

Beratungsstelle Frauenperspektiven

Suchtberatung und Ambulante medizinische Rehabilitation

KONZEPTION



Beratungsstelle Frauenperspektiven
Charlottenstraße 26
20257 Hamburg
Tel. 040 432 96 00
Beratungsstelle@Frauenperspektiven.de
Verfasserin: Elke Peine

Hamburg, den 07.04.2021

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

Inhaltsverzeichnis

1.	Rahmenbedingungen	5
1.1	Träger	5
1.2	Lage	5
1.3	Öffnungszeiten	5
1.4	Kosten- und Leistungsträgerspezifische Rahmenbedingungen	6
2.	Fachliche Grundlagen der Arbeit	7
2.1	Menschenbild	7
2.2	Gender Mainstreaming, Diversity und Geschlechteridentitäten	8
2.3	Sucht – Definition und Entstehung	10
2.3.1	Das Bio-psycho-soziale Suchtmodell	10
2.3.2	Erkenntnisse der Frauen*-Sucht-Forschung	12
2.3.3	Neuere Sozialisationsinstanzen: Messengerdienste und Social Media	13
2.3.4	Sozialisationserfahrungen, Anforderungen und Belastungen	14
2.3.5	Die Besonderheit eines „Frauenträgers“	16
2.3.6	Traumatisierende Erfahrungen und Sucht	18
3.	Zielsetzung der Einrichtung	20
3.1	Zielgruppen	23
3.2	Traumazentrierte Interventionen in der Beratungsstelle	28
4.	Arbeitsansätze und fachlicher Schwerpunkt	32
4.1	Akzeptierende und wertschätzende Haltung	32
4.2	Gendersensible psychosoziale Diagnostik	33
4.3	Ressourcenorientierter Ansatz	34
4.4	Konkrete Angebote und Segmente	36
4.4.1	Kontaktbereich	36
4.4.2	Beratung	37
4.4.2.1	Einmalige Beratung	37
4.4.2.2	Längerfristige Beratung und Motivation	37
4.4.2.3	Therapievorbereitung und Therapievermittlung	38
4.4.2.4	Soziale Stabilisierung, Integration und Teilhabe	39
4.4.2.5	Gruppenarbeit/Förderung der Selbsthilfe	40
4.4.3	Fallbegleitung	42
4.4.4	Ambulante medizinische Rehabilitation und Kombinationstherapie	43
4.5	Angewandte Methoden	44
4.6	Vernetzung und Kooperation	45
5.	Qualitätssicherung	47
5.1	Strukturqualität	47
5.1.1	Beschreibung der Einrichtung	47
5.1.2	Personal	48
5.1.3	Qualitätssicherungssystem	48
5.1.4	Dokumentation	49
5.1.5	Datenschutz	50

5.2	Prozessqualität	50
5.2.1	Hilfeplanung und Überprüfung der Ziele	50
5.2.2	Supervision, Intervision und Fallbesprechung	51
5.2.3	Interne und externe Fortbildung	52
5.3	Ergebnisqualität	53
5.3.1	Überprüfung der Zielerreichung	53
6.	Ausblick: Trends und Entwicklungen	55
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 Gender/Frau¹ und Sucht und unseren konkreten Erfahrungen in der Arbeit mit suchtbelasteten Klientinnen*.

Als einzige suchtmittelübergreifende Beratungsstelle für Frauen* aus ganz Hamburg kommen wir der Aufgabe nach, ein Angebot zu schaffen und weiterzuentwickeln, das auf die Bedürfnisse und Problemlagen suchtgefährdeter und suchtmittelabhängiger Frauen* mit entsprechenden fachlichen Schwerpunkten antwortet. Eine zentrale Rolle kommt hierbei der Arbeit mit trauma- und suchtbelasteten Klientinnen* zu.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven ist überbezirklich und überregional ausgerichtet. Zu uns kommen Frauen* aus der gesamten Stadt. Wir erhöhen mit diesem Angebot den Anteil der in der Suchthilfe insgesamt erreichten selbst betroffenen Klientinnen*, der zurzeit bei 27% liegt (BADO 2019). Werden die weiblichen Angehörigen addiert, so liegt der Gesamt-Frauenanteil in der Hamburger Suchthilfe bei 33%. Das Verhältnis (72% selbst betroffene Frauen* zu 28% Angehörige) ist in der Beratungsstelle Frauenperspektiven zugunsten der selbst betroffenen Frauen* mit 95% zu 5% Angehörige/Personen aus dem engeren sozialen Umfeld verändert (BADO/Einrichtungsbezogene Auswertung 2019).

Das Angebot integriert die beiden Arbeitsbereiche Beratung (Kontaktbereich, Einzelberatung und Gruppenangebote) und ambulante (medizinische) Rehabilitation Sucht (ARS), inklusive der Kombitherapie und Suchtnachsorge. Als weitere Einrichtung des Trägers existiert ein Suchtpräventionsprojekt für Mädchen* und pädagogische Fachkräfte. Der gegenseitige fachliche Austausch ist für alle Beteiligte ein Gewinn.

Das vorliegende Konzept bezieht sich in erster Linie auf den Beratungsbereich. Das Arbeitsfeld der ambulanten Therapie ist im Kapitel Segmente unter 4.4.4 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 zum größten Teil aus der jährlichen Zuwendung der Freien und Hansestadt Hamburg, der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) und aus Einnahmen aus der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

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

¹ Das Sternchen an dieser Stelle soll auch diejenigen mit einschließen, die sich als Frauen* fühlen. Wir verwenden weiterhin die Kategorie Frau*/Frauen*, da wir deutlich machen wollen, dass geschlechterbezogene Diskriminierungserfahrungen besonders diejenigen treffen, die als „Frauen“ definiert werden/sich selbst definieren. In der Debatte um eine geschlechtergerechte Sprache stimmen wir mit den Befürworter*innen überein, dass Diskriminierungen und Benachteiligungen aufgrund der vorherrschenden binären Geschlechterkonstruktion zu überwinden sind und Menschen mit allen Geschlechtsidentitäten anzuerkennen sind. Eine Auflösung dieses Dilemmas über die durchgängige Verwendung „Menschen“ oder „Leute“ macht jedoch die faktisch vorhandene geschlechtsabhängige Diskriminierung und Benachteiligung unsichtbar und unbesprechbar.

1. Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der Beratungsstelle werden maßgeblich durch den Träger, die Lage, die Öffnungszeiten und durch die Vorgaben der Zuwendungsgeberin 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 als gemeinnützige Körperschaft in das Vereinsregister des Amtsgerichtes 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 Rehabilitation, kurz der ambulanten Therapie (AT), ist Frauenperspektiven e.V. von allen Rentenversicherungen als Belegeinrichtung anerkannt.

Frauenperspektiven e.V. hält drei Angebote 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) und Suchtnachsorge als Gruppenangebot (seit 2015).

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 Emiliestraße und die Haltestelle der Metrobusse 20 und 25 liegen. Die Erreichbarkeit aus allen Regionen Hamburgs ist gut bis sehr gut.

1.3 Öffnungszeiten

Die Beratungsstelle ist zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag, Mittwoch, Donnerstag: 10-18 Uhr

Dienstag: 14-16 Uhr

Freitag: 12-14 Uhr

Gespräche und Gruppensitzungen finden vor, während und nach den 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. innerhalb von zwei Wochen ein erneuter Termin folgt.

1.4 Kosten- und Leistungsträgerspezifische Rahmenbedingungen

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven hält ein überregionales, hamburgweites, spezialisiertes Angebot für suchtmittelabhängige oder suchtgefährdete Frauen* vor. Die Zielgruppe der Beratungsstelle sind Frauen* und Menschen, die sich als Frauen* fühlen und Informations-, Beratungs-, Hilfe- und/oder Behandlungsbedarf aufgrund legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen haben, sowie Angehörige aus dem familiären oder engeren sozialen Umfeld.

Die Beraterinnen* verfügen über frauen- und suchtspezifisches Fachwissen und entsprechende Zusatzqualifikationen, insbesondere über fachspezifische Kenntnisse frauenspezifischer Zugangsweisen zu Suchtmitteln, Suchtentwicklungen, Konsummotive, Konsummuster und Konsumkontexte und über den Zusammenhang von traumatisierenden Erfahrungen und den suchtspezifischen Krankheitsverläufen bei betroffenen Frauen*.

Die Beratungsarbeit wird als Projektförderung/Fehlbedarfsfinanzierung über Zuwendungsmittel der Freien und Hansestadt Hamburg, hier der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), refinanziert. Grundlage dafür ist ein jährlicher Zuwendungsbescheid, der eine Konkretisierung der Zweckbestimmung mit Leistungskennzahlen enthält. Konkrete Leistungskennzahlen werden für jedes Segment im Zuge des Zuwendungsantragsverfahrens jährlich mit der Sozialbehörde vereinbart.

Die Arbeit in der Beratungsstelle basiert auf

- den wissenschaftlich anerkannten sozialpädagogischen Kenntnissen und den biologischen und psychologischen Paradigmen entstammenden suchtrelevanten Erkenntnissen, dem bio-psycho-sozialen Suchtmodell und entsprechenden Methoden einer Suchtberatung für Frauen* (siehe aktuelle Konzeption)
- Richtlinie zur Förderung der Suchthilfe und Suchtprävention in Hamburg durch Zuwendungen der FHH vom 05.12.2020 der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg
- der „Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Sozialbehörde über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg“ vom 20.11.2017
- der „Rahmenvereinbarung zur Kooperation >>Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen* und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr<< vom 13.02.2008
- der Empfehlung zur Beurteilung und zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung des Fachrates vom 02.04.2007
- der „Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen sozialen Dienst Hamburg“ vom 17.11.2009, überarbeitet in 2017
- der Kooperationsvereinbarung zur Zusammenarbeit der Jobcenter von team

arbeit hamburg (t.a.h.) und den Arbeitsagenturen mit den Trägern der ambulanten Suchthilfe in Hamburg (SGB II Suchtberatung) vom 25.01.2017.

- Kooperationsvereinbarung zur Förderung der Erziehungsfähigkeit von substituierten drogenabhängigen Menschen mit regelmäßigem Umgang mit minderjährigen Kindern sowie der Stärkung des Kinderschutzes vom 20.06.2012.
- dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), und dem Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) vom 27.04.2002, dem Gendermainstreaming und dem Diversityansatz verpflichtet und bemühen uns grundsätzlich allen Frauen* den Zugang zu unserer Einrichtung zu ermöglichen
- dem Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen* und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention) seit dem 01.02.2018 in Deutschland rechtskräftig

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

2. Fachliche Grundlagen der Arbeit

Die fachlichen Grundlagen der Beratungsarbeit basieren auf dem nachfolgend beschriebenen Menschenbild und den Theorien zur Entwicklung einer Sucht.

2.1 Menschenbild

Das zugrunde liegende Menschenbild versteht Menschen als gestaltende 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 und in dem, wie sie sich selbst dazu ins Verhältnis setzen.

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 Veränderung 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, ALG II-Regelungen, Familienformen, Schulformen, kulturellen Übereinkünften, 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 maßgeblich über alle Lebensbereiche hinweg 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 Frauen*forschung (seit den 80er Jahren) und der zaghafte beginnenden Männer*forschung um die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit für alle menschlichen Aktivitäten haben 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 in der Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Sozialbehörde in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit vom 20.11.2017 festgeschrieben. Eine ausführliche Empfehlung des Fachrates der ambulanten Suchthilfe zur Umsetzung des Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit liegt 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.

2.2 Gender Mainstreaming, Diversity und Geschlechteridentitäten

Gender Mainstreaming (GM)

„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. Bezüglich der Identität, der Handlungs-, Denk- und Gefühlsmuster ist Gender maßgeblich für das Individuum.

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 auf die Vielfalt von sozialen Gruppen sowie auf die Vielfalt in sozialen Gruppen 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 (vgl. Vinz 2010: 25f).

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 innehat und weitere Diskriminierungsfaktoren deutlich „einfärbt“. So sind z.B. die Teilhabemöglichkeiten eines Mannes*, der einer Niedriglohngruppe angehört, andere als diejenigen einer Frau, die einer 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 des eigenen Könnens oder der zu erwartenden 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.

Vielfältigkeit der Geschlechteridentitäten

Darüber hinaus fühlen wir uns auch denjenigen gegenüber verantwortlich, die sich nicht der Norm der Zweigeschlechtlichkeit unterordnen wollen oder können. Unsere Angebote sind daher offen für diejenigen, die sich selbst als Frauen* fühlen, als solche definiert oder angesehen werden und entsprechend weibliche Erfahrungen, weibliche Normierung und Anforderungen erleben.

So führen uns beide Strategien und die Sensibilisierung für mehr als nur zwei Geschlechteridentitäten zu 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.

2.3 Sucht – Definition und Entstehung

Es existieren viele Theorien, die je nach Zugehörigkeit zu einer Fakultät und darin unterschiedlicher „Schulen“ die Entstehung von Sucht erklären und Sucht definieren. Eine Definition des Begriffs „Sucht“ von Gross enthält wenig schulenspezifische Begriffe und gilt für stoffgebundene und stoffungebundene Sucht:

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

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 missbräuchlichen oder süchtigen Charakter hat, orientieren wir uns neben den Angaben der Klientin 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 Entzugserscheinungen
- Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (Drei oder mehr Kriterien müssen erfüllt sein.)

2.3.1 Das Bio-psycho-soziale Suchtmodell

Das bio-psycho-soziale Suchtmodell basiert auf dem Gesundheits-/Krankheitsmodell der WHO und beschreibt drei Dimensionen und ihr Wechselspiel: *Körper* und *Psyche/Geist* im *sozialen* Kontext. Es ist *das* zurzeit allgemein anerkannte Modell einer Suchterkrankung. Auf dem gemeinsamen Fachkongress der Deutschen Hauptstelle

gegen die Suchtgefahren (DHS) und des Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) 2018 mit dem Titel *Bio-Psycho-Sozial* betonten Referent*innen wiederholt die Bedeutung des Sozialen, die soziale Dimension im Prozess einer Suchtentwicklung und Überwindung (vgl. Bürkle 2018).

