

II. Berichte aus den Arbeitsgruppen

ARBEITSGRUPPE 1

Sozialisation und Abhängigkeit bei Frauen

Leitung: Ute Schönherr

1. Kernaussage:

Die Art der bei uns internalisierten und praktizierten geschlechtsspezifischen Sozialisation schafft Lebensbedingungen für Frauen, die zu selbstschädigenden und süchtigen Verhaltensweisen und Strategien führen.

2. Forderungen an uns, an Sozialisierer/innen, an Sozialisationsinstanzen

Erziehungsziel Autonomie:

- Individuation und Identität ohne geschlechtsspezifische Zuschreibungen ermöglichen
- alternative Lebenskonzepte vermitteln
- gegenwärtig gegebene unterschiedliche Sozialisation nicht leugnen
- eigene Betroffenheit einbringen, authentisch sein
- solidarische, parteiliche Unterstützung von Mädchen und Frauen
- Frauengruppen bilden, Solidarität untereinander – für uns
- Frauenöffentlichkeit herstellen, Privates öffentlich machen, Isolation aufheben
- Nein-sagen lehren und lernen
- Konflikte nicht zudecken, streiten lehren und lernen
- Frauen als Handelnde annehmen, ihre Selbstachtung und Stärke fördern, ihr Selbstwertgefühl unterstützen
- Enttabuisierung der Themen „sexuelle Gewalt“ und „sexueller Mißbrauch“
- frauenspezifische Beratungs- und Hilfsangebote ausbauen
- Aufnahme von Familien-, Haus- und Reproduktionsarbeit in die männliche Sozialisation.

3. Forderungen an Politik und Gesellschaft

- Erziehungsziel Autonomie akzeptieren
- Ziel Gleichberechtigung verwirklichen und Voraussetzungen für gleiche Chancen schaffen
- Ausbildung, Beruf, Arbeit für alle
- Familienarbeit von Männern fordern
- Teilzeitarbeit für Männer ermöglichen
- Aufwertung von Frauenarbeit
- Umwertung der Familienarbeit
- Förderung und Finanzierung von Frauenprojekten und Frauenforschung
- juristische Grundlagen schaffen für Durchsetzung von Frauenrechten
- Enttabuisierung von sexueller Gewalt und sexuellem Mißbrauch.

ARBEITSGRUPPE 2

Frauensucht/Männersucht – geschlechtsspezifische Unterschiede

Leitung: Gisela Obert

Das Thema der Tagung war „Frau und Sucht“, und vielleicht haben deshalb nur wenige Männer an der Tagung teilgenommen. Für unsere Gruppe war es wichtig, daß die Teilnehmer/innen gemischt waren: sie bestand aus 12 Frauen und nur 2 Männern.

Nach einem einleitenden Erlebnis-Spiel (sozialtherapeutisches Rollenspiel) mit dem Thema „schwierige Situationen und gute Erlebnisse als Frau/Mann“ sind wir in das Thema Frauensucht/Männersucht eingestiegen. Die Teilnehmer erlebten diese Einführung als sehr angenehm, da sie die eigene Geschlechtsrolle auch in ihrem Erleben auf diese Weise besser einbringen konnten.

Es zeigte sich bald, daß die Gruppe praxisorientiert arbeiten wollte, d. h. die vielfachen Erfahrungen mit suchtkranken Frauen/Männern zu diskutieren.

Diese Diskussion führte über anamnestiche Unterschiede von Frauen und Männern bis hin zu verschiedenen Therapieangeboten in stationären und ambulanten Einrichtungen. Wichtig war es für die Gruppe auch, das soziale Umfeld der Betroffenen zu betrachten und dabei über die Erfahrungen in der Motivationsphase und Behandlungsphase zu berichten. Es wurden Unterschiede herausgearbeitet, die hier nun folgend in ihrer Priorität der genannten Schwierigkeiten zum Betroffenen und Angehörigen aufgezeigt werden:

1. Psychische Situation:

Frauen

- Konflikte in der Beziehung
- Einsamkeitsgefühle
- das permanente Gefühl, nicht gefordert zu sein bzw. nicht gebraucht zu werden
- dominierende Partner (hatten oft schon dominierende Eltern)
- Schlafstörungen
- sexuelle Probleme
- Angstgefühle.

Männer

- ein ständig begleitendes Gefühl der Angst
- Reifedefizite durch starke Verwöhnung oder Vernachlässigung (Partner übernahm die Rolle der Mutter)
- Pubertätsprobleme bei Jugendlichen
- kein Durchsetzungsvermögen
- sehr geringe Frustrationstoleranz.

2. Soziale Bedingungen

Frauen

- die Lebensverhältnisse der Frauen machen krank
- soziale Abhängigkeit von der Familie, vom Ehepartner, besonders die finanzielle Abhängigkeit engt den Lebenskreis ein
- Doppelbelastung durch Familie und Beruf
- Trennung von sozialen Beziehungen (Freunde, Kollegen usw.)
- wirtschaftliche Abhängigkeit
- eingeschränkter Handlungsspielraum
- ständige Unterordnung.

Männer

- Überforderung am Arbeitsplatz
- Konflikte am Arbeitsplatz
- Integration des sozialen Trinkverhaltens
- Leben als Alleinstehender
- Arbeit in einem „Alkohol-Beruf“
- familiäre Schwierigkeiten
- Nichtanerkennung in den sozialen Bezügen
- Überfürsorge des Partners/der Eltern.

3. Situation der Frauen mit abhängigen Männern

- Frauen versuchen, den Suchtmittelmißbrauch mit dem abhängigen Partner gemeinsam zu bagatellisieren.
- Der Auftrag von angehörigen Frauen an die Berater lautet meist folgendermaßen: „Ich habe jetzt sehr lange durchgehalten, nimm ihn mir für eine Weile ab, spiele dieselbe Rolle wie ich; wenn ich Kraft habe, nehme ich ihn so wieder zurück.“
- Frauen sind im Abhängigkeitssystem ungleich stabilisierender als Männer.
- Sie zeigen eher Motivationsbereitschaft, Anteile bei sich selbst zu suchen, um aus dem Kreislauf herauszukommen.

4. Situation der Männer mit abhängigen Frauen

- Männer erleben die Abhängigkeit der Frauen anfangs eher positiv, da sie mehr aus sich herausgehen.
- Wenn das Suchtmittel zum Problem wird, dann versuchen Ehemänner eher mit Gewalt das Problem auszutreiben.
- Männer haben sehr viel subtilere Kontrollmechanismen („Gib mir einen Kuß“).
- Männer haben eine sehr schwierige und lange Motivationsphase, bis es ihnen möglich wird, Anteile bei sich selbst zu finden, die die Abhängigkeit verstärken.
- Männer melden die Erwartung an den Berater, daß er sofort etwas unternimmt und die Betroffene irgendwo unterbringt bzw. „entfernt“.
- Männer haben mehr Schwierigkeiten, pädagogische Interventionen zuzulassen.
- Männer zeigen häufiger eine moralisierende Haltung („hat keinen Grund zu trinken...“).

Von der Gruppe wurden für die Zukunft mehr frauenspezifische Therapieangebote ambulant und stationär gefordert, da deutlich wurde, daß bis heute die Konzeptionen vorherrschend männerorientiert waren/sind und auf Frauen übertragen wurden, ohne deren geschlechtsspezifische Bedürfnisse zu beachten.

ARBEITSGRUPPE 3

Gewalterfahrung und Sucht bei Frauen

Leitung: Gisela Albertl

In der Arbeitsgruppe trafen sich zu gleichen Anteilen Mitarbeiterinnen aus Frauenhäusern sowie aus Suchtberatungs- und Behandlungsstellen. Unsere Diskussion läßt sich in 7 Punkte zusammenfassen:

I. Wie kommen wir selber mit Gewaltschilderungen klar?

Nicht nur in den Frauenhäusern, auch in der Suchtarbeit erfahren wir von massiven Gewaltanwendungen. Es liegt auch an uns selber, wieviel deutlich ausgesprochen und ins Bewußtsein gerückt wird. Allzuoft gehen wir in der Suchtarbeit davon aus, daß keine Gewalt im Spiel sei, weil wir einfach nicht danach fragen. Das zeigt ein Gespräch unter Kollegen:

A: Ist Frau X von ihrem Mann verprügelt worden?

B: Nein.

A: Hast du sie denn danach gefragt?

B: Nein, das hab ich nicht.

A: Also weißt du es nicht?

B: Ich weiß es nicht.

Als wir zusammentrugen, wie oft wir mit Gewalt, insbesondere gegen Frauen, konfrontiert sind, und uns das Ausmaß vor Augen führten, stellten wir uns bald die Frage: Wie verkraften wir es eigentlich, immer wieder zu sehen und zu hören, daß Frauen und Mädchen verletzt, vergewaltigt, totgeschlagen werden? Hinzu kommt, daß immer wieder auch unsere eigene Geschichte berührt wird; zumindest einige von uns sind selber Ziel von physischer Gewalt gewesen. Eine Teilnehmerin meinte, es erleichtere nicht, Gewalterfahrung preiszugeben.

II. Hohe Ansprüche als Flucht aus der Realität

Kaum hatten wir die Frage nach unseren Gefühlen gestellt, schossen Ansprüche an uns wie Pilze aus dem Boden. Es sei Voraussetzung, daß Frauen in dieser Arbeit

- selber eine heile Beziehung haben müssen
- selber klar sein und die eigene Biographie verarbeitet haben müssen
- einen theoretischen Background haben müssen, in den sie alles einordnen können
- Supervision bekommen usw.

All diese Kriterien haben ihre Berechtigung, und doch wurden wir skeptisch. Was ist denn eigentlich heil? Wann hat frau eine Vergewaltigung verarbeitet? Werden demnächst unsere Familienangehörigen Teil unserer Arbeitsverträge? Uns schien, daß wir an einem Idealbild von Mitarbeiterin bastelten. Das alte Bild einer perfekten Mutter, die für alle immer da ist, alle Ansprüche erfüllt und selber stets zufrieden und ausgeglichen ist, wird von vielen von uns abgelehnt und gleichzeitig holen wir es im Beruf wieder heraus. Außerdem leben wir beileibe nicht in einer heilen Welt, so daß die Forderung, selber heile Verhältnisse zu haben, unrealistisch ist.

FAZIT:

a) Unsere Arbeit hinterläßt Spuren in uns. Wir sind nicht unbeteiligte Fachfrauen, wenn unsere Klientinnen mit ihrer Geschichte kommen. Immer wieder stellt sich die

Frage, wo und wie wir mit unseren eigenen Gefühlen ableiben. Dabei ist das Setzen idealtypischer Maßstäbe kein geeignetes Mittel, sondern hat eher den Charakter von Verschleierung und Verdrängung der Realität.

b) Sicher aber ist es ganz wichtig, daß wir bereit sind, uns mit uns selber auseinanderzusetzen. Wenn wir nicht abstupfen und uns dichtmachen – was wir nicht wollen – brauchen wir Teamarbeit, Supervision, Fortbildung, Treffen zur Verarbeitung dessen, was wir in der Arbeit erfahren und was immer wieder auch eigene Konflikte und traumatische Erlebnisse hochwühlt. Und wir sollten nicht vergessen aufzutanken, wo immer wir können, sei es in Familie, Freundeskreis oder sonstwo. Außerdem entbindet nichts von der Verantwortung für das eigene Leben.

III. Bleibe im Lande und wehre dich täglich!

Gewalt hat viele Gesichter. Ich selber bin zwar der Meinung, daß es einen wichtigen Unterschied macht, ob ich mit Worten angegriffen werde oder ob ich in meiner körperlichen Unversehrtheit bzw. Selbstbestimmung bedroht werde und mit kaputten Knochen rechnen muß. Dieser Unterschied ist mir auch deshalb wichtig, weil immer wieder verletzendes Worte oder sogenanntes aufreizendes Verhalten als Rechtfertigung für Prügel und Vergewaltigungen herangezogen werden.

Doch daneben besteht die strukturelle Gewalt mit all ihren alltäglichen Facetten. Je mehr die Frauenbewegung einerseits an Boden gewinnt, desto fieser wird andererseits die Aggression Frauen gegenüber. In jeder Tageszeitung prangen Bilder von nackten Frauen, meist in Darbietungsposition. Doch wir können gar nicht aufzählen, in welcher vielfältigen Art Frauen gedemütigt, verletzt und ausgebeutet werden. Hiervon sind alle Frauen betroffen, ob sie Klientin oder Therapeutin sind. Ist eine Versöhnung der Geschlechter in Sicht? Wir kamen zu dem Schluß, daß wir davon weit entfernt sind. Solange Frauen nicht ihren eigenständigen gleichen Teil an der gesellschaftlichen Macht, an den Entscheidungen und auch an Geld und Eigentum haben, kann Versöhnung nur zulasten von Frauen gehen. Übrigens neigen wir Frauen oft dazu, die Forderung nach Geld als unwürdig abzutun. Dies erscheint uns angesichts der materiellen Abhängigkeit vieler Frauen mit deren Konsequenzen keineswegs angemessen.

Wir unterscheiden 2 Ebenen: Auf der gesellschaftlichen Ebene kann von Versöhnung der Geschlechter noch keine Rede sein. Auf der individuellen Ebene formulierten wir als Ziel die Versöhnung in uns selbst, zwischen unseren eigenen männlichen und weiblichen Anteilen. So sollten wir Frauen auch unsere Potenz leben. Wut gibt auch Kraft, wenn sie in die richtige Richtung zielt.

IV. Parteilichkeit: Dürfen Frauen mit Männern arbeiten?

Es ist schon ein Kreuz: früher kam die (Männer-)Gesellschaft und schränkte die Bewegungsfreiheit von Frauen ein; heute kommt die Frauenbewegung und sagt, daß Frauen nicht mit Gewalttätern arbeiten dürfen, das sollten sie Männern überlassen.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß Frauen, die z. B. in Männerknästen Sozialarbeit und Therapie anbieten, eine klassische Frauenfunktion erfüllen.

Doch der Vorwurf, Frauen, die mit Männern arbeiten, seien unsolidarisch, trifft unserer Ansicht nach nicht. Es geht darum, die bestehende Misere zu verändern, im großen wie im kleinen – und das können die Frauen und Männer, die zu uns kommen und den Wunsch nach Veränderung haben. Gerade bei suchtabhängigen Menschen ist immer wieder auffällig, wie Alkoholeinwirkung die Person verändert, und was an Entwicklung möglich ist, wenn die Rolle des Suchtmittels akzeptiert werden kann.

V. Warum bleiben Frauen bzw. kehren zum Partner zurück?

Lange beschäftigten wir uns mit der Frage, was mißhandelte Frauen in der Mehrzahl der Fälle bewegt, bei ihren mißhandelnden Partnern zu bleiben. Einige Thesen:

- Fehlendes Selbstwertgefühl. Erst wenn der Partner sich ändert, bin ich etwas wert.
- Leben mit dem „Eigentlich-ist-er-ganz-anders-Mann“. Eine Frau, die eben noch von ihrem betrunkenen Mann mit dem Messer bedroht wurde, spricht schon im nächsten Moment von dem Mann, der er vielleicht mal sein könnte oder der er mal war. So denkt sie an Zukunft oder Vergangenheit, die gegenwärtige Realität aber nimmt sie nicht ernst.
- Die materielle Abhängigkeit. Sie fragt sich, ob es alleine wirklich leichter wird.
- Die Frauensozialisation. Frauen haben gelernt, daß sie für Kinder und Männer verantwortlich sind.
- Die Befürchtung. Dann hab ich erstmal keinen.
- Vor allem aber die Angst. Was tut er, wenn ich nicht da bin? Bei dem Mann zu bleiben, gibt oft ein paradoxes Gefühl von Sicherheit, das Gefühl, zu wissen, was passiert und ein Stück Kontrolle zu behalten.
- Und die Wertung. Wir beziehen ganz viel von anderen Frauen, werten jedoch das, was Frauen geben, oft geringer als das, was Männer geben.

