geschlechtes und des Beeinträchtigungsgrades. Denn diese sind für die Veränderungsmotivation in Richtung Inklusion und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen bedeutende

Aspekte.

Psycho-soziale Diagnostik

Um die Situation einer Klientin und das Ausmaß der Beeinträchtigung und des Hilfebedarfes aber auch der vorhandenen Ressourcen möglichst umfassend zu erfassen, greifen wir auf ein sozial- und lebensweltorientiertes Vorgehen zurück.

Eine psycho-soziale Diagnostik erarbeiten wir mit den „**Fünf Säulen der Identität**“, die Bestandteil der integrativen Therapie und Beratung sind. Entsprechend werden im Gespräch mit der Klientin alle für sie relevanten Aspekte und Faktoren zu den Säulen: Leiblichkeit/Gesundheitszustand, Soziales Umfeld, Arbeit/Freizeit/Leistung, materielles/kulturelles Kapital und Wertvorstellungen bearbeitet. Je nach individuellen Wünschen und Bedarfen lassen sich einzelne „Säulen“ vertiefen oder ausweiten.

Besondere Aufmerksamkeit lenken wir hierbei wie bereits oben begründet auf die subjektiven frauenspezifischen Selbstdeutungen in den jeweiligen Lebensbereichen.

Am Ende eines Diagnostischen Verfahrens – und auch im Prozess –, entscheiden Klientin und Beraterin gemeinsam, welche Dimensionen, Themen und daraus abgeleiteten Ziele als erstes in der Beratungsstelle angegangen werden und welche mit externen Fachkräften (weiter-)behandelt oder bearbeitet werden. Dieser Prozess wird im Hilfeplan dokumentiert und je nach Überprüfungsergebnis verändert.

Ein so gestaltetes Verfahren ist in der Regel nicht nur Voraussetzung einer Intervention, sondern selbst schon immer eine Intervention.

Diese idealtypische Herangehensweise kann in den konkreten Beratungsprozessen sehr unterschiedlich realisiert werden, dies ist abhängig von der Aufenthaltsdauer und vielen anderen Faktoren.

Gleichzeitig verbinden wir diesen Diagnose-Ansatz mit einem ressourcenorientierten Ansatz, denn der Blick auf die Stärken, schützende und unterstützende Ressourcen ist in den jeweiligen „Säulen“ methodisch bereits angelegt.

4.2 Ressourcenorientierter Ansatz

Ein Beratungsansatz, der zwei wesentliche Veränderungs-Wirkprinzipien von Grawe in das Zentrum der Theorie- und Methodenentwicklung stellt, und eine salutogenetische Perspektive nach Antonovsky enthält, wurde von Maja Storch und Frank Krause entwickelt. Mit ihrem Buch ‚Selbstmanagement – ressourcenorientiert; Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM‘ weisen sie den Weg in eine integrierende Theoriebildung, deren Ziel es ist verschiedene Ansätze aus psychologisch-psychotherapeutischer Theorie und Praxis und neurowissenschaftliche Erkenntnisse über die Entstehung menschlichen Verhaltens, die „handlungssteuernde Funktion von unbewusst verlaufenden

Automatismen“ zu integrieren (vgl. Storch/Krause 2005: 22).

Dieser **ressourcenorientierte Ansatz** kann nach Storch und Krause in vielen Arbeitsfeldern, die psychologisch fundiert sind, also in der Beratung und Therapie der ambulanten Suchthilfe, angewandt werden. (vgl. Storch/Krause 2005: 23).

Storch und Krause beziehen sich bei der Definition des Begriffs ‚Ressource‘ auf Grawe:

„Als Ressource kann nach Grawe <<jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also zum Beispiel motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Abneigungen, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das ganze Potenzial der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen... Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das er in den Veränderungsprozess einbringen kann...>>“ (Storch/Krause 2005: 77).

Diese Definition verweist zu einseitig auf die personalen, dem psychologischen Paradigma entsprechenden Ressourcen, und vernachlässigt eine soziologische, sozialpolitische Perspektive, die die verhältnisbestimmten, objektiven Ressourcen einzelner Gruppen innerhalb der Gesellschaft (Alter, Geschlecht, Kultur) ebenfalls fokussiert und eine politische, gesellschaftskritische Dimension enthält.

Im Bewusstsein des genannten Defizits arbeiten wir mit diesem Ansatz, da erstens die Entscheidung für eine therapieschulenorientierte Qualifizierung überflüssig wird, und da zweitens im ‚Zürcher Ressourcen Modell‘ konkrete Methoden für die Praxis geliefert werden. Die Mitarbeiterinnen arbeiten damit grundsätzlich theoretisch fundiert und erhalten praxisrelevante Orientierungen, mit der Erfolge in der Arbeit erkennbar und auf die eigene Intervention, die Methodenwahl zurückführbar sind. Außerdem entspricht dieser theoretische Beratungsansatz der alten Erkenntnis der Frauenforschung, wonach die Stärken, Kompetenzen und Fähigkeiten von Frauen im Allgemeinen zu wenig wertgeschätzt wurden (werden). Die Beratungskonzepte von frauenspezifischen Einrichtungen in der Vergangenheit und heute setzen in ihrer Praxis grundsätzlich an den frauenspezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten und den gegebenen gesellschaftlichen Lebenssituationen und damit einhergehenden biografisch erworbenen Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen (Selbstkonstruktionen) an.

Zentrale Begriffe in der Theorie des ressourcenorientierten Ansatzes und dem daraus entwickelten Methoden-Modell, dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), sind: Bedürfnis, Motiv, Intention, präaktionale Vorbereitung und Handlung (vgl. Storch/Krause 2005: 59). Eine Verhaltensänderung als Ziel der Beratung/Therapie wird wesentlich durch die Motivation des Klienten/der Klientin bestimmt.

„Je attraktiver ein Ziel erscheint und je höher die Wahrscheinlichkeit ist, dass es durch eigenes Handeln realisiert werden kann, desto stärker ist der Wille, die Umsetzung dieses Ziels in Angriff zu nehmen“ (Storch/Krause 2005: 66).

Unbewusste Prozesse, emotionale Zustände, die als Verdichtungskontinuum bisher

gemachter Erfahrungen verstanden werden, beeinflussen die Motivation, die Umsetzung der Intension in Handlung, und wirken im Beratungs- bzw. Behandlungsprozess handlungsfördernd bzw. handlungsbehindernd (vgl. Storch/Krause 2005: 66).

Grawes Wirkungskomponentenmodell betont die Verbesserung des Wohlbefindens der Klientel durch: die positive Kontrollerfahrung, die positive Beziehungserfahrung und die selbstwerterhöhende Erfahrung. Wesentliche Ziele der Psychotherapie sind nach Grawe die Zunahme an Konsistenz und die Symptomreduktion (vgl. Junglas 2002: 27). Junglas ergänzt ein weiteres Wirkprinzip, das ebenfalls wesentlich für die erfolgreiche Behandlung ist: die personalen Wirkprinzipien des/derr Therapeuten_in. Er führt aus:

„Das Symptom des Patienten ist nicht nur eine außerhalb der Therapiestunde auftretende Eigenschaft, sondern aktualisiert sich im Kontext mit dem Therapeuten“ (Junglas 2002: 27).

Dies setzt hohe Anforderungen an die Mitarbeiterinnen voraus, denn

„die Persönlichkeit des Therapeuten scheint wesentlicher zu sein, als die Schulung der Therapeutenpersönlichkeit in der Ausbildung zum Therapeuten“ (Junglas 2002: 28).

Eine hilfreiche und verständnisvolle Beziehung zu der Klientin ist ein Wirkprinzip, wie eine Studie von Strupp & Hardley (1979) nachweist (zitiert in: Junglas 2002: 28).

Eine weitere Anforderung, die sich aus den oben genannten Ausführungen für die Mitarbeiterinnen ergibt, ist die Motivierung der Klientinnen zu Verhaltensänderungen: Veltrup fasst zusammen, dass die Motivation der Klientel drei Dimensionen aufweist: *Motivation zur Veränderung von belastenden Umständen und in belasteten Lebensbereichen, Motivation zur Änderung des Substanzkonsums und des suchtförmigen Verhaltens sowie die Motivation zur Inanspruchnahme von adäquaten Maßnahmen zur Änderung des Problemverhaltens* (vgl. Veltrup 2002: 363).

Diese drei „Stränge“ in der Motivationsarbeit sind hinsichtlich einer Veränderungsbereitschaft für die Beraterinnen grundlegend und eine notwendige Basisarbeit, ohne die keine Erfolge zu erzielen sind.

Da die professionelle Beziehung zwischen Klientin und Beraterin ebenso wichtig für den Beratungsprozess ist, möchten wir an dieser Stelle unsere diesbezüglichen Grundsätze darstellen.

4.3 Akzeptierende und wertschätzende Haltung

Grundsätzlich ist unsere Haltung gegenüber den Klientinnen von ethischen Prinzipien geprägt, die unserem professionellen Rollenverständnis und einem Engagement für genderspezifische, hier frauenspezifische Beratungsangebote und -ansätze entsprechen.

Wir fühlen uns den ethischen Prinzipien, wie sie von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 1999 für die Suchtkrankenhilfe verfasst wurden, verpflichtet (<http://www.dhs.de/1ethische.tml> - vom 25.10.2013).