Basierend auf diesem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Sucht fokussieren wir physische/körperliche Zustände/Störungen, wenn die körperliche Befindlichkeit der Konsumierenden dies erfordert. Biochemische Prozesse spielen in psychoedukativen Sequenzen eine bedeutsame Rolle, wenn z. B. das starke Verlangen nach einem Suchtmittel (Craving) für Unverständnis sorgt, wenn der Einfluss der Amygdala auf das (Wieder-) Erleben im Zusammenhang mit nicht verarbeiteten traumatischen Erlebnissen erklärt werden soll um so ein Verständnis für die eigene Gefühlslage zu erlangen.

Die psychische Dimension (Fühlen, Denken und Handeln) umfasst Verarbeitungsweisen, Selbstkonstruktionen, psychische Symptome von Erkrankungen und so weiter. Bei der retrospektiven Sicht auf eine Suchtentstehung und entsprechend bei der Entwicklung eines Hilfeplanes mit dem Ziel einer abstinenten oder konsumreduzierten Lebensführung ist diese psychische Dimension ebenso wichtig wie die soziale Dimension. Letztere umfasst alle Lebensbereiche.

Das entsprechende Klassifikationssystem, die (International Classification of Functioning, Disability and Health) ICF basiert auf dem bio-psycho-sozialen Gesundheits-/Krankheitsmodell der WHO, erweitert dieses und gilt als umfassendes Klassifikationssystem. Bei konsequenter Anwendung kann sie verschiedenen Professionen als gemeinsame verbindliche Sprache, als systematisiertes Ordnungs- und gemeinsames Dokumentationssystem gewonnener Erkenntnisse über verschiedene Funktionsfähigkeiten, bzw. deren Einschränkungen einer Klientin/eines Klienten dienen. Das ICF-Konzept umfasst krankheitsbedingte Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit in fünf Lebensbereichen: Körperfunktionen (1) und –strukturen (2), Aktivitäten (3), Teilhabe (4) und zwei Kontextfaktoren (5), die Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren und ist als umfangreiches Instrument zur Bedarfsermittlung und Leistungserbringung zu verstehen.

Eine wissenschaftlich begründete Auswahl verschiedener Funktionsbereiche wurde in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe in ihrem Nutzen für die Dokumentation, die Bedarfsermittlung und gezielte Leistungserbringung in der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe erprobt (vgl. Meyer-Steinkamp, R. 2018). Die Beratungsstelle Frauenperspektiven hat sich an der Erprobungsphase (Umsetzung in der Praxis) des Modularen Core Sets Sucht (MCSS) für die ambulante Suchtberatung beteiligt.

Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells befassen sich die Beraterinnen* im Einzelfall mit allen Lebensbereichen, wie sie nun auch im ganzheitlich angelegten Klassifikationssystem ICF aufgenommen sind. Hierbei werden die Ergebnisse des Forschungsprozesses insofern angewandt als einzelne Funktionsbereiche in der Bedarfsermittlung und Überprüfung der Hilfeplanziele aufgenommen sind.

Die soziale Dimension des o.g. Suchtmodells wird seit jeher von der Berufsgruppe der

Sozialpädagog*innen/Sozialarbeiter*innen in den Blick genommen. Sie sind zuständig für die soziale Integration und Teilhabe an den gesellschaftlichen Ressourcen der Einzelnen: Wohnen, Einkommen, Soziale Kontakte, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Freizeitverhalten und vieles mehr. Sie übernehmen die Fallverantwortung in der ambulanten Suchthilfe. Sie befassen sich mit der psychosozialen Bearbeitung von Sucht und Suchtfolgen (vgl. Laging 2018).

Die sozialpädagogische Perspektive orientiert sich an der konkreten Lebenswelt mit allen Aspekten und an den konkreten subjektiven Deutungs- und Handlungsmustern von Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit der Klientinnen*. Diese Deutungs- und Handlungsmuster können eine gelingende Alltagsbewältigung fördern oder diese (kurz oder langfristig) verhindern (vgl. Thiersch 1996: 51).

Diese sozialpädagogische Perspektive² auf die Lebenswelten der Klientinnen* ist ein originärer Bestandteil der ambulanten Suchthilfe und wesentlich in der Beratungsstelle Frauenperspektiven.

2.3.2 Erkenntnisse der Frauen*-Sucht-Forschung

Auf die Bedeutung der Geschlechtskategorie verweist Vogt. Sucht entwickelt sich im Spannungsfeld des Dreieckes aus Person-Substanz-Gesellschaft. Geschlechtsspezifische Zuschreibungen, Anforderungen und Belastungen sind für Männer* weitestgehend andere als für Frauen*. Sie spiegeln sich in biografischen Erfahrungen und in der Lebensrealität von erwachsenen Frauen* und Männern* wider. „...das Geschlecht gehört zu den wichtigsten Variablen, wenn es um den Konsum psychoaktiver Substanzen, um Problementwicklungen und um Abhängigkeit geht und ebenso um Beratung, denn Beratende treffen immer auf Frauen* oder Männer*...“ (vgl. Vogt 2004:15 und Stöver 2016)

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

² Sozialpädagogische Arbeitsansätze werden nach Ansicht von Flick im Gesundheitsbereich zu wenig wertgeschätzt, was auch an der geringen Bezahlung erkennbar ist. Dabei sind sie sehr wichtig für den Genesungsprozess, weil sie existenzsichernde Grundbedürfnisse (wie z.B. Wohnen, Arbeit/Einkommensverhältnisse, Soziale Kontakte etc.) in den Blick nehmen. (vgl. FLICK 2018, S. 12).

unterschiedlichen persönlichen Suchtentwicklungen im **Erwachsenenalter** führen:

Süchtige Frauen* unterscheiden sich nach Franke (1999:146 ff) hinsichtlich des konsumierten Suchtmittels (legal – illegal), hinsichtlich lebensspezifischer Phasen, der sozialen Situation, der psychischen Situation, der Erwartungen an die Substanz und der Funktionalität des Suchtmittels.

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 (1999:149) nennt soziale und psychische Situationen, wie z.B. Scheidung als sehr bedeutend für die Entstehung und den Verlauf einer Suchterkrankung und führt vor allem für Frauen* ab der 5. Lebensdekade weitere Belastungsfaktoren an (151): Betreuung von alt gewordenen Angehörigen, Angst um den Arbeitsplatz 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 nach Quinten 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 Entstehung solcher Befindlichkeitsstörungen findet auf unterschiedlichen Ebenen statt.

2.3.3 Neuere Sozialisationsinstanzen: Messengerdienste und Social Media

Zusätzlich zu den bisherigen Sozialisationsinstanzen spielen Messengerdienste und Social Media Plattformen eine sehr große Rolle bei der Suche nach Orientierung, Vorbildern, eigenen Interessen und Bedürfnissen, für die Wahrnehmung der eigenen Identität. Messengerdienste ermöglichen einen großen „Freundeskreis“, mehrere Peergroups gleichzeitig und fordern ständige Präsenz und Kommunikationsbereitschaft. Das Bedürfnis dazu zu gehören und gemocht zu werden kann dazu führen, sich über die Anzahl der virtuellen Freunde oder der Likes zu identifizieren. Gerade Mädchen* und Frauen* machen in den Medien die Erfahrung, dass sie mehr als Jungen* und Männer* gemobbt werden, dass über sie ein sexualisierter shitstorm hereinbricht, wenn sie sich anders als der Mainstream äußern.

Mädchen* und Frauen*, die sich in Netzwerken wie Instagram, Twitter, Tik Tok etc. mit den Normen und Erwartungen an die Selbstoptimierung ihres weiblichen Körpers auseinandersetzen und sich selbst daran messen, stellen häufig fest, dass sie die Anforderungen, die mit „richtiger“ Weiblichkeit verknüpft sind wie Gesundheit, Fitness, Leistungsfähigkeit, „sexy Styling“ nicht entsprechen.

Der Körper ist eine zentrale Ebene der Selbstdarstellung/Selbstinszenierung und er ist Gegenstand der Selbstoptimierung. Rat geben Influencer*innen: die perfekte Selbstinszenierung ist zu erreichen über einen sehr sehr schlanken Körper, Sportlichkeit oder zumindest sportliche Kleidung (Jogginghosen, Sneakers, Rennradfahren, Fitness-Tracker -möglichst von Markenherstellern), eine gepflegte Erscheinung über den Einsatz von Pflegeartikeln und Kosmetika.

Der Körper ist für die weibliche Identitätsbildung und (Fremd- und Selbst-) Wahrnehmung zentral.

Diverse Studien (Götze 2019) bestätigen unsere Alltagswahrnehmung: Mädchen* und Frauen* investieren heutzutage sehr viel mehr Zeit, Geld und Energie in die Gestaltung und Herrichtung ihrer Körper als Jungen* oder Männer*. Sie sind für die entsprechenden Industrien sehr erfolgreich über ihre Körper anzusprechen. Darüber hinaus wird der weibliche Körper in fast allen Medien hypersexualisiert dargestellt. Schon Kinder „lernen“ weibliche Körper mehr mit Sexualität zu verknüpfen als männliche Körper über Kindersendungen wie Götze in einer Studie nachweisen konnte (Götze 2016).

Der Druck sich entsprechend den Vorgaben zu verhalten ist enorm und wird durch ständige Rückmeldungen und Beurteilungen (Likes) verschärft. Viele sind den permanenten Rückmeldung von anonymen Menschen ausgeliefert, die in keinerlei Beziehung zu ihnen stehen, die teils hemmungslos und ohne Rücksicht agieren und vernichtende Kommentare verfassen.

Unzufriedenheit und Stressgefühle und psychischen Störungen (Depressionen, Ängste, Zwänge...), können sich einstellen und zu gestörtem Essverhalten und zu Suchtmittelkonsum führen. Psychoaktive Substanzen, wie Medikamente, legale und illegale Suchtmittel, Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und Neuroenhancer helfen scheinbar dem Druck zu entfliehen, die Stimmungslage anzuheben, negative Gefühle abzubauen, Funktionalität her- oder abstellen und die (geistige) Leistung zu steigern.

2.3.4 Sozialisationserfahrungen, Anforderungen und Belastungen

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

- Erfahrungen von seelischer, körperlicher, sexualisierter 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 eigener sexueller Bedürfnisse und Wünsche
- Verdrängung und Nichtwahrnehmung eigener Gefühle
- Ein von Passivität und Opferhaltung („Schweigen und Schlucken“) geprägtes Selbstbild
- Ausgeliefertheits- und Ohnmachtserfahrungen, wenig Einflussmöglichkeiten, wenig Selbstwirksamkeitserfahrungen
- 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 leistungssteigernden Suchtmitteln und Drogen)
- Bestätigung wesentlich durch Jungen/Männer (mangelnde Wertschätzung alles „Weiblichen“ (außer Körper und Aussehen))
- Widersprüchlichkeit in den Vorstellungen von Weiblichkeit (Jungfrau und Hure)
- Nicht realisierbare Normen und Werte von Weiblichkeit, Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitspräsentation über Körperstyling und „Gesundheit“ (Social Media, Instagram u.a.)
- 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: 233ff)

Die Entstehung einer Sucht wird durch das Ausmaß und Zusammenspiel der o.g. Risiken wahrscheinlicher, wenn gleichzeitig schützende Faktoren/Ressourcen fehlen.

In der konkreten Arbeit mit Frauen* sind aus den o.g. Sozialisationserfahrungen folgende Ressourcen abzuleiten, die es entweder neu zu entdecken gilt oder die aufgebaut werden können:

- Wertschätzung des eigenen Geschlechts (der eigenen Person als Frau und anderer Frauen*)
- Annahme und Wertschätzung des eigenen Körpers (Entsexualisierung, Entpathologisierung)
- Eigene sexuelle Bedürfnisse kennen und befriedigen (lernen)
- Erkennen von Abhängigkeitsmustern in Beziehungen
- Thematisierung der individuellen Spannung zwischen unterschiedlichen, bisweilen widersprüchlichen „Frauen*bildern“
- Selbstwahrnehmung als selbsttätig Handelnde
- Wahrnehmung eigener Gefühle und deren Formulierung
- 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) - Entwicklung eigener Vorstellungen von sich selbst als 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

Veränderungsimpulse in Bezug auf Sucht(-überwindung) sind im Konglomerat aus den o.g. Konsummitteln, -motiven und -kontexten zu suchen. In ihnen verdichten sich biografische Erfahrungen, Verletztheiten und eben auch die Ressourcen, in ihnen lassen sich Anknüpfungspunkte für verändertes Verhalten und veränderte Selbstkonstruktionen ausfindig machen.

2.3.5 Die Besonderheit eines „Frauenträgers“

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 Klientinnen* betreut werden. Schon damals stellten die Praktikerinnen* fest, dass für Frauen* andere, frauengerechte Angebote in der Suchthilfe notwendig sind, in denen sie ihre Themen geschützt bearbeiten können, in denen die Geschlechterverhältnisse, die Normen und Erwartungen, die daraus abgeleitet werden und für Frauen* gelten, besprechbar werden und in denen die Reproduktion erlebter Machtverhältnisse thematisiert und verhindert wird.

Mit der Besonderheit eines Frauenträgers verfolgen wir folgende Ziele:

1. Klientinnen* können 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. Dieser „Schutzraum“ kann Sicherheit bieten für eine echte Auseinandersetzung mit allem, was Frauen* belastet oder tabuisiert ist, wie z.B. widersprüchliche Frauenbilder, insbesondere weibliche Körperbilder, Anforderungen an sexuelle Praktiken, Mangel an befriedigender Sexualität, Alterungsprozesse und Essverhalten.
3. Insbesondere Frauen* mit (sex.) Gewalterfahrungen (Traumatisierungen) können während der Betreuung/Behandlung schützende Räume in Bezug auf Klientel und Beratungs- und Therapiepersonal erleben und so das Vertrauen in weiterführende Maßnahmen gewinnen.
4. Schwächen, Verletzlichkeiten, Ängste und Überforderungsgefühle können von denjenigen thematisiert werden, die sich als „erfolgreiche“ (Karriere-)Frauen* verstehen und die sich diese Gefühle in ihrem sozialen Umfeld nicht erlauben können oder wollen.
5. Erfahrungen von Solidarität sind möglich. Klientinnen* erkennen sich in der anderen wieder, entwickeln Empathie für Frauen* und die vorherrschende Konkurrenz unter Frauen* wird entschärft.
6. Empowerment und Förderung der Selbstwirksamkeitserfahrung.

