

Frauenspezifische Beratung und Therapie in der Suchtkrankenhilfe: Stellenwert, Rahmenbedingungen und Arbeitskonzepte

Vogt, Irmgard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Vogt, I. (1994). Frauenspezifische Beratung und Therapie in der Suchtkrankenhilfe: Stellenwert, Rahmenbedingungen und Arbeitskonzepte. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 18(3/4), 81-94. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249565>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Irmgard Vogt

FRAUENSPEZIFISCHE BERATUNG UND THERAPIE IN DER SUCHTKRANKENHILFE: STELLENWERT, RAHMENBEDINGUNGEN UND ARBEITSKONZEPTE

1. Einige statistische Angaben zur Versorgungslage süchtiger Frauen in der alten Bundesrepublik Deutschland

In der alten Bundesrepublik Deutschland (BRD) gab es 1990 mindestens 800 ambulante Beratungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängige und rund 17.000 Betten in stationären Einrichtungen aller Art (Simon, 1992). Von allen diesen vielen Einrichtungen waren schätzungsweise fünf Beratungsstellen im ambulanten und fünf im stationären Bereich mit insgesamt etwa 50 Betten nur für Frauen reserviert, d.h. es handelte sich um *Angebote von Frauen für Frauen*. Ich fasse diese Einrichtungen im folgenden mit den Begriffen *Frauenberatungsstellen* oder *Fraueneinrichtungen* zusammen. In Prozentzahlen ausgedrückt umfaßte das gesamte Angebot, von dem hier die Rede ist, weniger als 1% aller Beratungsstellen und Betten (Vogt, 1991). Dieses Angebot wendet sich vornehmlich an Frauen, die illegale Drogen konsumieren oder von diesen abhängig sind, jedoch finden auch alkoholabhängige Frauen dort Hilfe, wenn die Kapazitäten ausreichen.

In den letzten drei Jahren sind schätzungsweise noch fünf Frauenberatungsstellen dazugekommen und die Zahl der Betten im stationären Bereich mag sich auf 150 bis 200 erhöht haben, wenn man alle Notschlafstellen und Nachsorgeeinrichtungen mitberücksichtigt. Wiederum sind es in erster Linie Frauen, die Probleme mit illegalen Drogen haben, die mit diesen Angeboten erreicht werden sollen. Allerdings stehen die ambulanten Beratungsstellen je nach Ausstattung auch Frauen offen, die Probleme mit legalen Drogen wie Alkohol haben oder mit anderen Abhängigkeiten haben. Am wenigsten berücksichtigt sind dabei Frauen, die mit gängigen Medikamenten wie Schlaf- und Beruhigungsmitteln Probleme haben, die ja durchaus anders akzentuiert sind als bei den Alkohol- und Drogenabhängigen (Vogt, 1985). Die Frauenberatungsstellen wären in der Tat weit überfordert, wenn sie auch dieser Gruppe von Frauen ambulante und stationäre Hilfe anbieten würden.

Neben diesem sehr bescheidenen Angebot, das ausschließlich von Frauen getragen wird und sich ebenfalls ausschließlich an Frauen wendet, gibt es sowohl die große Zahl von ambulanten und stationären Einrichtungen, die Frauen wie Männern mit Suchtproblemen aller Art offenstehen, als auch Spezialeinrichtungen. Zu letzteren zähle ich u.a. die stationären Fachkliniken, die nur Frauen aufnehmen, in denen aber Männer als Berater und Therapeuten arbeiten (sowie diejenigen, die nur Männer aufnehmen und in denen Frauen als Beraterinnen und Therapeutinnen arbeiten). Im alten Bundesgebiet sind es etwa 12 Einrichtungen mit schätzungsweise 500 Plätzen (Betten), die sich auf Frauen als Klientel spezialisiert haben. Die Ausgangsbedingungen für diese Spezialisierung sind aber grundsätzlich andere als bei den oben erwähnten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen von Frauen für Frauen.

Schätzt man den Anteil der Alkoholabhängigen in der alten BRD auf drei Millionen und denjenigen der Abhängigen von illegalen Opiaten auf 100.000 und nimmt man weiterhin an, daß rund 30% von ihnen Frauen sind, dann liegt es auf der Hand, daß die ganz überwiegende Mehrzahl der Frauen mit Suchtproblemen auf die herkömmlichen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen angewiesen ist. Die Zahl der Einrichtungen, die sich mit ihren Angeboten gezielt an abhängige Frauen richten, ist so klein, daß nur eine verschwindend kleine Minderheit von ihnen dort einen Beratungs- und Behandlungsplatz finden kann.

Die hier zusammengestellten harten Daten beleuchten ganz gewiß auch den Stellenwert, der den Fragen nach der Geschlechterspezifität in der Suchtkrankenhilfe eingeräumt wird: Er verschwindet hinter einem gigantischen Berg von Betten und Beratungsstellen. Man muß schon sehr obstinat sein, wenn man immer wieder mit Fragen nach der Geschlechterspezifität von Sucht und Abhängigkeit ankommt und wenn man immer von neuem geschlechterspezifische Hilfen einfordert.

