

III. Expertinnengespräch

Ute Schönherr:

Wir – also die Arbeitsgruppenleiterinnen – haben uns überlegt, daß wir das Gespräch am heutigen Vormittag mit Euch zusammen führen wollen, damit nicht wir hier vorn untereinander, sondern alle miteinander diskutieren können. Aus dem, was in den Arbeitsgruppen erarbeitet worden ist, ergeben sich nach unserer Meinung drei größere Fragenkomplexe, die wir hier nochmals diskutieren sollten. Ich würde Euch bitten, dabei hier jeweils das einzubringen, was Ihr in Euren Arbeitsgruppen erlebt hat.

Das erste große Thema, was eigentlich dem Tagungsthema insgesamt entspricht, ist die Frage, nach dem Zusammenhang zwischen Frau-sein und Suchtentwicklung. Danach sollten wir uns zweitens damit beschäftigen, wie wir in unserer hauptamtlichen und ehrenamtlichen Helferrolle mit den betroffenen Frauen umgehen, wie wir zu ihnen stehen. Dazu gehört auch die Frage, welche Ansprüche wir in dieser Arbeit an uns selbst stellen. Schließlich sollten wir uns drittens überlegen, welche Forderungen an uns, an die soziale Arbeit und an die Gesellschaft sich aus der Diskussion ableiten lassen.

Zum ersten Fragenkomplex gibt es zwei Thesen, die wir hier diskutieren sollten und bei denen ich mir nicht sicher bin, ob es Gegensätze sind oder ob sie einander einschließen. Die eine These lautet: Durch die von uns allen internalisierte und praktizierte geschlechtsspezifische Sozialisation in unserer Gesellschaft entstehen für Frauen Lebensbedingungen, die sie tendenziell zu süchtigen abhängigen Verhaltensweisen als Überlebensstrategie bringen. Die möglicherweise Gegenthese lautet: Durch den Umbruch des Frauenbildes, also das Abwenden von dem, wie wir sozialisiert worden sind und das damit verbundene mangelnde Identifikationsmodell, was wir haben, da wir uns nicht an Männer orientieren können, durch diesen Umbruch ist eine Zunahme von süchtigen und anderen abweichenden psychosozialen Erscheinungen entstanden.

Rita Rußland:

Die Arbeitsgruppe 10 hat diese Umbruchthese diskutiert und ich möchte sie gern noch ein bißchen näher erläutern. Wir sind uns auch nicht sicher, ob sie stimmt, aber wir haben das folgendermaßen diskutiert. Wir haben festgestellt, daß Frauen früher völlig festgelegt waren auf die reine Hausfrauenrolle. Ich will hier mal ein Zitat einbringen, das belegt, wieweit auch christliche Einflüsse die Rollenordnung, das Frauenbild geprägt haben.

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

Frauen sind bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts, wo wir noch keine Industrialisierung kannten, auf dieses Frauenbild festgelegt worden und wir kennen keine Daten über süchtige Frauen bis dahin. Sie kommen weder in der Literatur noch in der Statistik noch sonstwo vor. Es gibt jedoch Hinweise in der Literatur über süchtiges Verhalten bei Männern. Nach der Industrialisierung wurde auch die Gleichberechtigung der Frauen in der Verfassung 1918 niedergelegt und wir haben nun festzustellen – und das ist unsere These –, daß Frauen aus dieser alten Frauenrolle ausbrechen, aber noch nicht wissen, in welche Frauenrolle sie hineinschlüpfen wollen. In unserer Arbeitsgruppe ist das so formuliert worden: Frauen haben ihr Schneckenhaus verlassen. Sie gehen ohne das schützende Häuschen auf einen neuen Weg und sind deswegen sehr gefährdet. Dies läßt sich anhand von Zahlen belegen. Während 1950 bei 200 000 Abhängigkeitskranken der Anteil der Frauen 8% betrug, ist er bis heute bei 1,5 bis 2 Millionen Abhängigkeitskranken kontinuierlich auf 30% angestiegen. Der Anteil der suchtkranken Frauen hat also überproportional zugenommen und wir erklären das mit der Umbruchsituation, in der Frauen sich heute befinden.

Ich will in diesem Zusammenhang gleich noch etwas hinzufügen. Es gab schon auf dem Kongreß „Frau und Sucht“ der DHS 1980 in Saarbrücken von einigen Männern den Satz zu hören: „Da könnt Ihr mal sehen, was die Emanzipation Euch bringt, das habt Ihr nun davon, immer mehr Kranke oder suchtkranke Frauen“.