Der Zugang zum Hilfesystem wird durch einen solchen „Frauen*Raum“ für diejenigen

ermöglicht, die sich von den öffentlich sichtbaren alkoholbelasteten Menschen - überwiegend Männern* - abgrenzen.

Auch Prof. Dr. Irmgard Voigt kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass weibliche Klientinnen* in hohem Maße von frauenspezifischen Kompetenzen und Konzepten profitieren. „Wie hier gezeigt worden ist, sind frauenspezifische Einrichtungen sehr erfolgreich. Das ist aber kein Hinderungsgrund dafür, die Hilfen weiter zu optimieren und entsprechend auszubauen. Insbesondere sollten spezifische Angebote für Subgruppen entwickelt werden, wie sie beispielhaft für Frauen* mit Kindern ausgebaut worden sind.“ (Vogt 2005: 13)

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

Beispielhaft seien hier einige frauenspezifische Aspekte genannt:

- (Sexualisierte) Gewalterfahrungen gegenüber Frauen* sind in ihrer Quantität und Qualität nicht weniger geworden (auch wenn insgesamt Gewaltdelikte abnehmen). Es fällt schwer diese anzusprechen, da ein emanzipiertes Ideal-Frauen*bild existiert. In Entsprechung dazu erleben sich Frauen* als Versagerin, wenn sie z. B. den Aggressor nicht verlassen.
- Im öffentlichen Diskurs zum Thema sexualisierte Gewalt stehen häufig Täter im Mittelpunkt und es geht um deren Verschleierungstaktiken und ein mögliches Strafmaß. Der Schutz der Opfer ist eher kein öffentliches Thema.³
- 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. Befördert wird dieses Schuldgefühl durch Frauen*bilder, in den es scheinbar einfach ist, als Mutter mit einem Vollzeitjob der Armut zu entkommen.

Diese frauenspezifischen Schuld- und Versagensgefühle und das Gefühl ausgeschlossen zu sein 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 sie im Zusammenhang der

³ Erst mit Bekanntwerden der vielen Missbrauchsfälle in der Kirche wurde ein Missbrauchsbeauftragter eingesetzt. Die zahlreichen Missbrauchsfälle im familiären und häuslichen Bereich, bei überwiegender Betroffenheit von Mädchen* und Frauen* haben keine solche staatliche Reaktion ausgelöst. Betroffene Frauen* und Mädchen* erleben diese sexualisierte Gewalt oft als „Privatsache“, für die sich niemand interessiert. Oft wird ihnen nicht geglaubt, wenn sie den Mut haben zu erzählen oder wenn sie Andeutungen machen. Dabei ist es für eine weniger schädigende Wirkung dieser Erlebnisse sehr wichtig dass ihnen geglaubt wird.

destruktiven Bewältigungsstrategie Suchtmittelkonsum oder mit suchtförmigem Verhalten zu erkennen und zu überwinden. Dies gilt insbesondere wenn traumatische Erfahrungen vorliegen. Eine Klientin formulierte es so: „ich nehme hier meinen Schutzwall zurück, fühle mich sicher und kann mich hier wieder auf Menschen einlassen“.

2.3.6 Traumatisierende Erfahrungen und Sucht

Es kann davon ausgegangen werden, dass jedes dritte Kind in Deutschland in der Kindheit Erfahrungen von Gewalt und Vernachlässigung in einem solchen quantitativen und qualitativen Ausmaß erlebt, dass sie als traumatisierende Erfahrungen einzustufen sind. (vgl. Wiegand et al. 2018: 67).

„Die Lebenszeitprävalenzen für substanzbezogene Störungen liegen unter Betroffenen sexuellen Missbrauchs oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit bei 14–35 % im Vergleich zu 3–12 % bei Personen ohne Misshandlungsgeschichte“ (Mullen et al. 1993: 163).

Diverse Studien weisen die Relevanz von traumatisierenden Erlebnissen wie körperlicher/sexualisierter Gewalt in der Kindheit für die Entstehung einer Suchterkrankung sowie anderen psychischen Störungen nach (vgl. Wiegand u.a. 2018: 66-75).

Dies bestätigen auch Überrepräsentationen von Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit des Klientels in ambulanten und stationären Suchthilfeformen, die je nach Stichprobe und untersuchter Traumatisierungsform bei 30–90 % liegen (vgl. Schäfer 2015).

Wiegand und Klein sprechen angesichts der Häufigkeit, mit der traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter gemeinsam mit späteren Substanzstörungen auftreten, von einem kausalen, ursächlichen Zusammenhang (Wiegand et al. 2018: 68).

Dass davon Frauen* und Mädchen* besonders häufig betroffen sind, ist hinlänglich bekannt. Dies wird aktuell durch die Ergebnisse der Studie des Bundeskriminalamtes (BKA) zu Partnerschaftsgewalt bestätigt. Die derzeitige Familienministerin Franziska Giffey schlussfolgert: "Für viele Frauen* ist das Zuhause ein gefährlicher Ort", und: auch 18% Männer* seien unter den Opfern und dass in einem "modernen und fortschrittlichen Land" statistisch gesehen an mehr als jedem dritten Tag pro Jahr eine Frau vom (ehemaligen) Partner ermordet werde, dass häusliche Gewalt durch alle Gruppen gehe und dass 80 Prozent der Taten im Dunkelfeld stattfänden (vgl. Giffey 2018).

Mit entsprechenden Erkenntnissen über das Ausmaß traumatisierender Erfahrungen im Zusammenhang einer Suchtentwicklung bei Frauen* wurden die Einrichtungen für Frauen* in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre begründet (vgl. Schwarting 2016: 51 ff). Auch aktuellere Studien weisen nach, dass das Risiko einer Suchtentwicklung aufgrund *traumatisierender Erfahrungen durch sexuelle/körperliche Misshandlung* für Frauen* erheblich höher ist als für Männer. So lag bei einer Studie mit weiblichen Suchtpatienten die durchschnittliche retrospektive Prävalenzrate von sexualisiertem Missbrauch in der

Kindheit bei 45 %, bei männlichen Patienten bei 16 %, die von körperlicher Misshandlung in der Kindheit lag bei Frauen* bei 39 % und bei Männern bei 31 % (Simpson et al. 2002: 67).

„In einer deutschsprachigen Studie mit 900 Suchtpatientinnen in stationärer Suchtbehandlung lag die Prävalenz von früher sexueller Gewalt bei 34 % und die Prävalenz von früher körperlicher Gewalt bei mehr als 50 %. Mehr als 75 % der Patientinnen hatten zudem emotionale bzw. psychische Gewalt erlitten.“ (Zenker C. et al. 2002: 15)

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).

In diesem Sinne fassen wir weibliche Sucht als Selbstmedikation/Selbstheilungsversuch im Sinne einer Bewältigungsstrategie zur Behandlung z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung und Vorformen derselben.

Betroffene Klientinnen* weisen eine hohe Komorbiditätsrate auf. So treten neben einer substanzbezogenen Störung und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) häufig affektive Störungen, Angst-, Persönlichkeitsstörungen, Impulskontrollstörungen und eine deutlich erhöhte Suizidalitätsrate auf (vgl. Wieland et al. 2018: 68).

Huber (2005) geht davon aus, dass bei frühen und lang andauernden Traumatisierungen Komorbidität in Form von depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Schmerzsymptomen, psychosomatischen Organerkrankungen, Suchterkrankungen und Störungen der Persönlichkeit als Folge sehr wahrscheinlich ist.

Dass Suchtmittel von vielen traumatisierten Frauen* eingesetzt werden um die Symptome zu mildern, liegt auf der Hand, dienen sie doch in vielen Fällen einer Überlebensstrategie (vgl. Vogt 2003: 1 und vgl. Reddemann 2002: 580).

Bewältigungsstrategien traumatisierter Eltern(-teile) werden nicht selten an die nächste Generation weitergegeben, so dass die Symptome dieser transgenerationalen Traumatisierung (Krieg, langanhaltende Misshandlungen, sexuelle, körperliche Gewalt u.a.) sehr ähnlich sind und auch diesen (sekundär) Betroffenen ein Suchtmittelkonsum zur Verarbeitung attraktiv erscheint.

„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.).

Gahleitner (2009) greift auf, was Miller so beschrieb: „Stößt eine Person beim Versuch, die Verbindung erneut herzustellen, auf empathische Resonanz, so führt dies zu Empowerment, Freude, Selbstwertgefühl und dem Wunsch nach weiteren Verbindungen mit anderen Menschen. Erfährt dieser Mensch dabei jedoch Ablehnungen und Demütigungen, so wird irgendwann die Sehnsucht nach Bindung selbst als etwas

Gefährliches erlebt und in der Folge eher die Distanz gesucht oder aber eine Änderung im eigenen Verhalten versucht, um die Erwartungen anderer zu erfüllen. Daraus wiederum können vermindertes Selbstwertgefühl, Verwirrung und eine generelle Abwendung von Beziehungen entstehen (Miller, 1986). „Dieses „Beziehungsparadoxon“ (Miller&Stiver, 1997) der gleichzeitigen Sehnsucht nach und Angst vor Bindungen kann zur Resilienz führen (Jordan et al., 2008) oder zu einem Zustand, den Miller und Stiver (ebenda, S. 72) als „zur Isolation verurteilt“ beschrieben: der Erfahrung, aus der Möglichkeit einer Verbindung mit anderen Menschen ausgeschlossen zu sein.“ (Gahleitner, 2009: 91)

Die Überrepräsentation, die erhöhten Prävalenzraten von traumatisierenden Erfahrungen von Frauen* sind in der Beratungsstelle Frauenperspektiven deutlich erkennbar. So geben beispielsweise in 2017 58% aller Klientinnen* an im Leben *körperliche Gewalt*, 48% *sexuelle Gewalt* und 93% *weitere schwer belastende Ereignisse* erfahren zu haben (aus der Einrichtungsbezogenen Auswertung der BADO-Daten 2019). Bei den letzteren ist nicht bekannt, um welche Erfahrungen es sich handelt, da sie aber als *schwer belastende Ereignisse* eingestuft werden, ist davon auszugehen, dass den Angaben oft traumatische Erfahrungen zugrunde liegen.

Hinweise auf komorbide Erkrankungen (gesundheitlich körperliche Beeinträchtigung: 56% der Klientinnen* geben diese als *mittel, erheblich, extrem* an) Psychisch/seelische Belastungen: 96% (*mittel, erheblich, extrem*); Ängste/Phobien: 65% (*mittel, erheblich, extrem*), Depressive Stimmungen: 84%, Anzahl Suizidversuche: 10%; verschriebene Psychopharmaka: 48%) ergeben sich aus den einrichtungsbezogenen Daten der BADO 2019. Die o.g. Symptome einer PTBS und entsprechende Krankheitsbilder (Schlafstörungen 67%, Nervosität/Unruhe 79,5% *mittel, erheblich, extrem*) erleben Beraterinnen* in ihrer Beratungstätigkeit alltäglich.

Immer wieder werden Klientinnen* aus der Suchthilfe und anderen sozialpsychologischen Arbeitsfeldern an die Beratungsstelle Frauenperspektiven verwiesen. Dies gilt insbesondere auch für niedergelassene psychotherapeutische Behandlungsstätten, wenn davon ausgegangen wird, dass psychische Erkrankungen nicht behandelt werden können, wenn suchtspezifische Belastungen dominant sind.

3. Zielsetzung der Einrichtung

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven haben wir ein spezielles Angebot für suchtgefährdete und abhängige Frauen* entwickelt, dessen übergeordnetes Ziel die *Minimierung individueller suchtmittelbezogener und sonstiger gesundheitlicher Risiken* ist. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes bezogen auf das von der Klientin* formulierte Anliegen steht im Mittelpunkt.

Die *Unterstützung und Stärkung der Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchtttherapeutischer Hilfen*, ist dabei eine zentrale Aufgabe, wenn dieser Weg gewünscht ist.

Der Ausstieg aus der Sucht bzw. die aktive Gestaltung und Kontrolle der eigenen

Lebensführung erfordert die Einbeziehung aller bio-psycho-sozialen 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, frauenspezifische Verarbeitungsformen von Individualisierung, Scham und Schuld zu verlassen und die Chance zu Neuentscheidungen zu nutzen. Die Motivation zu sozialer, verantwortungsbewusster und gesundheitsbezogener Lebensführung wird somit gefördert.

Ein zentrales Ziel in der Arbeit mit suchtgefährdeten/abhängigen Klientinnen* ist die bewusste *Wahrnehmung und Stärkung ihrer Interessen, Bedürfnisse* und Werte als Ausgangspunkt für die Entwicklung individueller Zukunftsperspektiven und eigener Lebensplanung. Dieses ist für viele der Klientinnen* (zumeist ältere) zunächst eine ungewohnte Perspektive, haben sie es doch häufig gelernt, die Bedürfnisse und Interessen anderer Menschen in den Vordergrund zu stellen.

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 entwickelt*, das über physische Gesundheit hinausgeht, das das Konzept Empowerment und eine solutogenetische Perspektive, wie von Antonovsky in den 70ern aufgestellt, aufnimmt. 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 sowie unserem ressourcenorientierten Ansatz.