Nun mag man gegen diese Feststellung einräumen, daß ja mittlerweile fast alle ambulanten und stationären Einrichtungen spezielle Hilfen für Frauen im Angebot haben. Man verweist auf die vielen Frauengruppen, die allüberall annonciert werden und auf die man auch die Frauen verweist. Eine genaue Überprüfung der Angebote für Frauengruppen zeigt aber sehr schnell, daß viele von ihnen nur auf dem Papier existieren, nicht aber in der Realität. Das belegt eine Studie aus Frankfurt/Main aus dem Jahr 1991 (Appel & Vogt, 1991, S. 28), die belegt, daß an insgesamt 14 Beratungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängige nur fünf Gruppen eingerichtet sind, an denen hauptsächlich Frauen teilnehmen. Tatsächlich sind es ganze drei Gruppen, die ausschließlich Frauen offenstehen, während in den anderen zwei Gruppen Männer (als Teilnehmer oder Leiter) einbezogen sind. Zwei dieser Gruppen

werden zudem noch von einer einzigen Institution angeboten. 10 Einrichtungen haben keine Frauengruppen und es gibt auch keine Planungen dafür.

Wie auch immer man es dreht und wendet, die Suchtkrankenhilfe bietet zunächst und zuerst Hilfe an, die sich an eine männliche Klientel richtet. Das ist angesichts der viel höheren Belastung von Männern mit Alkohol- und Drogenproblemen durchaus gerechtfertigt. Dieses Angebot wird aber in der Regel umstandslos auf Frauen ausgedehnt bzw. diesen angedient – und das macht Probleme. Darauf wird näher einzugehen sein.

2. Erklärungskonzepte von Sucht und Abhängigkeit

Die gängigen Erklärungskonzepte von Sucht und Abhängigkeit gehen von geschlechtsneutralen Modellen aus. Das gilt für psychoanalytische Ansätze (Rost, 1987) ebenso wie für lernpsychologische (Lange, 1974), soziologische (Matakas et al., 1984) oder für eklektische (Feuerlein, 1984, 1986). Unterstellt wird allemal, daß der Erkrankungsprozeß für Männer und Frauen idealtypisch betrachtet gleich abläuft, daß das Geschlecht also unerheblich ist, wenn es um die Beschreibung und Diagnostik von Sucht geht. Eine genauere Betrachtung der Trinkmuster, der Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit sowie der Manifestation der Krankheit zeigt sehr schnell, daß es ganz erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt (Mantek, 1979; Vogt, 1986; Wilsnack & Beckman, 1984).

Beschränkt man sich auf die Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, dann belegen die Ergebnisse von Umfragen ebenso wie von Beobachtungsstudien, daß sich die Konsummuster von Frauen und Männern handfest voneinander unterscheiden. Dazu kommen unterschiedliche Reaktionen der Umwelt auf den Alkohol- und Drogenkonsum von Frauen und Männern. Beispielsweise gilt Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit und insbesondere Alkoholabusus neben anderem als Symbol individueller wie gesellschaftlicher Macht (MacAndrew & Edgerton, 1969; Morgan, 1983; Roizen, 1992; Vogt, 1985, 1993a). Die symbolische Vorführung von Macht ist noch immer den Männern vorbehalten. Frauen, die es sich herausnehmen, in ähnlicher Weise in aller Offenheit zu trinken und sich zu betrinken wie die Männer, müssen mit Zurechtweisungen und Abwertungen rechnen. Studien über die Einschätzung von Alkoholikerinnen bestätigen, daß die Urteile systematisch mit dem Geschlecht variieren: Was man den Männern noch halbwegs nachsieht, reicht bei den Frauen zur moralischen Verurteilung aus (Appel, 1991), die Hand in Hand gehen kann mit

Krankheitszuschreibungen (Legnaro & Zill, 1983). Frauen, die öffentlich viel oder zuviel trinken, werden schnell als „Alkoholikerinnen“ abgestempelt, denen man besser aus dem Weg geht.

Mit Zuschreibungen und Attribuierungen sind wir also schnell zugange, wenn Frauen die ihnen gesetzten Normen verletzen. Damit einhergehende Etikettierungen haben oft erheblichen Einfluß auf den Erkrankungsprozeß, der statistisch gesehen bei Frauen schneller abläuft als bei Männern. Das liegt gewiß nicht einfach an biologischen Faktoren; es ist vielmehr die Folge von komplexen Interaktionen zwischen trinkenden Frauen und ihrem Umfeld, zu dem ihre Familienangehörigen ebenso gehören wie ihre Arbeitskolleginnen und -kollegen, Freundinnen und Freunde, ebenso Nachbarn und Leute, die man zufällig trifft usw.. Immer von neuem spiegeln die anderen den Frauen wider, daß sie mit ihrem Trinken Regeln mißachten und Normen verletzen.