Eine Frau aus Lübeck berichtete, das dortige Frauenhaus öffne sich für Besucherinnen und Schulfreunde der Kinder, es betreibe Öffentlichkeitsarbeit. Wir müssen die Basis derer erweitern, die die Frauen tragen können.

VI. Strukturen innerhalb der Wohlfahrtsverbände müssen sich ändern!

Damit landeten wir bei der Frauenhauspolitik. Wir erfahren, daß es autonome Frauenhäuser gibt und andere, die Wohlfahrtsverbänden angegliedert sind. An den Wohlfahrtsverbänden wurde kritisiert:

1. Sie seien zu familienpolitisch orientiert, nicht pro Frau oder pro Alleinerziehende.
2. Sie lebten von Frauenarbeit (von Frauen ehrenamtlich geleisteter Arbeit und von Einrichtungen der Frauenarbeit), die Entscheidungsbefugnisse jedoch lägen in Männerhand.

Der feministische Arbeitsansatz werde dabei verwässert. Der Vorteil liegt für die Frauenhäuser darin, daß sie bezüglich ihrer Finanzen den Rücken frei haben, das organisiert der Verband. Das bringt auch einen Nachteil, denn Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit liegen damit in der Hand von Männern und beim Verband. Bei denen aber überwiegen betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte.

punkte, die inhaltlichen Anliegen können nicht transportiert werden.

VII. Umgang mit Suchtproblemen

Durch die Mischung bei den Teilnehmerinnen hatten wir die Möglichkeit, gegenseitig Einblick in unsere Arbeit zu nehmen und Fragen zu stellen. Besondere Hilflosigkeit entsteht, wenn süchtige Frauen in die Frauenhäuser kommen. Alkoholisierung ist leichter zu erkennen als Medikamentierung. Andererseits führt Alkoholkonsum auch im Haus immer wieder zu Problemen.

Wir sprachen über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für suchtabhängige Frauen. Noch immer gibt es viel zu wenig frauenadäquate Angebote.

Die Frauenhausvertreterinnen waren mit großem Druck zu dieser Tagung gereist. Ihnen werde immer der Vorwurf gemacht, sie müßten mehr mit süchtigen Frauen machen, an der Abhängigkeit arbeiten. Nun sollten die Suchtexpertinnen mal erklären, wie sie das denn machen sollten. Und wohin die Frauen denn könnten, wenn nicht ins Frauenhaus. Tatsache ist, daß die stationären Suchttherapien nur Frauen aufnehmen, die abstinentfähig und -willig sind. Wir stellten klar, daß Frauenhäuser keine Suchttherapie leisten können, beiderseitige Zusammenarbeit bietet sich an.

Allerdings können die Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern wichtige Beiträge leisten, indem sie

- a) Frauen, die Alkohol, Medikamente oder Drogen konsumieren, offen darauf ansprechen. Zu oft geschieht es, daß das jeweilige soziale Umfeld bei vorhandener Suchtproblematik wegguckt statt konfrontiert, und damit die Funktion von Co-Alkoholikern übernimmt.
- b) Frauen ermutigen und beraten, Suchthilfen in Anspruch zu nehmen.
- c) das Haus alkoholfrei gestalten. Dagegen kam der Einwurf, das sei ein Eingriff in die Freiheit der Frauen. Ich finde es interessant, an diesem Punkt die Freiheit bedroht zu sehen. Würde das Verbot von Heroin oder von körperlicher Gewalt auch als Eingriff in die Freiheit gewertet werden? Vielleicht lohnt es sich, hier einmal zu hinterfragen.
- d) eigenes Suchtverhalten im Blick behalten.

Frauen landen im Frauenhaus, weil ihre Grenzen überschritten wurden. Und dort machen die Mitarbeiterinnen ihnen das gleiche wieder vor, indem sie Totalverantwortung übernehmen und sich selber oft ausbeuten. Wir fanden einen Unterschied heraus:

Suchtarbeit beginnt mit klaren Grenzziehungen. Immer wieder geht es darum, der Gefahr einer Co-Alkoholiker-Funktion entgegenzuwirken. Frauenhausarbeit hat einen ganz anderen Hintergrund, sie ist aus der Solidarität – Frauen helfen Frauen – entstanden. Das führt auch strukturell zu Überforderungen. Als niedrigschwelliges Angebot leisten sie eine ganz wertvolle und wichtige Arbeit. Während die Suchtarbeit gesellschaftlich aufgewertet wurde, brauchen Frauenhäuser noch stärker gesellschaftliche Solidarität.

Angesichts dieser Situation sollte die Bitte, daß Frauenselbsthilfegruppen und Suchtberaterinnen auch in die Frauenhäuser gehen, Resonanz finden.

ARBEITSGRUPPE 4

Die Situation von Frauen in der Suchtarbeit

Leitung: Christa Merfert-Diete

Die Teilnehmer/innen kamen aus Beratungsstellen, stationären Einrichtungen, Abstinenzverbänden und Nachsorgeeinrichtungen.

Die inhaltliche Arbeit der Gruppe wurde durch folgende Fragen strukturiert:

- Motivation. Sind Frauen bereit Frauenarbeit (von Frauen für Frauen) mitzumachen. Wollen sie es überhaupt?
- Wie können Frauen beraten werden? Wer soll Frauen beraten? Wo sind die Grenzen der Beratung einer abhängigen/mitabhängigen Frau durch einen Suchtkrankenhelfer/Sozialarbeiter?
- Wie sieht die Nachsorgearbeit für Frauen in den Abstinenzverbänden aus (z. B. alleinlebende Frauen)?
- Wie kann ein verbindlicherer Erfahrungsaustausch unter Frauen im Suchtbereich hergestellt werden (Vernetzung)?
- Wo wird Frauenforschung im Suchtbereich gemacht? Wie werden die Ergebnisse in die Praxis umgesetzt?
- Wie sieht konzeptionell eine frauenspezifische Therapie aus? Wie kann den Bedürfnissen der Klientinnen Rechnung getragen werden?
- Wer soll die Leitung einer Frauenklinik übernehmen? Therapeut oder Therapeutin?

Als Ergebnis der Diskussion der o.g. Fragen stellt die Gruppe folgende Forderungen auf:

- Wir fordern Angebote und Möglichkeiten, in denen Frauen ein anderes Verhaltensinstrumentarium für sich entwickeln können – orientiert an weiblichen Bedürfnissen, weiblicher Identitätsbildung, d.h. *nicht* an männliche Verhaltensmuster angepaßt.
- Wir fordern eine dem jeweiligen Frauenanteil (Gruppenmitglieder, Mitarbeiterinnen) entsprechende Beteiligung an Entscheidungen (Plätze in Entscheidungsgremien).
Ideal wäre eine -mindestens- paritätische Besetzung, damit weibliche und männliche Verhaltensmuster die Struktur bilden.
- Wir fordern mehr frauenspezifische Therapiekonzepte, damit Frauen nicht nur ihre Suchtmittelabhängigkeit bearbeiten können, sondern auch ihre sich aus der weiblichen Lebensrealität ergebenden Abhängigkeiten (damit sie nicht weiterhin in männlich geprägte Therapiekonzepte gepreßt werden).

Die Mitglieder der AG 4 erwarten von den ehrenamtlichen und professionellen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Suchtarbeit eine intensivere Auseinandersetzung mit der leider desolaten Lebenssituation von Frauen, an der sie auch süchtig und krank werden.

ARBEITSGRUPPE 5

Selbsthilfegruppen für Frauen in der Suchtarbeit

Leitung: Frieda Mory

Sucht bei Frauen hat andere Hintergründe als bei Männern: frauenspezifische Sozialisation, Identitätsfindung, gesellschaftliche Strukturen, Frauenbild u. v. a. m.

In der Suchtarbeit gibt es verschwindend wenige Frauenselbsthilfegruppen. Ausnahmen bilden die speziell weiblichen Suchtformen der Eßstörungen. In den letzten Jahren wurde durch das Engagement der Betroffenen wichtige Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet und dadurch das Entstehen vieler Selbsthilfegruppen im Bereich Eßstörungen wesentlich unterstützt. In den traditionellen Abstinenzverbänden arbeiten viele Frauen mit und haben unterschiedliche Funktionen, in denen wesentliche Hilfen auch für die Frauenarbeit geleistet werden. Doch: ehrenamtliche Arbeit im Suchtbereich ist keine Selbsthilfe.

Selbsthilfegruppenarbeit bedeutet, das eigene Problem für sich selbst in einer Gruppe Gleichbetroffener ansprechen zu können, Unterstützung zu finden und Möglichkeiten der Bewältigung durch gegenseitige Hilfe und eigenes Selbstwertgefühl für sich zu erarbeiten. Das „für sich selbst in die Gruppe gehen“ steht an erster Stelle.

Die Arbeit der großen traditionellen Abstinenzverbände ist nicht unbedingt Selbsthilfegruppenarbeit. Die Frauenarbeit in den Abstinenzverbänden wird größtenteils durch die dort herrschenden männlichen Strukturen geprägt.

Frauen gehen weitaus häufiger als mitbetroffene Partnerinnen (Co-Alkoholikerinnen) in die gemischten Gruppen, Männer als Co-Alkoholiker sind unterrepräsentiert.

Viele Frauen bringen trotz Offenheit und Engagement in den gemischten Gruppen der Abstinenzverbände ihre innersten Wünsche und Sehnsüchte, ihre Schwierigkeiten, ihre Selbsteinschätzung und ihr Selbstwertgefühl, ihre weibliche Identität, ihr Körpergefühl und ihre sexuellen Bedürfnisse und Abneigungen nicht in die Gruppen ein, weil Männer dabei sind.

Sie ordnen sich freiwillig der Männerhierarchie in den Gruppen unter und setzen sich so nicht mit ihrer speziellen Frauensituation, dem daraus resultierenden Zusammenhang mit ihrer Sucht und ihrem Verhalten auseinander.

Forderungen an die Arbeiterwohlfahrt

Mehr eigenverantwortliche Frauenselbsthilfegruppen in den traditionellen Abstinenzverbänden sowohl für betroffene Frauen als auch mitbetroffene angehörige Frauen.

Veranstaltungen zum Erlernen von frauenspezifischen Selbsthilfegruppengründungen und Selbsthilfegruppenarbeit.

Möglichkeiten zu öffentlichen Treffen von kleineren Selbsthilfegruppen auch in ländlichen Gebieten und kleineren Gemeinden.

Hilfe, Unterstützung und Anleitung zur Selbsthilfegruppenarbeit in den Bereichen:

- Müttergenesungsheime
- Frauenhäuser
- Kurheime
- offene Frauenarbeit,

mit dem Ziel, eigenständig nach Beendigung der Maßnahme Selbsthilfe im Heimatort weiterführen zu können.

ARBEITSGRUPPE 6

Frauen als Angehörige von Abhängigen

Leitung: Susanne Ramsauer/Christa Busch

1. Definitionen

Bei dem Begriff der Abhängigkeit beziehen wir uns in der Hauptsache auf die Personengruppe der Alkoholiker. Laut der Weltgesundheitsorganisation versteht man unter Alkoholiker, exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen. Daher brauchen sie Behandlung.

Jellinek erstellte eine Typologie, unterteilt in 5 Alkoholikertypen, sein Kriterium ist der Kontrollverlust.

Co-Alkoholiker

Ein Co-Alkoholiker ist eine Person (meist der Partner), welche in ihrer Art und Weise so auf den Alkoholiker reagiert, daß sie diesen durch ihr Verhalten davor schützt, die volle Wirkung und die damit verbundenen Konsequenzen seines Alkoholkonsumes am eigenen Leibe zu erfahren. Ein Co-Alkoholiker hilft dem Süchtigen, sich selbst zu täuschen, so daß sein Trinkverhalten scheinbar kein Problem darstellt.

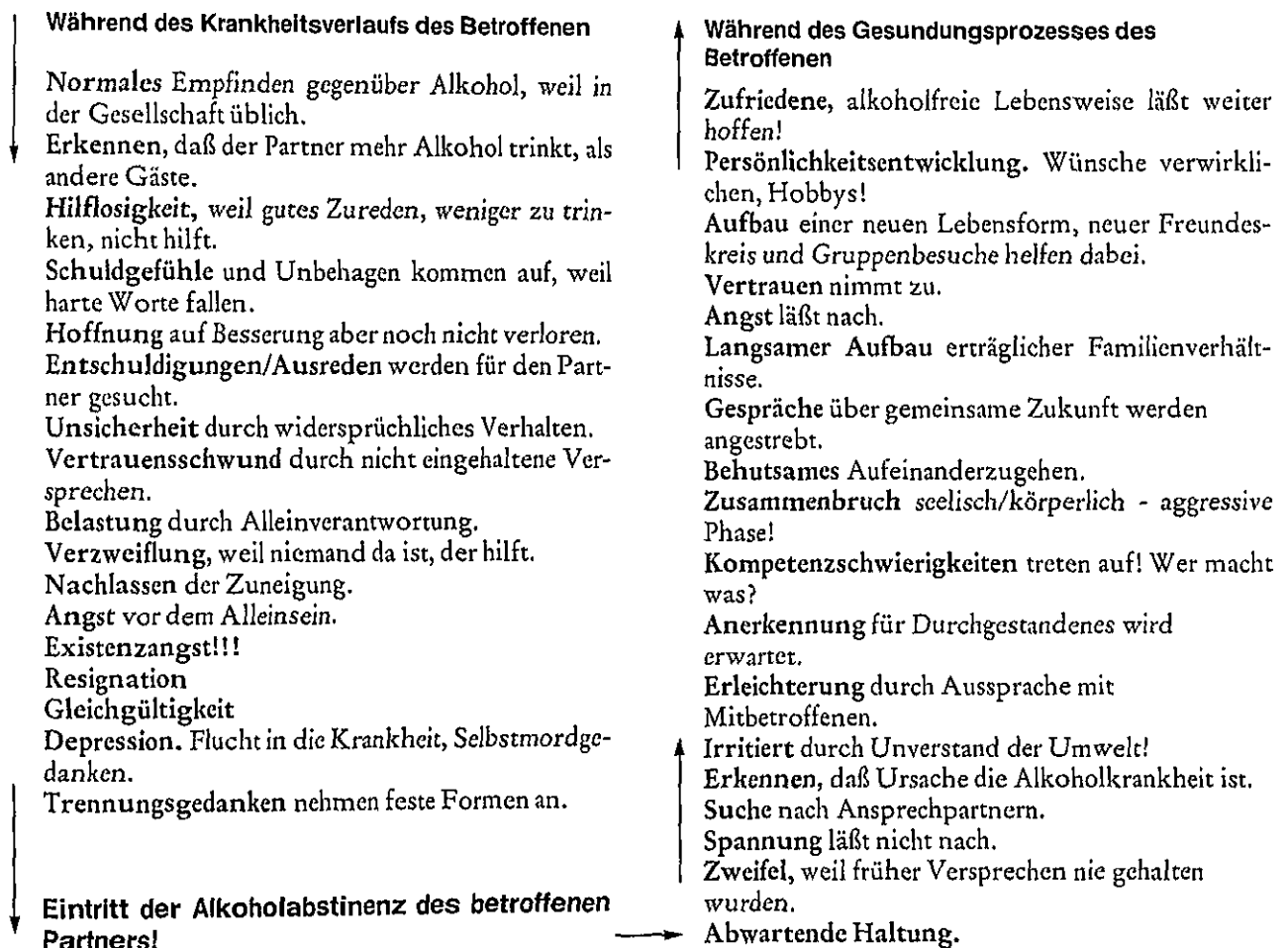
2. Suchtverläufe

Typische Merkmale für einen Suchtverlauf eines Alkoholikers sind:

- Gelegentliches Erleichterungstrinken, das zunimmt, regelmäßig wird bis zu exzessivem Trinken, das meist verleugnet wird,
- Einsetzen des Kontrollverlustes,
- Schuldgefühle und aggressives Verhalten wechseln sich ab,
- normales Sozialverhalten ist gestört, z. B. Arbeitsausfälle, Verschlechterung des körperlichen Zustandes, finanzielle Schwierigkeiten etc.,
- zunehmende Wesensveränderung,
- Alkohol ist zum einzigen Lebensinhalt geworden.