Als Beraterinnen* verstehen wir uns als kompetente, qualifizierte Fachkräfte, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen den selbsttätigen Veränderungsprozess im Sinne eines Empowerments, hin zu einer emanzipierten und zufriedenstellenden Lebensführung der jeweiligen Frau/Hilfesuchenden fachlich qualifiziert begleiten und fördern. Dabei ist es wichtig, möglichst viele Selbstwirksamkeitserfahrungen im Beratungsprozess zu gewährleisten und die Klientin als Akteurin darin zu erkennen.

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. Dies 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 z.B. in Schulen und Berufsausbildungsstätten anzusprechen.

2. Stabilisierung Trauma belasteter Klientinnen*

Eine Stabilisierung für die Vermittlung dieser Klientinnen*gruppe in weiterführende Maßnahmen oft eine notwendige Vorbedingung. Die Teilnahmezahlen der entsprechenden Gruppenangebote sowie die Inanspruchnahme des Segmentes Soziale Stabilisierung und Integration sind hierbei als Erfolgsindikator zu benennen.

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 Suchtentwicklungen und Begleiterscheinungen.

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

5. Eine kontinuierliche Steigerung der erreichten Klientinnen* mit Migrationshintergrund, insbesondere in den Altersgruppen bis 35 Jahre.

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

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

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 oder angrenzenden Arbeitsfeldern.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven hält Angebote für verschiedene Zielgruppen vor, die im Folgenden dargestellt werden.

3.1 Zielgruppen

Grundsätzlich haben alle erwachsenen suchtmittelabhängige und suchtgefährdete Frauen*, die ihren Wohnsitz in Hamburg haben, sowie deren Angehörige und Bezugspersonen Zugang zur Beratung, unabhängig davon, ob das Suchtmittel illegal oder legal ist.

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.

Selbstverständlich können Frauen* mit unterschiedlichen Lebensweisen und Selbstverständnissen in der Beratungsstelle einen Ort finden: Frauen* mit und ohne Kindern, erwerbstätige und erwerbslose Frauen*, heterosexuelle, lesbische Frauen*, religiös oder atheistisch lebende Frauen*, Frauen*, die eine weibliche Geschlechtsidentität entwickelt haben unabhängig von ihrer biologischen Geschlechtsidentität. Frauen* verschiedenen Alters, wohlhabende und arme Frauen*, Frauen* mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und ebenso Frauen* mit körperlichen, seelischen und intellektuellen Beeinträchtigungen sind willkommen.

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.

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 Betroffene 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, da sie insbesondere in einer Frauen*einrichtung erreicht werden können.

- Komorbid belastete Klientinnen*
- Klientinnen* mit Traumatisierungserfahrungen
- Klientinnen* mit Migrationshintergrund
- Klientinnen*, die auch Mütter minderjähriger Kinder sind

1. Frühintervention - besonders wichtig in der Arbeit mit komorbid belasteten Klientinnen*

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:

Alkoholabhängigkeit führt zu einer **erheblich erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate. Komorbiditäten sind Indikatoren für ein erhöhtes Sterberisiko** und entsprechend zu behandeln. Alkoholabhängige Frauen* haben ein um das **4,6-fach erhöhtes Risiko vorzeitig zu sterben; sie sterben 22 Jahre früher als nicht belastete Frauen* in der** Gesamtbevölkerung (Männer: 1,9-fach erhöht, sie sterben 19 Jahre früher.)⁴ (vgl. John, 2012).

Entsprechend sollten alkoholabhängigkeitsbezogene Interventionen möglichst früh beginnen. So lassen sich Chronifizierungen der komorbiden Störungen und die Alkoholabhängigkeit eher verhindern oder in ihren Krankheitseffekten abmildern.

Die Daten der Hamburger Basisdatendokumentation 2019 weisen eine erhöhte Komorbiditätsrate von alkoholbelasteten Frauen aus. Die Klientinnen* der Beratungsstelle Frauenperspektiven (BFP-Kl.) sind zu Beginn der Betreuung im Durchschnitt 45 Jahre alt. Alle Klientinnen*⁵ inkl. der Angehörigen, die in der BADO erfasst sind, sind durchschnittlich 43 Jahre alt.

Unserer Erfahrung nach spielt suchtförmiges Essverhalten nicht nur in Bezug auf Komorbidität eine große Rolle, sondern insbesondere bei Frauen* können Suchtmittel als „Substitut“ für eine Essstörung funktionalisiert werden.

Es folgt ein Vergleich einiger komorbiditätsrelevanter Daten der BFP-Klientinnen* mit denen aller in der BADO 2019 erfassten Klientinnen* und Klienten. Hierbei wurden die Daten jeweils aus der Alkoholgruppe und zu Beginn der Betreuung verwandt.⁶

⁴ Wobei nicht untersucht wurde, ob komorbide Erkrankungen als Folge der Alkoholabhängigkeit entwickelt wurden oder bereits dieser vorgeschaltet waren.

⁵ Darin sind auch die Klientinnen* von der Beratungsstelle Frauenperspektiven enthalten.

⁶ Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gruppe alkoholbelasteter bzw. -abhängiger Klientinnen*/Klienten zu Beginn der Betreuung

Items – bezogen auf Alkoholgruppe und zu Beginn der Betreuung (erheblich, extrem)	Alkohol-Gruppe Männer - BADO	Alkohol-Gruppe Frauen* BADO (inkl. BFP-Klientinnen*)	Alkoholgruppe BFP-Klientinnen*	Prozentangaben zu Antwortmöglichkeiten:
Psychisch-seelische Belastungen	34,1%	45,0%	76%	erheblich, extrem
Schlafstörungen	51,1%	60,8%	67%	erheblich, extrem
Verschriebene Psychopharmaka	21,9%	38,9%	43%	Antidepressiva
Verschriebene Psychopharmaka	28,7%	44,5%	48%	Verschiedene (Sedativa/ Hypnotika; Antidepressiva; Neuroleptika, Antikonvulsiva; u.a.)

Dieser Datenvergleich verweist einmal mehr auf geschlechtsspezifische Unterschiede des Klientels und macht deutlich, dass Klientinnen* in den genannten Items erheblich höhere Belastungen aufweisen als Männer*.

In der Gruppe der BADO-Klientinnen* sind auch diejenigen enthalten, die über die Beratungsstelle Frauenperspektiven erreicht werden. Dies bedeutet, dass die Tendenzen, die sich im Vergleich der beiden Klientinnen*-Gruppen ergeben, in Realität noch stärker hervortreten, dass Klientinnen* in der Frauen*einrichtung ein stärkeres Belastungsprofil aufweisen.

Den Zugang zu unseren Angeboten erleichtern wir für diese Zielgruppen darüber, dass wir Informationsmaterial an den Orten bereitstellen, an denen sich o. g. Klientinnen* (komorbide belastet und unter 35 Jahre) aufhalten (z.B. Hausarztpraxen und gynäkologische Praxen, Erziehungsberatungsstellen usw.) und indem wir unseren Bekanntheitsgrad bei Fachkräften in der Suchthilfe weiterhin festigen und in angrenzenden Arbeitsfeldern ausweiten.

2. Traumatisierte Klientinnen*

Wie in Kapitel 2.3.6 ausführlich begründet ist die Versorgung dieser Zielgruppe speziell in einer Fraueneinrichtung fachlich äußerst sinnvoll.

Items – bezogen auf Alkoholgruppe und zu Beginn der Betreuung	Alkohol-Gruppe Männer - BADO	Alkohol-Gruppe Frauen* BADO (inkl. BFP-Klientinnen*)	Alkoholgruppe BFP-Klientinnen*	Antwortmöglichkeiten:
Schwer belastende Ereignisse im Leben	83,1%	89,3%	91,8%	Ja
Körperliche Gewalterfahrungen im Leben	54,0%	62,9%	56,8%	Ja
Sexuelle Gewalterfahrungen im Leben	12,2%	44,5%	45,2%	Ja

Die Vergleichsdaten zeigen eine signifikant stärker Belastungen bezogen auf traumatisierende Lebensereignisse der Klientinnen* im Vergleich zu Klienten. Da in den Daten der BADO-Auswertung die Klientinnen* der Beratungsstelle Frauenperspektiven enthalten sind ist davon auszugehen, dass die Unterschiede zwischen den Klientinnen*gruppen in der Realität höher sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass mehr als jede zweite Klientin* der Beratungsstelle Frauenperspektiven (sexualisierte) Gewalterfahrungen hat und dass von 100 Klientinnen* 92 mindestens ein schwer belastendes Ereignis im Leben erlebt haben.

3. Klientinnen* mit Migrationshintergrund:

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

Eine Bestandsaufnahme der Anzahl der erreichten Klientinnen* mit Migrationshintergrund in 2019 zeigt folgendes:

- kein Migrationshintergrund 80,4%
- selbst migriert 9,8%
- als Kind von MigrantInnen geboren 9,8%

Die Anzahl der Klientinnen* die entweder selbst migriert oder Kinder von MigrantInnen sind, liegt insgesamt bei knapp 20%, in der Altersgruppe der 18-35 Jahre bei 36,1%.

Wenig begründet, aber oft formuliert gilt der Maßstab: Erreichungsgrad entspricht dem Anteil an der Bevölkerung. Der Migrant*innenanteil liegt 2017⁷ in HH bei 35%. Bei den Jugendlichen bei ca. 50% (bei unklarer Verteilung von Jungen und Mädchen*). Bei den über 65jährigen liegt der Anteil bei den Männern bei 19% und bei den Frauen bei 16% (Statistikamt Nord).

In Ermangelung epidemiologischer Studien, die valide Aussagen zur Verteilung der Suchtproblematik bei Migrantinnen* treffen, setzen wir auf eine kontinuierliche Steigerung (Vergleichen der Zahlen von Jahr zu Jahr) der erreichten Migrantinnen*, insbesondere in der Altersgruppe bis 35 Jahre.

Um dieser Zielgruppe den Zugang zu erleichtern, transportieren wir unsere kultursensible Grundhaltung im Öffentlichkeitsmaterial (Übersetzungen/Willkommen in mehreren Sprachen), heben die Möglichkeit einer anonymen Beratung im Öffentlichkeitsmaterial deutlicher hervor (negative Erfahrungen mit deutschen Institutionen); verbreiten das Öffentlichkeitsmaterial an Orten, an denen sich Migrantinnen* aufhalten (Gewerbliche Schulen, Elternschulen, Einrichtungen mit hohem Migrantinnen*anteil oder im „Zentrum für Frauen in Altona und Mehrgenerationenhaus“ des Trägers FLAKS e.V. (FLAKS) etc. Weiterhin versuchen wir Personal mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, halten wir interkulturelle Qualifikationen aller Beschäftigten vor und aktualisieren diese über kultursensible Fall-/Supervisionen und Vernetzungen mit Einrichtungen, die von vielen Migrantinnen* besucht werden und/oder communityrelevant sind.

⁷ Zurzeit sind keine aktuelleren Zahlen zum Migrationsstatus über das Statistikamt Nord zu erhalten.

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

Es lassen sich Aussagen treffen wie:

- da die Beratungsstelle ein „Frauen*ort“ ist, erreichen wir Frauen*, die keine gemischtgeschlechtliche Einrichtung aufsuchen möchten
- da die Beratungsstelle als staatliche, deutsche Einrichtung wahrgenommen wird, kommen diejenigen Frauen* mit Migrationshintergrund zu uns, die Vertrauen in deutsche Institutionen haben
- da die Beratungsstelle hamburgweit zuständig ist, kommen diejenigen zu uns, die der Kontrolle ihrer Community am Wohnort 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 um eine interkulturelle Haltung, 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 minderjähriger Kinder

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 (kein Prädiktor) für die Suchtentwicklung der Kinder.

Die Mutter-Kind-Beziehung wird aufgrund der Konsumfolgen, der Substanzabhängigkeit und damit einhergehender oder vorausgehender komorbider Belastungen in der Regel erheblich gestört. Eine grundsätzliche Bindungsfähigkeit kann ebenfalls in der Folge stark beeinträchtigt werden (vgl. Winkler 2007: 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 so wahrgenommenen Unfähigkeiten und Unzulänglichkeiten im Umgang mit

ihren Kindern (vgl. Winkler 2007: 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, 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).

3.2 Traumazentrierte Interventionen in der Beratungsstelle

Ambulante Suchtberatung ermöglicht in besonderem Maße einen niedrighschwelligem Zugang für komplex traumatisierte und suchtblastete Klientinnen*, die die institutionellen Voraussetzungen (teil-) stationärer Angebote aufgrund der Traumafolgen, der Instabilität nicht erfüllen können.

Der Beratungsprozess kann an den individuellen Schweregrad der Traumatisierung angepasst werden, weil

- es kein Abstinenzgebot gibt,
- die Arbeit mit Rückfällen möglich ist,
- traumaspezifische Schwankungen vorkommen können,
- wiederholte Beratungskontakte mit Unterbrechungen stattfinden können,
- individuelle Entwicklungsgeschwindigkeiten möglich sind,
- aufeinander aufbauende Segmente, insbesondere auch das Segment der *Sozialen Stabilisierung* genutzt werden können,
- ein zielgruppen- und themenspezifisches Gruppenkonzept zur Stabilisierung in der Beratungsstelle Frauenperspektiven entwickelt wurde, das auf drei Säulen basiert: Achtsamkeitsübung, Psychoedukation und Stabilisierungsübungen (nach Huber, Redemann, Najavits),

Das weitgehend anerkannte Dreiphasenmodell (Judith Hermann 1994 zur Behandlung einer Traumatisierung liegt dem Konzept zur Beratung traumatisierter Klientinnen* in der Beratungsstelle Frauenperspektiven zu Grunde (vgl. Huber 2005 Teil II: 18).

Es benennt die

- **Stabilisierungsphase (Ressourcenorientierung)**
- Traumaexposition bzw. -konfrontation (Techniken, um traumatisierende Erlebnisse zu rekonstruieren bzw. durcharbeiten)
- Integrationsphase (Einordnung in die eigene Vergangenheit, in das eigene Leben)

Sowohl in Einzelgesprächen als auch im o.g. Gruppenangebot können im Rahmen der Beratung ausschließlich ressourcenbasierende Stabilisierungsmaßnahmen eingeleitet werden. Der Aufbau einer tragfähigen vertrauensvollen Arbeitsbeziehung ist ebenfalls in dieser Phase nötig sowie die Stärkung der äußeren und inneren Sicherheit. Sie sind Voraussetzungen für eine gelingende, weiterführende Maßnahme.