Eine detailliertere Analyse macht deutlich, daß noch weiter zu differenzieren ist. Je enger das soziale Netz ist, in dem sich Frauen bewegen, um so eher stoßen sie auf Warnsignale, wenn sie alkoholisiert sind, schließlich auf Ablehnung und Abwertung. Je nach den internen Spielregeln der Gruppe bzw. der Familie kommt es zu sehr unterschiedlichen Reaktionen. Im einen Fall ist es von den Trinkexzessen nur ein kurzer Weg zur ersten Krankheitsdiagnose, wenn die Familie die Frau zu einer ärztlichen Untersuchung und zur Behandlung bringt und zwingt. Im anderen Fall schließt sich die Familie zusammen und schließt zugleich die Frau ein, die im engen Familienkreis gesunden muß. Gelingt das Experiment nicht, dann zieht sich die Krankheitsentwicklung über viele Jahre hin. Eine vergleichbar lange Entwicklung von Alkoholabhängigkeit läßt sich auch bei den Frauen beobachten, die allein leben und nur wenige stabile soziale Kontakte haben. Im allgemeinen reicht der Gruppendruck, der etwa von Arbeitskolleginnen und -kollegen ausgeht, nicht aus, um entscheidende Verhaltensänderungen auszulösen. Erst wenn die Auswirkungen alltäglicher Trinkexzesse nicht mehr zu übersehen sind, wird man aktiv und schickt die Frauen in eine Behandlung (Appel, 1992).

Je genauer man die Krankheitsentwicklung bei Frauen betrachtet, um so differenzierter wird das Bild. Alkoholismus entwickelt sich also nicht einfach schneller bei Frauen als bei Männern, sondern nur bei denen, die entsprechend etikettiert und behandelt werden. Es spricht einiges dafür, daß Frauen von den frühzeitigen Interventionen profitieren. Bekanntlich sind ja die Behandlungschancen derjenigen, die eher kurze Krankheitskarrieren durchlaufen und die zudem noch ein funktionierendes soziales Umfeld haben, vergleichsweise günstig (Bühler, 1981).

Es lassen sich noch viele weitere Unterschiede in der Krankheitsentstehung, im Krankheitsbild und in der Krankheitsbewältigung zwischen süchtigen Frauen und Männern herausarbeiten. Ich will darauf nicht weiter eingehen, sondern vielmehr übergehen zu einem anderen Erfahrungsbereich, der wie kein anderer den Alltag von Frauen und Männern prägt, folglich auch die Entwicklung von Abhängigkeit und Sucht.

3. Strukturelle Diskriminierung, Gewalterfahrungen von Frauen und Sucht

Die Untersuchung von Krankheitsverläufen süchtiger Frauen zeigt, daß die Krankheitsentwicklungen vielfach parallel laufen mit Gewalterfahrungen. Diese Gewalterfahrungen haben eine individuelle und eine gesellschaftliche Dimension. Individuelle bzw. personale Gewalterfahrungen sind stets eingebettet in gesellschaftliche Verhältnisse, die selbst von struktureller Gewalt bzw. struktureller Diskriminierung geprägt sind.

Strukturelle Diskriminierung ist gewissermaßen universell und Teil der gesellschaftlichen Arrangements. Der Begriff bezieht sich schlechthin auf gewaltförmige Verhältnisse; in der Analyse macht er Gewalt „in vielerlei Gestalt potentiell wahrnehmbar“ (Narr, 1980). Auf individueller Ebene läßt sich strukturelle Diskriminierung nicht beeinflussen. Das ist schon deshalb unmöglich, weil sie an soziobiologische Kategorien gebunden ist, wie diejenigen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe usw.

Strukturelle Diskriminierung bestimmt, grob skizziert, das Geschlechterverhältnis, denn in einer Welt, in der Männer aufgrund ihres Geschlechts höher gewertet werden als Frauen, nicht jedoch wegen ihrer Fähigkeiten, Leistungen oder anderer körperlicher oder psychischer Vorzüge, sind Frauen grundsätzlich benachteiligt. Die Zurücksetzung funktioniert auch dann, wenn per Gesetz die Gleichheit der Geschlechter festgeschrieben ist, wie z.B. in der BRD (vgl. dazu Beck, 1986). Die Gesellschaft billigt die Ansprüche der Männer gegenüber den Frauen, die selbst an der Zementierung der Geschlechterungleichheit mitwirken. In der Sozialisation vermitteln sowohl männliche wie weibliche Bezugspersonen den Mädchen und Frauen aller Altersstufen, daß Männer mehr wert sind als Frauen, folglich auch mehr Rechte haben, mehr Anspruch auf Selbstverwirklichung, mehr Macht.

Im Unterschied zur strukturellen Diskriminierung ist die personale, physische und akute Gewalt konkret und oft genug direkt zu beobachten. Zur personalen Gewalt

gehören verbale Einschüchterungen aller Art sowie Androhungen von Gewalttätigkeiten und schließlich subtile wie grobschlächtige Gewaltsamkeiten bis hin zu Totschlag und Mord und selbstverständlich auch sexuelle Grenzüberschreitungen und sexuelle Aubeutung oder Gewalt. Alle diese Mittel der personalen Gewalt werden mehr oder weniger häufig eingesetzt zur Demonstration von Macht und zur Stabilisierung von Herrschaftsverhältnissen in der Familie, in Gruppen, in Institutionen usw. Personale Gewalt kann sich sowohl gegen Frauen wie Männer richten. Gewöhnlich sind aber die rangniedrigeren und schwächeren Personen in diesen Gemeinschaften und Gruppen die Opfer von Gewalt, z.B. Mädchen und Frauen.