1. Gelegentliches Erleichterungstrinken	Prodromalphase	Readaptionszeit	34. Ein klarer und sinnvoller Weg zu leben eröffnet sich, er reicht über die früheren Möglichkeiten hinaus
2. Beginn des regelmäßigen Erleichterungstrinkens			33. Gruppentherapie und gegenseitige Hilfe gehen weiter
3. Erhöhung der Alkoholtoleranz			32. Er erlangt die Fähigkeit, sich und andere zu akzeptieren
4. Gedächtnislücken treten auf			31. Ausflüchte werden als solche erkannt
5. Das heimliche Trinken			30. Er hat durch seine Nüchternheit seine Zufriedenheit gewonnen
6. Zunehmende Abhängigkeit vom Alkohol			29. Er berechnet sein äußeres Auftreten
7. Das Erleichterungstrinken wird zum Reflex			28. Der Arbeitgeber vertraut ihm
8. Schuldgefühle wegen des Trinkens			27. Die ersten Schritte für eine wirtschaftliche Stabilität werden unternommen
9. Gespräche über Alkohol werden vermieden			26. Die Fähigkeit der emotionellen Kontrolle nimmt zu
10. Die Erinnerungslücken werden zunehmend häufiger			25. Es kommt zu einem richtigen Verhältnis zu echten Werten
11. Die Fähigkeit mit dem Trinken wie andere aufzuhören nimmt ab. Der Kontrollverlust			24. Er sieht Tatsachen mutig ins Gesicht
12. Eine Erklärung des Trinkverhaltens wird nötig			23. Ideale entstehen neu
13. Renommistisches, aggressives Imponiergehabe			22. Ein neuer Kreis beständiger Freundschaften bildet sich
14. Laufende Gewissensbisse	21. Neue Interessen werden wach		
15. Rückfälle nach Perioden völliger Abstinenz	20. Die Bemühungen werden durch die Familie und die Freunde anerkannt		
16. Gute Vorsätze und Entschlüsse schlagen fehl	19. Einstellung auf die Bedürfnisse der Familie		
17. Gedankliche und geographische Flucht	18. Natürliche Entspannung und Schlaf		
18. Verlust von anderen Interessen	17. Der Wunsch auszuweichen verschwindet		
19. Freunde und die Familie werden fallengelassen	16. Realistisches Denken		
20. Sorgen am Arbeitsplatz und Geldsorgen	15. Die Selbstachtung kehrt zurück		
21. Grundloser Unwille	14. Eine regelmäßige Ernährung wird eingehalten		
22. Vernachlässigung der Ernährung	13. Die Angst vor der unbekanntem Zukunft nimmt ab		
23. Verlust der allgemeinen Willensstärke	12. Die Möglichkeit einer neuen Art zu leben, wird anerkannt		
24. Zittern und morgendliches Trinken	11. Beginn der Gruppentherapie		
25. Abnahme der Alkoholtoleranz	10. Beginn neuer Hoffnung		
26. Verschlechterung des Körperzustandes	9. Körperliche Untersuchung durch den Arzt		
27. Verlängerte Rauschzustände	8. Die geistigen Bedürfnisse werden überprüft		
28. Bemerkenswerter ethischer Abbau	7. Das richtige Denken beginnt wieder		
29. Beeinträchtigung des Denkens	6. Es wird ihm bei der Bestandsaufnahme geholfen		
30. Trinken mit Personen unter dem eigenen Stand	5. Er trifft ehemalige Alkoholiker, die gesund und glücklich sind		
31. undefinierbare Ängste	4. Er hört auf zu trinken		
32. Unfähigkeit eine Tätigkeit zu beginnen	3. Es wird ihm gesagt, daß die Sucht zum Stillstand gebracht werden kann		
33. Das Trinken nimmt den Charakter der Besessenheit an	2. Er lernt, daß der Alkoholismus eine Krankheit ist		
34. Verschwommene religiöse Wünsche	1. Es besteht ein ehrlicher Wunsch nach Hilfe		
35. Die Alkoholalibis und das Erklärungssystem brechen zusammen			
36. Die vollständige Niederlage wird zugegeben			

Verhaltensphasen der mitbetroffenen Partner



Copyright by Deutscher Guttempler Orden

Parallel zum Krankheitsverlauf des Alkoholabhängigen vollzieht sich bei den Angehörigen ein Prozeß, der in der eigenen Lebensgeschichte begründet liegt, der das Trinkverhalten des Partners stabilisiert und fördert.

In der Regel durchläuft der Co-Alkoholiker drei Phasen:

1. Beschützer- und Erklärungsphase
2. Kontrollphase
3. Anklagephase.

In der Beschützer- und Erklärungsphase übernimmt der Partner immer mehr die Verantwortung für den Alkoholiker. Dieses Beschützen läßt den Selbstwert des Süchtigen zunehmend absinken. In dem Maße wie das Trinkverhalten zunimmt, wird der Co-Alkoholiker aktiver im „vermeintlichen Verhindern“ und das Gefühl versagt zu haben verstärkt sich. In der Kontrollphase ist der Selbstwert des Partners eng an das Trinkverhalten des Alkoholikers geknüpft. Aus diesem Grund kontrolliert und überwacht er das Trinkverhalten, das aber dann zu auswärtigem oder heimlichem Trinken führt.

Weiß der Co-Alkoholiker selbst nicht mehr weiter, reagiert er mit Haß und macht den Alkoholiker für sämtliche Schwierigkeiten verantwortlich. Er stempelt ihn zum Sündenbock.

Der Teufelskreis spiegelt sich darin, daß, egal wie sich der Co-Alkoholiker verhält, ob schützend, kontrollierend oder anklagend, der Süchtige es als Grund weiterzutrinken benützt.

3. Zusammenhänge zwischen Co-Alkoholismus und Beziehungssucht nach Robin Norwood

„Sucht“ ist ein Wort, das Angst macht. Mit „Sucht“ verbinden wir Vorstellungen von Heroinabhängigen, die sich selbst zugrunde richten. Wir mögen dieses Wort nicht und wehren uns dagegen, es auf unsere Beziehungen zu Männern anzuwenden. Aber viele von uns sind „männersüchtig“ oder sind es zumindest gewesen, und wie bei jeder anderen Abhängigkeit müssen wir uns erst einmal eingestehen, wie schwerwiegend unser Problem ist, bevor wir uns auf den Weg zur Heilung machen können“ (Robin Norwood: Wenn Frauen zu sehr lieben).

3.1 Merkmale von „beziehungssüchtigen“ Frauen

Die Erfahrung lehrt, daß besonders Frauen die Rolle der Co-Abhängigen übernehmen und immer wieder (bei Partnerwechsel) in den gleichen Beziehungsmustern bleiben. Dieses Phänomen erklärt R. Norwood mit dem Versuch der Kompensation von eigenen erlebten Defizi-

ten. Die folgenden Merkmale kennzeichnen „Frauen, die zu sehr lieben“:

1. Im typischen Fall stammen sie aus einem gestörten Elternhaus, in dem ihren emotionalen Bedürfnissen nicht entsprochen wurde.
2. Sie haben einst wenig Fürsorglichkeit erfahren und versuchen nun, dieses ungestillte Bedürfnis ersatzweise zu befriedigen, indem sie besonders fürsorglich sind, vor allem Männern gegenüber, die in gewisser Hinsicht als bedürftig erscheinen.
3. Weil es ihnen nicht gelang, die liebevolle, zärtliche Zuwendung, nach der sie sich gesehnt haben, von ihrem Vater und/oder ihrer Mutter zu bekommen, reagieren sie unbewußt auf den vertrauten Typus „emotional nicht zugänglichen Mann“, den sie wieder durch ihre Liebe zu ändern versuchen.
4. Weil sie so große Angst davor haben, verlassen zu werden, würden sie alles tun, um zu verhindern, daß eine Beziehung auseinanderbricht.

5. Beinahe nichts macht ihnen so viel Mühe, nimmt zuviel Zeit in Anspruch oder ist ihnen zu teuer, wenn es dem Mann „helfen“ kann, mit dem sie zusammen sind.
6. Mangel an Liebe, in persönlichen Beziehungen ist ihnen so vertraut, daß sie willens sind, zu warten, zu hoffen, und sich noch mehr darum zu bemühen, dem anderen zu gefallen.
7. Sie sind bereit, in jeder ihrer Beziehungen weitaus mehr als die Hälfte der Verantwortung und Schuld zu übernehmen.
8. Der Grad ihrer Selbstachtung ist alarmierend niedrig, und im Innersten glauben sie nicht, daß sie es verdienen, glücklich zu sein. Vielmehr glauben sie, sie müßten sich das Recht verdienen, das Leben zu genießen.

3.2 Erkrankungsprozeß und Genesungsprozeß

Parallel zum Krankheitsverlauf des Alkoholikers wie des Co-Alkoholikers entwickelt R. Norwood den Krankheitsverlauf der „beziehungssüchtigen Frau“:

Krankheitsverlauf

- Vollkommen auf eine Beziehung fixiert
- Ausmaß des Problems wird geleugnet
- durch Lügen wird verdeckt, was in der Beziehung geschieht
- Kontakt zu anderen Menschen wird eingeschränkt um Probleme in der Beziehung verheimlichen zu können
- wiederholte Versuche, die Beziehung unter Kontrolle zu bringen
- unerklärliche Stimmungsschwankungen
- Wut, Depression, Schuldgefühle
- Groll (auf andere)
- irrationale Handlungen
- Gewalttätigkeiten
- Unfälle infolge gedanklicher Abwesenheit
- Selbsthaß/Rechtfertigungen (auch vor sich selbst)
- körperl. Erkrankungen infolge von nervösen Spannungszuständen, Streß.

Aus dem Muster der Beziehungssucht bzw. des Co-Alkoholikers auszusteigen, erfordert einen starken Leidensdruck, ähnlich wie beim Alkoholiker.

Um diesen Schritt gehen zu können, sind Selbsthilfegruppen, Beratung und Therapie wichtige Hilfestellungen.

4. Verlauf der Arbeitsgruppe

Es nahmen insgesamt 12 Frauen aus der indirekten und direkten Suchtarbeit an der Arbeitsgruppe teil.

Im Mittelpunkt stand relativ schnell, durch die Offenheit der Gruppenmitglieder, die eigene Erfahrung. Wir stellten fest, daß der Co-Aspekt wie der Beziehungsaspekt in unserer sozialen Arbeit eine zentrale Rolle einnimmt. Wir alle sind sehr anfällig, in der Rolle der „Helfenden“ zu verbleiben, anstatt unsere eigenen Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen. Wir sollten uns immer erneut

Genesungsprozeß

- Eingeständnis der eigenen Unfähigkeit, die Krankheit unter Kontrolle zu bringen
- Haltung, andere für Probleme verantwortlich zu machen, wird korrigiert
- Konzentration auf die eigene Person, Übernahme der Verantwortung für eigene Handlungen
- Engagement in Selbsthilfegruppen; Unterstützung von Menschen, die gleiches durchmachen
- Bereitschaft, sich mit den eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, statt ihnen auszuweichen
- Aufbau eines stabilen Freundeskreises, Entwicklung kreativer Interessen

die Frage stellen, welche Funktion der Klient in diesem Kontext für uns hat?

Kennzeichnend für die Atmosphäre der Arbeitsgruppe war die Betroffenheit aller Frauen, die einen offenen Austausch ermöglichte.

4. 1. Abschließende Forderungen

- Teilnahme der in dem sozialen Bereich tätigen Frau, in Angehörigengruppen - Reflexion des eigenen Verhaltens
- bezahlte Supervision in sozialen Einrichtungen
- mehr Unterstützung der Medien, Suchtzusammenhänge deutlich zu machen
- differenziertes Filmmaterial zum Thema Sucht.

Ein Wunsch an den Veranstalter war, die Fortsetzung des Seminars in weiteren Fortbildungsangeboten zur Vertiefung und zur eigenen Entlastung.

ARBEITSGRUPPE 7

Eßstörungen - Sucht und Zwänge im weiblichen Lebenszusammenhang

Leitung: Karin Birk

An der Arbeitsgruppe nahmen elf Frauen aus den verschiedensten Arbeitsbereichen teil, aus Beratungsstellen, Jugendzentren, Frauenhäusern, eine freie Psychologin, eine Leiterin eines Mütterkurheims und eine Sozialarbeiterin, die weibliche Jugendliche in der innerbetrieblichen Ausbildung betreut.

Einige der Teilnehmerinnen waren mit dem Thema Eßstörungen nicht vertraut, die Mehrzahl hatte aber bereits Erfahrungen mit eßgestörten Klientinnen in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern gemacht.

Zum besseren Verständnis wurden die verschiedenen Erscheinungsformen von Eßstörungen in einem kurzen Referat dargestellt.

Magersucht (Anorexia Nervosa)

Bekannt geworden ist diese Eßstörung zunächst als Pubertätsmagersucht. Junge Mädchen verweigern das Essen und hungern sich manchmal zu Tode. Mittlerweile ist jedoch bekannt, daß an dieser Form der Eßstörung ebenfalls erwachsene Frauen erkranken. Magersüchtige Mädchen und Frauen haben ein extrem gestörtes Körpergefühl. Sie fühlen sich zu dick, egal wie abgemagert und ausgezehrt sie bereits sind. Jede kleinste Gewichtszunahme versetzt sie in Panik. Die durch das Hungern erlebten Rauschgefühle können mit dem Alkoholrausch verglichen werden.

Eß-Brechsucht (Bulmie, Bulimarexie, Bulimia Nervosa)

Hier sind die betroffenen Frauen in der Regel normalgewichtig, können aber auch manchmal unter- bzw. übergewichtig sein. Wie die Magersüchtigen erleben sich die bulimarektischen Frauen als zu dick. Sie leiden unter immer wiederkehrenden Heißhungeranfällen. Ihr anschließend selbst herbeigeführtes Erbrechen erscheint ihnen zunächst als ideale Lösung. So können sie essen soviel sie wollen, ohne die für sie negativen Folgen einer Gewichtszunahme fürchten zu müssen. Dieses Verhalten verselbständigt sich in aller Regel bald. Die Frauen empfinden ihr Tun als abartig und verachtenswert und quälen sich mit schweren Selbstvorwürfen.

Eßsucht (Adipositas)

Die betroffenen Frauen fallen äußerlich durch ihr Übergewicht auf, sie überessen sich häufig. Durch Diäten erreichen sie manchmal kurzfristige Gewichtsreduzierungen. Sie bagatellisieren ihr Eßverhalten und versuchen es zu verheimlichen.

Latente Eßsucht

Latent eßsüchtige Frauen neigen zu Übergewicht und verspüren starken Eßdrang. Sie kontrollieren ihr Eßverhalten derart streng, daß sie nicht zunehmen. Latente Eßsucht ist häufig der Einstieg zu einer anderen Form von Eßstörungen.

In der Realität sind die verschiedenen Formen von Eßstörungen nicht so deutlich abzugrenzen, wie gerade beschrieben.

Magersüchtige Frauen können auch Phasen erleben, in denen sie ihr Essen erbrechen. Sie können aber auch fett-süchtig werden und fett-süchtige Frauen können auch bulimarektische und magersüchtige Phasen haben.

Alle genannten Formen von Eßstörungen beginnen jedoch meist mit Diäten oder Fastenkuren.

In kritischen Lebenssituationen neigen Frauen dazu, ihre allgemeine Unzufriedenheit in Zusammenhang mit ihrem äußeren Erscheinungsbild zu bringen. Auf dem Hintergrund des herrschenden Schlankheitsideals bauen sie die Hoffnung auf, ihre Probleme seien durch Abnehmen zu lösen.

Hierbei ist es gleichgültig, ob die Mädchen und Frauen tatsächlich dick sind, oder ob sie sich nur zu dick fühlen. Ein bestimmtes Gewicht wird zum Maßstab für alle Gefühle gemacht und signalisiert jetzt: „Ich bin richtig“ bzw. „Ich bin nicht richtig“.