Bei der äußeren Sicherheit geht es darum, ob sich die Klientin in ihrer aktuellen Lebenssituation sicher fühlt, ob die Wohnsituation zufriedenstellend ist, ob das Einkommen existenzsichernd ist, ob Partnerschaft, Familie, Freundeskreis emotional stärkend sind, ob akut eine Bedrohung durch (sexualisierte) Gewalt in ihrem (Wohn-)Umfeld vorliegt, ob sie sich psychisch und körperlich aktuell sicher fühlt. Sollten hier (Existenz-)bedrohliche oder negativ erlebte Lebensbedingungen vorliegen, so gilt es zunächst diese in Richtung zu mehr Sicherheit zu verändern.

Die äußere Sicherheit ist in der Regel schwierig herzustellen. Insbesondere dann, wenn Klientinnen* aktuell mit dem Aggressor in einer Wohnung leben, finanziell oder psychisch abhängig sind. Selbst wenn diese Abhängigkeiten nicht vorliegen erschwert die aktuell angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt es Frauen* enorm gewaltvolle Beziehungen zu beenden und aus dem gemeinsamen Haushalt auszuziehen.

Die innere Sicherheit kann z.B., durch die Erforschung von Gelungenem im Leben, der Suche nach Momenten von Glück, Freude und Zufriedenheit ohne den Gebrauch von Suchtmitteln, durch die Stabilisierungsübungen in der Gruppe und durch die Erfahrung des „Ortes Beratungsstelle Frauenperspektiven“ als Schutzraum gefördert werden.

Um ein Verständnis von der eigenen Suchtentwicklung und „Funktionalität“ zu erlangen wird herausgearbeitet, welche Funktion das Suchtmittel für die Klientin erfüllt und wie es ihr zur Stabilisierung gedient hat. Es geht darum das Symptom „Suchtmittelabhängigkeit“ in seiner Sinnhaftigkeit zu verstehen und die dahinter liegenden Bedürfnisse/inneren Notsituationen zu würdigen.

Langfristige Ziele sind das Erleben von Vertrauen in sich selbst und in andere, das Erleben von Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit und damit das Empowerment der Klientin zu stärken. Damit werden Voraussetzungen geschaffen, dass weiterführende Maßnahmen innerhalb der Suchthilfe und des Gesundheitswesens gelingen können.

Die Kenntnis traumatisierender Ereignisse/Erfahrungen ist unerlässlich:

Es ist für den Beratungsprozess wichtig die Folgen einer Traumatisierung durch sexuelle Gewalt, körperliche und emotionale Misshandlung, Vernachlässigung kindlicher (0-16 Jahre) Bedürfnisse (Nahrung, Zuwendung, Verlässlichkeit, emotionale Sicherheit...) einordnen zu können und aktuelle Befindlichkeiten, Störungsbilder und akute Erregungszustände (Intrusion) und Symptome als Folgen von Traumatisierungen zu erkennen. Sie stecken den Rahmen für die Risiken und Ressourcen in der akuten Lebenslage der Klientin. Von ihnen sind Hilfeplanziele und -schritte abhängig und von ihnen sind ggf. die Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen weiterführender Maßnahmen abhängig.

Die Beraterinnen* stellen im Rahmen eines ambulanten Settings entsprechende Fragen

sehr unterschiedlichen Frauen*. Von diesen kennen welche bereits ihre Diagnose PTBS, andere waren schon mal im Suchthilfesystem ohne darüber zu sprechen, andere haben schon über den Zusammenhang der traumatisierenden Ereignisse und der Entwicklung einer Sucht mit Fachkräften gesprochen. Wieder andere (viele) hatten bisher noch nie Kontakt zum Suchthilfesystem und haben noch nie in ihrem Leben darüber gesprochen. Im jedem Erstgespräch geht es in der Regel um das Motiv zur Beratung/den Beratungsbedarf der Klientinnen* und die Abklärung, welche Unterstützungsmöglichkeiten in der Beratungsstelle bestehen. Bereits dann wird darauf hingewiesen, dass dies ein Frauen*raum ist, dass die Klientinnen* und die Suchtberaterinnen* Frauen* sind und dass wir einen frauenspezifischen Arbeitsansatz verfolgen. Wir weisen darauf hin, dass Themen besprochen werden können, die besonders Frauen* betreffen. Damit „öffnen wir die Tür“ und präsentieren uns mit der Haltung: *Das Thema ist hier richtig, wir kennen uns aus, sie können uns vertrauen...*

Alle Kolleginnen* verfügen über traumaspezifische Fachkenntnisse.

Im weiteren Verlauf der Beratung liegt es im Ermessen der Kollegin* die Art und Weise und den Zeitpunkt des Fragens nach traumatischen Erfahrungen bei der Erstellung des Hilfeplanes zu bestimmen, denn dies ist von Frau zu Frau unterschiedlich sinnvoll.

Psychoedukation:

Erläutert werden physische und psychische Reaktionen und Verarbeitungsverläufe von Traumata, komorbide Störungen und Risiken und Krankheitsbilder und Symptome, sowie dissoziative Phänomene als zunächst adäquate Bewältigungsstrategie. Dieses Wissen um Flashbacks, Intrusionen und Erstarrung stabilisiert traumatisierte Klientinnen*. Sie erkennen, dass sie nicht „verrückt“ und damit nicht allein sind.

Oftmals erhalten die Klientinnen* in anderen Feldern des Gesundheitswesens Diagnosen, die sie nicht verstehen und die sie nicht mit ihren Symptomen in Zusammenhang setzen können. Im Rahmen der Beratung ist es möglich diese und den Zusammenhang zur Suchtentwicklung zu erläutern. Stabilisierung und Psychoedukation verringern – oft zum ersten Mal - das Gefühl von Hilflosigkeit und ermöglichen Kontrollerfahrungen.

Psychoedukation kann darüber hinaus helfen selbstverachtende Konstruktionen (z. B. schuld zu sein) zu bearbeiten und mit einem neuen, wohlwollenden Blick auf das eigene Denken, Fühlen und Handeln zu schauen, um so zu mehr Selbstachtung und – akzeptanz zu gelangen (vgl. Peine 2016: 81).

Komorbidität: Bei suchtblasteten Klientinnen* sind neben einer sucht(mittel)bezogenen Störung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung weitere komorbide Störungen, psychische und psychosomatische Effekte häufig zu erwarten. Demzufolge werden auch diese angesprochen, um auf entsprechende gesundheitsbezogene Beratungs- oder Behandlungsmöglichkeiten verweisen zu können. Über Vernetzung und Kooperationen mit angrenzenden Arbeitsfeldern der Gesundheitsversorgung (Psychiatrische und psychotherapeutische Praxen und

Abteilungen) verweisen wir die Klientinnen* an Behandlungsmöglichkeiten und vermitteln fallbegleitend den Übergang.

Symptome und Krankheitsbilder im Beratungsprozess: Die o.g. genannten Symptome und Krankheitsbilder lassen in der Regel einen langfristig angelegten Beratungsprozess mit sehr unterschiedlichen Episoden und wiederholten Rückfällen erwarten: psychische Befindlichkeiten wie Angstzustände, Depressionen, innere Spannungszustände etc. können die verbindliche Wahrnehmung von Terminen erschweren. Komplexe dissoziative Phänomene verhindern einen gradlinig verlaufenden Beratungsprozess.

Hinzu kommen Effekte einer Abstinenz, die häufig zu Rückfällen führen, da die Symptome und Erinnerungen („Kopfkino“) verstärkt auftreten.

Es wird daher den Klientinnen* zu Beginn des Beratungsprozesses mitgeteilt, dass sie auch nach Unterbrechungen wieder willkommen sind.

Professionelle, tragfähige und vertrauensvolle Beziehung

Häufig ist es schwierig für traumatisierte Klientinnen* eine gesunde Beziehungs- und Bindungsfähigkeit zu entwickeln.

Viele Klientinnen* begegnen anderen Menschen mit Misstrauen hinter dem gleichzeitig der Wunsch nach einer vertrauensvollen harmonischen Beziehung verborgen ist.

Dieses Beziehungsparadox sorgt für Spannungen, Enttäuschungen und konfliktbelastete soziale Kontakte in allen Lebensbereichen und eben auch in der Einzel- und Gruppenberatung. Viele Klientinnen* leiden darunter, da sie gerne stabile Freundschaften und Beziehungen hätten. Es ist teils in langfristigen Beratungsprozessen möglich neue Beziehungserfahrungen in der Beratungsstelle zu machen.

Dabei setzen die Beraterinnen* auf Grundsätze wie Parteilichkeit und Authentizität und stellen so viel wie möglich Transparenz her, um Kontrolle zu ermöglichen. So werden Ohnmachtsgefühle im Beratungsprozess verhindert.

Ziel ist die allmähliche Wiederherstellung von Vertrauen in Menschen, die Förderung der Beziehungsfähigkeit und sozialer Kontakte.

Gruppenarbeit mit traumatisierten Klientinnen*:

Aufgrund der o.g. Krankheitsbilder und Symptome haben wir speziell für diese weibliche Zielgruppe ein Gruppenangebot entwickelt, das im Rahmen von Beratung umsetzbar ist. Es basiert auf drei Säulen: Psychoedukation, Achtsamkeits- und Stabilisierungsübungen nach Huber, Reddemann und Najavits.

Zur Selbstberuhigung und Entspannung üben die Klientinnen* in der Gruppe Imaginations- und Distanzierungsübungen wie z.B. der innere Garten, Tresorübung, die innere Beobachterin, der sichere innere Ort.

Ziel ist es dabei, diese Übungen so sicher ausführen zu können, dass die Klientinnen* in entsprechenden Situationen diese selbstständig anwenden und mittels dieser Selbstberuhigungsstrategien ihre Handlungsfähigkeit stärken.

Oftmals werden darüber die Voraussetzungen für gelingende weiterführende Maßnahmen, wie z.B. eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erst geschaffen.

Supervision:

Insbesondere in der Arbeit mit oben beschriebener Klientel sind Maßnahmen zur Psychohygiene und Verhinderung von Sekundärtraumatisierung erforderlich. Diese sind in Kapitel 5.2.2 ausführlich dargestellt.

4. Arbeitsansätze und fachlicher Schwerpunkt

Die Arbeitsweise wird durch die akzeptierende und wertschätzende Haltung, die genderspezifische psychosoziale Diagnostik und den ressourcenorientierten Ansatz bestimmt. Die Hilfepläne entsprechen diesen Ansätzen.

4.1 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 Expert*innenwissen, 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 **Expertinnen*wissen** und vermeiden eine „Verdoppelung von Diskriminierungs- oder Demütigungserfahrungen“ und nehmen ihre Wahrnehmungen und Lebensentscheidungen ernst, wir glauben ihnen.

Insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen* nehmen wir die „Rolle der Hüterin“ ein und schützen sie davor, von traumatischen Erlebnissen unüberlegt und unkontrolliert 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** das anerkennt, dass Frauen* **Subjekte** sind, die durch ihr eigenes Dazutun ihre Situation beeinflussen. Wir unterstützen Klientinnen* dabei der eingenommenen **Opferhaltung zu entkommen** und

eine Sicht auf sich selbst zu entwickeln, mit der sie realistische Handlungsmöglichkeiten entwickeln können.

Immer geht es auch darum, mit **professioneller Neugierde** und Interesse zuzuhören, verstehen zu wollen und nicht mit vermeintlichem Wissen oder gar 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.

Eine besondere Bedeutung erhält die Basis von Beratungsprozessen, die in einer vertrauensvollen professionellen Beziehung (siehe Kapitel 3.2) zwischen Klientin* und Beraterin* besteht. Wir bemühen uns eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung herzustellen und bieten diese als Person/Frau an. Sie ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für den Erfolg des Beratungsprozesses. Gelingt dieser Aufbau nicht, so ist mit einem Kontaktabbruch durch die Klientin zu rechnen. Eine aktuell veröffentlichte Studie von Hansjürgens zeigt auf, dass insbesondere das Erstgespräch und die Aufnahme des darin formulierten Anliegens der Klientin* (des Klienten) sowie die Zuversicht, das Anliegen mit Hilfe der Beraterin realisieren zu können, einen nachweisbaren Einfluss auf den weiteren Verlauf des Beratungsprozesses hat (vgl. Hansjürgens 2018: 268).

4.2 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: 17)

Wir verfolgen eine Diagnostik, die konsequent an den Klientinnen* orientiert ist und die die Schnittstellen zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltagsbestimmenden Dimensionen im Sinne des bio-psycho-sozialen Suchtmodells fokussiert.

Eine **subjekt- und biografieorientierte Diagnostik** lenkt die Aufmerksamkeit auf biografische Lebensbedingungen und biografisch erworbene Selbstkonstruktionen bzw. lebensweltliche Selbstdeutungen der Klientinnen* und damit auf die eigene biografische Kontextualisierung. Hintergrund dieser Methode ist die Erkenntnis, dass Klientinnen* 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 (teils destruktiven) Bewältigungsstrategien zentral.

Individuell erarbeitete Interventionsansätze setzen an den geschlechtsspezifisch gefärbten Selbstdeutungen an, damit die anfängliche Veränderungsmotivation aufrechterhalten und gestärkt werden kann.

Bio-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 –, besprechen Klientin* und Beraterin*, 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 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, auf schützende und unterstützende Ressourcen ist in den jeweiligen „Säulen“ methodisch bereits angelegt.