Personale Gewalt wird in Szene gesetzt auf dem Hintergrund von struktureller Diskriminierung. Wer einen höheren sozialen Status einnimmt, dem wird nicht nur mehr Macht zugebilligt, sondern auch das Recht, diese aktiv auszuleben. Gewalttätigkeiten sind Ausdruck solcher Machtdemonstrationen.

„Für denjenigen, der Gewalt ausübt, und denjenigen, der Gewalt erleidet, macht es eine Differenz ums Ganze, mit welcher Form der Gewaltausübung er es zu tun hat, welche Gewaltinstrumente angewandt werden können. [...] Wenn ich aber einen anderen Menschen aufgrund überlegener physischer Gewalt in den Handgriff nehme, kann ich ihn dorthin zerren, wo ich ihn haben will. [...] Den Körper kann man einkerkern, man kann seiner habhaft werden, ihn ‚dingfest‘ machen und mit Hilfe des Körpers kann ich dann auch den gedanklichen ‚Überbau‘ unter Kontrolle zu bringen versuchen“ (Narr, 1980, S. 547 f.).

Genau darum geht es in den gewaltsamen Auseinandersetzungen zwischen Mächtigen und Ohnmächtigen, eben auch zwischen Männern und Frauen.

In den Lebensgeschichten sehr vieler alkohol- und drogenabhängiger Frauen häufen sich Gewalterfahrungen (Miller et al., 1990, 1991; Noller, 1989). Es sind besonders sexuelle Grenzverletzungen und sexuelle Übergriffe, die den Frauen über viele Jahre hin das Leben zur Hölle machen können. Wie es scheint, setzen viele Frauen psychotrope Stoffe ein, um mit diesen Gewalterfahrungen besser fertig zu werden. Es spricht alles dafür, daß Alkohol und Drogen die Gewalttätigkeiten in der Erinnerung und in der Realität verblassen lassen. Wenn die Wirkung der Stoffe nachläßt, werden sich die Frauen der alten und der neu dazugekommenen Wunden bewußt, die sie mit nüchternen Sinnen nicht ertragen können. Neuer Konsum verspricht neues Vergessen. Die Frauen sind in einen Teufelskreis geraten, aus dem es kein einfaches Entrinnen gibt.

In der Beratung und Therapie werden die Gewalterfahrungen süchtiger Frauen eher zögerlich thematisiert, wie die Studie „Gewaltsame Erfahrungen. ‚Gewalt gegen Frauen‘ als Thema in der Suchtkrankenhilfe“ (Vogt, 1993b) belegt. Vor allem Berater und Therapeuten tun sich schwer damit, mit den Frauen über personale Gewalt und sexuellen Mißbrauch zu reden. Das hat eine ganze Reihe von Gründen. Viele Berater erleben die Berichte der Frauen über sexuelle Gewalterfahrungen als Anklagen, die sich gegen sie selbst – als Männer – richten. Diese Anklagen lösen bei ihnen u.a. Schuldgefühle aus, die mit dem Rückzug auf fachliche Positionen abgewehrt werden. Dazu gehört auch die These, daß Sucht wenig oder nichts mit Gewalt zu tun hat, daß also die Gewalterfahrungen nur ablenken vom Wesentlichen, eben von der Sucht. Das paßt in die gängigen Erklärungskonzepte von Sucht und Abhängigkeit. Daran orientiert man sich in der Praxis und vermeidet zugleich eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt.

Nun haben aber auch viele Beraterinnen sehr ambivalente Einstellungen gegenüber den Gewalterfahrungen ihrer Klientel. Nicht nur haben sie emotionale Schwierigkeiten in der Arbeit mit Frauen, in deren Biographie sich Gewalterfahrungen häufen, sie verwarfen sich auch gegen vermeintliche „feministische Positionen oder Therapie“ (Vogt, 1993b, S. 84). Dazu zählt offenbar auch eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen nach Gewalt und dem Zusammenhang von Gewalterfahrungen und Suchtentwicklung. Das kommt der herrschenden Meinung in der Suchtkrankenhilfe sehr entgegen, die ohnehin nicht besonders frauenfreundlich ist.

Die Erfahrungen der Beraterinnen in den Frauenberatungsstellen für süchtige und abhängige Mädchen und Frauen laufen aber darauf hinaus, daß Gewalterfahrungen einen zentralen Stellenwert in den Krankheitsentwicklungen einnehmen. Jedenfalls berichten süchtige Frauen unentwegt von Gewalttätigkeiten, wenn sie sich in diesen Beratungsstellen „in Sicherheit“ fühlen. Dieses Gefühl von Sicherheit speist sich nicht zuletzt aus der Abwesenheit von Männern in den Beratungsstellen. Viele Ratsuchende erleben es als erleichternd, wenn sie „ein Zimmer für sich“ haben, das sie nicht mit Männern teilen müssen. Es ist dieser Rahmen, der sie dazu ermutigt, ihre eigene Geschichte offenzulegen, sich damit auseinanderzusetzen. Das unterstreicht einmal mehr, wie wichtig die Rahmenbedingungen in der Arbeit mit süchtigen und abhängigen Frauen sind.