Die Grundhaltung ist als professionelle **Parteilichkeit für Frauen** zu fassen. Damit gemeint ist die **Einnahme der weiblichen Perspektive/Sichtweise** in der Beratung auf der Grundlage von Expertinnenwissen, Verstehen und Empathie.

Wir **wertschätzen** Frauen und begegnen *ihren* Lebenserfahrungen, *ihren* Verarbeitungsweisen und darin *ihren* Gefühlen, wie z.B. Angst und Scham mit Sensibilität und Respekt.

Angesprochenes wird **vertraulich** und mit einer **empathischen** und **diskriminierungssensiblen** Haltung von den Mitarbeiterinnen und anderen Gruppenteilnehmerinnen behandelt.

Wir begegnen den Klientinnen mit **Expertinnenwissen** und vermeiden eine „Verdoppelung von Diskriminierungs- oder Demütigungserfahrungen“ und nehmen ihre Wahrnehmungen und Lebensentscheidungen ernst.

Insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen nehmen wir die „Rolle der Hüterin“ ein und schützen sie davor, von traumatischen Erlebnissen unüberlegt und unkontrolliert - schon gar nicht im Erst- oder Zweitgespräch - zu berichten.

Wir **vermeiden mit Moral verknüpfte Idealbilder und Normalitätskonstruktionen** („Gute Mutter“, „Gute Ehefrau“, „Gute Arbeitnehmerin“ etc.), die in der Regel Widersprüche negieren, bagatellisieren oder tabuisieren.

Unsere Haltung **basiert auf einem Menschenbild (Kapitel 2.1)**, das anerkennt, dass Frauen **Subjekte** sind, die durch ihr eigenes Dazutun ihre Situation beeinflussen.

Wir setzen unsere frauen- und suchtspezifischen Kenntnisse so ein, dass wir damit die Klientinnen unterstützen sich aus einer oft eingenommen **Opferhaltung zu befreien** und eine Sicht auf sich selbst zu entwickeln, mit der sie realistische Handlungsmöglichkeiten erkennen und entwickeln können.

Immer geht es auch darum, ihr mit **professioneller Neugierde** und Interesse zuzuhören, sie verstehen zu wollen und sie nicht mit vermeintlichem Wissen oder, schlimmer noch, mit eigenen unreflektierten geschlechtsbezogenen Zuschreibungen zu konfrontieren.

Durch eine **weitestgehende Transparenz** in allem, was wir fallbezogen unternehmen, heben wir die Klientinnen „auf Augenhöhe“ und vermitteln die eigenen Möglichkeiten und die Begrenztheit im professionellen Tun.

4.4 Segmente

Die quantitativen und fachlich inhaltlichen Grundlagen der im Folgenden beschriebenen Segmente sind in der Zweckbeschreibung, die Bestandteil des Zuwendungsbescheides ist, vorgegeben.

4.4.1 Kontaktbereich

Während der Öffnungszeiten steht der Kontaktbereich allen Klientinnen zur Verfügung und wird von den Mitarbeiterinnen betreut.

Vorrangig wird er genutzt für

- Akute Beratungsbedarfe
- Krisenintervention
- Kontaktaufnahme
- Aufenthalt vor oder/und nach der Beratung/Gruppenangeboten
- Terminvergabe von Beratungsgesprächen
- Vermittlung von Informationen für Betroffene und Institutionen
- Telefonische Beratung

Diese Angebote können ohne vorherige Anmeldung wahrgenommen werden.

Ziel dieses Arbeitsbereiches ist es, möglichst frühzeitig und unverbindlich mit den Klientinnen in Kontakt zu treten, ihnen in akuten Krisen Unterstützung anzubieten und evtl. weitere fachlich notwendige Schritte einzuleiten.

4.4.2 Beratung

Das Segment Beratung für Frauen mit problematischem Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssymptomen verstehen wir als den Arbeitsbereich, der über die Beratungsarbeit im Kontaktbereich hinausgeht und sich abgrenzt gegenüber den Folge-Segmenten Therapievorbereitung/-vermittlung und Soziale Stabilisierung und Integration.

Wir unterscheiden zwischen zwei Formen der Beratung:

4.4.2.1 Einmalige Beratung

Beratung als einmalige Hilfestellung findet in Form eines ausführlichen persönlichen Gesprächs statt.

Ein zentrales Element ist die umfassende und passgenaue Weitergabe von suchtspezifischen Informationen zu einzelnen Suchtmitteln und deren Wirkung sowie weitere Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Suchthilfesystem, insbesondere Selbsthilfegruppen.

Des Weiteren geht es um die Abklärung der Frage, ob eine Suchtberatung für die

jeweilige Frau mit ihren Problemen und Anliegen die geeignete Form der Unterstützung ist. Denn immer wieder suchen auch Frauen die Beratungsstelle auf, bei denen ein Suchtproblem gar nicht oder nicht vordergründig vorliegt (z.B. Essstörungen, psychiatrische Erkrankungen, Wohnungslosigkeit, Erwerbslosigkeit). In diesen Fällen werden die Frauen an geeignete psycho-soziale Einrichtungen weitervermittelt.

Ferner nutzen Frauen die einmalige Beratung als erste vorsichtige Annäherung zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtmittelkonsum. Hier steht die Sensibilisierung der Frau gegenüber ihrem schädlichen oder abhängigen Konsum im Vordergrund. Ziel ist es, die Klientin zu ermutigen, ihre Suchtproblematik ernst zu nehmen und sie zu motivieren, geeignete Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Für viele dieser Frauen ist der Beratungsbedarf zunächst abgedeckt. Oft suchen sie jedoch nach einer längeren Zeitspanne des Ins-sich-gehens und Überdenkens die Beratungsstelle zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf.

Auch weibliche Bezugspersonen oder Angehörige von Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum finden sich in diesem Segment wieder. Im Zentrum der einmaligen Beratung mit dieser Zielgruppe steht die Informationsvermittlung über suchtspezifische Fragestellungen und Hilfeangebote sowie die Vermittlung in eine Angehörigengruppe.

4.4.2.2 Längerfristige Beratung

Ansatzpunkte der Beratungsarbeit in diesem Segment sind zunächst die konkreten Anliegen der Frauen. Ihre subjektiv empfundenen Probleme und das (Wieder-)Entdecken und Entwickeln von Ressourcen der Klientin stehen im Zentrum der Beratungsgespräche.

Ziel der Gespräche ist es, zunächst ein Vertrauensverhältnis herzustellen und Entlastung zu schaffen. In weiteren Schritten unterstützen wir die Frau bei der Lösung von suchtbefragten physischen, psychischen und sozialen Problemen, bei der Realisierung konkreter Veränderungsschritte und bei der Förderung der Eigenmotivation für eine weitergehende Beratung und/oder Behandlung. Oftmals werden auch erste konkrete Hilfemaßnahmen wie eine Entgiftung eingeleitet.

Auch in diesem Segment finden sich weibliche Bezugspersonen von Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum wieder, die über ein einmaliges Gespräch hinaus Unterstützung brauchen. Häufig übernehmen sie für die Betroffenen zu viel und für sich selbst zu wenig Verantwortung. Hier gilt es, die angehörige Frau selbst zum Mittelpunkt der Beratungsgespräche zu machen und mit ihr gemeinsam Ziele und Lösungen in Richtung mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu entwickeln.

Die längerfristige Beratung und Motivation endet mit der Beendigung, der Überleitung der Klientin in ein anderes Segment der Beratungsstelle oder mit der Weitervermittlung in ein anderes Hilfsangebot.

4.4.3 Therapievorbereitung und Therapievermittlung

Die Zielgruppe dieses Segments sind Frauen mit einer Suchtmittelabhängigkeit, die über Beratung hinausgehende, professionelle Hilfen benötigen.

Dieses Segment beginnt, nachdem die Klientin und die Beraterin gemeinsam zu dem Entschluss gekommen sind, dass eine (sucht-) therapeutische Maßnahme sinnvoll, notwendig und erwünscht ist.

Die Arbeitsschwerpunkte in diesem Segment gliedern sich in drei Teilleistungen: die Auswahl der geeigneten weiterführenden Maßnahme, die Vorbereitung und Veranlassung der administrativen Schritte im Hinblick auf die Kostenklärung und die Sicherung der Vermittlung durch Förderung der Motivation und individuelle Behandlungsvorbereitung.

Diese Leistungen werden im Folgenden näher erläutert:

Der Auswahl der geeigneten weiterführenden Maßnahme geht eine Informationsvermittlung über unterschiedliche Behandlungsformen (z.B. Übergangseinrichtungen, stationäre, teilstationäre oder ambulante Rehabilitation, psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung) voraus.

Im Rahmen der Beratung entscheiden sich die Klientinnen für eine geeignete Folgemaßnahme, so z.B. für eine stationäre Langzeittherapie. Viele Klientinnen entscheiden sich für eine Frauentherapieeinrichtung bzw. die Frauenabteilung einer gemischtgeschlechtlichen Einrichtung.