4.3 Ressourcenorientierter Ansatz

Ein Beratungsansatz, der zwei wesentliche Veränderungs-Wirkprinzipien von Grawe in das Zentrum der Theorie- und Methodenentwicklung stellt, und eine salutogenetische Perspektive⁸ 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. Die Autor*innen verfolgen das Ziel

⁸ Die salutogenetische Perspektive in der Beratungsarbeit von abhängigen Menschen betont eine prozesshafte Entwicklung der Sucht durch kontinuierliche Verhaltensänderungen. Sie macht deutlich, dass sich Stadien der Nichtabhängigkeit und Abhängigkeit nicht abrupt eingestellt haben. So ist der Wechsel vom Stadium der Abhängigkeit rückwärts gedacht auch nur als andauernder Prozess einer Verhaltensänderung zu verstehen – keine Frage der einmaligen Entscheidung (vgl. Franka 2001, S. 28).

verschiedene Ansätze aus psychologisch-psychotherapeutischer Theorie und Praxis und neurowissenschaftliche Erkenntnisse über die Entstehung menschlichen Verhaltens, wie „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 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 im ‚Zürcher Ressourcen Modell‘ konkrete Methoden für die Praxis geliefert werden. Die Mitarbeiterinnen* arbeiten grundsätzlich theoretisch fundiert und erhalten praxisrelevante Orientierungen, mit denen Erfolge in der Arbeit erkennbar und auf die eigene Intervention, die Methodenwahl zurückführbar sind.

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/der 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.

4.4 Konkrete Angebote und Segmente

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

4.4.1 Kontaktbereich

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven steht ein offener Bereich in Form eines Aufenthaltsraumes zur Verfügung. Dieser dient in erster Linie als Informations-, Kontakt- und Aufenthaltsmöglichkeit sowie ggf. der Vermittlung lebenspraktischer Hilfen und der Alltagsstrukturierung.

Während der Öffnungszeiten steht der Kontaktbereich für 26 Stunden in der Woche allen Besucherinnen/Klientinnen* zur Verfügung und wird von den Mitarbeiterinnen* betreut.

Vorrangig wird er genutzt für

- Fachbezogene Informationen und Auskünfte
- Akute Gesprächs- und Beratungsbedarfe
- Krisenintervention
- Kontaktaufnahme (zu Mitarbeiterinnen* und Klientinnen*)

- Aufenthalts- und Wartebereich
- Terminvergabe von Beratungsgesprächen
- Vermittlung von Informationen für Betroffene und Institutionen

Diese Angebote können ohne vorherige Anmeldung telefonisch oder persönlich wahrgenommen werden.

Ziel dieses Arbeitsbereiches ist es, möglichst frühzeitig 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 von 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, in dem das formulierte Anliegen der Klientin* im Vordergrund steht. Ein zentrales Element ist ggf. 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. Andernfalls werden die Frauen* an andere geeignete psycho-soziale Einrichtungen vermittelt.

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 die Beratungsstelle erneut auf.

Auch weibliche Bezugspersonen oder Angehörige von Menschen mit einem problematischem 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 und Motivation

Ansatzpunkte der Beratungsarbeit in diesem Segment sind auch hier 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 diesem Segment werden suchtbezogene physische, psychische und soziale Lebensbedingungen und Problemlagen zur sozial-psychologischen Diagnostik wie in Kapitel 4.2 beschrieben herangezogen. Physische Einschränkungen und Erkrankungen werden ebenfalls abgeklärt und ein Hilfeplan wie in Kapitel 4.4 beschrieben wird mit der Klientin* entwickelt. Schrittweise unterstützen wir die Klientin* bei der Realisierung konkreter Veränderungen auf der Grundlage vorhandener oder aufzubauender Ressourcen. Die Stärkung der Motivation für eine weitergehende Beratung und/oder Behandlung findet in der Regel ebenfalls in diesem Segment statt. Oftmals werden auch erste konkrete Hilfemaßnahmen wie eine Entgiftung eingeleitet.

Auch in diesem Segment finden sich weibliche Bezugspersonen von Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum. 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 zu mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu entwickeln und eine eigene Suchtgefährdung zu thematisieren.

Die längerfristige Beratung und Motivation findet in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen statt, sie endet mit der Beendigung, der Überleitung der Klientin* in ein anderes Segment der Beratungsstelle oder mit der Weitervermittlung in ein anderes Hilfsangebot.

4.4.2.3 Therapievorbereitung und Therapievermittlung

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 und ggf. Kontaktaufnahme zur therapeutischen Einrichtung, die Vorbereitung und Veranlassung der administrativen Schritte zur Kostenklärung (Antrag auf Kostenübernahme, Sozialbericht, Ärztlicher Befundbericht) und die Sicherung der Vermittlung durch Stärkung 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 Frauen*abteilung einer gemischtgeschlechtlichen Einrichtung.

Bei einigen Frauen* wird die Wahl für eine Therapie in Frauen*zusammenhängen 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 Frauen*therapie 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.

Die Motivationsstärkung und die individuelle Behandlungsvorbereitung sind sehr bedeutsam für das Gelingen einer therapeutischen Maßnahme. Beispielhaft seien hier immer wiederkehrende Themen dieses Arbeitsschwerpunktes genannt: auftretende Ängste und 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.

4.4.2.4 Soziale Stabilisierung, Integration und Teilhabe

Soziale Stabilisierung und Integration hat als übergeordnetes Ziel, die Chronifizierung, die weitere Destabilisierung und / oder Verschlechterung des gesundheitlichen und/ oder psychosozialen Zustandes der Klientin* durch geeignete lebenspraktische Hilfen soweit wie möglich zu vermeiden.

Auf der Grundlage eines Hilfeplanes kann dieses Segment mehrere Monate andauern und findet in Form von persönlichen oder telefonischen Einzelgesprächen, offenen und/ oder strukturierten Gruppen statt. Wenn nötig werden die Klientinnen* zu entsprechenden sozialen Diensten, Ämtern oder Ähnlichem begleitet.

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

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

Insbesondere für traumabelastete Klientinnen* bietet dieses Segment die Möglichkeit stabilisierende Maßnahmen (äußere und innere Sicherheit) – wie in Kapitel 3.2 beschrieben - einzuleiten und durch die Teilnahme an entsprechenden Gruppenangeboten weiterführende Maßnahmen wie z.B. ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zu nutzen.

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 in den verschiedenen Lebensbereichen, wie sie in den „fünf Säulen der Identität“ in Kapitel 4.2 benannt sind: Leiblichkeit, Soziales Netzwerk, Arbeit und Leistung, Materielle Sicherheit und Werte zu erschließen. Diese Säulen schließen die gesundheitlichen Vor- und Fürsorge-Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Beratungseinrichtungen zu Gesundheitsfragen, Allgemein- und Fachärztinnen/ Fachärzten, krankenpflegerischer Akutbehandlung, Krankenhäusern, Entgiftungseinrichtungen, Substitutionsambulanzen, Vorsorge- und Übergangseinrichtungen mit ein. Besonderes Augenmerk gebührt der Wohnungssicherung und –beschaffung (Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu Übernachtungsstätten und Notschlafstellen zur Beseitigung von Obdachlosigkeit, Wohnungsämtern, Bezirksstellen zur Wohnungssicherung, Beratungsstellen für Wohnungslose). Vermittlung und Sicherung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung: Kontakte, Vermittlung und Rückkopplung zu den Standorten von Jobcentern von t.a.h., Arbeitsagenturen, Schulen, Ausbildungsstätten, beruflichen Rehabilitationsträgern, Beschäftigungsträgern und Vermittlung von Beschäftigungsmaßnahmen. Stabilisierung des sozialen Umfeldes: Überprüfung der Kontakte zu Angehörigen und ggf. Wiederaufnahme, Kontakt zu und Vermittlung von Freizeitangeboten, Selbsthilfegruppen oder an geeignete soziale Dienststellen.

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

4.4.2.5 Gruppenarbeit/Förderung der Selbsthilfe

Gruppenangebote für süchtige Frauen* sind ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Arbeit und können inhaltlich unterschiedlichen Leistungssegmenten zugeordnet werden. Die Themen entsprechen den Bedarfen der Klientinnen*, die in den anderen Segmenten deutlich 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 Themen wie Konfliktfähigkeit, Förderung von Selbsthilfepotentialen und Solidaritätserfahrungen immer wieder im Zentrum von Gruppenarbeit. Als positiver Nebeneffekt entstehen Freundschaften und Freundschaftsgruppen, die teilweise langfristig bestehen und als tragfähiges soziales Netz fungieren.

In der Beratungsstelle gibt es sowohl themenspezifische Gruppen, die von Kolleginnen* über einen 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 fester Bestandteil der Gruppenangebote sind maximal 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.

Rückfallpräventionsgruppe

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

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

Inhaltlich werden dabei z. B. folgende Aspekte bearbeitet: Grundinformationen über Rückfälligkeit und 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.

Die **Akupunktur** nach dem Nada-Protokoll ist inzwischen zu einem regelmäßigen Baustein in unserer Angebotspalette geworden und findet als offenes Angebot einmal wöchentlich statt. Akupunktur fördert das körperliche Wohlfühl, sorgt für Entspannung und Beruhigung und reduziert das Craving. Auch Schmerzen können so gemildert werden. Sie wirkt stoffunspezifisch, d.h. bei allen Suchtstoffen.

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.

Das Behandlungsteam besteht aus Kolleginnen*, die eine Akupunkturausbildung nach dem Nada-Protokoll absolviert haben unter Anleitung einer Ärztin.

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

4.4.3 Fallbegleitung

Grundsätzlich basiert die Beratung auf einer „Komm-Struktur“, dies bedeutet dass die Klientinnen* in die Beratungsstelle kommen und nicht von den Beraterinnen* aufgesucht werden. In einigen Fällen ist es nötig, die Klientinnen* zu begleiten. Der Bedarf nach Fallbegleitung hängt vom individuellen Betreuungsbedarf und vom Schweregrad der Suchterkrankung und den anstehenden Problemen ab, mit denen die Klientinnen* die Beratungsstelle aufsuchen. Im Rahmen der Fallbegleitung erhalten Klientinnen* mit einer chronifizierten (Mehrfach-) Abhängigkeit eine umfassende Hilfestellung und Hilfeplanung, wenn sie diese wünschen, und insbesondere dann, wenn minderjährige Kinder involviert sind.

Neben einer umfassenden Hilfeplanung, der Klärung des Anliegens der Klientin*, der Erfassung, Organisation und Vermittlung von Hilfemaßnahmen werden relevante Unterstützungsleistungen ermittelt und koordiniert. Im Bedarfsfall werden die Klientinnen* persönlich zu anderen Diensten begleitet.

Die Fallbegleitung setzt eine Schweigepflichtsentbindung voraus und endet durch Kontaktabbruch, in gegenseitigem Einvernehmen oder auf Wunsch der Klientin*.

Im Fall eines Kooperationsbedarfes mit anderen Einrichtungen/sozialen Diensten wird auf das bestehende Netzwerk und persönliche Kontakte zurückgegriffen oder es werden entsprechend des Bedarfes neue Kooperationspartner*innen gesucht. Je nach Wunsch werden diese im Sozialraum der Klientin* oder gerade nicht dort gesucht.

In der Regel finden Fallbegleitungen in allen Segmenten statt, sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der Intensität teils erheblich. Im Segment „Soziale Stabilisierung, Integration und Teilhabe“ kommen die meisten Fallbegleitungen vor.

4.4.4 Ambulante medizinische Rehabilitation und Kombinationstherapie

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist integrierter Bestandteil der Versorgung in der Beratungsstelle Frauenperspektiven und richtet sich an substanzabhängige Frauen* über 18 Jahre.

Die Kolleginnen* des Beratungsbereiches arbeiten therapievorbereitend, motivierend und stützen den Veränderungswillen zur abstinenten Lebensführung.

Die Frauen* kommen aus qualifizierten Entzügen, aus einer stationären Entwöhnungsbehandlung, oder sie haben mit oder ohne ärztliche Unterstützung ambulant entzogen. Die meisten Klientinnen* nehmen vor der ambulanten Therapie oder auch vor der Kombitherapie die Angebote der Beratungsstelle Frauenperspektiven in Anspruch. Ohne die in Kapitel 3.2 beschriebene Stabilisierungsphase in dieser, von ihnen als sicherer Ort, empfundenen Beratungsstelle könnten viele Klientinnen* eine Maßnahme ambulante Therapie nicht wahrnehmen.

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 und ist ein hochschwelliges Angebot. Klientinnen*, die dieses Angebot wahrnehmen, sollten vorher mindestens 8 Wochen stabil abstinent leben und über ein ausreichendes Maß an körperlicher und psychischer Stabilität verfügen. Ferner sollten sie über eine abgesicherte Wohnsituation und Grundversorgung verfügen.

Die Hauptziele der ambulanten Rehabilitation sind die Abstinenzsicherung, die Erhaltung des Arbeitsplatzes oder die (Wieder-)Eingliederung 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.

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.

4.5 Angewandte Methoden

In der Beratungsstelle Frauenperspektiven sind Einzel- und Gruppenarbeit die beiden tragenden Säulen der Beratung. Interdisziplinäre Anwendungen methodischer Ansätze werden zur zielorientierten Problemlösung genutzt.

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

Methodische Ansätze aus dem weiter oben angeführten **ressourcenorientierten Ansatz** verwenden wir insbesondere, wenn es um die Entwicklung von möglichen Handlungsalternativen zu aktuellen 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). 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 diese zur Ermittlung der Ressourcen und der Brüche in der Identitätsentwicklung (vgl. Rahm et.al. 1999: 155 f).

Mit den Methoden **narrative Gesprächsführung** und dem **Lebenspanorama** wird die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, dem eigenen „Gewordensein“ gefördert. Ereignisse und Erlebnisse der Vergangenheit sowie deren Einfluss auf das aktuelle Denken, Fühlen und Handeln und auf die Entwicklung einer Sucht werden erkennbar.

Dabei werden Risikofaktoren, wie in Kapitel 2.3.2 und Diskriminierungsfaktoren wie z.B. Armut, Alter, Hautfarbe, Herkunftskultur, Geschlechtsidentität und Beeinträchtigungsgrad einerseits und soziale, materielle und psychische Ressourcen andererseits erkennbar.