4. Konzepte der Beratung und Therapie süchtiger Frauen

Nimmt man die Biographien von süchtigen Frauen ernst, dann heißt das, daß man ihren Gewalterfahrungen einen gewichtigen Stellenwert in der Krankheitsentwicklung einräumen muß. Damit plädiere ich nicht für unangemessene Vereinfachungen etwa von der Art eines kausalen Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrungen, insbesondere zwischen sexueller Ausbeutung und Sucht. Beim gegenwärtigen Forschungsstand sind diese und ähnliche Schlußfolgerungen überzogen. Fest steht lediglich, daß Gewalterfahrungen, sexuelle Ausbeutungen und Sucht bei sehr vielen Frauen zusammenkommen. In welcher Weise sie sich gegenseitig bedingen und wie sie sich aufschaukeln, darüber wissen wir wenig.

In der Beratung und Therapie müssen daher die Gewalterfahrungen der Frauen zur Sprache kommen, und es sind die Beraterinnen und Therapeutinnen, die hier gefordert sind. Sie sind es nämlich, an die sich die Klientinnen wenden, wenn sie über ihre Gewalterfahrungen sprechen wollen.

Der Streit, der zur Zeit in der Suchtkrankenhilfe ausgetragen wird, wer besser geeignet ist, mißhandelten und sexuell mißbrauchten Frauen zu helfen – Beraterinnen oder Berater –, ist eher theoretischer Art und er wird außerdem in erster Linie von den Beraterinnen betrieben, nicht von den Beratern. Die Beraterinnen setzen sich engagiert für ihre männlichen Kollegen ein, die sie prinzipiell für geeignet halten, die Beratung und Therapie dieser Frauen zu übernehmen. Sie erwarten von den Kollegen allerdings, daß sie „offen“ und „einführend“ sind im Umgang mit diesen Problemen bzw. daß sie eine einschlägige Ausbildung mitbringen. Berater halten sich jedoch eher zurück, weil ihnen das Thema unangenehm und beschwerlich ist; sie setzen sich vergleichsweise selten mit den Gewaltbiographien süchtiger Frauen auseinander. Das Engagement der Beraterinnen, die Kollegen in die Arbeit mit den Frauen einzubeziehen, die ihre Gewalterfahrungen zu einem Thema in der Beratung und Therapie machen (wollen), geht weitgehend an den Beratern vorbei, die entsprechende Fälle gewöhnlich den Kolleginnen überlassen. So gesehen hat man es hier mit einer paradoxen Situation zu tun, in die sich vor allem die Beraterinnen verwickelt haben. Das liegt eben auch daran, daß die Arbeit von Frauen mit Frauen in negativer Wertung als feministisch abgestempelt wird. In diese Ecke wollen sich viele Beraterinnen nicht drängen lassen.

Betrachtet man zum Beispiel die Arbeit in den Frauenberatungsstellen ohne negative Vorannahmen, dann sind es zwei Momente, die besonders auffallen. Zum einen gehen alle Mitarbeiterinnen in diesen wenigen Beratungsstellen vom *Prinzip*

der *Parteilichkeit* aus. Parteilichkeit heißt hier, sowohl die Ähnlichkeiten als auch die Differenzen zwischen den Beraterinnen und den süchtigen und abhängigen Frauen wahrzunehmen und in der Arbeit umzusetzen. Es bedeutet weiterhin, die Klientinnen so zu akzeptieren, wie sie sind, sie bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen, ihnen Zeit für ihre Entwicklung zu lassen und ihre Entscheidungsfähigkeit zu fördern. Im konkreten Einzelfall ist dann immer wieder neu auszuhandeln, wie die Parteilichkeit für die Klientel zu gewichten ist und wo Grenzen zu beachten sind. Das gilt besonders dann, wenn zwischen dem Wohlergehen der abhängigen Frauen und dem ihrer Kinder zu entscheiden ist.

Zum anderen sind die Beraterinnen für *neue Arbeitsansätze* offen. Folglich unterscheiden sich die Arbeitskonzepte in den Frauenberatungsstellen deutlich voneinander. Es gibt Frauenberatungsstellen, die so niedrigschwellig wie möglich arbeiten. Daneben findet man solche, die ein mittel- bis hochschwelliges Angebot machen mit deutlicher Betonung von Abstinenz. Dazu kommen ganz unterschiedliche Arbeitsweisen. Eine Frauenberatungsstelle bietet unverbindliche Erstgespräche an, eine andere besteht auf kontinuierlicher Betreuung mit Terminabsprachen usw..