Damals habe ich schon formuliert, daß Emanzipation und Sucht einander ausschließen. Emanzipation ist die Befreiung von Abhängigkeit, Unterdrückung und Bevormundung. Sucht ist genau das Gegenteil, Sucht ist der Weg in die Abhängigkeit. Ich persönlich glaube, daß die Bedingungen, unter denen die Frauen Gleichberechtigung durchsetzen müssen, unter denen sie ihren Anspruch auf Emanzipation durchsetzen müssen, entscheidend für das wachsende Ausmaß von Suchterkrankungen bei Frauen verantwortlich sind. Soweit die These aus der Arbeitsgruppe 10.

Ute Schönherr:

Wer möchte die andere These hier nochmal vertreten?

Sybille Ellinger:

Ich möchte die andere These etwas variieren, weil sie mir so, wie sie vorhin formuliert wurde, zu einseitig erscheint. Meines Erachtens ist es nicht die geschlechtsspezifische Sozialisation alleine, die zu bestimmten Lebensbedingungen führt, die wiederum Frauen zur Sucht führen. Ich sehe das mehr zweiseitig. Das sind einerseits die ansozialisierten Orientierungen von Frauen, beispielsweise bestimmte Berufe, die auf bestimmte Verhaltensweisen ausgerichtet sind, zu ergreifen. Die Krankenschwester ist so ein Beruf, in dem immer das Helfen und das Für-andere-dasein im Vordergrund steht. Auf der

anderen Seite gibt es aber auch den Ort und die Situation, beispielsweise die Institution Krankenhaus, wo genau diese Verhaltensweisen und Orientierungen abgefordert werden. Wo nämlich, beispielsweise wegen chronischen Personalmangels, genau dieses Sichaufopfern, eigene Bedürfnisse zurückstellen, gefordert wird von Krankenschwestern, um den gesamten Betrieb aufrecht zu erhalten. Dieses Zusammenspiel von sozialisierten Orientierungen und Fähigkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen einerseits mit äußeren Bedingungen andererseits führt in seiner Wechselwirkung zu Verausgabung, Überlastung und dann auch zu Bewältigungsversuchen wie Medikamentengebrauch und Suchtverhalten.

Ute Schönherr:

Sozialisation ist für mich auch nicht nur auf die erste Lebensphase beschränkt, sondern geht eigentlich immer weiter. Ich finde das mit der Wechselwirkung, wie Du es beschrieben hast, genau richtig.

Christa Merfert-Diete:

Ich würde das gerne zusammenfassen in einer These. Ich meine, Lebensbedingungen von Frauen – Sozialisation genauso wie Anforderungen, die die Gesellschaft an sie stellt, nämlich helfend und dienend zu sein – machen Frauen krank. Ich sehe darin, daß Frauen suchtkrank werden, auch nichts Neues. Vor und während der Industrialisierung sind Frauen im Kindbett gestorben, sind Frauen an Hysterie erkrankt, kamen in die Psychiatrie. Im Mittelalter gab es Frauen, die unliebsam waren und versucht haben, aus ihrer Frauenrolle herauszukommen. Sie wurden als Hexen verbrannt.

Für mich stimmt die These von Irmgard Vogt, daß Frau sein auch gleichsam krank sein bedeutet. Frauen wird Gesundheit nicht zugestanden und für mich geht es daher hier um die Frage, inwieweit können Frauen gesund leben und wie müssen die Bedingungen hierfür aussehen. Ich löse also Suchtmittelabhängigkeit nicht von anderen Krankheiten, denn wenn eine Frau nicht suchtmittelabhängig wird, dann wird sie unter Umständen psychisch krank.

Gisela Alberti:

Ich möchte an dieser Stelle die Thesen unter dem Gewaltaspekt beleuchten. Ich verstehe dabei Gewalt nicht nur als physische Gewalt, sondern erweitert auf Gewalt insgesamt, also auch die strukturelle Gewalt. Sucht hat etwas damit zu tun einzustecken, zu schlucken und keine Möglichkeit zu haben, das irgendwo wieder rauszugeben, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Wir Frauen sind ständig Gewalt ausgesetzt, angefangen mit der physischen Gewalt in unserer Kindheit, die sich häufig bis in die Ehe hinein fortsetzt, uns begegnet aber auch täglich Gewalt gegenüber Frauen in Zeitungen, an Plakatwänden, im Fernsehen, in Filmen, im Arbeitsleben usw. Wir selbst haben jedoch nicht gelernt, unsere Aggressionen zu leben und dürfen es eigentlich auch nicht.