Methoden 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, das Führen eines Suchttagebuches und Elemente aus dem „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“ werden hierbei eingesetzt (vgl. Körkel et al. 2003)

Zur Stärkung der Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den Suchtmittelkonsum dient uns der Klientinnen*zentrierte Beratungsstil der **Motivierenden Gesprächsführung** (Motivational Interviewing), insbesondere zu Beginn eines Beratungsprozesses bei großer ambivalenter Änderungsbereitschaft der Klientin (vgl. Miller 2004).

In der Beratung mit traumatisierten Klientinnen* arbeiten wir mit **Stabilisierungs-** und **Achtsamkeitsübungen** (siehe auch Kapitel 3.2)

Neben den inhaltlichen Methoden werden Beratungen und Behandlungen über den Einsatz verschiedener technischer Hard- und Software ermöglicht. Hier kommen Telefongespräche und rechnergestützte Gespräche per datenschutzkonformer Videosoftware zum Einsatz. Klientinnen*, die in ihrer Mobilität gehandicapt sind oder aus anderen Gründen die Beratungsstelle nicht aufsuchen können oder möchten, haben so einen Zugang zu den Beratungs- und Behandlungsangeboten. Insbesondere scheint es für jüngere Klientinnen* leichter über diese technischen Mittel Kontakt aufzunehmen.

4.6 Vernetzung und Kooperation

Über die Regionalisierung der ambulanten Suchthilfe hat der sozialräumliche Ansatz der Sozialarbeit eine noch stärkere Bedeutung bekommen. Integrierte Handlungskonzepte bezogen auf einrichtungsübergreifende und einzelfallbezogene Kooperationen sind möglich.

In überregionalen, überbezirklichen oder themenspezifischen Arbeitsgruppen finden Fach- und Informationsaustausch, Planung und Durchführung gemeinsamer abgestimmter Veranstaltungen und ein persönlicher Kontakt zu Kolleginnen* und Kollegen anderer Einrichtungen statt. Dieser persönliche Kontakt erleichtert einrichtungsübergreifende und einzelfallbezogene Kooperationen gleichermaßen.

Als spezialisierte Beratungsstelle, die für suchtbelastete Frauen* aus der gesamten Stadt Hamburg offen ist, bedeutet Vernetzung die Teilnahme an überregionalen und überbezirklichen Arbeitskreisen und darüber hinaus die themenbezogene Teilnahme an Fachgremien (wie z. B. zur Opferhilfe), die dem spezialisierten Thema/Aufgabenfeld entsprechen.

Im Falle der Beratungsstelle Frauenperspektiven bedeutet dies: die Teilnahme an folgenden Arbeitskreisen:

- Arbeitskreis „Kinder von Suchtkranken“ der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen (HLS)
- Arbeitskreis SGB II Suchtberatung (Jobcenter von team arbeit hamburg (t.a.h.) und der Arbeitsagenturen mit Trägern der ambulanten Suchthilfe in Hamburg)
- Arbeitskreis Vielfalt (für eine diskriminierungsfreie Suchtarbeit) Sucht.Hamburg
- Fachrat der ambulanten Drogen- und Suchthilfe Hamburg (ggf. Arbeitsgruppen)
- Regelmäßiger Besuch von Entzugseinrichtungen
- Mitgliederversammlung und Workshops des BADO e. V.
- Mitgliedschaft in der Hamburger Landesstelle für Suchtfragen
- Qualitätszirkel des „Kombi-Nord“ - Verbundes
- Teilnahme am Treffen aller Regionalkonferenzen
- Teilnahme an trägerübergreifenden fachspezifischen Kooperationstreffen
- Teilnahme an Gremium pro:fem e.V., Verbund der Hamburger Frauen*- und Mädchen*einrichtungen (Frauen*fachberatungsstellen)
- FLAKS e. V., Zentrum für Frauen* in Altona und Mehrgenerationenhaus
- Bundesverband feministischer Suchthilfe e.V.

Die Teilnahme kann aufgrund begrenzter Kapazitäten nicht in allen Arbeitskreisen und

Fachgremien regelmäßig gewährleistet werden. In vielen Gremien ist die Teilnahme von den geplanten Themen abhängig.

Über diese Gremien ist eine Vernetzung mit den der Suchtberatung vor- und nachgelagerten Stellen, mit Suchtberatungsstellen, Entgiftungsstationen, ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen und frauenspezifischen Einrichtungen sowie zu Einrichtungen aus angrenzenden Hilfesystemen gewährleistet.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven muss als Schnittstelle der Frauen*- und Suchtarbeit angesehen werden. Es ist eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Institutionen und politischen Gremien aus beiden Arbeitsfeldern erforderlich. Das setzt ein breitgefächertes Kenntnis der regionalen und überregionalen Angebote der Suchthilfe und die Kenntnis der ambulanten (Frauen*-)Fachberatungsstellen sowie stationärer Einrichtungen für Frauen* voraus und erfordert die Mitarbeit in Gremien und Arbeitskreisen beider Arbeitsbereiche.

So kooperieren wir mit folgenden Einrichtungen und Personen des medizinischen und psychosozialen Systems, in der Regel einzelfallbezogen:

- Verbund der Anbieter der *Kombi-(Therapie) Nord*
- Ämter für soziale Dienste
- Mutter-Kind-Einrichtungen
- Familien- und Erziehungsberatungsstellen
- Traumaspezifische Abteilung am UKE (Universitätsklinik Eppendorf)
- psychotherapeutische Praxen
- psychiatrische Fachabteilungen
- Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztinnen der Gynäkologie
- Behandlungseinheit für Frauen* der Asklepios Klinik
- Suchtambulanz des UKE
- Wohnhaus für Frauen*
- Frauenzimmer-Übernachtungsstätte für obdachlose Frauen*
- Familienplanungszentrum
- Frauen*häuser
- Hebammen
- Berufsbetreuerinnen*
- Psychosoziale Beratungsstellen für Frauen*
- pro familia Hamburg
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung und Fortbildung
- Opferberatungsstellen

Die Vernetzung und Kooperation mit den o.g. Institutionen, Einrichtungen und Personen ist eine wichtige Basis für gelingende Hilfeleistungen, die den Anliegen der Klientinnen* entsprechen.

Die Sicherstellung dieser Vernetzungen, die Kontaktpflege, ist nur durch den über viele Jahre geschaffenen Bekanntheitsgrad des Trägers und der Einrichtungen zu gewährleisten.

Auf diese Vernetzungen kann im Falle einer Fallbegleitung, einer Vermittlung oder im Falle von Informationsbedarfen zurückgegriffen werden, um einen abgestimmten,

kooperativ gestalteten Übergang zu gewährleisten oder im Sozialraum der Klientin* neue Bezüge zu erkunden und Hilfeleistungen zu nutzen.

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 vom 20.11.2017“*. Für die ambulante Rehabilitation ist es das *„Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.08“*.

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 Verwaltung 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 ausgestattet sind.

5.1.2 Personal

Für die oben aufgeführten Leistungen steht Kapazität für die Bereichsleitung (Dipl. Pädagogin*/Dipl. Sozialökonomin*), Verwaltung (Bürokauffrau*) und für zwei interdisziplinäre Teams aus einer Dipl. Psychologin*, 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). Sie stellen dankenswerterweise ihre spezifischen Fachkompetenzen auch in der Beratungsarbeit bei besonderen Fällen zur Verfügung.

Neben den Grundausbildungen verfügen nahezu alle Mitarbeiterinnen* über weiterführende (sucht-) spezifische und teils VDR- anerkannte 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 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 werden durchgeführt.

Eine arbeitsbereichsbezogene 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 und Fachtagungen
- regelmäßig stattfindende Personalgespräche (Personalentwicklung)
- EDV-gestütztes Dokumentationssystem
- Vernetzung

Ausgewählte Maßnahmen werden in den nachfolgenden Abschnitten detailliert beschrieben.

Im Rahmen des Verbandes der feministischen Suchthilfeträger werden Kompetenztreffen mit Fachkräften aus bundesweiten Frauen*- und Mädchen*einrichtungen der Suchthilfe per Videochat durchgeführt.

Bei den Treffen geht es um Qualitätsentwicklungsprozesse, die Diskussion

frauenspezifischer Standards und Angebotsentwicklung im Sinne des Voneinander-Lernens und 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. Zu Beginn erfolgt ein themenspezifischer Input. Im Anschluss daran besteht die Möglichkeit das Thema zu vertiefen und eigene praktische Erfahrungen mit anderen Fachkräften zu analysieren und zu besprechen.

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 Leiterin* mit den verantwortlichen Kolleginnen* statt. So fließen fachspezifische 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 sich an den *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 anlehnt.

5.1.4 Dokumentation

Ein wesentliches Arbeitsinstrument der Beratungsstelle Frauenperspektiven ist die EDV-gestützte Dokumentation mit dem Programm „Patfak“ (ab 2019). Alle Computer-Arbeitsplätze in der Beratungsstelle sind miteinander vernetzt.

Patfak ist ein Datenerfassungsprogramm, das zur Dokumentation und Verwaltung von Klient*nnendaten zunächst im stationären Bereich entwickelt wurde und es entspricht allen Anforderungen, um die Daten für die Basisdatendokumentation (BADO) zu generieren.

Die BADO wurde von den freien Trägern der Hamburger Suchthilfe und dem Referat Drogen und Sucht der heutigen Sozialbehörde entwickelt. Sie ist eine prozesshafte Erhebung von Daten, 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, Statusdaten sowie wesentliche psychosoziale Merkmale der Klientinnen* u.v.m. getroffen werden können.

Durch die Implementierung frauenspezifischer Items und der durchgängigen Verwendung der Geschlechterkategorie sind geschlechtsspezifische Auswertungen sichergestellt.

Die Einrichtungsbezogene Auswertung wird für ein internes Monitoring genutzt (s. auch 5.3.1).

Darüber hinaus wird eine Klientinnen*bezogene Ergebnissicherung durch Fragebögen

sichergestellt und regelmäßig stattfindende Befragungen der Klientinnen zur Zufriedenheit mit den Angeboten fungieren als Korrektiv bei der Angebotsgestaltung.

5.1.5 Datenschutz

Die Datenmengen, die in der Einrichtung aufgrund externer und interner Anforderungen erhoben werden, sind erheblich. Da überwiegend besonders schützenswerte, weil personenbezogene Daten (nach §9, BDSG) erhoben und dokumentiert werden, ist mit der Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung vom 24.05.2018 eine umfangreiche und ständige Überarbeitung des hausinternen Datenschutzkonzeptes in Bezug auf drei Gruppen (Klientinnen*, Mitarbeiterinnen* und Bewerberinnen) notwendig. Das Konzept umfasst sowohl die handschriftlich als auch die per EDV dokumentierten Daten, deren Aufbewahrungsfristen und Lösungsverfahren. Es beinhaltet Datenschutzinformationen für die jeweiligen Gruppen, Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungen. Ferner enthält es eine überarbeitete Datenschutzrichtlinie im Umgang mit allen computergestützten datenverarbeitenden Verfahren, regelt die Erstellung der Passwörter, den Zugang, die Veränderungsfrequenzen derselben etc. Eine datenschutzrechtliche Überarbeitung der Homepage, der Verteiler und Mailkontakte sowie die Erstellung von Verfahrensprotokollen ist erfolgt.

Die datenschutzkonformen Regelungen der Aufnahme, Dokumentation und Verarbeitung personenbezogener Daten werden ständig aktualisiert. Dies gilt insbesondere für die Veränderungen, die durch die Pandemie ausgelöst wurden.

5.2 Prozessqualität

Bei der Prozessqualität kommen die o.g. fachlichen Grundlagen, die oben beschriebene Arbeitsweise zum Tragen, hier realisiert sich das bio-psycho-soziale Suchtmodell, hier fließen die Erkenntnisse der Frauen*-Suchtforschung mit ein.

5.2.1 Hilfeplanung und Überprüfung der Ziele

Die individuelle Hilfeplanung verfolgt das Ziel, das Anliegen der Klientin* zum Ausgangspunkt für passende Maßnahmen zu vereinbaren, die die gewünschte positive Veränderung der Lebenssituation der Klientin* herbeiführen können.

Zu Beginn einer Hilfeplanung ist die oben ausgeführte psycho-soziale Diagnostik erforderlich und Funktionseinschränkungen sind abzuklären.

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

- Feststellung (und Dokumentation) des Hilfebedarfs bzw. ihres Anliegens
- Festlegung (und Dokumentation) von (Grob- und ggf. Teil-)Zielen
- Planung (und Dokumentation) von Maßnahmen, wie die Ziele erreicht werden 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.

Dieser idealtypische Verlauf ist in der Beratungsrealität häufig nicht linear umsetzbar. Immer wieder treten Themen in den Vordergrund, die durch Alltagsanforderungen akut sind oder Klientinnen* unterbrechen den Beratungsprozess wegen Krankheit oder psychischen Belastungen.

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 sexualisierte 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.

So ist die Arbeit in der Beratungsstelle Frauenperspektiven als eine personenbezogene, kommunikations-, emotions- und beziehungsintensive Dienstleistung zu fassen, die erhebliche Gesundheitsrisiken in sich birgt. Vielfältige, teils widersprüchliche Anforderungen, verbunden mit erheblichen psychischen Belastungen und einer nicht unerheblichen Verdichtung der Arbeit, sind zu erbringen. Die emotionale (Selbst-) Beteiligung und Beziehungsintensität stellt eine enorme psychische Belastung dar. So entstehen in der ersten Phase der Beratung oftmals Krisen, die sich auf der Beziehungsebene abspielen. Die traumatisierte Klientin* beginnt nach einer anfänglichen Idealisierung diese in Entwertung zu verändern. In einer Frauen*einrichtung, mit 100% weiblicher Klientel, ist die Häufigkeit, mit der die Beraterinnen* mit massiven (ritualisierten) und/oder sexualisierten Gewalterlebnissen der Klientinnen* konfrontiert werden, entsprechend der Prävalenzrate der Klientinnen* hoch. Ebenso sind Schilderungen, dass sich Klientinnen* selbst verachten, selbst schädigen und dass sie akute Suizidgedanken haben – häufig gegen Ende des Gespräches – nicht selten. Auch ist die Tatsache, dass Klientinnen* mit traumatisierenden Erfahrungen immer wieder dysfunktionale Beziehung eingehen und diese aufrechterhalten, belastend für die Beraterinnen*.