Bei allen Unterschieden in der konkreten Arbeit verbindet die Frauenberatungsstellen jedoch folgendes: Sie verbreiten allesamt eine *Atmosphäre*, die es Frauen leicht macht, die Beratungsstelle aufzusuchen, und sie vermitteln ihnen das Gefühl, daß sie als Personen willkommen sind. Die Beratungsstellen fungieren tatsächlich als Schutzraum, den die hilfeschuchenden Frauen sehr gerne in Anspruch nehmen. Sie öffnen sich schon in den Erstgesprächen, sie teilen sich mit, sie lassen sich ein auf Beratung und Betreuung. In manchen Fällen gelingt es schnell, kontinuierliche Kontakte aufzubauen, in anderen dauert es lange. Beratung und Betreuung anzunehmen, heißt ja auch, Veränderungen in Angriff zu nehmen. Solche Entscheidungen fallen nicht leicht; sie brauchen Zeit. Das gilt es zu respektieren, was auch Beraterinnen nicht immer leicht fällt.

Übrigens ist der psychische Druck, unter dem Beraterinnen in Frauenberatungsstellen stehen, sehr hoch. Gerade weil sie wissen, daß sie als sogenannte feministische Projekte im Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen, meinen sie, daß sie sich keine Fehler leisten können. Eine Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle formuliert das folgendermaßen:

„Bei den Frauenprojekten werden aber auch gern Frauen hingeschickt, die dermaßen problematisch sind, wo keiner mehr sich mit auseinandersetzen will, wo man sagt: Das sollen doch die Frauenprojekte machen, schließlich sind die ja dafür da! [...] Und dann

schaut man gespannt, was die machen, und wehe, die machen es nicht gut, oder die Frauen laufen auch weg [...] Also ich habe das ganz konkret gemerkt [...] wo ich so dachte: Was muß ich jetzt alles bringen, um gut zu sein? Ich muß auf jeden Fall mehr tun [...] ich muß irgendwie empathischer sein!“

Die Latte, an der der Erfolg von Frauenberatungsstellen gemessen wird, ist sehr hoch gehängt. Alle, Außenstehende wie die Mitarbeiterinnen, erwarten mehr von diesen Einrichtungen als von gewöhnlichen Suchtberatungsstellen. Sind wir da nicht allesamt voreingenommen und ungerecht? Die Erwartungen, die an Frauenberatungsstellen herangetragen werden, zeigen aber auch, daß diese wie Sauerteig im Einheitsbrei der Suchtberatung wirken. Vielleicht bringen sie das Ganze ja zum Gären, was durchaus wünschenswert wäre. Tatsächlich sind die Strukturen in der Suchtkrankenhilfe in vielerlei Hinsicht ziemlich verkrustet, worauf ich im folgenden Abschnitt kurz eingehe.

5. Institutionelle Strukturen in der Suchtkrankenhilfe

Wenn man die eingangs erwähnten rund 10 Frauenberatungsstellen in der Suchtkrankenhilfe und die wenigen stationären Einrichtungen von Frauen für Frauen auf die institutionelle Anbindung hin untersucht, dann stellt man fest, daß die überwiegende Mehrzahl von ihnen von kleinen, gemeinnützigen Vereinen getragen werden. Es handelt sich dabei durchweg um Vereine, die von Frauen gegründet worden sind in der Absicht, als Trägerverein für diese Einrichtungen zu funktionieren. Viele der Trägervereine haben nur die gesetzlich vorgeschriebene Mitgliedszahl; die Mitglieder sind partiell identisch mit den Beraterinnen und Therapeutinnen in den Einrichtungen. Fraueneinrichtungen und Trägervereine sind in ihrer Existenz also aufeinander verwiesen: Sie können nur zusammen bestehen und erfolgreich sein.

Daneben gibt es eine ganz kleine Zahl von Frauenberatungsstellen, die an größere und etabliertere Träger angeschlossen ist. Diese Fraueneinrichtungen sind dann ein Angebot des Trägervereins neben anderen. Je nach den Vereinbarungen, die zwischen den Einrichtungen und dem Trägerverein bestehen, kann dieser direkt Einfluß nehmen auf die institutionellen Strukturen bzw. auf die Arbeitsprozesse in den Frauenberatungsstellen. Tatsächlich mischen sich die Trägervereine jedoch nicht in die Arbeit der Frauenberatungsstellen ein. Sie akzeptieren vielmehr, daß die Beraterinnen selbst eine Konzeption für ihre Beratungsstelle entwickeln und diese dann in die

Praxis umsetzen. Es gibt also einige wenige Trägervereine, die gezielte Ansätze von Frauen für Frauen in der Suchtkrankenhilfe akzeptieren.

Es fällt auf, daß die meisten etablierten gemeinnützigen Vereine in der Suchtkrankenhilfe keine Fraueneinrichtung im Angebot haben. Das liegt nicht nur daran, daß die jeweilige Vereinsspitze, vorwiegend Männer, von traditionellen Erklärungskonzepten von Sucht und Abhängigkeit ausgeht und schon deshalb wenig Notwendigkeit für geschlechterspezifische Angebote sieht. Dazu kommt, daß die Diskriminierung von Frauen auch vor den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht Halt macht. Ich will dazu einige Daten vorlegen, die diese Feststellung untermauern.