Margarete Mitchell beschreibt in ihrem Buch viele Beispiele dafür, wie Männer ihren Frauenhaß in der Literatur, in der Wissenschaft usw. ausgedrückt haben. Rita Rußland machte das eben am Beispiel Luthers deutlich. Wenn Frauen jedoch sagen, wir wollen uns wehren ge-

genüber der Gewalt gegen uns, dann wird ihnen sofort Männerhaß und Aggressivität unterstellt. Insofern denke ich, kann ich nur die These von Rita Rußland stützen, Emanzipation und Sucht schließen einander aus. Ich möchte es vielleicht noch anders formulieren: Emanzipation und der Gebrauch von Mitteln, die dämpfen, die bewirken, sich nicht gegen bestimmte Bedingungen zu wehren, sondern zu schlucken, schließen einander aus.

Frieda Mory:

Ich möchte hier noch einen anderen Gedanken einbringen, der auch Schwerpunkt in unserer Arbeitsgruppe „Selbsthilfe“ war. Wir sehen es als Aufgabe der hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen im Suchtbereich an, die positiven und emanzipatorischen Fähigkeiten, die in den Frauen liegen, zu erkennen und hervorzulocken – mit welchen Mitteln auch immer. Darin sehe ich die einzige Chance, dieses „Emanzipation und Sucht schließen einander aus“ zu überwinden. Für mich ist das nicht nur eine persönliche Angelegenheit, sondern auch ein politischer Aspekt. Auf diese Art und Weise können in uns Frauen Kräfte wachsen, die notwendig sind, um die Schutz- und Hilflosigkeit zu verringern und abzuschaffen.

Ute Schönherr:

Ich dachte eigentlich, das ist das Ziel dieser Tagung, etwas zu verändern.

TeilnehmerIn:

Ich möchte mich der Frieda Mory aus folgendem Grund anschließen. Ich denke, die beiden Thesen, die hier vorgebracht wurden, lassen sich darin zusammenführen, daß sie jeweils Negativbestimmungen darstellen. Also: Krankheit, damit auch süchtiges Verhalten, ist als ein Widerstand von Frauen gegen Lebensbedingungen, die sie behindern, sie einengen, zu verstehen. Diese Negativbestimmung läßt fast keine Perspektive mehr zu, außer gegen uns selbst gerichtete Zerstörungsmöglichkeiten, wie Suchtmittel und die Krankheit als Ausweg. Wir sollten uns nicht permanent als Frauen festlegen, die ihren Widerstand gegen einengende Verhältnisse nur ausleben können, indem sie süchtig oder krank werden. Meines Erachtens wäre es sinnvoller, zu suchen, welche Positivbestimmungen oder welche Perspektiven sich für uns ergeben.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auf einen Aufsatz von Ilona Kickbusch über Depressionen bei Frauen hinweisen, in dem meines Erachtens hervorragend die individuellen und wirtschaftlichen Bedingungen, unter denen Frauen depressiv werden, zusammengebracht werden. Nach Ilona Kickbusch werden Depressionen bei Frauen unter anderem auch dadurch hervorgerufen, daß Frauen mittlerweile nicht mehr in einer Rolle eingeengt sind, sondern inzwischen – zumindest laut gesellschaftlicher Norm – eine ungeheure Bandbreite von Wahlmöglichkeiten haben. Sie können sehr gut Mutter sein, sie können aber sehr gut berufstätige Frau sein, der Punkt dabei ist jedoch, daß für beide Lebensweisen keine gesellschaftlich guten Bedingungen vorhanden sind. Die Frauen müssen einzeln in ihrer Biographie jeweils für sich entscheiden und auch den Bruch leben, alle Ansprüche erfüllen zu müssen. Aus der Anforderung, diese Um-

bruchsituation individuell lösen zu müssen, entstehen dann auch Krankheiten, wie z. B. Depressionen. Vielleicht könnte man diese These auch auf den Suchtbereich ausweiten.

Die Frage wäre nun, welche kollektiven Möglichkeiten gäbe es, um aus dieser individualisierenden Situation herauszukommen. Eine Perspektive wäre beispielsweise der Zusammenschluß in Selbsthilfegruppen. Ich möchte mich jedoch ganz stark verwehren gegen diese permanenten, gegen sich selbst gerichteten Negativbestimmungen.

Ute Schönherr:

Ich bin dankbar für diesen Hinweis, wir sollten im Laufe dieses Vormittags auch versuchen, miteinander zu erarbeiten, wie wir vom passiven zum aktiven Widerstand kommen können und wo Veränderungsmöglichkeiten dafür sitzen.