Die Anforderungen nach Selbstregulation, Selbstreflexion und Krisenmanagement im Arbeitsalltag einer Suchtberatungsstelle 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 – bei Nichtbeachtung - eine qualifizierte Beratung. Themen, insbesondere in der Fallbesprechung, sind gemeinsame Einschätzungen der Motivationsveränderung und die Entwicklung möglicher Problemlösungsstrategien, Konflikte bei der Hilfeplanung, gruppenspezifische 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 Kompetenzen 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 und in Fallbesprechungen.

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 Drogennotfällen; Posttraumatische Belastungsstörungen; Umgang mit Sterben, Tod und Trauer; Erscheinungsformen von psychischen/psychosomatischen Erkrankungen bei Frauen*; Antistressprogramm-hilfreiche Techniken zur Stressbewältigung im Arbeitsalltag; ALG-II-Regelung, insbesondere in Bezug auf Frauen* (Mütter/Hausfrauen*), Kriterien für Kindeswohlgefährdung, Gesetzliche Betreuung, Genderidentität und Intersexualität, Kulturübergreifende Beratungsarbeit etc.).

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 Frauen*arbeit 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, Geschlechteridentitäten etc.). Ferner nutzen wir sie dazu, die eigenen Arbeitsansätze zu reflektieren und um 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 Arbeitsbereiche.

Auf der Leitungsebene ist ein Controllingverfahren etabliert, das sich auf die Erreichung der Leistungskennzahlen und die Einhaltung der fachlichen Standards bezieht.

Zu Beginn des Kalenderjahres werden von der Leitung in Absprache mit dem Team Finanzbudgets festgelegt. 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 (Leistungsbeschreibung) und internen (Konzept) Standards bezieht sich ebenfalls auf eine quartalsweise quantitative und qualitative Auswertung in Zusammenarbeit mit dem Team. Auf der Grundlage des EDV-gestützten Dokumentationssystems und einer fachlichen Diskussion im Team, werden Steuerungsbedarfe ermittelt und schriftlich festgehalten.

In der Beratungs- und Behandlungsarbeit stellt die Hilfeplanung das Instrument zur Zielüberprüfung dar, wie in Kapitel 5.2.1 ausführlich beschrieben.

Weiterhin werden folgende Instrumente für die Überprüfung der Zielerreichung eingesetzt:

Basisdatendokumentation (BADO)

Die Bado dient der Klientinnen* bezogenen Auswertung der Beratungsstelle und des gesamten ambulanten Suchthilfesystems in Hamburg. Auf der Grundlage der dokumentierten Informationen können Aussagen über biografische Erfahrungen, Behandlungsvorerfahrungen, Konsumstatus, Gesundheitsstatus 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 der Zielgruppe und/oder den Konsumgewohnheiten zeitnah und zielgerichtet mit fachlichen Interventionen und bedarfsgerechteren Angeboten zu reagieren.

Verlaufsdokumentation (Verlaudo):

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.

Leistungsdokumentation (LEIDO):

In der 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 Klientinnen*zahlen 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, Klientinnen* bezogene 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 Vertreter*innen aus Behörden und Politik.

7.3.2 Klientinnen* bezogene Ergebniskontrolle

Die Qualität der Arbeit der Beratungsstelle Frauenperspektiven lässt sich nicht nur, aber auch an der Höhe der Zufriedenheit der Klientinnen* ablesen. Sie kann ebenso wie eine stets ausgelastete Beratungsstelle als Indikator für die Qualität unserer Arbeit angesehen werden (vgl. Kerschl 2002). In regelmäßigen Zeiträumen werden Erhebungen zur Zufriedenheit und Zielerreichung mit Hilfe eines halbstandardisierten Fragebogens durchgeführt.

Die Items ermöglichen je nach Zusammenhang Auswertungen über folgende Bereiche:

- **Strukturqualität** (z.B. Lage und Erreichbarkeit der Beratungsstelle, Wartezeiten, Relevanz der frauenspezifischen Einrichtung für die Klientin*)
- **Informationsqualität** (z.B. Informationen über andere Angebote, Transparenz der Betreuung)
- **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 allen unserer Gruppenangeboten setzen wir standardisierte Beurteilungsbögen ein, die wir für die Zufriedenheitsanalyse und Zielerreichung und als Grundlage für die Modifikation einzelner Gruppenbausteine nutzen.

Eine weitere Möglichkeit zur Rückmeldung besteht in Form eines Briefkastens und anonym abzugebenden Formblättern zu „Lob und Tadel“.

6. Ausblick: Trends und Entwicklungen

Auf der Ebene des Konsums psychoaktiver Substanzen und der Verhaltenssüchte spielt die Veränderung des Konzeptes von *Gesundheit* eine dominante Rolle: Gesundheit ist heutzutage eine Lebenseinstellung und erhält die Funktion eines Statussymbols. Die Bereitschaft die eigene Gesundheit in den Dienst von Leistungs- und Funktionsfähigkeit zu stellen, ist sehr groß. Entsprechend ist die Bereitschaft psychoaktive Substanzen zu konsumieren - laut dem Suchtbericht 2017 steigend.

In der Bundesrepublik sind mehr Menschen von Medikamenten abhängig als von Alkohol. Selbstmedikationen, insbesondere auch von frei zugänglichen oder über Privatrezept zu erhaltende Schmerz- und Beruhigungsmittel und Psychopharmaka werden verstärkt konsumiert. So kommentiert Maroldt vom Tagesspiegel den Suchtbericht 2017: „Rund zwei Millionen Menschen sind in Deutschland von Medikamenten abhängig, also mehr als von Alkohol. Besonders ältere Frauen sind betroffen. Und immer häufiger werden von den Ärzten auch starke Schmerzmittel verschrieben, deren Risiken nicht immer transparent gemacht werden.“ (vgl. Maroldt 2018).

Für die Gruppe der Frauen*, die durch biografische und aktuelle psychische Belastungen, Erwerbstätigkeit oder/und Carearbeit auf einem hohen Stressniveau agieren, sind sowohl leistungsfördernde als auch entspannende, die (Stress-)Gefühle

dämpfende legale und illegale psychoaktive Substanzen wie Neue Psychoaktive Substanzen (NPS), wie Legal Highs, Herbal Highs, Spice, Space, Legal Ecstasies, attraktiv.

Für die Gruppe der Frauen*, die dem Druck den Selbstoptimierungsanforderungen der Influencer auf Instagram, Twitter, Tik Tok u.a. zu entsprechen, nichts entgegen setzen können und die versuchen über Suchtmittel ihre Befindlichkeit positiv zu verändern, möchten wir den Zugang zur Beratungsstelle über einen social media account erleichtern.

Über eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit kann der Bekanntheitsgrad der Beratungsstelle erhöht und über entsprechende Frühinterventionen kann möglicherweise die Entwicklung einer massiven Suchtproblematik bei Einzelnen verhindert werden.

Deutlich wurde in Zeiten der Pandemie, dass durch technische Mittel Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Klientinnen* herzustellen sind, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder aus anderen Gründen die Beratungsstelle nicht persönlich aufsuchen können. Auch für diese Gruppe wird die Beratungsstelle Frauenperspektiven geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit entwickeln, um sie weiterhin zu erreichen.

Es wird eine Aufgabe der nahen Zukunft sein, die Digitalisierung datenschutzkonform weiter zu entwickeln, den Einsatz technischer Hilfsmittel den aktuellen Erwartungen und Möglichkeiten anzupassen und entsprechende Ressourcen einzuwerben.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven wird sich diesen Herausforderungen stellen und möglichst vielfältige digitale Zugangswege und Kontaktangebote bereitstellen, die einen gelingenden Beratungsprozess fördern und die das dafür notwendige Vertrauen und eine tragfähige professionelle Beziehung zwischen Beraterin* und Klientin* ermöglichen.

Es ist uns ein besonderes Anliegen weiterhin Klientinnen* aus ganz Hamburg zu erreichen, für die es wichtig ist in einer gender- bzw. frauenspezifischen Beratungsstelle Hilfe und Unterstützung zu finden.

7. Literaturhinweise

Behörde für Justiz und Verbraucherschutz der FHH (Hrsg.) (2020): Richtlinie zur Förderung der Suchthilfe und Suchtprävention in Hamburg durch Zuwendungen der FHH vom 05.12.2020, Amtlicher Anzeiger Nr. 107, S. 2530 ff, Hamburg

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

BÜRKLE, Stefan (2018): Soziale Arbeit in der Suchthilfe – Rolle und Aufgaben im interdisziplinären Verständnis; Vortrag auf dem Fachkongress DHS und fdr „SUCHT: bio-psycho-SOZIAL“ am 08.-10.10.2018, Berlin

FLICK, Sabine (2018) In: Der Eppendorfer (2018): Keine Interesse an der Arbeit? – Soziologin rückt Mängel bei Psychotherapeuten in den Fokus, Der Eppendorfer 6/2018, S.12

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

FRANKE, Alexa, MOHN, Karin, SITZLER, Franziska, WEBRINK Andrea; WITTE Maibritt (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit von Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren Weinheim Juventa

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG. AMT FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ: FACHABTEILUNG DROGEN UND SUCHT vom 20.11.2017: Unterzeichnete Rahmenvereinbarung zwischen den Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit. Hamburg

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

GAHLEITNER, Silke Birgitta; Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) (2009): Gender, Trauma, Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis, Asanger,

GIFFEY, F. (2018): Statistik zu Partnerschaftsgewalt des Bundeskriminalamts (BKA) In: WASSMANN, Lisa (2018) DER SPIEGEL 20.11.2018

GÖTZ, Maja (2019): Man braucht ein perfektes Bild. DIE SELBSTINSZENIERUNG VON MADCHEN AUF INSTAGRAM, Television 2019/1

GÖTZ, Maja (2016): Super dünn, super sexy und zu allem bereit. Die Hypersexualisierung im Kinder- und Jugendfernsehen und ihre Folgen., Communicatio Socialis, 49. Jg. 2016, H. 3

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

HANSJÜRGENS, Rita (2018): In Kontakt kommen – Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen, Tectum Baden Baden.

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

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

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

JUNGLAS, Jürgen (2002): Allgemeine Psychologie. In: FENGLER, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie - Prävention. Landsberg, S. 23-29

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

LAGING, Marion (2018): In: Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Kohlhammer Stuttgart 2018; In: **BÜRKLE, Stefan (2018):** Soziale Arbeit in der Suchthilfe – Rolle und Aufgaben im interdisziplinären Verständnis; Vortrag auf dem Fachkongress DHS und fdr „SUCHT: bio-psycho-SOZIAL“ am 08.-10.10.2018, Berlin

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

PEINE, Eike (2016): Die Säulen der Frauensuchtarbeit. In: TÖDTE, Martina; BERNARD, Christiane (2016) (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme, transkript

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)

MAROLDT, Lorenz (2018): <https://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/suchtbericht-2017-alkohol-und-medikamente-sind-beliebteste-suchtmittel/19657710.html>

MEYER-STEINKAMP, Robert (2018): ICF-Update: Anwendung der ICF mit Hilfe des Modularen ICF Core Set Sucht (MCSS) Fachkongress DHS und fdr 2018 Forum 101
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Veranstaltungen/Fachkonferenz_2018/Robert_Meyer-Steinkamp_Forum_101.pdf, vom 21.11.2018

MULLEN, P, MARTIN JL, ANDERSON JC et al. (1993): Childhood sexual abuse and mental health in adult life. Br J Psychiatry 721–732. In: WIELAND N, KLEIN, M. (2018): Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit; Suchttherapie 2018

SCHÄFER, Ingo (2015): Traumatisierung und Sucht. In: SEIDLER GH, FREYBERGER H, MAERCKER A. Handbuch der Psychotraumatologie. 2. überarb. und erweit. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015: 263–272 In: Wieland N, Klein M. Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit; Suchttherapie 2018.19

SCHWARTING, Frauke (2016): Die Entstehung der Frauensuchtarbeit in Deutschland 45-67 In: TÖDTE, Martina; Bernard, Christiane (HG.) Frauensuchtarbeit in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld

SIMPSON, TL; MILLER, WR. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clin Psychol Rev 2002; 22: 27–77 in Wieland N, Klein M. Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit; Suchttherapie 2018;19; S. 67

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

STÖVER, Heino (2016): Gender und psychoaktive Substanzen,
https://www.researchgate.net/publication/315850178_Gender_und_psychoaktive_Substanzen

THIERSCH, H. (1996): Drogenprobleme in einer süchtigen Gesellschaft, In: LÄNGLE, G. (Hg.) Sucht: Die Lebenswelten Abhängiger, Tübingen)

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

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

VOGT, Irmgard (2003): Zur Effektivität von Frauen-Suchtarbeit. In: [http://www.infodrog.ch/txt/conf/2003/20030327 IVogt Zur Effektivitaet von Frauensuchtarbeit.pdf](http://www.infodrog.ch/txt/conf/2003/20030327_IVogt_Zur_Effektivitaet_von_Frauensuchtarbeit.pdf) (07.11.2007)

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

VOGT, Irmgard (2005): Zur Effektivität der Frauen-Suchtarbeit; In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Frauengerecht! Die Praxis. Bern

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

WIELAND N, KLEIN M. (2018): Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit; Suchttherapie 2018, 19

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

ZENKER, C, BAMMANN K, Jahn I. (2002): Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Sucht aktuell 2002; 2: 15–20. In: WIELAND, N, KLEIN, M. (2018): Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit; Suchttherapie 2018; 19: S. 67