Die Ergebnisse einer Fragebogenstudie aus den Jahren 1989/1990 (Vogt, 1993b) belegen, daß die überwiegende Mehrzahl der Beraterinnen und der Berater in der Suchtkrankenhilfe einen Fachhochschulabschluß in Sozialarbeit oder Sozialpädagogik mitbringt. Allerdings ist der Anteil der Beraterinnen mit einem Hochschulabschluß in Psychologie, Pädagogik oder einer anderen sozialwissenschaftlichen Disziplin ungefähr doppelt so hoch wie der der Männer (24% gegenüber 14%). Unabhängig vom Fachhochschul- und Hochschulabschluß ist weiterhin festzustellen, daß die Beraterinnen pauschal betrachtet über etwas breiter angelegte Zusatzausbildungen verfügen mit einem deutlichen Schwerpunkt auf individualtherapeutischen und pädagogischen Verfahren. Die Berater haben tendenziell weniger Zusatzausbildungen und den Schwerpunkt auf systemischen Ansätzen und Suchttherapie.

Die insgesamt gesehen bessere Grund- und Zusatzausbildung der Beraterinnen zahlt sich für diese aber nicht aus. Vergleicht man die Durchschnittseinkommen der Beraterinnen und Berater getrennt nach Vollzeit- und Teilzeitstellen, dann stellt sich heraus, daß jeweils eine Einkommensdifferenz zwischen ihnen besteht von 500 DM bis 1.000 DM. Kontrolliert man das Alter der Befragten, ändert sich das Ergebnis nicht. Beraterinnen, so belegen die Daten, haben ein deutlich niedrigeres Einkommen als Berater, und dieser Effekt ist unabhängig vom Umfang ihrer Erwerbstätigkeit. Kurz: Beraterinnen arbeiten unter ungünstigeren finanziellen Bedingungen als Berater.

Betrachtet man dazu noch die Familienverhältnisse der Beraterinnen und der Berater, dann findet man folgendes: Diejenigen Beraterinnen, die allein leben und keine Kinder haben, haben ein höheres Einkommen als der Durchschnitt aller Beraterinnen. Beraterinnen, die verheiratet sind und Kinder haben oder die allein mit ihrem Kind leben, haben ein Einkommen, das in der Regel unterhalb des Durchschnittseinkommens aller Beraterinnen liegt. Verheiratete Berater haben dagegen ein eher höheres Durchschnittseinkommen, gleichgültig, wieviele Kinder sie haben.

Ganz anders als bei den Beraterinnen sind es die unverheirateten Berater, die deutlich weniger verdienen als der Durchschnitt der Berater. Die Ergebnisse belegen also, daß Beraterinnen im Vergleich mit Beratern finanziell schlechter stehen, und das gilt ganz besonders für diejenigen unter ihnen, die Kinder haben. Alle hier berichteten Ergebnisse sind signifikant. Es handelt sich also nicht um zufällige Abweichungen von Durchschnittswerten, sondern um systematische Zusammenhänge. Es paßt in dieses Bild, wenn der Geschäftsführer eines wohlsituierten gemeinnützigen Vereins in der Drogenhilfe, danach gefragt, warum keine der Einrichtungen von einer Frau geleitet wird, sagt, „daß Frauen zur Führung einer Beratungsstelle oft nicht geeignet sind“ (Appel & Vogt, 1991).

Die Mehrzahl der Frauenberatungsstellen setzt im Unterschied zu den traditionellen Beratungsstellen auf Prinzipien der Gleichbehandlung und der *Kollegialität*. In diesen Einrichtungen achten die Beraterinnen darauf, daß Einkommensunterschiede zwischen ihnen ausgeglichen werden. Da die Mittelvergabe über staatliche Institutionen in der Regel an Leitungsstrukturen gebunden sind, lassen sich Einkommensdifferenzen nicht immer vermeiden. Jedoch fallen sie weit weniger krass aus, als oben ausgeführt. Dazu kommt ein kollegialer Arbeitsstil, der nicht auf Hierarchie setzt, sondern auf Gleichberechtigung. Am besten bewährt hat sich das Modell, nach dem jede Mitarbeiterin die Zuständigkeit für bestimmte Arbeitsbereiche übernimmt und diese in Absprache mit den Kolleginnen selbst verwaltet. Eine solche Arbeitsorganisation setzt voraus, daß die Mitarbeiterinnen sich auf eine enge Kooperation einlassen, die gespeist wird von einem ständigen Informationsaustausch. Dazu dienen Teambesprechungen, Supervision, Organisationsberatungen sowie Verfahren der Selbstevaluation usw.. Die Erfahrung zeigt, daß das Modell nicht nur gut funktioniert, sondern daß es die Voraussetzungen schafft für neue Kreativität in der Arbeit mit süchtigen und abhängigen Frauen.

Faßt man die hier ausgebreiteten Überlegungen zusammen, dann kommt man zu folgendem Resultat:

1. Es gibt geschlechterspezifische Unterschiede der Entwicklung von Sucht und Abhängigkeit sowie der Manifestation der Krankheit.
2. In den Biographien von süchtigen und abhängigen Frauen häufen sich Gewalterfahrungen und sexuelle Ausbeutung, die parallel gehen mit der Suchtentwicklung. Darauf muß in Beratung und Therapie ausführlich eingegangen werden. Es sind die Beraterinnen, die hier besonders gefordert sind, einmal, weil sie die ersten Ansprechpartnerinnen der betroffenen Frauen sind, zum andern, weil sie sich in den letzten Jahren eigene Kompetenzen in dieser Arbeit erworben haben.