Bei einigen Frauen wird die Wahl für eine Therapie in Frauenzusammenhängen bereits gleich zu Beginn deutlich, da sie nur in diesem Rahmen eine adäquate Möglichkeit sehen, ihre Lebens- und Suchtgeschichte aufzuarbeiten und neue Handlungsperspektiven zu entwickeln.

Bei anderen Frauen erfolgt der Entscheidungsprozess durchaus widersprüchlich. Dabei werden u.a. folgende Überlegungen genannt: Die Sorge, sich in einer gemischtgeschlechtlichen Therapie sogleich in eine Beziehung mit einem Mann zu verstricken; die Erfahrung, in gemischten Zusammenhängen auf Körper und Aussehen reduziert zu werden und diese Rolle auch zu übernehmen; die Befürchtung, dass in gemischten Therapien insbesondere frauenspezifische Anliegen keine Berücksichtigung finden. Viele lesbische Klientinnen äußern die Erwartung, in einer Frauentherapie mit ihrer lesbischen Lebensweise mehr Akzeptanz und Auseinandersetzungsmöglichkeiten zu finden.

Andere Klientinnen nennen im Entscheidungsprozess ihre Schwierigkeiten, Kontakte zu anderen Frauen zu gestalten und mit unangenehmen Situationen wie Konkurrenz, Neid und Rivalitäten zwischen Frauen umzugehen.

Bei aller Affinität zu frauenspezifischen Ansätzen sehen wir es als unsere Aufgabe, die Entscheidung über die Wahl der Einrichtung den Klientinnen selbst zu überlassen und die Klientinnen in entsprechenden Gesprächen bei der Klärung zu unterstützen.

Zu den administrativen Schritten im Hinblick auf eine weiterführende Maßnahme gehören vor allem folgende Elemente:

- Klärung der Kostenträgerfrage für die entsprechende Maßnahme
- Aushändigung der nötigen Antragsformulare und evtl. Hilfestellung beim Ausfüllen der Unterlagen
- Erstellung des Sozialberichtes
- Unterstützung der Klientin bei der Anforderung des ärztlichen Befundberichts

Die Motivationsklärung und die individuelle Behandlungsvorbereitung hat einen großen Stellenwert innerhalb dieses Segments, damit die Klientinnen den Anforderungen eines therapeutischen Prozesses gewachsen sind. Beispielhaft seien hier immer wiederkehrende Themen dieses Arbeitsschwerpunktes genannt: auftretende Ängste, Befürchtungen aber auch Erwartungen im Zusammenhang mit der bevorstehenden Maßnahme, die Vorklärung der Behandlungsziele, finanzielle und arbeitsrechtliche Fragen, Vorbereitung auf ein gruppentherapeutisches Setting und ggf. die Auseinandersetzung mit Rückfällen.

Der Prozess in diesem Segment endet durch den Beginn der angestrebten Maßnahme, der Überleitung in eine andere Hilfeform oder durch Beendigung der Beratung.

4.4.4 Soziale Stabilisierung und Integration

Soziale Stabilisierung und Integration hat als übergeordnetes Ziel, die Chronifizierung, die weitere Destabilisierung und / oder Verelendung der Klientin zu verhindern.

Sie umfasst längere Beratungssequenzen, die über mehrere Monate andauern können und findet in Form von persönlichen Einzelgesprächen und Telefonkontakten.

Inhalte dieses Segments sind die Bearbeitung der Suchtentstehung und -entwicklung, die Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens, die Wahrnehmung von vorhandenen und neu zu erschließenden Bewältigungsressourcen, die Verbesserung/Stabilisierung des sozialen Umfelds, die Erarbeitung beruflicher Perspektiven sowie gegebenenfalls die Motivierung für eine Entgiftung und/oder eine weiterführende therapeutische Maßnahme.

Hier gilt es neben der Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags die Motivation zur Aufnahme weiterführender Maßnahmen, zu konsumalternativen Verhaltensweisen zu stärken und zur Abstinenz oder Reduktion zu fördern.

Viele dieser Klientinnen brauchen u.a. aufgrund psychischer oder physischer Begleiterkrankungen flexible Beratungsmöglichkeiten, da wiederkehrende Psychiatrie- oder Krankenhausaufenthalte den Beratungsprozess häufig unterbrechen.

Ebenso finden sich in diesem Segment auch diejenigen Klientinnen wieder, die nach z. T. zahlreichen Abstinenzversuchen weiterhin Unterstützung suchen. Hier ist es wichtig, die Klientinnen kontinuierlich zu bestärken, ihre vorhandenen Ressourcen zu nutzen bzw. neue zu entwickeln.

Das Segment endet durch eine Überleitung in eine andere Hilfeform oder durch die Beendigung der Beratung und Begleitung.

4.4.5 Gruppenarbeit/Förderung der Selbsthilfe

Gruppenangebote für süchtige Frauen sind ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Arbeit und können inhaltlich unterschiedlichen Leistungssegmenten zugeordnet werden. Sie verfolgen alle das gleiche Ziel: Viele suchtmittelabhängige Frauen verarbeiten ihre Abhängigkeit als individuelles schuldhaftes Versagen. Mit Gruppenangeboten soll den Frauen die Möglichkeit geboten werden, ihre individuellen Erfahrungen miteinander zu teilen, sich gegenseitig zu stützen, ihre Ängste und Probleme nicht länger als persönliches Versagen zu begreifen und einen Rahmen für produktive Gegenerfahrungen zu schaffen. Darüber hinaus stehen die Themen Konfliktfähigkeit und Förderung von Selbsthilfepotentialen immer wieder im Zentrum von Gruppenarbeit.

In der Beratungsstelle gibt es sowohl themenspezifische Gruppen, die von Kolleginnen über einen vorher festgelegten Zeitraum geleitet werden als auch Gruppen, die in der Anfangsphase von Kolleginnen angeleitet werden, dann als Selbsthilfegruppen weiterarbeiten und von uns in regelmäßigen Abständen und im Bedarfsfall unterstützt werden.

Exemplarisch werden nachfolgend die Konzeptionen der wechselnden Gruppenangebote vorgestellt. Zeitpunkt und Änderungen werden, jeweils nach aktuellen Gesichtspunkten wie Bedarfe, räumliche und personelle Gegebenheiten entschieden.

Selbsthilfegruppen

Ein weiterer fester Bestandteil der Gruppenangebote sind zwei **Selbsthilfegruppen**. I.d.R. richtet sich eine der Gruppen an Frauen mit Alkohol-, Cannabis- und Medikamentenkonsum, die andere an ehemalige Klientinnen der Ambulanten Suchttherapie und an Frauen, die schon über einen langen Zeitraum abstinent leben.

Die Gruppen arbeiten mit folgenden Zielen:

- Förderung der Selbsthilfepotentiale und Ressourcen der Teilnehmerinnen
- Aufbau von tragfähigen sozialen Netzen
- Stabilisierung der Abstinenz
- Rückfallprävention
- Erkennen von gemeinsamen Strukturen in weiblichen Lebenssituationen, um individualisierenden Verarbeitungsweisen entgegenzuwirken

Beide Gruppen werden anfangs kontinuierlich von uns angeleitet, um ein tragfähiges Gruppenkonzept zu erarbeiten, das es den Teilnehmerinnen langfristig ermöglicht, ihre wöchentlichen Treffen sinnvoll zu gestalten.

Im Anschluss daran arbeiten die Gruppen in Eigenregie weiter. In regelmäßigen Abständen steht Die Ansprechpartnerin aus dem Team für ein oder für mehrere Gespräche zur Verfügung. Es geht dabei um das Ziel, die Arbeitsstrukturen auszuwerten, die Gruppe bei Konflikten untereinander zu begleiten und bei inhaltlichen Fragen unser Fachwissen weiterzugeben.

Akupunkturgruppe

Auch die **Akupunkturgruppe** nach dem Nada-Protokoll ist inzwischen zu einem regelmäßigen Baustein in unserer Angebotspalette geworden.

Bekanntermaßen können durch eine Akupunkturbehandlung körperliches Wohlbefühl, Entspannung und Beruhigung eintreten. Das Verlangen nach dem Suchtmittel kann reduziert und Schmerzen gemindert werden. Akupunktur kann Stress abbauen und schon während der Sitzung zu Entspannung führen.

Sie wirkt stoffunspezifisch, d.h. bei allen Suchtstoffen, mit denen die Zielgruppe unserer Beratungsstelle konfrontiert ist.

Das Angebot richtete sich an Frauen, die Probleme mit Alkohol, Medikamenten und/oder Drogen haben und

- akuten Rückfallgefährdungen vorbeugen wollen
- einen Rückfall beenden wollen
- lernen wollen, sich zu entspannen
- trocken oder clean leben wollen
- eine Stabilisierung ihrer psychischen Befindlichkeit erreichen wollen.

Die Gruppe findet über einen Zeitraum von zehn Wochen wöchentlich in den Räumen der Beratungsstelle statt.

Das Behandlungsteam besteht aus zwei Kolleginnen, die eine Akupunkturausbildung nach dem Nada-Protokoll absolviert haben in Zusammenarbeit mit einer Ärztin. Neben der fachlichen Aufsicht steht die Ärztin sowohl als Supervisorin den Kolleginnen als auch bei medizinischen Fragen den Klientinnen zur Verfügung.