Alles Denken dreht sich ab jetzt zwanghaft ums Essen bzw. Nicht-Essen und die daraus resultierenden Folgen.

Im Gegensatz zu allen anderen Süchten fühlen sich Eß-süchtige froh, wenn sie ihr Suchtmittel nicht eingenommen haben. Nicht-Essen bedeutet für sie Unabhängigkeit, Stolz und ein positives Selbstwertgefühl. Essen ist dagegen mit Versagens-, Schuld- und Schamgefühlen besetzt, gekoppelt mit einem Gefühl von Disziplin- und Wertlosigkeit, weil dem Eßdruck nicht standgehalten werden konnte.

Ein weiterer Gegensatz beeinflusst den nun entstandenen Teufelskreis sicherlich auch: von dem Suchtmittel Essen kann nicht abinent gelebt werden.

Essen erhält im Verlauf des Suchtgeschehens die Funktion, sich zu beruhigen, sich zuzumachen, sich zu trösten und sich beunruhigende Gefühle und Gedanken wegzusessen bzw. wegzuhungern oder wegzukotzen.

Durch die permanente Erfahrung, ihren Heißhungeranfällen immer wieder zu erliegen, stürzen die Frauen in schwere Depressionen. Sie glauben aber weiterhin dem Essen gegenüber lediglich disziplinos und willens-schwach zu sein und blenden damit dessen Suchtcharakter vollkommen aus.

Ihr Hunger nach Nahrungsmitteln symbolisiert ihren Hunger nach Leben, nach Lebendigkeit und nach einer eigenen Identität. Ihre Eßanfälle sind zu Ersatzhandlungen geworden für ihre nicht gelebten Gefühle, Sehnsüchte und Bedürfnisse.

Eßsüchtige Frauen leben in der Gefahr, zusätzlich noch von anderen Suchtmitteln abhängig zu werden. So versuchen sie oftmals ihre nach den Eßanfällen auftretende Verzweiflung mit Alkohol und Medikamenten, vor allem mit Psychopharmaka, zu betäuben. Zur Gewichtsreduzierung nehmen sie häufig Abführmittel, Appetithemmer und harntreibende Mittel ein.

Eßsucht ist eine ausgesprochen frauenspezifische Krankheit, der Anteil der Frauen an den an Magersucht und Bulimie Erkrankten liegt zwischen 90 - 95%. Wir beschäftigten uns deshalb im weiteren Verlauf unserer Dis-

kussion mit der Frage, warum gerade Frauen in einem so großen Maße von dieser Krankheit betroffen sind.

Nahrungsmittel sind für Frauen ein leicht verfügbares Suchtmittel. In ihrer Rolle als Ernährerin leben sie in ständiger Nähe zu Lebensmitteln. Essen ist für Frauen emotional besetzt mit Fürsorglichkeit und Bedürfnisbefriedigung. Sich „etwas Gutes zu tun“ wird von ihnen häufig vorschnell und mangels anderer Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung mit Essen gleichgesetzt. Hinzu kommt, daß Frauen, die nicht dem gängigen Schlankheitsideal entsprechen, real stärker diskriminiert werden als beleibte Männer.

In diesem Zusammenhang fiel uns die deutliche Körpersprache mager- und eßsüchtiger Frauen auf. Magersüchtige Frauen wollen sich verdünnisieren und sagen ebenso wie dicke Frauen mit ihrem Körper „nein“ zu ihrem Frausein, „nein“ dazu, Sexualobjekt zu sein. Dicke Frauen brauchen ihre Körperfülle als Panzer gegen die Erwartungen anderer, ihr Dicksein dient ihnen als Schutz und sie fühlen sich darin wohl und warm. Wir fragten uns, ob sie zu wenig Wärme von anderen bekommen und ob hinter ihrem Dicksein auch der Wunsch stecken könnte, gewichtiger sein zu wollen, eine Eigenschaft, die Frauen in unserer Gesellschaft allgemein nicht zugestanden wird?

Frauen mit Eßstörungen sind in ihrer Kindheit häufig Opfer sexuellen Mißbrauchs gewesen. Die daraus resultierende Erfahrung, „mein Körper gehört nicht mir“, die schon in frühester Kindheit beginnen kann, schien uns u. a. auch Ausdruck zu finden in dem gestörten Körpergefühl unter dem Frauen mit Eßstörungen leiden.

Wir diskutierten weiterhin die Darstellung der Frauen in der Werbung. Ganze Industriebereiche, wie z. B. die gesamte Schönheits- und Diätindustrie, leben davon, Frauen in bezug auf ihren Körper gezielt unsicher zu machen. Mit Hilfe von Frauenkörpern werden Produkte aus allen Industriezweigen verkauft. Durch diese Vermarktung und zur Schaustellung wird die allgemeine Verfügbarkeit von Frauenkörpern signalisiert.

Ergebnisse und Forderungen

In unserem Erfahrungsaustausch über Ursachen und Hintergründe von Eßstörungen wurde uns deutlich, daß eßgestörte Frauen in Beratung und Behandlung nicht erneut mit Werten und Normen konfrontiert werden dürfen, die sich auf die Verhaltens- oder die Gewichtsebene beziehen.

Wir müssen bei eßgestörten Frauen immer nach ihrem eigentlichen, ihrem emotionalen Hunger fragen. Aus den Schilderungen betroffener Frauen in der Arbeitsgruppe ging für uns hervor, daß die Eßsucht eine noch heimlichere Sucht als die Medikamentenabhängigkeit ist. Für uns beinhaltet die „heimliche, brave“ Eßsucht allerdings nicht nur Aspekte von Anpassung und Flucht, sondern ebenfalls Elemente von Protest, Widerstand und Verweigerung. Dies hat für uns einerseits mit der geschlechtsspezifischen Sozialisation von Mädchen und dem daraus resultierenden angepaßteren und abhängigerem Leben als Frauen zu tun, ist für uns aber auch andererseits Ausdruck von einem Mehr an Spannungen, Widersprüchen und Reduzierungen, die die Rolle der Frau beinhaltet.

Dies zu leben wird jeder Frau ganz individuell aufgebürdet. So stehen auch bezeichnenderweise am Anfang einer Eßstörung Situationen wie Pubertät, Heirat, Schwangerschaft oder Geburt eines Kindes, Trennungen und berufliche Entscheidungen, also Phasen im Leben einer Frau, in denen einschneidende Veränderungen stattfinden und in denen sie sich entscheiden muß, wie sie ihr Leben als Frau gestalten will. Diese Entscheidungen, also entweder Berufsfrau, Familienfrau, Mutter oder „Nicht-Mutter“ zu sein, beinhalten jedoch auch immer Konflikte und Verzicht.

Wenn die Angst vor diesen Entscheidungen und Veränderungen zu groß ist, kann der Körper zum Austragungsort dieser Konflikte gemacht werden.

An alle Einrichtungen, die mit Frauen arbeiten, richteten wir die Forderung, sensibler zu werden für die nicht-stofflichen Süchte von Frauen und entsprechende Angebote für diesen Klientinnenkreis zu entwickeln. Immer noch werden in den Einrichtungen die stofflichen Süchte zu sehr in den Vordergrund gestellt nach dem Motto: „Hauptsache, du trinkst nicht mehr“. Auch der Zusammenhang zwischen Eßstörungen und anderen Suchtmittelabhängigkeiten muß in Beratung und Therapie mehr Eingang finden.

Ein wichtiges Angebot ist, in Mädchen- und Frauengruppen zu arbeiten, um einen Raum zu schaffen, in dem diese sich nicht in bezug auf Jungen und Männer definieren müssen. Hier sollten insbesondere frauenspezifische Themen zum Tragen kommen wie sexueller Mißbrauch, physische und psychische Gewalt an Mädchen und Frauen in Kindheit, Ehe, Partnerschaft und im sonstigen Alltag, selbstbestimmte weibliche Sexualität, Schwangerschaft und -unterbrechung, Lesbisch-Sein etc. Da positive Identifikationsmöglichkeiten für Mädchen und Frauen im Alltag noch sehr fehlen, sollte es in diesen Gruppen möglich sein, diese zu erarbeiten und zu finden.

Eßgestörte Mädchen und Frauen leben häufig in großer Isolation. In den Gruppen können sie mit anderen Betroffenen versuchen, diese zu durchbrechen.

Entsprechende Gruppenangebote in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern einzurichten war für die Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe gut vorstellbar.

ARBEITSGRUPPE 8

Medikamentenmißbrauch – verordnete Anpassung

Leitung: Sybille Ellinger

I. Medikamentenabhängigkeit ist eine frauenspezifische Abhängigkeit

Zwei Drittel der Verordnungen für Psychopharmaka und Schmerzmittel gehen an Frauen; doppelt so viel Frauen wie Männer gebrauchen diese Mittel; entsprechend liegt auch der Frauenanteil unter Medikamentenabhängigen bei ca. zwei Drittel.

II. „Somatische Kultur“ – „Frauensyndrom“

Schon Kinder, Mädchen wie Jungen, lernen einen selbstverständlichen Umgang mit Tabletten, wenn ihnen z. B. Fluor und Vitamine auf diese Weise zugeführt werden. Für Mädchen und Frauen verstärkt sich dies mit dem Einsetzen der Pubertät. „PMS“ (Prämenstruelles Syndrom) und Menstruationsschmerzen sind nur der Anfang. Es scheint eine „somatische Kultur“ (M. Rodenstein) für Frauen zu bestehen, die sie selbst und andere (Ärzte) bestimmte emotionale und körperliche Zustände (Menstruation, Schwangerschaft, Klimakterium) als Krankheit definieren (das sogenannte Frauensyndrom) und Arzneimittel verordnen und nehmen läßt. Derartige Beschwerden müssen verstanden werden als Ausdruck der Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, in der eigene Bedürfnisse zurückgestellt und z. B. Wut und Ärger unterdrückt werden. Medikamente decken das Unwohlsein zu und passen an, wenn kein Handlungsspielraum für andere Umgangsweisen besteht. Frauen verwenden oftmals auch Alkohol zu diesem Zweck.

III. Berufliche Belastung

Besonders in den sozialen Berufen, die größtenteils typische Frauenberufe sind, ist die Bereitschaft bzw. auch die Erfordernis, eigene Bedürfnisse zurückzustellen und auf andere einzugehen, groß. Sich abzugrenzen und Distanz herzustellen fällt schwer, wenn Frau involviert und betroffen ist. Diese Funktion der Distanzierung erfüllen dann oftmals Beruhigungsmittel. Hilfreicher wäre die Inanspruchnahme von Supervision, die in allen psychosozialen Einrichtungen und Berufen angeboten werden müßte.

Im Vergleich zum Beruf erfordert es im privaten Bereich noch viel mehr Energie und Anstrengung, sich abzugrenzen und zurückzuziehen. Ein Beispiel ist hier die Pflege von kranken Familienangehörigen, deren Übernahme eine enorme zusätzliche Belastung bedeutet und deren Ablehnung i. d. R. Schuldgefühle macht.

Die Veränderung der Lebenssituation von Frauen dadurch, daß Männer Familienarbeit übernehmen, die Arbeitswelt umgestaltet und mehr Einrichtungen (z. B. Kinderbetreuung) geschaffen werden, hätte zur Folge, daß Frauen weniger Medikamente brauchten.

IV. Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängigkeit spielt in den Suchteinrichtungen eine geringe Rolle. Als verordnet und legitim ist die Abhängigkeit von Arzneimitteln oft verborgen und (besonders als Niedrig-Dosis-Abhängigkeit) führt die betroffenen Frauen nur im Ausnahmefall und bei exzessivem Gebrauch in die Suchtberatungsstelle bzw. -klinik. Im Vordergrund stehen meist andere Probleme wie psychische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrome, Gewalterfahrungen etc., so daß medikamentenabhängige Frauen in allen Institutionen zu finden sind, in denen Frauen behandelt, beraten und betreut werden, also in psychosozialen Beratungsstellen, Kurkliniken (Müttergenesung), Frauenhäusern etc. Hier wird jedoch die Abhängigkeit oft nicht erkannt, weil ausreichende Kenntnisse nicht immer vorhanden sind. Wichtig wäre es daher, durch Fortbildung und Information mehr Sensibilität für Medikamentenprobleme zu schaffen. Die Mitar-

beiter/innen von Familienberatungsstellen, Gemeindefrauen, Haus- und Familienpfleger/innen wäre die Zielgruppe solcher Fortbildungsangebote. Besonders ist hier auch die Gruppe der ausländischen Frauen zu nennen, denen oft sehr viel psychotrope Medikamente verschrieben werden.

V. Veränderungsstrategien/Forderungen

1. *Fortbildungsangebote* für Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen, Gemeindefrauen, Haus-/Familienpfleger/innen, Sozialberater ausländischer Familien;
2. *Sensibilisierung* von Multiplikatoren im Bereich der Erwachsenenbildung (z. B. VHS);
3. *Fortbildung für Ärzte* (anderer Umgang mit eigener Hilflosigkeit);
4. *Stärkung von Alternativen* zu Medikamentenverordnungen und -gebrauch wie Naturheilverfahren, Entspannungsverfahren, Psychotherapie (großzügigere Kostenübernahme durch Krankenversicherungen);
5. *Initiierung und Angebot von Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen* für Frauen in mittlerem und höherem Alter, da die Gefährdung in dieser Altersgruppe einerseits sehr groß, andererseits des psychosozialen Angebot gering ist;
6. *Verbraucherschutz:*
 - Verbot der Werbung für Arzneimittel
 - verständlichere und informativere Beipackzettel, auch in anderen Sprachen;
7. *Verstärkung der öffentlichen Diskussion* von Medikamentengebrauch und -abhängigkeit mit dem Ziel deutlich zu machen, daß es sich nicht nur um ein individuelles Problem handelt.

ARBEITSGRUPPE 9

Mitarbeiterinnen in der Suchtarbeit

Leitung: Angelika Budde

Die Teilnahme an dieser AG war erstaunlicherweise sehr gering. Es erschienen nur drei Frauen und nur ein Mann. Die Teilnehmer/innen kamen aus unterschiedlichen Bereichen der Suchtarbeit, zum einen aus einer Suchtklinik für Frauen, zum anderen aus einer psychosozialen Beratungsstelle, sowie aus einer Übergangseinrichtung für abhängige Frauen. Der männliche Kollege stellte sich als Gesundheitsreferent der AW vor.

Anfangs etwas enttäuscht auf Grund der geringen Beteiligung machten wir uns an die Arbeit.

Um Zugang zu dem Thema zu finden, wurden alle möglichen Begriffe, die uns zu diesem Thema einfielen, auf einer großen Wandtafel gesammelt. Nach Fertigstellung dieses Wandbildes wurde deutlich, wie umfangreich und vielschichtig dieses Thema ist. Wir haben die Begriffe strukturiert und folgende Themenschwerpunkte herausgearbeitet:

Wo sind Verbindungen und Unterschiedlichkeiten zwischen mir als Privatperson und als Mitarbeiter/in der Arbeit mit Süchtigen?

Jede der Teilnehmer/innen sah einen starken Zusammenhang zwischen persönlichem Schicksal und der Arbeit. Die spezielle Arbeit mit Süchtigen bedeutete für viele eine Art Familienersatz. Begriffe fielen wie: „Ich kann geben“, „Ich werde gebraucht“, „Ich habe eine feste Rolle für die Klientinnen und im Team“, „Ich bin Übermutter“, „Ich habe Macht“, „Die Kollegen fangen mich auf“, „Ich bekomme Anerkennung“, u.a.m.

Es wurde deutlich, daß die Teilnehmer/innen und auch deren Kollegen/innen oft in einem Kreislauf stecken und für diesen Familienersatz einen hohen Preis zahlen. Die private Familie war häufig nicht mehr oder nur noch unzureichend vorhanden. Berichtet wurde von Trennungen, unerfülltem Kinderwunsch, eigener schwerer Krankheit, nicht verarbeiteter Tod eines Familienmitgliedes u.a. Zitat: „... kein Platz mehr für Beziehungen außerhalb der Arbeit, da ich den ganzen Tag so viel gegeben habe, daß ich abends nicht mehr kann.“

Aus dieser Problemstellung ergab sich der nächste Themenschwerpunkt:

Wo liegen unsere eigenen Abhängigkeiten und wie kann ich mich besser abgrenzen?