3. Frauenberatungsstellen und Fraueneinrichtungen bieten ein Umfeld an, das es stüchtigen Frauen leicht macht, Vertrauen zu Beraterinnen und Therapeutinnen aufzubauen und sich zu öffnen. Das liegt auch daran, daß die Fraueneinrichtungen wie Schutzräume funktionieren, in die sich die Frauen für kurze oder längere Zeit zurückziehen und wo sie zu sich selbst kommen können.
4. Fraueneinrichtungen unterscheiden sich von herkömmlichen Institutionen in der Suchtkrankenhilfe auch in ihren institutionellen Strukturen. Die meisten dieser Einrichtungen verfügen über ein Stück Autonomie, insofern sie existentiell an ihren jeweiligen Trägerverein gebunden sind. Diese Autonomie nutzen sie, um neue Organisations- und Arbeitsstrukturen auszuprobieren. Diese orientieren sich an den Prinzipien der Gleichberechtigung und der Kollegialität.
5. Die Erfolge, die die Fraueneinrichtungen aufzuweisen haben, sprechen dafür, daß ihr Organisations- und Arbeitsansatz zukunftsweisend ist. Wir brauchen also mehr von diesen Einrichtungen, damit stüchtige und abhängige Frauen eine angemessene psychosoziale Versorgung finden können.

Literatur

- Appel, C. (1991). „Frauen fallen einfach unter'n Tisch“. Schriftenreihe der Fachhochschule Wiesbaden (Bd. 10). Wiesbaden.
- Appel, C. (1992). Frauenfragen – Frauenthemen in der betrieblichen Suchtprävention und Beratungstätigkeit. Schriftenreihe der Fachhochschule Wiesbaden (Bd. 19). Wiesbaden.
- Appel, C. & Vogt, I. (1991). Expertise zur Entwicklung eines *Frankfurter Medikamenten Forums* auf der Grundlage einer Ist-Analyse der Beratungssituation medikamentenabhängiger Frauen in Frankfurt am Main. Büro für Frauenpolitische Forschung und Beratung e.V. Frankfurt/Main, Stadt Frankfurt am Main, Dezernat Frauen und Gesundheit.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Frankfurt/Main.
- Bühler, D. (1981). Prognosefaktoren für die Behandlung alkoholkranker Frauen. Sozial- und Präventivmedizin, 26, S. 257-263.
- Feuerlein, W. (1984). Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart.
- Feuerlein, W. (Hrsg.) (1986). Theorie der Sucht. Berlin.
- Lange, K. J. (1974). Süchtiges Verhalten. Freiburg.
- Legnaro, A. & Zill, G. (1983). Ein Verhalten, das Männer Alkoholismus nennen: Alkoholkonsum im weiblichen Lebenszusammenhang. In A. Legnaro & K.-H. Reuband (Hrsg.), Frauenalkoholismus (S. 50-68). Stuttgart.
- Matakas, F., Berger, H., Koester, H. & Legnaro, A. (1984). Alkoholismus als Karriere. Berlin.
- MacAndrew, S. & Edgerton, R. B. (1969). Drunken Comportment. Chicago.

- Mantek, M. (1979). *Frauen-Alkoholismus*. München.
- Miller, B. A., Downs, W. R. & Testa, M. (1990). *Relationship between Women's Alcohol Problems and Experiences of Childhood Violence*. Research Institute on Alcoholism. Buffalo.
- Miller, B. A., Downs, W. R., Testa, M. & Keil, A. (1991). *Thematic Analyses of Severe Spousal Violence Incidents: Women's Perceptions of Their Victimization*. Research Institute on Alcoholism. Buffalo.
- Morgan, P. (1983). Alcohol, Disinhibition, and Domination: A Conceptual Analysis. In R. Room & G. Collins (Eds.), *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link* (pp. 405-460). NIAAA, Washington, D. C.
- Narr, W.-D. (1980). *Physische Gewaltamkeit, ihre Eigentümlichkeit und das Monopol des Staates*. Leviathan, 8, S. 541-573.
- Noller, P. (1989). *Junkie-Maschinen*. Wiesbaden.
- Roizen, J. (1992). *Alcohol and Violence: An Evaluation of the Evidence from Epidemiological Research*. Prepared for the Working Group on Alcoholrelated Violence, NIAAA, Washington, D. C.
- Rost, W.-D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart.
- Simon, R. (1992). *Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (Daten aus EBIS 1991, S. 129-138)*. Jahrbuch Sucht, 1993. Geesthacht.
- Vogt, I. (1985). *Macht Alkohol gewalttätig? Drogalkohol*, 9, S. 119-136.
- Vogt, I. (1986). *Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie*. Freiburg.
- Vogt, I. (1993a). *Geschlecht und Drogen*. In Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (Hrsg.), *Frauen, Männer, Abhängigkeit* (S. 31-46). Lausanne.
- Vogt, I. (1993b). *Gewaltsame Erfahrungen*. Bielefeld.
- Wilsnack, S. & Beckman, L. (Hrsg.) (1984). *Alcohol Problems in Women*. New York.