Die Akupunkturbehandlung fördert bei vielen Teilnehmerinnen die Motivation zur Erlangung bzw. Aufrechterhaltung der Abstinenz und die Motivation für eine

Entgiftungs- /Entwöhnungsbehandlung. Daneben sind Stressreduktion, größere Entspannungsfähigkeit und psychische Stabilisierung weitere Effekte der Behandlung.

Rückfallpräventionsgruppe

Der Umgang mit Rückfällen, Rückfallgefährdung und Rückfallvermeidung sind immer wiederkehrende Themen in der Beratung.

Dieses Gruppenangebot richtet sich an Frauen, die aktuell abstinent leben und ihre Abstinenz weiter festigen wollen.

Inhaltlich werden dabei z. B. folgende Aspekte bearbeitet:

- Grundinformationen über Rückfälligkeit
- Abstinenz: Pro und Kontra
- Hochrisikosituationen
- Unangenehme Gefühle
- Ausgewogener Lebensstil
- Umgang mit Rückfällen
- Stabilisierung der Abstinenz

Die verhaltenstherapeutische Gruppe findet an 10 aufeinander folgenden, wöchentlichen Terminen statt.

4.4.6 Ambulante medizinische Rehabilitation und Kombinationstherapie

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist eingebettet in die Arbeit der Beratungsstelle Frauenperspektiven. Die Kolleginnen des Beratungsbereiches arbeiten therapievorbereitend und motivierend und fördern die Krankheitseinsicht und den Veränderungswillen zur abstinenten Lebensführung.

Unser Angebot richtet sich an alkohol- und medikamentenabhängige sowie drogenabhängige Frauen über 18 Jahre.

Die Frauen kommen aus den qualifizierten Entzügen, aus einer stationären Entwöhnungsbehandlung oder haben mit oder ohne ärztliche Unterstützung ambulant entzogen. Alle Klientinnen haben vorher bei uns oder in einer anderen Suchtberatungsstelle des Hamburger Suchthilfesystems die Suchtberatung in Anspruch genommen.

Die deutschen Rentenversicherungen und die Krankenkassen sind die Kostenträger der Abstinenztherapie. Die ambulante medizinische Rehabilitation umfasst in der Regel einen Zeitraum von 7-12 Monaten, im Einzelfall werden auch 18 Monate genehmigt.

Die Kostenträger bewerten kurzzeitige Rückfälle (sogenannte Lapses) dann als in der

Behandlung bearbeitbar, wenn sie vereinzelt vorkommen und die Klientin offen damit umgeht, d.h. ihren Rückfall sowohl in der Gruppe wie in der Einzelsitzung sofort anspricht.

Die ambulante Suchttherapie – wie wir dieses Angebot nennen, um den Frauen deutlich zu machen worum es geht – ist ein hochschwelliges Angebot. Das bedeutet, dass Frauen, die dieses Angebot wahrnehmen, schon vorher mindestens 8 Wochen stabil abstinent sein sollten und über ein ausreichendes Maß an körperlicher und psychischer Stabilität verfügen sollten. Ferner sollten sie über eine abgesicherte Wohnsituation und Grundversorgung verfügen. Sie sollten auch eine relativ stabile Abstinenzmotivation und Krankheitseinsicht haben und die Fähigkeit besitzen, an einer Gruppe teil zu nehmen.

Demzufolge ist für Frauen, die z. B. an einer Psychose, einer schweren Depression oder unter schwersten Angstzuständen, an akuter Suizidalität oder akuter Entzugssymptomatik (akute Rückfallgefahr) leiden, die ambulante medizinische Rehabilitation kontraindiziert.

Die Hauptziele der ambulanten Rehabilitation sind die Abstinenzsicherung, die Erhaltung des Arbeitsplatzes oder die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Daraus ergeben sich die individuellen Therapieziele und der Behandlungsplan der Patientinnen.

Zum konkreten Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation gehören Gruppenpsychotherapie, Einzelpsychotherapie, Angehörigengespräche und Krisenintervention. Außerdem können unsere Klientinnen auch die Angebote der Beratungsstelle nutzen.

Wir arbeiten mit einem tiefenpsychologisch fundierten Behandlungskonzept. Zusätzlich setzen wir verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische, kreative und psychoedukative Methoden ein. Zunehmend orientieren wir uns auch an den Konzepten der Traumatherapie (insbesondere nach Huber) und der Neuropsychotherapie.

Vorrangig geht es darum, die Erwerbsfähigkeit süchtiger Rehabilitandinnen zu erhalten, wieder herzustellen und zu stabilisieren. In diesem Sinne liegt ein Schwerpunkt auf den arbeitsbezogenen Interventionen.

Seit diesem Jahr ist der Träger im Verbund der Anbieter der Kombinationstherapie (Verbund Kombi-Nord) und damit ergibt sich für die Rehabilitandinnen die Möglichkeit flexibel zwischen stationärer und ambulanter Therapie zu wechseln. Bisher konnten wir keine Erfahrungen mit der Kombitherapie sammeln.

4.5 Vorgehen und Zielüberprüfung

Zu Beginn eines Betreuungsprozesses, der in Form von Einzelgesprächen stattfindet, wird i.d.R. ab dem zweiten Gespräch eine gründliche Anamnese und Situationserhebung vorgenommen.

Hier werden neben dem Konsumverhalten und den bisherigen Erfahrungen mit der Suchthilfe zunächst die Fähigkeiten und Beeinträchtigungen/Problembereiche aufgenommen, die vor dem Hintergrund einer Veränderung/Verbesserung der Lebenssituation der Klientin im aktuellen Betreuungszusammenhang relevant sind. Sie umfassen die Gebiete persönliche und soziale Beziehungen/ Belastungen aufgrund von Familie-Haushalt-Erwerbsarbeit/ Arbeit, Ausbildung/ Gesundheit/ Wohnen/ Teilhabe am gesellschaftlichen Leben/ persönliche und materielle Ressourcen.

Im Anschluss daran werden notwendige und gewünschte Ziele im Rahmen einer individuellen Hilfeplanung festgelegt, die sich in Grob- und Teilziele aufgliedern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass realistische Ziele formuliert werden, die auch erreicht werden können. Es wird ein Zeitraum vereinbart, in dem die Ziele realisiert werden sollen/können.

Unter Beachtung der jeweiligen materiellen, sozialen und psychischen Ressourcen werden Maßnahmen zur Zielerreichung geplant.

Bei Ablauf des Planungszeitraumes findet die Zielüberprüfung statt, indem das Ergebnis der Hilfeleistung mit dem vereinbarten Ziel verglichen wird. Je nach Ergebnis wird der Hilfeplan auf der Basis einer erneuten Situationserhebung fortgeschrieben.

Von diesem idealtypischen Vorgehen muss jedoch immer wieder abgewichen werden.

Für viele Frauen ist die Formulierung von Zielen, eigenen Vorstellungen und Wünschen etwas völlig Neues, mit dem sie keine oder nur wenig Erfahrungen haben. Dementsprechend gilt es hier, die Frauen in kleinen Schritten bei der Entwicklung von Vorstellungen über eine veränderte Lebenssituation zu unterstützen, so dass sie sich langsam an eine Zielformulierung heranwagen können.

Akute Krisen der Klientinnen führen dazu, dass geplante Themen verschoben und das Aktuelle Vorrang hat.

Viele unserer Klientinnen können aufgrund von chronischer Mehrfachbeeinträchtigung regelmäßige Termine nicht verbindlich einhalten.

Diese finden bei unserem Vorgehen insofern Berücksichtigung, als dass wir auf die aktuellen Gegebenheiten eingehen, um zunächst einen Rahmen für Entlastung und Stabilisierung zu bieten.

Bei Bedarf werden neue Termine verabredet oder auf unsere Öffnungszeiten verwiesen, zu denen sie spontan ohne Voranmeldung kommen können.

Wird der Betreuungsprozess fortgeführt oder nach längerer Unterbrechung erneut aufgenommen, werden Ziele und Maßnahmen der veränderten Situation angepasst.

4.6 Angewandte Methoden

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven sind Einzel- und Gruppenarbeit die beiden tragenden Säulen. Eine interdisziplinäre Anwendung methodischer Ansätze werden zur zielorientierten Problemlösung genutzt.

Da nahezu alle Kolleginnen eine (sucht-) spezifische Zusatzausbildung haben, sind die im Folgenden dargestellten Methoden den jeweiligen Therapieansätzen entliehen:

Methodische Ansätze aus dem weiter oben angeführten **ressourcenorientierten Ansatz** verwenden wir insbesondere, wenn es um die Entwicklung von möglichen Handlungsalternativen zu jetzigen selbstzerstörerischen Verhaltensweisen geht.

Methodische Ansätze aus der **Integrativen Therapie** nach Petzold nutzen wir in der Beratung mit Frauen vor allem dort, wo sie auf eine Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung abzielen und das Wahrnehmen eigener Gefühle, eigener Wünsche, Bedürfnisse und Interessen fördern. Insbesondere Übungen, die sich nicht ausschließlich auf der Gesprächsebene bewegen, sondern die kreativen Potentiale von Frauen ansprechen und deren Selbstaussdruck fördern, haben sich als hilfreich erwiesen. Zu nennen sind hier insbesondere die Arbeit mit kreativen Medien, Arbeit mit Symbolen, Rollenspiele, Imaginations- und Wahrnehmungsübungen (vgl. Rahm et. al. 1999; Petzold et. al. (Hrsg.) (2006)).