Es besteht die Gefahr, von der Arbeit abhängig zu werden und privat in ein immer größer werdendes „Loch“ zu fallen. Eigene therapeutische Unterstützung und häufige, regelmäßige Supervision erscheint unbedingt notwendig, werden aber oftmals nicht konsequent durchgeführt, weil „es immer wieder Dinge gibt, die wichtiger sind...“.

Wie gehen wir mit Beziehungen zu den KlientInnen um?

Inwieweit lassen wir uns auf die Klientinnen ein, ist unsere Arbeit mit ihnen geprägt von Sympathie, Antipathie, tiefem Mitgefühl und Ablehnung? Sind die Klientinnen ein ständiger Spiegel für uns selbst und stützen wir ihnen unsere eigenen Maßstäbe und Wertvorstellungen über?

Deutlich wurde, daß Beziehungsstrukturen zwischen Mitarbeiterinnen und Klientinnen oftmals unklar sind, und daß dieses Thema in Mitarbeiterbesprechungen meistens vermieden wird.

Klar wurde der Wunsch nach strukturierten Mitarbeiterbesprechungen, d.h. bei jeder Fallbesprechung sollte automatisch die Beziehungsstruktur abgefragt werden, Gruppen sollten grundsätzlich von zwei Mitarbeitern/innen geleitet werden, keine Tabuisierung des Themas „Beziehung zu den Klienten/innen“ und offene Gespräche darüber im Team.

Wie erlebe ich hierarchische Strukturen in der Mitarbeiter/innen-Zusammenstellung?

Die Teilnehmerinnen arbeiteten alle ausschließlich mit abhängigen Frauen, die therapeutischen Teams waren jedoch gemischtgeschlechtlich, wobei die leitenden Positionen in der Regel von Männern besetzt waren.

Für die Anwesenden bedeutete dieses erstmal kein Problem. Sie kamen mit ihren männlichen Kollegen im allge-

meinen zurecht. Auch wurde eine hierarchische Struktur, unabhängig davon, ob die Positionen von einem Mann oder eine Frau besetzt waren, nicht abgelehnt. Es wurde als Erleichterung beschrieben, wenn klare Grenzen für Aufgabenbereiche und Entscheidungskompetenzen, gesetzt werden können. Als grundsätzlich problematischer wurde eine Mitarbeiterstruktur empfunden, bei der alle gleich sind, da hier ablaufende Machtkämpfe häufig unterschwellig ausgetragen werden und somit sehr belastend sein können.

Abschließend sei erwähnt, daß diese Schwerpunktthemen sehr heftig diskutiert wurden, und viele persönliche Erfahrungen in die Diskussion eingebracht wurden. Viele Themen, wie beispielsweise Gehälter, gesellschaftliche Relevanz der Arbeit, Selbsthilfe/professionelle Hilfe, Fortbildung u.a. konnten nicht mehr ausführlich besprochen werden. Übrig blieb das Gefühl, viel erfahren und Denkanstöße bekommen zu haben, etwas losgeworden zu sein und der Wunsch nach mehr Möglichkeiten zum regionalen und überregionalen Austausch.

ARBEITSGRUPPE 10

Frauen in Arbeitsbezügen

Leitung: Rita Rußland

I. Ist Sucht ein individuell verursachtes Schicksal oder ein gesellschaftlich bedingtes Desaster?

Die Menschen müssen wir in ihrem gesamten – allumfassenden – Dasein betrachten, wir machen insgesamt immer wieder den Fehler, sie entweder nur in ihren Arbeits- oder nur in ihren privaten Lebensbezügen zu sehen.

Menschen sind brüchige Geschöpfe, die wir nicht trennen sollten einerseits in Arbeitspersonen und andererseits in Freizeitmenschen. Selbst wenn ein Teil – und das sind in unserer Gesellschaft zumeist die Frauen – nicht erwerbstätig ist, sind sie zutiefst abhängig in ihrer Lebensgestaltung von der wiederum abhängigen Erwerbsarbeit ihrer Ehepartner. Diese Abhängigkeit bezieht sich nicht nur auf den Lebensstandard, der z.B. durch das Einkommen repräsentiert wird. Diese Abhängigkeit hat noch ganz andere Dimensionen. Beispiel Schichtarbeit:

Nach einer Erhebung der Internationalen Arbeitsorganisation leisteten 1981 von den rund 21 Millionen Beschäftigten 5,5 Millionen Menschen Schichtarbeit und Nachtarbeit und weitere 3,2 Millionen Menschen Sonn- und Feiertagsarbeit. 60 Prozent der Sonn- und Feiertagsarbeit wird von Frauen gemacht. Neuere Zahlen gibt es nicht und das ist der eigentliche Skandal, daß wir zwar wissen, wie viele Schafe in Schleswig Holstein weiden, aber nicht sagen können, wie viele Menschen heutzutage Schicht- und Nachtarbeit, Sonn- und Feiertagsarbeit ma-

chen müssen; vermutlich aber weitaus mehr als 1981 und damals waren es schon mehr als 40 Prozent der Beschäftigten, die in derartigen Arbeitsverhältnissen ihr Geld verdienen mußten.

Die belastenden Auswirkungen der Schichtarbeit werden fast ausschließlich unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten gesehen. So wissen wir, daß Schichtarbeiter stärker unter Schlafstörungen, Beeinträchtigungen, des Magen-Darm-Systems und Nervosität leiden.

Aber wir wissen nicht, weil es bis heute keine befriedigende Untersuchungen darüber gibt, welche Auswirkungen Schichtarbeit auf die Persönlichkeit der Schichtarbeiter hat und mit welchen Problemen die Familienangehörigen dieser Arbeiter deswegen zu kämpfen haben. Gerade die Tatsache, kein geregeltes Familienleben führen zu können und aufgrund der Arbeitszeit vom gesellschaftlichen Leben fast ausgeschlossen zu sein, führt zu einem Gefühl der Isolation.

Der ständige Zwang individuelle und familiäre Bedürfnisse dem betrieblichen Arbeitszeitsystem unterzuordnen, erfordert vom Schichtarbeiter und seiner Familie strikte Anpassung in der Gestaltung des Privatlebens. Die dabei auftauchenden Probleme können schließlich nur noch durch Zurücknehmen von Ansprüchen gelöst werden.

Mit dieser konsequenten Anpassung subjektiver Bedürfnisse an berufliche Erfordernisse ist aber auch die Gefahr verbunden, daß das Privatleben als unbefriedigend erlebt wird. Diese Tatsache wird vermutlich nicht als eine Auswirkung der Schichtarbeit erkannt, sondern als persönliches Versagen interpretiert.

Im gleichen Maße wie Schichtarbeiter vom Familienleben ausgeschlossen werden, steigen die Belastungen für deren Frauen. Diesen fällt die Aufgabe zu, den Haushalt und das Familienleben so zu organisieren, wie es den Erfordernissen der Schichtarbeit entspricht. Das bedeutet konkret: Ständiges Umorganisieren des Tagesablaufs, mehrmaliges tägliches Zubereiten von Mahlzeiten und die Erziehung und Versorgung der Kinder weitestgehend allein bewerkstelligen zu müssen. Bereits diese Beispiele machen deutlich, daß solche Frauen mehr als andere auf ihre Hausfrauenrolle fixiert sind. Schichtarbeiterfrauen sind zu zwei Dritteln – und damit weitaus häufiger als Frauen von Nichtschichtarbeitern – nicht berufstätig. Aus dieser fehlenden eigenen Berufstätigkeit erwachsen Probleme und verstärkte Abhängigkeit, da zusätzliche Erfolgserlebnisse und Außenkontakte verhindert werden.

Aber nicht nur die Schichtarbeiter und ihre Lebenspartnerinnen haben unter den Auswirkungen der Schichtarbeit zu leiden, sondern auch ebenso die Kinder.

Sie müssen ständig auf den tagschlafenden Vater Rücksicht nehmen, müssen sich ruhig verhalten.

Gerade diese Kinder neigen dann in der Schule oft zu aggressiven Durchbrüchen, zu Lernstörungen.

Zu Hause erleben sie in der Erziehung nicht selten ein Wechselbad von gegensätzlichen Gefühlen.

Einmal werden sie übermäßig streng behandelt, dann gibt es wieder Phasen der Nachgiebigkeit, zumeist aus Müdigkeit oder aus einem schlechten Gewissen heraus.

Das Schichtarbeiterproblem eignet sich als Einstieg in unser Thema:

Erstens gibt es eine sehr merkwürdige Aussage von einer nicht unbedeutenden Frau zur Thematik der Nachtschicht.

Frau Prof. Eleonore von Rotenhan, ranghöchste Sozialarbeiterin bei Siemens und Präsidentin des Evangelischen Kirchentages Mitte Juni 1987 in Frankfurt sagt in dem Buch „Alkohol im Betrieb“, Nicol Verlag 1987, ich zitiere:

„Es kann durchaus sein, daß in der sogenannten dritten, also der Nachtschicht, mehr Alkoholiker arbeiten als in den Tagschichten.

Doch sieht man genauer hin, dann ist nicht die Nachtschicht der Auslöser, sondern für viele Alkoholgefährdete bietet die dritte Schicht ein gutes Versteck für die eigene Sucht.“

Wer so argumentiert wie Frau von Rotenhan, der stemmelt das Suchtproblem als individuelles Schicksal ab.

Dagegen steht die Aussage der BASIG-Studie von 1986, daß nämlich „Schichtdienst belastend ist und den Konsum von Suchtstoffen fördert.“

Zweitens ist diese Regierung dabei, mit dem Gleichberechtigungsargument das Nachtarbeitsverbot für Frauen aufzuheben. Sie begründen dieses Vorgehen in einem im August 87 vorgelegten Gutachten von Professor Josef Rutenfranz, Dortmund u. a. damit, daß die Nachtarbeit für Frauen keineswegs generell schädlicher ist als für Männer.

Natürlich, denn Nachtarbeit ist für beide Geschlechter schädlich. Rutenfranz argumentiert dann auch, „daß es den begründeten Verdacht gebe, daß Nachtarbeiterinnen mit schulpflichtigen Kindern kürzere Ruhezeiten haben als ihre männlichen Kollegen, da die Kinderbetreuung allen emanzipatorischen Entwicklungen zum Trotz doch in der Regel den Frauen vorbehalten bleibt.“

Drittens ist nach meiner Auffassung das Suchtverhalten der Frauen nur im Zusammenhang mit dem Suchtverhalten der Männer, und das Suchtverhalten der Männer wiederum nur auf dem Hintergrund der Arbeits- und Lebensbedingungen beider Geschlechter zu erklären. Und damit ich wieder bei meinem Eingangssatz, die Menschen in ihrem gesamten – allumfassenden – Dasein zu sehen, nicht nur in Ausschnitten.

Suchtkrankenhilfe und was sich dahinter verbirgt

Kirchliche Träger, Freie Verbände, Staatliche Stellen und Betriebe betreiben – zugegeben – hervorragende Suchtkrankenhilfe. Das Wort suggeriert aber, daß wir die steigende Seuche Sucht sozusagen in den Griff bekommen, wenn wir nur in ausreichendem Maße Hilfe für die Betroffenen organisieren. Das wiederum suggeriert, daß es sich bei den verschiedenen Suchtkranken, den Alkohol- und Medikamentenabhängigen, den Drogen- und Mehrfachabhängigen, den Spielsüchtigen und den Schnüfflern, den Freiß- oder den Magersüchtigen und den Arbeitssüchtigen jeweils um ein individuelles Schicksal handelt.

Eine solche Auffassung hat einerseits zur Folge, daß sich immer mehr Menschen im ausweitenden Sog der Sucht als Helfer einfinden.

Das bewirkt andererseits, daß sich die Beteiligten auf dem Helfermarkt immer heftiger über Wege der richtigen Therapie und immer weniger über die richtigen Wege der Prophylaxe streiten.

Wir entwickeln uns sozusagen zu einem Heer von Helfern menschlichen Elends, und zwar genau proportional in dem Ausmaß wie sich die Suchtkrankheiten entwickeln.

Ist das, was da an Hilfe geschieht, auch wenn sie von hochqualifizierten Menschen erbracht wird, nicht letztlich doch nur Flickschusterei?

Wir sind uns bewußt, daß es Krankheiten gibt, mit denen wir leben müssen. Aber wir weigern uns, Krankheiten zu akzeptieren, die nicht nur in einer persönlichen Disposition begründet sind, sondern ihre Ursachen auch in jenen Bedingungen haben, unter denen wir als Menschen arbeiten und leben müssen.

II. Sind Frauen die Lastenträger der Gesellschaft?

Menschen haben zu allen Zeiten und in allen Kulturen versucht, ihre Seelenlage zu stimulieren.

Offenbar haben Menschen eine tiefe Sehnsucht danach, sich permanent wohlfühlen zu wollen, sich ständig in eine gute Stimmung zu bringen, sich auch gelegentlich in Rauschzustände zu versetzen.

Wir können uns – wie es scheint – in unserer Alltäglichkeit nur schlecht ertragen. Und noch schlechter können wir Belastungen ertragen und durchtragen, die von außen auf uns zukommen. Wir merken schon an Kleinigkeiten, wie schnell unser seelisches Gleichgewicht aus den Fugen gerät und unsere Organe reagieren hypersensibel auf psychische Belastungen.

Schon lange bevor die moderne Wissenschaft von psychosomatischen Krankheiten sprach, sagte der Volksmund sehr treffend: „Das schlägt mir auf den Magen“, „den kann ich nicht riechen“, „das macht mein Herz nicht mit“, „das geht mir an die Nieren, auf die Nerven oder unter die Haut“. Die Menschen haben immer mehr psychische Belastungen auszuhalten. Wir werden geradezu überflutet.

Die Angst eines atomaren Holocaust kann ebenso krank machen wie die täglich zunehmende Hektik, der überall ansteigende Lärm, die drohende Arbeitslosigkeit, die horrende Umweltverseuchung oder die Überreizung des Menschen als Konsument im Wust der Angebote.

Kein Wunder, daß die Zahl aller abgerechneten Krankenbehandlungen 1986 im Bereich der niedergelassenen Ärzte um 2,3 Prozent gegenüber 1985 zugenommen hat.

Männer haben andere Bewältigungsmechanismen als Frauen und zu den offenkundigen Diskriminierungen des weiblichen Geschlechts gesellen sich noch die schwer erkennbaren, die subtilen hinzu. Männer dürfen nämlich auf Ungerechtigkeiten und Belastungen mit Wut und Aggressionen reagieren. Schon den kleinen Jungs impft man ein, daß sie sich wehren sollen, kämpfen müssen, streiten dürfen. Tun Frauen das, sind sie *streitsüchtig*.

Veränderung der Fallzahlen (Jahresdurchschnitt 1986)

	Fachärzte	Allgemein- ärzte	alle Kassenärzte
Erstinanspruchnahme	+ 1,4%	+ 0,8%	+ 1,0%
Überweisung alle abgerechneten Fälle	+ 5,0%	+ 3,0%	+ 4,8%
	+ 3,3%	+ 1,0%	+ 2,3%

(Quelle: der gelbe Dienst (dgd))

In den meisten Machtfunktionen unserer Gesellschaft residieren Männer. Streben Frauen Macht an, sind sie herrschsüchtig. Ist es nicht merkwürdig, daß das gleiche Tun beim männlichen Geschlecht als normal und beim weiblichen Geschlecht als abnormal betrachtet wird.

Obwohl Plato schon um 350 v. Chr. sagte: „Es gibt – mein Freund – keine Beschäftigung eigens für die Frau, nur weil sie Frau ist und keine eigens für den Mann, nur weil er Mann ist“, stellen wir über 2000 Jahre später fest, daß wir noch meilenweit von einer wirklichen Gleichberechtigung entfernt sind.