Elemente der **Verhaltenstherapie** fließen gezielt da ein, wo es um die Einübung von Fertigkeiten und Fähigkeiten geht, mit denen die Klientinnen gegebene Anforderungen besser bewältigen können. Übungen zur Selbstbehauptung und Selbstsicherheit, Führen eines Suchttagebuches und Elemente aus dem „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ werden hierbei eingesetzt (vgl. Körkel, Schindler 2003; Hinsch, Pfingsten 1998; Veltrup, Batra 2000).

Zur Stärkung der Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den Suchtmittelkonsum dient uns der klientInnenzentrierte Beratungsstil der **Motivierenden Gesprächsführung** (Motivational Interviewing), insbesondere zu Beginn eines

Beratungsprozesses bei großer ambivalenter Änderungsbereitschaft der Klientin (vgl. Miller, Rollnick 2004).

In der Beratung mit traumatisierten Klientinnen arbeiten wir mit Stabilisierungs- und **Achtsamkeitsübungen** (vgl. Reddemann 2003).

Wie in Kapitel 4.1 bereits erwähnt, arbeiten wir mit den „**fünf Säulen der Identität**“ (Leiblichkeit, Soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, Materielle Sicherheit, Werte) und nutzen sie zur Ermittlung der Ressourcen und der Brüche in der Identitätsentwicklung (vgl. Rahm et.al. 1999:155 f).

Speziell in der Beratung mit süchtigen, traumatisierten Frauen geht es nicht um Traumabehandlung, sondern häufig um das Stabilisieren komplex traumatisierter Klientinnen.

Fort- und Weiterbildungen zu diesem Themenkomplex bereiten die Kolleginnen auf mögliche „Flashbacks“ in den Gesprächen so vor, dass sie sich selbst vor sekundärer Traumatisierung schützen können und gleichzeitig über entsprechende Kompetenzen verfügen, damit sich die Klientin wieder stabilisiert.

Außerdem nutzen wir in der Beratung traumatisierter Frauen verschiedene Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen, sowie Imaginationsübungen, wie z.B. (der innere Garten, Tresorübung, die innere Beobachterin, der sichere Ort).

Psychoedukative Erläuterungen über die PTBS sind für die Klientin hilfreich, um zu verstehen, was bei ihr geschieht.

5. Qualitätssicherung

Ziel unserer Arbeit ist es, den Klientinnen eine bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und effektive Beratung und Betreuung anzubieten, die ihnen Unterstützung bietet bei einer positiven Veränderung ihrer bisherigen Lebenssituation.

Notwendige Voraussetzung für die Zielerreichung sind verbindliche Qualitätsstandards, die laufend überprüft werden. Auf der Leitungsebene wird die Steuerung des Qualitätsmanagements vorgenommen, sowohl in Bezug auf die finanziellen und personellen Ressourcen als auch in Bezug auf konzeptionelle Weiterentwicklungen.

Grundlage für die Qualitätssicherung des Beratungsangebotes ist die „Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg“. Für die ambulante Rehabilitation ist es die „Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängiger“.

5.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität der Einrichtung ergibt sich aus der Ausstattung und den räumlichen Gegebenheiten, der Personalausstattung, dem Qualitätssicherungssystem und der Vernetzung der Einrichtung.

5.1.1 Beschreibung der Einrichtung

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven ist eine suchtmittelübergreifende Beratungsstelle für Frauen und zeichnet sich durch einen frauenspezifischen Arbeitsansatz aus. Sie liegt in einem Wohngebiet im Stadtteil Eimsbüttel. Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist sehr günstig, so dass die Beratungsstelle – gemäß des Zuwendungsbescheides – von den suchtmittelgefährdeten und –abhängigen Frauen aus dem gesamten Hamburger Stadtgebiet sehr gut zu erreichen ist.

Die hellen, barrierefreien Räumlichkeiten in der Charlottenstraße umfassen ca. 200 qm. Hier sind die Suchtberatung, die Ambulante Suchttherapie und die Geschäftsstelle von Frauenperspektiven e.V. untergebracht. Das Foyer, die sechs Beratungs-/Therapiezimmer, die beiden Gruppenräume und die Räume der Geschäftsstelle sind freundlich eingerichtet und für die Anforderungen einer Frauen-Sucht-Beratungsstelle sehr geeignet.

Eine Rampe ermöglicht es auch Rollstuhlfahrerinnen die Angebote wahrzunehmen.

Einschränkend sind allerdings die Toiletten, die nicht rollstuhlgerecht sind.

5.1.2 Personal

Für die oben aufgeführten Leistungen steht die Kapazität von 8,0 Stellen bereit. Darin enthalten ist die Kapazität für die Geschäftsführung (Dipl. Pädagogin; Dipl. Sozialökonomin), Verwaltung (Bürokauffrau) und für zwei interdisziplinäre Teams aus Dipl. Psychologinnen, Dipl.-Sozialpädagoginnen und einer Dipl. Pädagogin. Zum Team gehören ebenfalls eine Ärztin für Allgemeinmedizin und eine Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die auf Honorarbasis die ärztliche Leitung und ärztliche Aufgaben in der ambulanten medizinischen Rehabilitation übernehmen (gemäß der Empfehlungsvereinbarung über medizinische Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger).

Neben den Grundausbildungen verfügen nahezu alle Mitarbeiterinnen über weiterführende (sucht-) spezifische und teils VDR-erkannte Zusatzausbildungen.

Für unsere Suchtarbeit mit einem frauenspezifischen Ansatz ist es unerlässlich, dass sich die Mitarbeiterinnen mit der eigenen Geschlechtsrolle und – entwicklung auseinandersetzen und über Fachwissen im Hinblick auf frauenspezifische Faktoren der Suchtentstehung, -aufrechterhaltung und –überwindung verfügen. Dieses gilt sowohl für die bereits bei uns arbeitenden Kolleginnen als auch für Neueinstellungen.

Alle Mitarbeiterinnen sind als Teilzeitkräfte (i.d.R. 0,75 Stelle) beschäftigt und arbeiten auf der Grundlage entsprechender Stellenbeschreibungen.

Einen hohen Stellenwert nehmen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein.

Psychohygiene, Supervision, Intervision, kollegiale Fallberatung und personal- und fachbezogene interne und externe Fortbildungen zum Beispiel zur Gefährdung einer sekundären Traumatisierung werden durchgeführt.

Eine arbeitsbereichsbezogenen Gefährdungsanalyse liegt ebenfalls vor.

5.1.3 Qualitätssicherungssystem

Zur Sicherung der Qualität unserer Arbeit werden verschiedene Maßnahmen eingesetzt:

- externe Supervision
- kollegiale Fallbesprechungen (Intervision)
- Teambesprechungen
- Teilnahme der Mitarbeiterinnen an Fortbildungsmaßnahmen
- regelmäßig stattfindende Personalgespräche (Personalentwicklung)

- EDV-gestütztes Dokumentationssystem
- Vernetzung

Ausgewählte Maßnahmen werden in den nachfolgenden Abschnitten detailliert beschrieben.

An dieser Stelle soll die Qualitätssicherung im Rahmen des überregionalen „FDR Qualitätszirkels Frauensuchtarbeit“ kurz skizziert werden:

Dieser Qualitätszirkel trifft sich verbindlich ein- bis zweimal im Jahr für jeweils zwei Tage, um die Qualität der Frauensuchtarbeit in Deutschland zu sichern und weiterzuentwickeln. Im Qualitätszirkel sind stationäre und ambulante Einrichtungen zusammengeschlossen, die mit suchtmittelabhängigen oder –gefährdeten Frauen und Mädchen arbeiten. So ist sichergestellt, dass der Qualitätszirkel über ein breites Spektrum an Erfahrungen, Entwicklungen und Qualitätsstandards innerhalb der Frauen-Sucht-Arbeit verfügt.

Bei den Treffen geht es um Qualitätsentwicklungsprozesse, die Diskussion frauenspezifischer Standards und Angebotsentwicklung im Sinne des Voneinander-Lernens um die Ermittlung der *best practice*. Fachliche Schwerpunktthemen und die Erarbeitung gezielter Maßnahmen in der Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit für die Frauen-Sucht-Arbeit sind weitere Themen.

Die Qualität der Arbeit in der Beratungsstelle wird durch das Managementverfahren BSC (Balanced Score Card) gewährleistet. Auf der Grundlage eines Controllingverfahrens, basierend auf der dokumentierten Jahresplanung/Ergebnisvereinbarung finden quartalsweise quantitative und qualitative Auswertungen der Geschäftsführerin mit den verantwortlichen Kolleginnen statt. Diesen voraus gehen Auswertungen und Fachgespräche in den Teams. So fließen auch die fachspezifischen Kompetenzen und Ressourcen der Fachkräfte in eventuelle Umsteuerungen ein.

Die Mitarbeit des Qualitätszirkels im Verbund Kombi-Nord findet regelmäßig statt.