Woran liegt das? Ist die kirchliche – nicht die christliche – Auffassung über die Rolle der Frau daran schuld?

Luther formulierte das Ende Fünfzehnhundert so: Weiber tragen Kinder und ziehen sie auf, regieren das Haus und teilen ordentlich aus, was der Mann hereingeschafft und erwirkt, daß es nicht unnütz werde. Daraus erscheint, daß das Weib geschaffen ist zur Haushaltung, der Mann aber zur Polizei – weltlichem Regime, zu Kriegen und Gerichtshändel, die zu verwalten und zu führen.“

Ist die Französische Revolution daran Schuld, die vor zweihundert Jahren zwar Gleichheit und Freiheit forderte und dann nur noch Brüderlichkeit? Ist die über hundertjährige Arbeiterbewegung daran schuld, die so viel für die arbeitenden Menschen verändert hat und dennoch in ihrem organisatorischen Innenleben einen proletarischen Antifeminismus – mit dem Hinweis auf die angeborene weibliche Natur – nicht aktiv bekämpfte?

Männer haben eine Logik des Verstandes und die Fähigkeit, sich durchzusetzen; Frauen eine Logik des Herzens – und dazu gehört Instinkt, die Fähigkeit sich anzupassen, zu hegen und zu pflegen, das war die überwiegende Auffassung. Auch das Grundgesetz von 1949 mit seinem Artikel 3 „Männer und Frauen sind gleichberechtigt“, hat die Ungleichheit nicht beseitigt.

Auch die Frauenbewegung mit ihrer Losung „das Private ist das Politische“ hat letztlich nicht vermocht, das Denken in den Köpfen der Menschen zu verändern. In einer EG-Umfrage, die im August 1987 veröffentlicht wurde, wird deutlich, daß nur jede(r) Vierte in der Bundesrepublik dafür ist, „daß beide Ehepartner eine gleiche anspruchsvolle Berufstätigkeit ausüben und sich Hausarbeit und die Kinderbetreuung gleichwertig aufteilen sollten.“

Für die politisch engagierten Frauen in Parteien, in Gewerkschaften, in Kirchen, in der autonomen Frauenbewegung und für viele nicht organisierte Frauen, die dennoch die Gleichberechtigung durchsetzen wollen, heißt das, Frauen die vielzitierte Doppelbelastung zuzumuten.

Ich will einige dieser Belastungen und Diskriminierungen im gesellschaftspolitischen Bereich skizzieren:

Die Männer sind, das zeigen alle derzeitigen Untersuchungen, stärker als früher zur Mithilfe im Haushalt bereit.

Aber sie betrachten diese Mitarbeit: Einkaufen, Kochen, Gartenarbeit, Staubsaugen usw. eher als Hobby. Die traditionelle Arbeitsteilung hat sich nicht aufgehoben. Nach wie vor tragen die Frauen die Hauptbelastung des Alltäglichen, Wiederkehrenden, des Unsichtbaren.

Kindererziehung - berufliche Karriere

In einer Allensbach-Umfrage vom Januar 1986 antworten auf die Frage: „Für Frauen gibt es nur die Möglichkeit, entweder Kinder großzuziehen oder berufliche Karriere zu machen: Würden Sie sagen, da ist etwas Wahres dran, oder würden Sie sagen, das stimmt nicht?“

Bei den Frauen:	57% mit Etwas Wahres dran
	35% mit Stimmt nicht
	8% mit Unentschieden
Bei den Männern:	59% mit Etwas Wahres dran
	29% mit Stimmt nicht
	12% mit Unentschieden.

Über 85 Prozent (WdA v. 6. 8. 87) der Altenhilfe wird von der Familie übernommen und natürlich sind es die Frauen, die pflegen.

Obwohl das Institut der Deutschen Wirtschaft im IW-Dossier Nr. 4, 1987 sagt, „daß die Jungen in der Schule in den unteren Qualifikationsstufen dominieren, die höhere Zahl der »Sitzenbleiber« stellen und die Mädchen vielfach bessere Durchschnittsnoten beim Abschluß erzielen“, bleibt festzuhalten, daß zwei Drittel derer, die keinen Ausbildungsplatz bekommen, Mädchen sind.

Mädchenanteil an den Schulabgängen

	ohne Haupt- abschl.	aus Sonder- schulen	Haupt- schul- abschl.	Mittlere Reife	Hoch- schul- reife	Fachhoch- schulreife
1970	44,5%	22,6%	49,3%	51,6%	39,7%	k.A.
1985	39,4%	38,6%	44,6%	55,0%	49,9%	58,1%

(Quelle: Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, Grund- und Strukturdaten 1986/87)

Obwohl das Ausbildungsniveau der Frauen in den letzten 20 Jahren gestiegen ist – hatten 1970 nur 38 Prozent aller erwerbstätigen Frauen eine Ausbildung, so sind es jetzt etwa 65 Prozent – sind dennoch Bedenken angezeigt. 1985 haben sich nämlich mehr als 80 Prozent der weiblichen Azubis auf nur 25 Ausbildungsberufe vorwiegend in Dienstleistungsberufen verteilt (Kauffrau 24,3%, Verkäuferin 15,2%, Gehilfin in Büroberufen 9,6%, Arzt-/ Zahnarzhelferin 9,2%, Friseurin 8,2%; im Jahre 1985).

Obwohl inzwischen fast 40 Prozent aller Studienanfänger weiblich sind, bedeutet das noch lange nicht, daß der Frauenanteil an allen einflußreichen Positionen genauso groß sein wird. Allerdings dominieren Frauen noch immer in den Fächern, die auf traditionell „weibliche“ Betätigungen ausgerichtet sind. Der naturwissenschaftlich-

technische Bereich wird zunächst fest in Männerhand bleiben, denn in den Studiengängen mit derzeit guten Beschäftigungschancen wie Informatik und Maschinenbau ging der Frauenanteil in den letzten zehn Jahren zurück.

Frauenanteil in den zehn meist belegten Studienfächern

	1975/76	1985/86
Germanistik	64,9%	74,5%
Biologie	56,7%	58,3%
Jura	31,0%	47,8%
Humanmedizin	38,6%	46,8%
Architektur	31,1%	40,0%
Wirtschaftswissenschaften	22,2%	35,4%
Chemie	34,6%	34,2%
Informatik	19,0%	14,6%
Elektrotechnik	1,9%	2,9%
Maschinenbau	6,0%	2,5%

Seit 1975 sind die Frauen überdurchschnittlich stark von der Arbeitslosigkeit betroffen, denn sie stellen nur knapp 37 Prozent der Beschäftigten.

Arbeitslosenquote

	Arbeitslose insgesamt	davon Frauen	Anteil in vH	Arbeitslosenquote Männer	Arbeitslosenquote Frauen
1975	1.074.217	451.590	42,0	4,3	5,4
1980	888.900	462.483	52,0	3,0	5,2
1986	2.228.004	1.028.013	46,1	8,0	10,5

Schon beim Eintritt in die Arbeitslosigkeit erhalten nur knapp 63 Prozent der Frauen Arbeitslosengeld und 7 Prozent die niedrigere Arbeitslosenhilfe. Das heißt, daß drei von 10 Frauen schon beim Eintritt in die Arbeitslosigkeit überhaupt keine Unterstützung vom Arbeitsamt erhalten.

Im Oktober 1986 erhielten Empfänger von Arbeitslosengeld im Durchschnitt 953,- DM, die von Arbeitslosenhilfe 791,- DM pro Monat. Arbeitslose Frauen erhielten lediglich 749,- DM Arbeitslosengeld und bei der Arbeitslosenhilfe im Durchschnitt 642,- DM pro Monat.

Über die Hälfte (52,5 Prozent) der Ende September bei den Arbeitsämtern registrierten 1 Millionen Frauen waren länger als 6 Monate arbeitslos. 31,6 Prozent warteten sogar schon über ein Jahr auf einen Arbeitsplatz. Der Anteil der Frauen, die zwei Jahre und länger arbeitslos sind, an den insgesamt gemeldeten arbeitslosen Frauen hat sich in den letzten 4 Jahren nahezu verdreifacht.

Bei langanhaltender Arbeitslosigkeit melden sich viele Frauen beim Arbeitsamt ab und ziehen sich – meist notgedrungen – in die „Stille Reserve“ zurück, das sind etwa 580000 Frauen. Zählt man die registrierten Arbeitslosen und die „Stille Reserve“ zusammen, so erreicht die „Erwerbslosenquote“ der Frauen bereits die Marke von 16 Prozent.

Ein weiteres Beispiel für die zusätzliche Belastung der Frauen ist ihre finanzielle Situation im Alter. Selbst bei gleichen Versicherungszeiten liegt ihre Rente erheblich unter den Durchschnittsrenten der Männer.

Altersruhegelder wegen Vollendung des 65. Lebensjahr

	Männer	Frauen
a) Mit 35 bis unter 40 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren		
Rentenversicherung der Arbeiter	1.256,20	847,40
Rentenversicherung der Angestellten	1.854,40	1.211,70
b) Mit 40 bis unter 45 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren		
Rentenversicherung der Arbeiter	1.517,60	1.018,60
Rentenversicherung der Angestellten	2.123,30	1.476,00
c) Mit 45 bis unter 50 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren		
Rentenversicherung der Arbeiter	1.765,40	1.190,40
Rentenversicherung der Angestellten	2.420,70	1.796,30

Die „neue Armut“ ist insbesondere eine Armut der Frauen. Über 3 Millionen Menschen beziehen Sozialhilfe. Im Familienbericht der Bundesregierung vom Okt. 1986 ist nachzulesen, daß 79 Prozent der 65jährigen Sozialhilfeempfänger Frauen sind, die einen Regelsatz von 394 DM monatlich erhalten.

Zu den ungerechtfertigten Belastungen gehört auch die Regelung des Babyjahres, denn viele Mütter der Jahrgänge ab 1921 bekommen die 27,- DM monatlich deshalb nicht, weil sie selbst Beiträge gezahlt haben, entweder freiwillig oder weil sie gearbeitet haben. Eigene Vorsorge wird also bestraft.

Für die sogenannten Trümmerfrauen, also die Jahrgänge von 1921 gelten diese Einschränkungen nicht.

Auf der gleichen Ebene liegt die Gewährung des Mutterschaftsurlaubsgeldes. Wer gar nicht oder unter 20 Stunden arbeitet, bekommt die 600,- DM monatlich selbst dann, wenn die 20-Stunden-Arbeit mehr Geld einbringt als ein Vollzeitjob in der Lohngruppe 2.

Die Vollzeitbeschäftigte aber bekommt keine müde Mark. Von sozialer Gerechtigkeit kann also überhaupt keine Rede sein.

Frauen sind also in unserer Gesellschaft noch immer diskriminiert, und sie sind mehr als Männer physisch und psychisch belastet. Frauen wollen zu neuen Ufern. Sie suchen nach neuen Lebensmustern, und viele von ihnen zerbrechen daran, sie werden krank.

Auf der Fachtagung der DHS „Frau und Sucht“ 1980 in Saarbrücken meinte Prof. Keup, daß die Emanzipation Schuld an der rapide ansteigenden Zahl der Suchterkrankungen bei Frauen sei. Schon damals habe ich dem heftig widersprochen, denn Emanzipation ist die Befreiung aus Unterdrückung, Bevormundung und Abhängigkeit und Sucht ist die Abhängigkeit in Alkohol, in Medikamente, in Drogen und in andere Formen süchtigen Verhaltens.

Nicht die Emanzipation schafft Suchtkrankheiten, wohl aber die Bedingungen, unter denen Frauen die Emanzipation durchsetzen müssen.

III. Das Ausmaß süchtigen Verhaltens ist gewaltig und der Anteil der Frauen an den Abhängigkeitserkrankungen steigt von Jahr zu Jahr

Suchtkranke – so wird gesagt – sind sensible Menschen. Wenn das stimmt, und ich zweifle nicht daran, dann sind Suchtkranke sozusagen die Seismographen gesellschaftlicher Zustände.

Das Ausmaß der Abhängigkeitserkrankungen zeigt an, ob wir in guten oder schlechten Rahmenbedingungen arbeiten und leben.

Die gesellschaftlich normierten Süchte von Männern und Frauen

Eine Form süchtigen Verhaltens ist die extreme Anpassung in gesellschaftlich geprägte Normen, z. B. die Einpassung von Männern und Frauen in tradierte Geschlechterrollen.

Die Arbeitssucht und Putzsucht

Unsere „Hast-Du-was, bist-Du-was-Gesellschaft“ mit ihrer extremen Arbeitsethik begünstigt die zunehmende Arbeitssucht der Männer, denn noch immer gilt, daß er der Ernährer der Familie ist. Das weibliche Pendant dazu ist die Putzsucht der Frauen oder wie Robin Norwood den Untertitel ihrer Buches nannte „Die heimliche Sucht gebraucht zu werden“. Sucht ist ein Wort, das Angst macht. Mit Sucht verbinden wir Vorstellungen von Heroinabhängigen, die sich selbst zugrunde richten. Wir mögen dieses Wort nicht und wehren uns dagegen, es auf unsere Beziehungen zu Menschen anzuwenden. Aber viele von uns sind beziehungsüchtig.

Diejenigen, die derart auf andere mit ihrer Liebe fixiert sind, stecken voller Angst: Angst davor, allein zu sein, Angst davor, nicht liebenswert oder überhaupt wertlos zu sein. Angst davor, nicht beachtet, verlassen oder zugrunde gerichtet zu werden. Sie lieben mit der verzweifelten Hoffnung, daß der Mann, von dem sie sich abhängig machen, ihnen genau diese Ängste nehmen wird. Stattdessen werden die Ängste größer – und damit auch die Ausmaße der Abhängigkeit.

Die heimliche Sucht gebraucht zu werden, erstreckt sich aber nicht nur auf Männer, sondern auch auf die Kinder. Die Mütter – vor allem die nichtberufstätigen – sind derart abhängig davon, gebraucht zu werden, daß sie nicht in der Lage sind, ihre Kinder loszulassen, sondern alles tun, um diese an sich zu binden.

Die Spielsucht und Eßstörungen

Geschlechtsspezifische Süchte sind auch die einerseits mehrheitlich von den Männern praktizierte Spielsucht und die andererseits mehrheitlich bei den Frauen anzutreffenden Eßstörungen. Eßstörungen haben lawinenartig zugenommen. Schätzungen gehen davon aus, daß Magersucht besonders in studentischen Kreisen und bei Schülerinnen anzutreffen ist.

Einzeluntersuchungen in Amerika haben in den Jahren 1980 bis 1983 ergeben, daß jeweils zwischen drei und 13 Prozent der untersuchten College-Studentinnen und Schülerinnen betroffen sind.

Eine Befragung in einer deutschen Frauenzeitschrift von 1984 bestätigt, daß 60 Prozent der antwortenden magersüchtigen Frauen mit freßsüchtigen Heißhungerattacken Abitur oder einen Hochschulabschluß besitzen.

Die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Lassen Sie mich, bevor ich zu Ausdeutungen komme, erst einmal einige Daten zu beiden Abhängigkeitsformen sagen.

Pro Jahr konsumieren alle Bundesbürger im Schnitt mehr als 11 Liter reinen Alkohol – Kinder, Greise und Abstinenzler eingerechnet. Das ist der Vierfach-Verbrauch von 1950, der seinerzeit bei 3,3 Litern lag. Gab es 1950 rund 200 000 behandlungsbedürftige Alkoholranke, so sind es jetzt 1,5 – 2 Millionen und zwar Angehörige aller gesellschaftlichen Schichten, aller Altersgruppen und jeglicher Intelligenzgrade. Betrug der Anteil der Frauen an den Kranken 1950 rund 8 Prozent, so liegt er jetzt bei 30 Prozent mit steigender Tendenz. Jeder zehnte Alkoholranke ist noch keine 18 Jahre alt. Jahr für Jahr werden in der Bundesrepublik über 32 Milliarden Mark für alkoholische Getränke ausgegeben – pro Kopf waren es 1985 genau 533,- DM. Die Gesamtkosten des Alkoholkonsums betragen wenigstens 50 Milliarden DM jährlich (DHS-Jahrbuch 1986 Seite 97/98).

Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf 50 000 – 800 000 geschätzt, die Mehrheit davon sind Frauen.

Trotz Kostendämpfungsgesetz ist der Medikamentenmißbrauch gestiegen. Gaben die Bundesbürger pro Kopf 1960 45,- DM aus, so waren es 1970 schon 105,- DM, 1980 waren es 284,- DM und 1985 gaben sie pro Kopf 380,- DM in Apotheken aus. Hinzu kommen noch einmal 4,5 Millionen DM, die für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel in Apotheken ausgegeben wurden. Während die Psychopharmaka noch 1970 an 7. Stelle des Umsatzes aller Arzneimittelgruppen rangierten, haben sie 1985 die 3. Stelle erreicht.

Mit Sicherheit ist Alkoholismus – als die noch größte Abhängigkeitserkrankung – auf ein typisch männliches Mißbrauchsverhalten zurückzuführen: Der angeblich starke Mann, der die anderen unter den Tisch trinkt; ein Kerl aus Samt und Seide, nur schade, daß er soff; oder die Männerbünde in Form von Zechkumpanen.

Frauen wurden jahrhundertlang erzogen, ruhig, leise und unauffällig zu sein.

Und weil Frauen das zutiefst verinnerlicht haben, nehmen sie vorzugsweise die legal von den Ärzten verschriebenen Psychopharmaka und erfüllen damit dieses Muster perfekt, denn sie stellen 70 – 75 Prozent der Medikamentenabhängigen. Und wir mit unseren Vorurteilen festigen diese Muster. Über einen betrunkenen, grölenden Mann schütteln wir vielleicht den Kopf, vor einer Frau im gleichen Zustand schütteln wir uns vor Abscheu und Ekel und wir unterstreichen damit das Sprichwort: Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht dasselbe!

Die Rollen geraten ins Wanken und damit das geschlechtsspezifische Suchtverhalten

Die Frauen brechen aus den traditionellen Rollenzwängen aus. Sie erobern sich Plätze in der Arbeitswelt, in gesellschaftlich wichtigen Gruppierungen und in der Politik. Das und der damit verbundene Machtverlust der Männer scheint das Suchtverhalten beider Geschlechter anzugleichen.

Wir wissen seit geraumer Zeit, daß Suchtkranke ihre Suchtstoffe zunehmend austauschen, also von einem Suchtstoff auf den anderen Suchtstoff umsteigen oder mehrere Suchtstoffe gleichzeitig mißbrauchen.

Wir haben es zunehmend mit Mehrfachabhängigen zu tun. Das zeigt auch ein jetzt am 31. Juli 1987 veröffent-

lichtes Jugendforschungsprojekt der Universität Bielefeld in der Frankfurter Rundschau.

Danach wurden 1 700 Jugendliche über ihr Verhalten zu legalen und illegalen Drogen wie Alkohol, Tabak, Schnüffelstoffen und Haschisch befragt. Bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen nimmt eine ausgeprägte Minderheit täglich Suchtstoffe zu sich; bei den Sechzehn- bis Siebzehnjährigen wird der Konsum leichter Alkoholika und Zigaretten schon eindeutig von der Mehrheit praktiziert; starke Alkoholika konsumieren 46 Prozent der Befragten, während Schnüffelstoffe und Haschisch von knapp einem Zehntel der Befragten genommen wird.

Hinzu kommt, daß 45 Prozent der Jugendlichen täglich regelmäßig oder gelegentlich Kopfschmerzmittel, 23 Prozent Mittel gegen Allergien, zehn Prozent Herz- und Kreislaufmittel, neun Prozent Beruhigungs- und Schlafmittel und sechs Prozent Anregungsmittel einnehmen.

Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind inzwischen minimal und das genau ist historisch interessant.

Insgesamt sind diese Daten deshalb besorgniserregend, weil bekannt ist, daß die Grundmuster des Alkoholkonsums und des Rauchverhaltens im Jugendalter festgelegt werden und nur schwer wieder abzulegen sind. Je früher und je intensiver der Suchtmittelmißbrauch einsetzt, desto eher entwickelt sich auch ein abhängiges Verhalten.

IV. Streß und Sucht in der Arbeitswelt

Wo finden wir bei Männern und Frauen unterschiedliche Belastungen und unterschiedliches Suchtverhalten?

Daten zur betrieblichen Alkoholproblematik

Wir können davon ausgehen, daß fünf Prozent der Beschäftigten in Fabriken und Büros, in Amtsstuben, Banken und Kaufhäusern alkoholkrank sind. Das sind immerhin 1,25 Millionen Arbeitnehmer/innen, die – weil sie krank sind – 16mal häufiger kurzfristig fehlen, 2,5mal öfter krank und 3,5mal öfter in Betriebsunfälle verwickelt sind als die übrige Belegschaft. Weitere 10 Prozent der Belegschaft (= 2,5 Millionen Arbeitnehmer/innen) sind als alkoholgefährdet zu betrachten.

In einer Studie des Stanford-Research-Institutes geht man davon aus, daß Mitarbeiter/innen mit Alkoholproblemen nur etwa 75 Prozent ihres Gehaltes an Gegenleistung erbringen, d.h., daß 25 Prozent durch mangelnde Arbeitsleistung, Fehlzeiten usw. verloren gehen, und daß 1 Dollar in Präventionsprogramme gesteckt 9 Dollar zurückbringt.

Nach der Behandlung gingen die Fehlzeiten von Alkoholabhängigen von durchschnittlich 118 Tagen um 63,6 Prozent auf durchschnittlich 43 Tage zurück. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, wie hoch der Anteil der Frauen an den Suchtkranken in der Arbeitswelt ist.

Sucht durch Streß

Es gibt noch nicht sehr viele Untersuchungen, die den Zusammenhang von Streß und Sucht in der Arbeitswelt dokumentieren.

1983 veröffentlichte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Untersuchung, die deutlich

zeigt, daß Alkohol als Bewältigungsinstrument von Arbeitsbelastungen eingesetzt wird.

	Männer		Frauen	
	niedriger Arbeitsplatzbelastung	sehr hoher Arbeitsplatzbelastung	niedriger Arbeitsplatzbelastung	sehr hoher Arbeitsplatzbelastung
Trinkgewohnheiten bei				
regelmäßiger und gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum	43%	56%	24%	29%
Alkoholkonsum als Problemlöser	39%	49%	17%	26%

Der kritische Alkoholkonsum ist besonders bei mittleren und älteren Jahrgängen, vor allem bei Familienvätern anzutreffen. Es ist zu vermuten, daß Arbeitnehmer/innen mit zunehmendem Alter die Veränderungen der Arbeitswelt durch Rationalisierungsmaßnahmen als bedrohlich empfinden und Angst um ihren Arbeitsplatz haben.

Sie trauen sich nichts mehr zu oder sie fühlen sich zu alt, um mit den technischen Veränderungen Schritt zu halten. Die dadurch ausgelösten Ängste bekämpfen sie mit Alkohol.

Wie viele der rund 20 Millionen Arbeitnehmer/innen in der Bundesrepublik unter erheblichen körperlichen Belastungen arbeiten müssen, stellte das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) 1981 in einer Untersuchung fest:

- 10,8 Mio. (49 Prozent) arbeiten »praktisch immer, häufig, immer mal wieder oder selten« in gebückter Körperhaltung. Der sogenannte harte Kern, das sind die Arbeitnehmer/innen, die »praktisch immer« oder »häufig« betroffen sind, macht 19 Prozent (4,2 Mio.) aus.
- 8,6 Mio. (39 Prozent) tragen oder heben Lasten von mehr als 20 kg. Harter Kern: 17 Prozent (3,8 Mio.)
- 10,8 Mio. (49 Prozent) arbeiten in Nässe, Kälte, Hitze oder Zugluft. Harter Kern: 24 Prozent (5,2 Mio.)
- 9,0 Mio. (41 Prozent) arbeiten in Rauch, Staub, Gasen oder Dämpfen. Harter Kern: 18 Prozent (4 Mio.)
- 12,3 Mio. (56 Prozent) arbeiten unter Lärm. Harter Kern: 29 Prozent (6,4 Mio.)
- 12,6 Mio. (56 Prozent) leisten sogenannte restriktive Arbeit, das heißt, daß die Art der Arbeitsdurchführung bis in alle Einzelheiten genau vorgeschrieben, also mehr oder weniger monoton ist.
- 5,5 Mio. (25 Prozent) leisten Nacht- oder Schichtarbeit. Harter Kern: 14 Prozent (3,1 Mio.).

Obgleich diese Zahlen schon schlimm genug sind, ist davon auszugehen, daß es in der betrieblichen Wirklichkeit noch viel ärger aussieht. Denn in die IAB-Untersuchung wurden keine ausländischen Arbeitnehmer/innen einbezogen, die ja gerade an den schlechtesten Arbeitsplätzen eingesetzt sind.

Alarmierend ist auch die Tatsache, daß die genannten Belastungen in den seltensten Fällen allein auftreten. So arbeiten etwa Personen, die unter Staub, Rauch, Gasen oder Dämpfen zu leiden haben, zu 59 Prozent auch unter mindestens drei anderen Belastungsarten. Zu bedenken

gibt auch die Tatsache, daß überdurchschnittlich solche Arbeitnehmer von physischen Belastungen bei der Arbeit betroffen sind, die von vornherein schon zu den Benachteiligten gehören: Ausländer, Ungelernte, ältere Arbeitnehmer und Frauen.

Die Arbeitswelt der Frauen

Trotz der ungünstigen Arbeitsmarktsituation ist die Erwerbstätigkeit der Frauen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Gegenwärtig ist jede zweite Frau (53 Prozent) im Alter von 15 - 65 Jahren erwerbstätig.

Selbst bei Müttern mit drei und mehr Kindern unter 15 Jahren sind noch 30 Prozent erwerbstätig.

Vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen

Jahr	Beschäftigte Arbeitnehmerinnen insgesamt in 1000	Vollzeitbeschäftigte Frauen in 1000	davon Teilzeitbeschäftigte Frauen in 1000
1975	7.925	5.587	2.338
1980	8.493	6.030	2.463
1985	8.478	5.768	2.710

Seit Mitte der 70er Jahre erhöhte sich die Zahl der teilzeitbeschäftigten Frauen um 372.000 (16 Prozent). Jede dritte Arbeitnehmerin steht bereits in einem Teilzeitarbeitsverhältnis (bei den Männern nur 2 Prozent). Von den erwerbstätigen Müttern sind es sogar zwei Drittel, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Die Zahl der nicht sozialversicherungspflichtigen Teilzeitarbeitsplätze liegt bei weit über 1 Million. Besonders stark verbreitet sind die sogenannten geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse im Einzelhandel, im Gaststätten- und Hotelgewerbe, im Kleinhandwerk und Gebäudereiniger-Handwerk.

Die Mehrheit der Frauen finden sich nach wie vor in sogenannten typisch »weiblichen« Berufen. Nur jede zwölfte junge Frau (8,2 Prozent) in einer betrieblichen Berufsausbildung erlernt einen »Männerberuf«. 1977 waren es erst 2,6 Prozent. Trotz dieses Anstiegs ist der Anteil der Mädchen beispielsweise in Metall- und Elektroberufen noch sehr gering. Nach der Ausbildung haben Mädchen viel häufiger Beschäftigungsprobleme als Jungen.

Mädchenanteil in Männerberufen

	1977	1984
Raumausstatter	16%	30%
Schilderhersteller	14%	32%
Uhrmacher	18%	33%
Vermessungstechniker	17%	34%
Gärtner	19%	37%
Postfachkraft	16%	39%
Konditor	19%	45%
Chemigraf	15%	47%
Schriftsetzer	12%	52%
Restaurantfachmann	14%	56%
Bahnkaufmann	7%	73%

Frauen sind zunehmend erwerbstätig, werden zeitlich kürzer als junge Männer ausgebildet, nach wie vor einsei-

tig auf sogenannte typisch weibliche Berufe festgelegt, haben kaum Aufstiegschancen, machen in den Betrieben die schlechteste Arbeit und werden immer noch in der Entlohnung diskriminiert. Verdiente im April 1987 ein männlicher Angestellter 4 400 DM brutto, so brachte es die weibliche Angestellte nur auf 2 900 DM brutto; verdiente der Arbeiter knapp 3 000 DM brutto, so brachte es die Arbeiterin auf 2 200 DM brutto.

Die derzeitige Diskussion über betriebliche Frauenförderpläne unterstreicht, daß die Frauen von der Gleichberechtigung noch meilenweit entfernt sind.

Frauentypische Arbeitsstrukturen und Sucht

Eine im Oktober 1985 in Köln stattgefundene Internationale Konferenz für Gesundheitserziehung kommt zu dem Ergebnis, daß Strategien zur Gesundheitsförderung nicht nur auf das Verhalten der einzelnen Beschäftigten, sondern vor allem auf die Arbeit selbst und ihre Strukturen abzielen müssen. Sie greift zurück auf eine medizinsoziologische Untersuchung der Hamburger Universität bei 280 ganztägig beschäftigten weiblichen Büroangestellten.

Die in Köln vorgestellten Ergebnisse machten deutlich, daß der Umgang mit Belastungen von der Arbeitsweise abhängig ist: So war bei Phonotypistinnen in zentralen Schreibdiensten, denen Freiräume zur eigenständigen Arbeitsgestaltung fehlten, häufiger ein passives, auf individuellen Rückzug ausgerichtetes Verhalten festzustellen, das zu mehr Rauchen und zum Einnehmen von Medikamenten führte. Sachbearbeiterinnen dagegen, die nicht dieser starr vorgegebenen, einschränkenden, monotonen Arbeitsweise mit Prämienlohn und Leistungskontrollen ausgesetzt waren und größere Entscheidungsspielräume hatten, konnten ihre Arbeitsbeanspruchung zumeist besser bewältigen.

BASiG (Berliner Arbeitsgruppe-Strukturforchung im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin) legte eine im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführte Untersuchung vor.

Die Wissenschaftler haben 1 1/2 Jahre lang zwei Verwaltungen mit 5.700 Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes untersucht. Sie stellten fest, daß es dort ca. 300 nasse, 150 trockene Alkoholranke gibt und weitere 500 bis 600 Mitarbeiter/innen alkoholgefährdet sind.

Die Wissenschaftler meinen, daß die genannten Zahlen (über fünf Prozent der Beschäftigten alkoholkrank, weitere 10 Prozent alkoholgefährdet) auf jeden anderen Betrieb zu übertragen sind.

Ihre Arbeit erstreckte sich speziell auch auf Frauen. Sie untersuchten die Gruppe „Wissenschaftlerinnen“ und die Gruppe „Nichtvorgesetzte Frauen im Arbeitsbereich Verwaltung“. Beide stellten sich als Risikogruppe heraus.

Eine Beschäftigungsgruppe wird dann als Risikogruppe definiert, wenn sie einen überdurchschnittlichen Anteil an Mehrtrinker/innen aufweist.

Die Beschäftigtengruppe „Wissenschaftlerinnen“ stellt eine solche Risikogruppe dar, weil sie im Vergleich zu den weiblichen Beschäftigten der anderen Arbeitsbereiche (vor allem im Vergleich zum Bereich Verwaltung mit dem größten Frauenanteil) einen überdurchschnittlichen Anteil an Mehrtrinkern hat (6 Prozent Verwaltung).

Obleich dieser Mehrtrinkeranteil der Frauen im Bereich Wissenschaft nicht wesentlich geringer ist als bei den Männern (21 Prozent Frauen, 24 Prozent Männer), ist die Gruppe „Wissenschaftlerinnen“ vor allem im Hinblick auf präventive Maßnahmen besonders zu berücksichtigen.

Es wurde nämlich die Frage überprüft, auf welche Arbeitsbedingungen die Gruppe „Wissenschaftlerinnen“ mit erhöhtem Alkoholkonsum reagierten:

- auf arbeitsorganisatorische Probleme
- auf unterqualifizierte Tätigkeit und
- auf unklare Selbständigkeit.