Die Überprüfung und Sicherung der Qualität der Arbeit in allen Tätigkeitsfeldern der medizinischen Rehabilitation gewährleistet ein Qualitätsmanagement, das auf der folgenden Grundlage im Entwicklungsprozess ist: *Qualitätskriterien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach §137d SGB V vom 08.12.2011* sowie der *Selbstbewertungsbogen internes Qualitätsmanagement für ambulante Reha-Einrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen vom 30.06.2010* des Gemeinsamen Ausschusses nach §137 SGB V. Der

Selbstbewertungsbogen wird fristgerecht zum 30.06.2014 zur externen Prüfung der DRV Nord vorgelegt werden.

Dieses Qualitätssicherungsverfahren wird in der gesamten Beratungsstelle Frauenperspektiven umgesetzt. Angezielt ist eine Zertifizierung durch die Paritätische Gesellschaft für Qualität und Management.

5.1.4 Zusammenarbeit mit externen Stellen

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven muss als Schnittstelle der Frauen- und Suchtarbeit angesehen werden. Deshalb ist eine intensive Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Institutionen und politischen Gremien aus beiden Arbeitsfeldern erforderlich. Das setzt ein breites Wissen über die regionalen und überregionalen Angebote der Suchthilfe und der Frauenarbeit voraus und erfordert die Mitarbeit in zahlreichen Gremien und Arbeitskreisen beider Arbeitsbereiche.

Ziel der Vernetzung ist zum einen der fachliche Austausch über unterschiedliche Arbeitsansätze im Hinblick auf eine Weiterentwicklung unserer theoretischen und praktischen Arbeit.

Zum anderen ist es unser Anliegen, das Bewusstsein für die Implementierung der Gender Mainstreaming Strategie und hier insbesondere des frauenspezifischen Aspektes in der Suchtarbeit zu schärfen.

Dieses wird gewährleistet durch die Mitarbeit in folgenden Gremien und Arbeitskreisen:

- Fachausschuss Alkohol der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen
- Fachausschuss Drogen der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen
- Arbeitskreis „Kinder von Suchtkranken“ der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen
- Fachrat der ambulanten Drogen- und Suchthilfe Hamburg
- Arbeitsgruppen des o.g. Fachrates
- BADO e. V.
- Teilnahme an trägerübergreifenden fachspezifischen Kooperationstreffen
- pro:fem e.V., Verbund der Hamburger Frauen- und Mädcheneinrichtungen
- FLAKS e. V., Zentrum für Frauen in Altona Nord
- FDR- Qualitätszirkel Frauensuchtarbeit
- Qualitätszirkel des „Kombi-Nord“ - Verbundes
- Mitglied in der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen

Zur Zusammenarbeit mit externen Stellen gehören ebenso regelmäßige Gespräche mit anderen Hamburger Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen, ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen sowie anderen (frauenspezifischen) Einrichtungen.

Weiterhin kooperieren wir mit folgenden Einrichtungen und Personen des

medizinischen und psychosozialen Systems:

- Verbund der Anbieter der *Kombi-(Therapie) Nord*
- psychotherapeutische Praxen
- psychiatrische Fachabteilungen
- Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Behandlungseinheit für Frauen der Asklepios Klinik Nord
- „Sicherheit finden“ – Ein Therapieangebot für Frauen mit Suchtproblemen und Traumaerfahrungen der Suchtambulanz des UKE
- Wohnhaus für Frauen
- Frauenzimmer
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung und Fortbildung
- Opferberatungsstellen
- Familien- und Erziehungsberatungsstellen
- Ämtern für soziale Dienste

5.1.5 Dokumentation

Ein wesentliches Arbeitsinstrument der Beratungsstelle Frauenperspektiven ist seit mehr als 10 Jahren die EDV-gestützte Dokumentation mit dem Programm „Who are you (way)“. Sie löste die bis dahin genutzte Papierdokumentation ab und wurde unter Beachtung notwendiger Datenschutzbestimmungen eingeführt. Alle Computer-Arbeitsplätze in der Beratungsstelle sind miteinander vernetzt.

Way ist ein komplexes Programm, das zur Dokumentation und Verwaltung von KlientInnendaten im sozialen Bereich entwickelt wurde. Ebenso ermöglicht es eine interne Leistungsüberprüfung.

WAY entspricht allen Anforderungen, um die Daten für die Basisdatendokumentation (BADO) zu generieren.

Die BADO wurde zwischen den freien Trägern der Hamburger Suchthilfe und dem Referat Drogen und Sucht der heutigen Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) entwickelt. Sie ist eine prozesshafte Erhebung von Daten und Informationen, die im Laufe des Beratungsprozesses bekannt und nicht standardisiert abgefragt werden.

Sie umfasst eine Vielzahl von Items, anhand derer differenzierte Aussagen über die Nutzung verschiedener Bereiche des Hilfesystems, das Suchtverhalten sowie wesentliche psychosoziale Merkmale der Klientinnen getroffen werden können.

Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven waren maßgeblich an der Entwicklung der BADO beteiligt. Damit wurde sowohl die Implementierung frauenspezifischer Items als auch die Möglichkeit einer geschlechtsspezifischen Auswertung sichergestellt.

Die Klientinnendokumentation in der Beratungsstelle Frauenperspektiven hat sich mit Einführung der BADO qualitativ erheblich verbessert. Das Datenmaterial kann für ein internes und externes Monitoring genutzt werden (s. auch 7.3.1).

5.2 Prozessqualität

5.2.1 Hilfeplanung und Überprüfung der Ziele

Die individuelle Hilfeplanung verfolgt das Ziel, verbindliche Maßnahmen zu vereinbaren, die einer positiven Veränderung der Lebenssituation der Klientin dienen. Zu Beginn einer Hilfeplanung ist eine die oben ausgeführte psycho-soziale Diagnostik erforderlich.

Im Anschluss daran wird gemeinsam mit der Klientin eine individuelle Hilfeplanung vorgenommen. Sie umfasst folgende Bestandteile:

- Feststellung (und Dokumentation) des Hilfebedarfs
- Festlegung (und Dokumentation) von Grob- und Teilzielen
- Planung (und Dokumentation) von Maßnahmen, wie die Ziele erreicht werden sollen/können
- Überprüfung (und Dokumentation) der Zielerreichung
- ggf. erneute Hilfebedarfsfeststellung

Innerhalb eines vorher festgelegten Zeitrahmens wird an der Erreichung der Ziele gearbeitet. Bei einer regelmäßigen Zielüberprüfung werden die angestrebten Ziele mit den tatsächlich erreichten Ergebnissen verglichen. Sie dient der Bestandsaufnahme und macht im Bedarfsfall eine Korrektur und Anpassung der Ziele möglich.

Bei der Festlegung von Grob- und Teilzielen achten wir darauf, dass realistische Ziele verfolgt werden, um einer Überforderung und entsprechenden negativen Motivationsänderung entgegen zu wirken.

5.2.2 Supervision, Intervision und Fallbesprechung

Supervision, Intervision und Fallbesprechungen sind in der Arbeit mit süchtigen Menschen, insbesondere mit Frauen, die seelische, körperliche und/oder sexuelle Gewalterfahrungen thematisieren und/oder unter psychischen Störungen leiden, zweifach begründet notwendig. Zum einen sind sie aus Gründen der betrieblichen Gesundheitsförderung und zum anderen aus Gründen der Sicherstellung der fachlichen Standards unabdingbar. Gesundheitsförderung bezogen auf die Mitarbeiterinnen und Qualitätssicherung bedingen sich gegenseitig.

So ist die Arbeit in der Beratungsstelle Frauenperspektiven als eine personenbezogene, kommunikations-, emotions- und beziehungsintensive Dienstleistung zu fassen, die erhebliche Gesundheitsrisiken in sich birgt, da

vielfältige, teils widersprüchliche Anforderungen, verbunden mit erheblich psychischen Belastungen, zu erbringen sind. Die emotionale (Selbst-) Beteiligung und Beziehungsintensität stellt eine psychische Belastung für die Psychohygiene und damit ein Erkrankungsrisiko der Mitarbeiterinnen dar. Insbesondere in Bezug auf Gewalterfahrungen sind die Mitarbeiterinnen gefährdet sekundäre Traumatisierungen zu erleben.

Selbstregulation, Selbstreflexion und Krisenmanagement im Arbeitsalltag stellen weitere Erkrankungsrisiken dar. Aus Gründen der Sicherung der eigenen Stabilität und Psychohygiene werden die (Gesundheits-) Ressourcen Supervision, Intervision und Fallbesprechungen zur Verfügung gestellt. Dabei geht es im einzelnen um emotionale Überforderungserfahrungen, Übertragungen, eigene Blockaden und Tabuisierung bestimmter Themen in der Arbeit mit den Klientinnen. Diese verhindern eine qualifizierte Beratungstätigkeit. Weitere Themen, insbesondere in der Fallbesprechung, sind gemeinsame Einschätzungen der Motivationsveränderung und die Entwicklung möglicher Problemlösungsstrategien, Konflikte bei der Hilfeplanung, gruppendynamische Prozesse und methodische Überlegungen. Die Fallbesprechungen und Supervisionen dienen darüber hinaus der Sicherstellung der Arbeitsinhalte und –weisen gemäß der Konzeption sowie der Sicherstellung eines arbeitsfähigen Teams, der kollegialen Zusammenarbeit und der Bewältigung der Kooperations- und Kommunikationsanforderungen im Arbeitsalltag.

Bei der Auswahl einer geeigneten Supervisorin sind ein frauenspezifischer Supervisionsansatz und Kompetenz in der Suchtarbeit wichtige Kriterien.

Neben der Supervision durch eine externe Supervisorin übernehmen die Mitarbeiterinnen selbst kollegiale Supervisionsfunktion z.B. bei der Einarbeitung neuer Kolleginnen, bei der Anleitung von Praktikantinnen und auf den wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen.

5.2.3 Interne und externe Fortbildung

Die Fortbildung der Mitarbeiterinnen findet auf mehreren Ebenen statt:

Zum einen handelt es sich um interne Fortbildungen, die von Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle zu einem entsprechenden Themengebiet vorbereitet und angeleitet werden (z.B. Interventionen in der Suchtarbeit; Wirkung der verschiedenen Medikamente/neuer Suchtmittel; Vorstellung von unterschiedlichen Konzepten der Erstberatung). Sie finden i.d.R. im Rahmen der Teambesprechungen statt.

Hier wird auch das durch externe Fortbildungen neu erworbene Wissen an die Kolleginnen weitergegeben. Dadurch besteht für jede Kollegin die Möglichkeit, davon zu profitieren und neue Impulse für die konkrete Arbeit zu erhalten.

Alle Mitarbeiterinnen haben Zugang zu der Bibliothek der Beratungsstelle. Sie enthält

neben den Standardwerken zu frauen- und suchtspezifischen Fragen auch aktuelle Fachliteratur zu angrenzenden Themen.

Darüber hinaus bieten externe Referentinnen im Rahmen von Inhouse-Schulungen Fortbildungen zu spezifischen Fragestellungen an (z.B. Operschutzgesetz und häusliche Gewalt – juristische Grundlagen; Umgang mit Drogenotfällen; Posttraumatische Belastungsstörungen; Umgang mit Sterben, Tod und Trauer; Erscheinungsformen von psychischen/psychosomatischen Erkrankungen bei Frauen; Antistressprogramm- hilfreiche Techniken zur Stressbewältigung im Arbeitsalltag; Hartz IV-Gesetzgebung, insbesondere in Bezug auf Frauen (Mütter/Hausfrauen)).

Daneben fördert Frauenperspektiven e.V. innerhalb der finanziellen Ressourcen die Besuche von Fachtagungen, Seminaren und Workshops, in denen es um praxisrelevante Fragen geht. Sowohl sucht- und frauenspezifische Veranstaltungen als auch Fachdiskussionen zu angrenzenden Bereichen der psychosozialen Versorgung können als Möglichkeit der Weiterqualifizierung genutzt werden.

Insgesamt dienen die Fortbildungen dazu, sich die Prämissen und Inhalte aus der Sucht- und Frauenarbeit zugänglich zu machen, sie weiterzuentwickeln und immer wiederkehrende Fragen tiefergehend zu behandeln (z.B. sexualisierte Gewalterfahrungen, Essstörungen, spezifische Abhängigkeitsformen von Frauen, Verhinderung von Kindeswohlgefährdung, interkulturelle Suchtarbeit). Ferner nutzen wir sie dazu, die eigenen Arbeitsansätze zu reflektieren sowie sich einen adäquaten Wissensstand zu den rechtlichen Fragen und über die medizinischen Dimensionen der Suchtmittelabhängigkeit anzueignen.

5.3 Ergebnisqualität

5.3.1 Überprüfung der Zielerreichung

Die Ergebnisqualität in der Beratungsstelle Frauenperspektiven ist als Zielerreichungsgrad der gesamten Leistungserbringung zu verstehen und entspricht den Steuerungsanforderungen der jeweiligen Arbeitbereiche.

Auf der Geschäftsführungsebene ist ein Controllingverfahren etabliert, das sich sowohl auf die Finanzbuchhaltung als auch auf die Erreichung der Leistungskennzahlen und die Einhaltung der fachlichen Standards bezieht.

Zu Beginn des Kalenderjahres werden je nach Bedarf und in Absprache mit den Teamleitungen Finanzbudgets berechnet, die sich an den kalkulierten Finanzplänen orientieren, die maßgeblich durch den Zuwendungsbescheid festgelegt sind. Auf der

Grundlage quartalsweiser Auswertungen (periodische Gewinn- und Verlustrechnung), der Ausgaben und Einnahmen (ambulante Therapie) und der Berücksichtigung neu zu erfassender Finanzbedarfe werden die Budgets neu festgelegt und wiederum quartalsweise ausgewertet.

Das Controllingverfahren in Bezug auf die Leistungskennzahlen und externen (Zweckbeschreibung) und internen (Konzept) Standards bezieht sich ebenfalls auf eine quartalsweise quantitative und qualitative Auswertung in Zusammenarbeit mit den Teamleitungen, die diese mit den Teams rückkoppeln. Auf der Grundlage des EDV-gestützten Dokumentationssystems, einer fachlichen Stellungnahme der Leiterinnen, die diese mit dem jeweiligen Team fachlich vorbereitet haben, werden Steuerungsbedarfe ermittelt und schriftlich festgehalten. Sie sind Grundlage für die nächste quartalsweise quantitative und qualitative Auswertung.

In der Beratungs- und Behandlungsarbeit stellt die Hilfeplanung das Instrument zur Zielüberprüfung dar, wie in Kapitel 7.2.1 ausführlich beschrieben.

Weiterhin werden folgende Instrumente für die Überprüfung der Zielerreichung eingesetzt:

BADO

Die Basisdatendokumentation dient der klientinnenbezogenen Auswertung der Beratungsstelle und des gesamten ambulanten Suchthilfesystems in Hamburg. Auf der Grundlage der dokumentierten Informationen können Aussagen über biografische Erfahrungen, Behandlungsvorerfahrungen, Konsumstatus sowie über die aktuelle Lebenssituation der Klientinnen getroffen werden.

In regelmäßig stattfindenden teaminternen Auswertungen werden die Daten zur Überprüfung der Zielvereinbarung analysiert. So besteht die Möglichkeit, auf Veränderungen in der Klientinnenstruktur und den Konsumgewohnheiten zeitnah und zielgerichtet mit fachlichen Interventionen und bedarfsgerechteren Angeboten zu reagieren.

Bei Vorlage der einrichtungsbezogenen Auswertung der BADO, die durch das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) erstellt wird, sucht die Beratungsstelle das Gespräch mit einer Vertreterin des ZIS, um die ausgewerteten Daten unter spezifischen Gesichtspunkten zu interpretieren.

Verlaufsdokumentation:

Seit 2005 ist für ausgewählte Bereiche eine Verlaufsdokumentation in die BADO integriert. Sie bildet das Konsumverhalten der jeweiligen Klientinnen, ihre soziale Situation, ihre gesundheitliche Beeinträchtigung und ihre psychische Belastung zu Betreuungsbeginn und aktuell bzw. zu Betreuungsende ab.

Die Analyse dieser Daten kann ebenfalls zur Zielüberprüfung genutzt werden, gibt sie doch Auskünfte hinsichtlich der (i.d.R. positiven) Veränderungen des Suchtmittelkonsums, der sozialen Situation und des Zustandes der körperlichen und psychischen Verfassung der Klientinnen innerhalb des Betreuungszeitraums in der Beratungsstelle.

LEIDO:

In der Leistungsdokumentation (LEIDO) werden die einrichtungsbezogenen Leistungssegmente und die darin erreichten Personen- und Fallzahlen abgebildet. Im Zuwendungsbescheid werden die zuvor zwischen der Behörde und der Einrichtung vereinbarten Kennzahlen bezüglich der zu erreichenden Quantität festgelegt.

Demzufolge dient die LEIDO der Zielüberprüfung im Hinblick auf die Quantität der betreuten Klientinnen, indem die zu erreichenden Kennzahlen mit den tatsächlichen Ergebnissen verglichen werden können.

Die Leistungsdokumentation des jeweiligen Jahres wird zu Beginn des Folgejahres der Behörde vorgelegt und kann somit zur Überprüfung der erreichten Klientinnenzahlen gegenüber Dritten genutzt werden.

Eine interne Überprüfung der festgelegten Leistungssegmente hinsichtlich ihres Umfangs wird quartalsweise vorgenommen, so dass bei erheblichen Abweichungen unmittelbar gegensteuernde Maßnahmen eingeleitet werden können.

Sachbericht:

Von der Beratungsstelle Frauenperspektiven wird jährlich ein Sachbericht erstellt, in dem neben der Leistungsdokumentation u.a. die Schwerpunkte der fachlichen Arbeit, die methodischen Ansätze, klientinnenbezogene Ergebnisse, ausgewählte Strukturdaten und Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung qualitativ und quantitativ dokumentiert, analysiert und interpretiert werden.

Dieser wird der Behörde vorgelegt, im kleinen Rahmen veröffentlicht und ausgewählten Einrichtungen und Personen zur Verfügung gestellt.

Neben der Ergebnisüberprüfung durch Dritte eignet sich der Sachbericht auch zur Reflexion der geleisteten Arbeit, zur Darstellung von Entwicklungen und zur Initiierung von Gesprächen mit der Fachöffentlichkeit und VertreterInnen aus Behörden und Politik.