Der Anteil der Mehrtrinkerinnen mit hohem Maß an Zeitverlusten durch die Arbeitsorganisation und unnötigen Erschwernissen liegt bei 33 Prozent, mit hohem Maß an unqualifizierter Tätigkeit bei 51 Prozent, mit unklarer Selbständigkeit bei 33 Prozent. Verglichen mit der Gruppe „Wissenschaftler“ mit Zeitvertrag, zu denen die Wissenschaftlerinnen mehrheitlich gehören, sind für beide ähnliche alkoholkonsumfördernde Arbeitsbedingungen festzustellen.

Um zu prüfen, ob geschlechtsspezifische Bewältigungsstrategien tatsächlich bedeutungslos werden, wurden sowohl Höhe des Medikamentenkonsums, als auch Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Konsum von Schmerz- und Beruhigungsmitteln in den Gruppen „Wissenschaftlerinnen“, „Wissenschaftler“ sowie „Nichtvorgesetzte Frauen im Bereich Verwaltung“ miteinander verglichen.

Der Vergleich ergibt, daß Wissenschaftlerinnen, ähnlich wie Frauen in der Verwaltung, bestimmte Medikamentengruppen häufiger konsumieren als Wissenschaftler, und zwar:

Schmerzmittel (25 Prozent Frauen, 14 Prozent Männer), Abführmittel (5 Prozent zu 1 Prozent).

Der Konsum von Beruhigungsmitteln ist allerdings fast gleich (7 Prozent zu 6 Prozent).

Frauen fühlen sich erstens stärker belastet bzw. in ihren Handlungsmöglichkeiten stärker eingeschränkt und zweitens reagieren sie darauf auch mit einem erhöhten Konsum an Schmerzmitteln: Zum Beispiel nehmen bei Kompetenzproblemen 24 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen Schmerzmittel.

Die Gruppe „Nichtvorgesetzte Frauen“ ist nicht wegen ihres Trinkverhaltens eine Risikogruppe, denn der Mehrtrinker/innen-Anteil ist eher unterdurchschnittlich (7 Prozent); vielmehr fällt die Gruppe durch einen überdurchschnittlichen Medikamentenkonsum auf.

Angesichts der Tatsache, daß diese Gruppe mit vielfachen Arbeitsbelastungen konfrontiert ist, ist anzunehmen, daß sie darauf bevorzugt bzw. verstärkt mit Medikamentenkonsum reagiert.

Die Beschäftigten der Verwaltung müssen in erhöhtem Maße schnell (29 Prozent) und unter Zeitdruck (24 Prozent) arbeiten; sie müssen Termine genau einhalten (57 Prozent) und in hohem Maße Arbeitsanweisungen strikt befolgen (36 Prozent).

Ein relativ großer Teil muß in hohem Maße Routinearbeit erledigen (24 Prozent).

Einen weiteren Belastungsfaktor, der in erster Linie an die Tätigkeit in publikumsnahen Abteilungen gebunden ist, stellt die hohe Anzahl sozialer Kontakte dar, die vor allem deswegen belastend sein können, weil sie sehr unpersonlichen, formalisierten Charakter haben.

Als arbeitsorganisatorische Probleme werden in erster Linie „viel unnötiger Zeitverlust“ (25 Prozent) und „bürokratische Hindernisse“ (14 Prozent) genannt.

Nichtvorgesetzte Frauen im Bereich Verwaltung setzen Schmerz- und Beruhigungsmittel im Rahmen von Arbeitsbelastungen entweder als Ausgleich zu Alkohol oder als Mittel gegen Stressfaktoren ein.

Die Gruppe zeigt den höchsten Konsum bei Schmerzmitteln mit 37 Prozent, bei Beruhigungsmitteln mit 16 Prozent und bei Magenmitteln mit 17 Prozent.

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Schmerz-/Beruhigungsmittelkonsum bei den Nichtvorgesetzten Männern und Frauen im Bereich Verwaltung zeigen ebenfalls Unterschiede:

Während Arbeitsbedingungen, die erweiterte Handlungsspielräume, aber auch hohe Anforderungen (quantitativer und qualitativer Art) beinhalten, eher mit erhöhtem Alkoholkonsum einhergehen und zwar bei Frauen und bei Männern gleichermaßen, korrespondieren Arbeitsbedingungen, für die Restriktionen, Mängel und Stress kennzeichnend sind und überwiegend von Frauen erbracht werden, eher mit überdurchschnittlichem Schmerz- und Beruhigungsmittelkonsum.

Der niedrige Alkoholkonsum der Gruppe 'Nichtvorgesetzte Frauen' beruht daher auf den spezifischen Arbeitsbedingungen dieser Gruppe, die vor allem durch fehlende Handlungsmöglichkeiten charakterisiert sind, während umgekehrt der überdurchschnittliche Medikamentenkonsum gerade wegen dieser fehlenden Möglichkeiten auftritt.

Die Angleichungsprozesse von Männern und Frauen

Aus dem bisher Gesagten kann die vorsichtige Diagnose gestellt werden, daß sich das Suchtverhalten der Frauen immer dann dem der Männer angleicht, wenn Frauen sich in männlich geprägte Arbeitsstrukturen begeben. Es scheint so, daß Frauen in solchen Fällen das Suchtverhalten der Männer kopieren, also stärker rauchen und trinken. Haben Frauen eigene – sogenannte frauentypische – Arbeitsbezüge, dann greifen sie zu Medikamenten. Ob männlich-kopiertes oder eigen-geprägtes Suchtverhalten, festzustellen bleibt, daß beide Suchtformen stark von den Arbeitsbelastungen bestimmt werden.

V. Wie ist eine geschlechtsspezifische Suchtprophylaxe möglich, und was ist in der Arbeitswelt zu tun?

Ist eine geschlechtsspezifische Suchtprophylaxe möglich

Durch Aufklärung und politisches Handeln lassen sich die Rahmenbedingungen der Menschen und ihr Verhalten verändern. So gesehen ist eine Suchtprophylaxe möglich. Dies allerdings ist ein Weg der kleinen Schritte auf vielen verschiedenen Pfaden.

Dazu gehört ein staatliches Engagement bei Suchtfragen – ähnlich wie bei der Aidsproblematik – ebenso wie die Bereitschaft der Arbeitgeber, Arbeitsbedingungen hu-

maner zu gestalten und die Einsicht der Menschen, ihr eigenes Verhalten zu Suchtmitteln – zur Zigarette, zum Alkohol, zum Medikament – zu überprüfen.

Veränderungen von der Politik oder Arbeitgebern zu fordern, ist dann glaubwürdig und leichter durchsetzbar, wenn eigene Anteile am Suchtgeschehen ebenfalls verändert werden.

Wer fordert, daß krebserzeugende Arbeitsstoffe nicht mehr verwendet werden dürfen, muß daran erinnert werden, daß das Passivrauchen potentiell krebsfördernd ist. Wer will, daß lebenszerstörende Säuren in den Betrieben verschwinden, muß gleichzeitig den Alkoholmißbrauch bekämpfen. Wer will, daß suchtfördernde Schlankheitspillen auf dem Markt verschwinden, muß sich entweder für ein anderes Frauenbild einsetzen – für Dicke und Mollige sozusagen – aber noch besser ist es, eine gesunde Ernährungsweise zu praktizieren.

Wer von den feministischen Journalistinnen (siehe die Neue Ärztliche vom 11. 8. 87) den Vätern der 3000–5000 jährlich in der Bundesrepublik geborenen alkoholgeschädigten Säuglingen gleiche Verursacheranteile zuordnet wie den Müttern, leugnet, daß die physische Ernährung des Embryos allein durch die Schwangere erfolgt.

Eine geschlechtsspezifische Suchtprophylaxe ist möglich. Dazu gehört, männliche Verhaltensmuster nicht länger mit Rauchen und Trinken zu kopieren, ganz eigene Lebenswünsche nicht länger mit Medikamenten oder Magersucht zu unterdrücken, nur um dem tradierten Rollenbild der Frau zu entsprechen.

Zwischen Anpassung an die Männer und Einpassung in alte Rollen muß es für Frauen eine neue Möglichkeit der Orientierung geben. Dies ist auch deshalb notwendig, weil wir wissen, daß das Suchtverhalten der Erwachsenen Vorbild für Jugendliche und Kinder ist. Das Blaue Kreuz hat eine Fragebogenaktion bei 1400 Schülern im Alter von 14–18 Jahren aus über 60 Klassen aller Schultypen gemacht. Das Ergebnis wurde der Öffentlichkeit am 19. August 1987 mitgeteilt und „danach sind die Auswirkungen des Trinkverhaltens innerhalb der Familie viel größer als bisher angenommen und die Rolle der Clique kleiner als erwartet.“

Was ist in der Arbeitswelt zu tun?

Alkohol und Medikamente als Probleme im Betrieb werden heute nicht mehr geleugnet. Es gibt allerdings noch immer unterschiedliche Auffassungen darüber, was wo, wie zu regeln ist.

Nur ein Bündel von Maßnahmen wird den Suchtmißbrauch und die Abhängigkeitskrankheiten eindämmen.

Diese Auffassung wird durch das Bundesarbeitsgericht bestätigt, das in seinem Urteil vom 1. Juli 1983 einmal vom ausschließlichen Selbstverschuldungsprinzip abrückte und zum anderen feststellte, daß ein Bündel von Ursachen die Krankheit „Alkoholismus“ auslöst.

Wenn also ein Ursachenbündel für die Entstehung dieser Krankheit höchstrichterlich konstatiert wird, ist es konsequent, mit einem Maßnahmenbündel an die Beseitigung eben dieser Ursachen heranzugehen.

Jede noch so gut gemeinte Einzelmaßnahme ist nichts anderes als Sisyphusarbeit. Ein Bündel von Maßnahmen

kann in dem kleinsten Betrieb so gut geschnürt werden wie in dem größten.

Es liegt auf der Hand, daß ein betriebliches Suchtprogramm am besten durchzusetzen ist, wenn nicht nur der Betriebsrat sondern auch die Geschäftsleitung es will.

Ziel des Programms muß sein, die Arbeitssicherheit zu erhöhen, die Gesundheit zu erhalten, den Alkoholmißbrauch abzuschaffen, den Kranken zu helfen und die Gleichbehandlung der Beschäftigten zu sichern.

10 Punkte für ein betriebliches Alkoholprogramm

1. Bei der Einführung eines betrieblichen Programmes muß der Belegschaft deutlich mitgeteilt werden: Die Maßnahmen gelten ohne Ausnahme für alle Beschäftigten, für Arbeiter, Azubis und Angestellte ebenso wie für „die da oben“, für Männer und Frauen, für Ausländer und Deutsche, für alle anerkannten Formen der Suchterkrankungen, wobei der Alkohol als Droge im Vordergrund steht.

2. Wenn die Absichten und Ziele des Suchtprogramms deutlich werden, ist die Belegschaft auch dafür zu gewinnen. Von den Maßnahmen für mehr Arbeitssicherheit und zur Erhaltung der Gesundheit, vom Stopp des Mißbrauchs, der Hilfe für Kranke und der Einhaltung des Grundsatzes der Gleichbehandlung haben schließlich alle etwas.

3. Natürlich muß der Genuß von Alkohol in den Betrieben geregelt werden. Dabei helfen die Vorschriften des § 38 Unfallverhütungsvorschrift. Sie besagen, daß sich niemand in einen alkoholischen Rausch versetzen darf, durch den er sich oder andere gefährdet. Alkoholverbote haben sich mehr oder weniger als nutzlos erwiesen. Alkoholranke verstoßen ohnehin dagegen, denn sie müssen trinken, das ist ihre Krankheit.

Gleichwohl ist in einzelnen Abteilungen, wenn dies aus Gründen der Arbeitssicherheit geboten erscheint, ein absolutes Alkoholverbot auszusprechen. Ein Alkoholverbot in Bereichen der Auszubildenden scheint ebenfalls sinnvoll und ist auch nach den Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes angezeigt.

4. Das Trinkverhalten in den Betrieben muß über einen wohldosierten Ausschank verändert werden. Harte Spiritiosen haben im Betrieb nichts zu suchen. Alkoholfreie Getränke sollten billiger angeboten werden als beispielsweise Bier. An Arbeitsplätzen, die Durst auslösen, z. B. Hitze und Dämpfe müssen alkoholfreie Getränke kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Wer den Ausschank von Alkohol regelt, muß auch über die Ausgabe von Medikamenten nachdenken.

5. Die Aufklärung über das Thema „Sucht“ ist langfristig gesehen eine der wichtigsten Aufgaben überhaupt. Sie darf kein einmaliges, sondern muß ständiges Anliegen sein.

6. Der Schulung verantwortlicher Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen muß ein ebenso hoher Rang eingeräumt werden wie der Aufklärung der Belegschaft.

7. Wenn Ursachen von Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch im Betrieb festzustellen sind, müssen sie be-

seitigt werden. Als mögliche Ursachen kommen in Frage: Schichtarbeit, Arbeiten in Hitze und Dämpfen oder mit gefährlichen Stoffen.

Vereinsamung am Arbeitsplatz, Bildschirmarbeit, zu starker Leistungsdruck oder geistige Unterforderung, Monotonie, Platzgebundenheit, einseitige Belastungen der Sinne und Nerven, aber auch: ungerechte Behandlung durch Vorgesetzte, Konkurrenzdruck, mangelnde Beteiligung der Beschäftigten an Entscheidungsprozessen oder gewachsene Trinkunsitten in den Abteilungen.

8. Suchtkranke brauchen Hilfe. Durch betriebliche Angebote sollten sie fähig werden, aus ihrer Suchtkrankheit „auszusteigen“. Solche Maßnahmen sind zu einem abgestuften Konzept zu bündeln, in der sogenannten Interventionskette. Sie beruht auf der Erkenntnis, daß der Leidensdruck – und nur durch ihn kommen Betroffene zur Krankheitseinsicht –, lebensrettend eingesetzt werden kann.

Fachleute gehen davon aus (und trockene Abhängige bestätigen es), daß Suchtkranke sich nur unter Leidensdruck zu einer Umkehr ihrer Lebensweise entscheiden können.

Erst wenn sie ihren Tiefpunkt erreicht haben, sind sie therapiewillig. Wann und wodurch Abhängige „ihren Tiefpunkt“ erreichen, ist von Fall zu Fall verschieden.

Der Weg kann dadurch verkürzt werden, daß Suchtkranke im Betrieb auf ihre Krankheit angesprochen werden. Diese Möglichkeit der Einwirkung muß im Interesse der Abhängigen und ihrer Familien, ihre Kolleginnen und Kollegen und natürlich auch im Interesse der Leistungsfähigkeit des Betriebes genutzt werden.

Die Einwirkung durch Gespräche kann zu einer Verstärkung des inneren Leidensdrucks führen, wobei Suchtkranke in geradezu unbegreiflicher Weise an der Arbeit festhalten. Das ist die große Chance, Abhängigkeitserkrankungen im Betrieb direkt zu bekämpfen.

9. Wichtig ist, auch die Wiedereingliederung trockener Alkoholiker und Alkoholikerinnen zu regeln.

Auf keinen Fall dürfen sie an Arbeitsplätzen mit Lösemitteln eingesetzt werden, deren Dämpfe süchtig machen.

10. Ein Grundvoraussetzung für die wirksame Bekämpfung von Suchtkrankheiten ist die Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.

Dort sind das fundierte Wissen und die Erfahrungen über Alkoholkrankheit vorhanden, die man braucht, um das Problem richtig anzugehen.

Zusammenfassung

Am besten läßt sich ein betriebliches Alkoholprogramm in einer Betriebsvereinbarung regeln. Aller guter Wille von Einzelkämpfern verpufft, wenn nicht das Wissen um arbeitsrechtliche Fragen und um betriebliche Zuständigkeiten hinzukommen. Daß sich das Kümern um Mißbrauch und Abhängigkeit von Suchtstoffen für die Betroffenen und für den Betrieb lohnt, ist inzwischen anerkannte Tatsache.