7.3.2 Klientinnenbefragung

Die Qualität der Arbeit der Beratungsstelle Frauenperspektiven lässt sich nicht nur,

aber auch an der Breite der Zufriedenheit der Klientinnen ablesen. Sie kann ebenso wie eine stets ausgelastete Beratungsstelle als Indikator für die Qualität unserer Arbeit angesehen werden (vgl. Kersch 2002).

Demzufolge finden in regelmäßigen Zeiträumen Erhebungen zur Klientinnenzufriedenheit mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens statt.

Die Items ermöglichen Auswertungen über folgende Bereiche:

- **Strukturqualität** (z.B. Lage und Erreichbarkeit der Beratungsstelle, Wartezeiten, Relevanz der frauenspezifischen Einrichtung für die Klientin)
- **Informationsqualität** (z.B. Transparenz der Betreuung, Informationen über andere Angebote)
- **Prozessqualität** (z.B. Erhalt konkreter Unterstützung, Kompetenz der Betreuerin, Qualität der Gespräche)
- **Ergebnisqualität** (z.B. Zufriedenstellende Lösung der Probleme, Zufriedenheit mit dem gesamten Betreuungsverlauf)

Bei einigen unserer Gruppenangebote setzen wir bereits seit einiger Zeit standardisierte Stundenbeurteilungsbögen ein, die wir für die Zufriedenheitsanalyse der Klientinnen und als Grundlage für die Modifikation einzelner Gruppenbausteine nutzen.

6. Ausblick: Trends und Entwicklungen

Der Blick auf die Trends der heutigen Zeit, insbesondere auf die Veränderung des Wertes *Gesundheit* wird uns vermutlich in den kommenden Jahren beschäftigen.

Das Vertrauen in das klassische Gesundheitswesen wie niedergelassene Haus- und Fachärzt_innen und Kliniken schwindet bei Frauen stärker als bei Männern. Frauen vertrauen eher auf Apothekenfachpersonal, dementsprechend steigen Selbstmedikationen, insbesondere auch von frei zugänglichen oder über Privatrezept zu erhaltene Schmerzmittel und Medikamente. Medikamente missbrauchende Frauen sind in der Suchthilfe sehr unterrepräsentiert und schwer erreichbar. Für die Gruppe der zumeist jüngeren Frauen, die auf der Grundlage veränderter Vorstellung von Gesundheit zu selbstoptimierenden stoffgebundenen Suchtmitteln wie Legal Highs, Herbal Highs, Spice, Space, Legal Ecstasies, als Badesalz deklarierte Drogen greifen, könnte dies ebenso gelten. Diese Drogen werden als Kräutermischungen, Lufterfrischer, Reiniger, Badesalze oder ähnliches angeboten. Die verschiedenen Substanzen sollen einen entweder beruhigenden, angenehmen Rauschzustand herbeiführen oder aber stark belebend bis halluzinogen wirken.

Das heißt, diese Drogen sind funktional für jede gewünschte Selbstmanipulation.

Die Beschaffung ist wie die anderer Produkte vom heimischen PC, unbeobachtet, heimlich, still und sauber zu bewerkstelligen.

Die Grenzen zwischen Drogen, Kosmetik- und Reinigungsartikeln, sowie Medikamenten sind fließend.

Es kann auf altbekannte Suchtformen zurückgegriffen werden: Pulver oder Tabletten, mit der eine kosmetische und/oder medizinische Intervention assoziiert wird.

Sie erwecken den Eindruck, dass sie bestens geeignet sind den heutigen **Selbstoptimierungsanforderungen**, dem heutigen allgegenwärtigen Selbstmanagementanforderungen, den individualisierten Leistungsanforderungen mit entsprechendem individualisierten Versagensängsten und –erfahrungen zu entsprechen.

Die Konsumformen und Kontexte entsprechen denen, die wir von süchtigen Frauen kennen. Es besteht eine Gefahr, dass diese Drogen gerade für internetversierte jüngere Frauen mit den uns bekannten Belastungen und den spezifischen Leistungsansprüchen attraktiv sind.

7. Literaturhinweise

BMFSFJ (Hrsg.) (2011): Neue Wege – Gleiche Chancen, Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf, erster Gleichstellungsbericht, Deutscher Bundestag Drucksache 17/6240 vom 16.06.2011

FRANKE, Alexa, WINKLER, Klaudia (2005): Legale Suchtmittel. In: DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2005. Geesthacht, S. 148-159

FRANKE, Alexa (1999): Frauenspezifische Aspekte der Abhängigkeit. In: GASTPAR, Markus, MANN, Karl, ROMMELSPACHER, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, S. 144-152

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG. AMT FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ: FACHABTEILUNG DROGEN UND SUCHT (2006): Unterzeichnete Rahmenvereinbarung zwischen den Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit. Hamburg

FUNKE; Wilma, GARBE; Dieter (2002): Alkohol. In: FENGLER, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie - Prävention. Landsberg, S. 11-18

GAHLEITNER, Silke Birgitta (2008): Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. In: SuchtMagazin 4/2008

GÖRLITZ, Gudrun (2003): Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen. 3. Auflage. Stuttgart

GROSS; Werner (2002): Stoffungebundene Suchtformen. In: FENGER, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie - Prävention. Landsberg, S. 510-512

HINSCH, Rüdiger, PFINGSTEN, Ulrich (1998): Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel

HUBER, Michaela (2005): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1, 2. Auflage. Paderborn

JOHN, Ulrich et al (2012): Teilnahme an Therapie und Schwere der Erkrankung unter Alkoholabhängigen einer Zufallstichprobe der Bevölkerung und Exzess-Mortalität nach 14 Jahren. In DHS DG Sucht (Hrsg.): SUCHT – Programm und Abstracts, Deutscher Suchtkongress 2012, Bern

KERSCHL, Andrea Viktoria (2002): Klientinnenbefragungen – oder: was können wir aus dem Urteil unserer Klientinnen lernen? In: DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG: Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002. Berlin

KÖRKEL, Joachim, SCHINDLER, Christine (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin, Heidelberg, New York

KUNTZ, Helmut (2007): Sucht – Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag. Stuttgart

MILLER, William R., ROLLNICK, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau

PETZOLD, Hilarion, SCHAY, Peter, EBERT, Wolfgang (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden

PETZOLD, Hilarion, SCHAY, Peter, SCHEIBLICH, Wolfgang (Hrsg.) (2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden

QUINTEN, Claudia (2002): Frauenspezifische Suchtentwicklung. In: FENGLER, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Suchtprävention. Landsberg, S. 174-179

RAHM, Dorothea, OTTE, Hilka, BOSSE, Susanne, RUHE-HOLLENBACH, Hannelore (1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. 4. Auflage. Paderborn

REDDEMANN, Luise (2003): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 9. Auflage. Stuttgart

RUMPF, Hans-Jürgen (2013): Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und

Risikoprofile (PINTA-DIARI), Uni Lübeck (hans-jürgen.rumpfuks.de)

SATIR, Virginia (2007): Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. 18., durchges. Neuauflage. Stuttgart

SCHÄFER, Ingo, KRAUSZ, Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart

SCHLIPPE, von, Arist (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Auflage. Göttingen

SCHU, Martina (2009): Migration und Sucht IN: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe –Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen Abschlussbericht FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Kölln

STORCH, Maja; KRAUSE, Frank (2005): Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell. 3. Aufl. Bern

THOMASIUS, Rainer, KÜSTNER, Udo J. (Hrsg.) (2005): Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention. Stuttgart

VELTRUP, Clemens, BATRA, Anil (2000). In: BATRA, Anil, WASSERMANN, Reinhard, BUCHKREMER, Gerhard (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Stuttgart, New York, S. 295-313

VELTRUP, Clemens (2002): Motivation in: FENGLER, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Suchtprävention. Landsberg, S. 362 - 366

Vinz Dagmar, Schiederig Katharina (2010): Gender und Diversity – Vielfalt verstehen und gestalten, in: Massing, Peter (Hrsg.): Band Gender und Diversity – Eine Einführung, Wochenschau Verlag, S. 26/27,

VOGEL, Elisabeth (2004): Ausgewählte Aspekte zur Geschlechterdifferenzierung in der ambulanten Suchtbehandlung und –beratung. In: PETZOLD, Hilarion, SCHAY, Peter, EBERT, Wolfgang (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden, S. 51-78)

VOGT, Irmgard (2003): Zur Effektivität von Frauen-Suchtarbeit. In:

http://www.infodrog.ch/txt/conf/2003/20030327_IVogt_Zur_Effektivitaet_von_Frauens_uchartarbeit.pdf (07.11.2007)

VOGT, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel

VOSS, Angelika (2007): Frauen sind anders krank als Männer. Plädoyer für eine geschlechtsspezifische Medizin. Kreuzlingen/München

WHO (2006): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern

WINKLER, Klaudia (2007): Behandlungsangebote für substanzabhängige Mütter kleiner Kinder: Bindungstheoretische Überlegungen. In: DHS (Hrsg.), Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 53 (1)

ZENKER, Christel, BAMMANN; Karin, JAHN, Ingeborg (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Baden-Baden