Rita Rußland:

Ich möchte genau da anknüpfen und versuchen, Widerstand an einem anderen Beispiel deutlich zu machen. 1960 gab es knapp 50.000 Ehescheidungen in der Bundesrepublik Deutschland, 1984 waren es 130.000, dabei waren 2/3 der Antragstellerinnen Frauen. Ich sehe darin einen Protest gegen gesellschaftliche Bedingungen, unter denen Ehen heute vollzogen werden. Die Frauen sind mit dieser Institution nicht mehr einverstanden. Das muß ich nicht bedauern, das ist für mich etwas Positives, nämlich ein Protest gegen Bedingungen – patriarchalische Bedingungen – unter denen Ehe und Familie heute gelebt werden muß.

Auch in der Zunahme von Suchterkrankungen sehe ich einen Protest, einen Protest gegen gesellschaftliche Bedingungen, unter denen Frauen Ehe, Familie und Berufstätigkeit erkennen, dann haben wir auch die Möglichkeit, aus dieser Protesthaltung heraus neue Formen zu finden, die Frauen leben wollen.

Die Politik bietet durchaus auch für Frauen neue Lebensmuster, neue Rollen an, aber diese Angebote werden von den Frauen noch nicht angenommen. Es gibt keine Politisierung der Frauen, um neue Wege wirklich kollektiv leben zu können. In unserer Arbeitsgruppe haben wir uns gefragt, wie können wir es erreichen, daß die Frauen ihre Protesthaltung nicht nur individuell ausleben, indem sie beispielsweise zu Suchtmitteln greifen. Wie können wir die Frauen zusammenführen, damit sich aus dieser Protesthaltung auch Konsequenzen für neues Handeln ergeben.

Teilnehmerin:

Mein Name ist Gretel Rieber, ich bin Redakteurin und beschäftige mich seit einigen Jahren mit Sucht. Ich glaube, es ist ganz wichtig, zu unterscheiden in Gebrauch von Suchtmitteln und in Abhängigkeit von Suchtmitteln. Ich denke schon, daß der Suchtmittelgebrauch und auch der -mißbrauch in vielen Fällen Ausdruck von Protest ist. Es gibt jedoch auch viele Frauen und Männer, die Suchtmittel nehmen, um sich anzupassen. Nur, es werden eben von Suchtmitteln nur 5 – 10% abhängig und die, die abhängig werden, saufen sich kaputt, sterben an ihrer Krankheit. Das ist also nicht nur ein Protest gegen

die Gesellschaft, sondern das ist lebensgefährlich, da verliert man Verstand, da hängt man sich auf, da schneidet man sich die Pulsadern durch, das ist eine ganz schlimme Krankheit. Und an dieser Krankheit erkranken eben nicht alle, weil es sonst darauf hinausläuft, daß diejenigen, die an ihrer Krankheit krepieren, doch letzten Endes wieder selbst daran schuld sind – die anderen können ja damit umgehen, warum die 5% nicht? Ihr merkt, ich rege mich auf, aber da ich selbst betroffen bin, habe ich wohl das Recht, mich aufzuregen. Natürlich werden die einen psychisch krank und die anderen eben suchtmittelkrank, aber ich halte es für wichtig, daß die Grenzen ganz scharf gezogen werden müssen, weil sonst etwas verwischt wird und das ist gefährlich.

Ich will hier nicht für die Männer sprechen, ich bin im übrigen auch für die getrennte Therapie. Aber es werden ja schließlich auch Männer suchtmittelkrank und auch da nicht alle. Aber die alkoholabhängigen Männer haben, solange sie suchtkrank sind, dieselben Probleme wie die Frauen. Ein Suchtkranker in seiner akuten Krankheit unterscheidet sich nicht, ob er Mann ist oder Frau.

Ute Schönherr:

Du hast eine ganze Menge Widerspruch ausgelöst mit dem, was Du gesagt hast.

Christa Merfert-Diete

Eine Information zu den Männern: 90% der suchtkranken Männer können sich darauf stützen, daß ihre Frauen bei ihnen bleiben und mithelfen, einen Rückfall zu vermeiden. Auf der anderen Seite sind es bei den suchtkranken Frauen nur etwa 10%, die von sich behaupten können, daß die Männer es dulden, bzw. daß sie von ihnen Unterstützung bekommen.

Ich bin auch dafür, zu unterscheiden zwischen den Bewältigungsstrategien „Genuß“ und „Suchtmittelmißbrauch“. Für mich sind Suchtmittel auch Genußmittel und wir dürfen den Gewinn oder das Positive daran nicht vergessen. Frauen werden jedoch nicht nur alkoholabhängig, sondern sie können vor allem medikamentenabhängig werden. Und da besteht ein großer Unterschied zu den Männern: Beim gleichen Diagnosenkomplex „psychovegetative Dystonie“ bekommen Männer aufheiternde, aufhellende Mittel, Frauen dagegen bekommen dämpfende Mittel verabreicht. Das ist für mich ein Politikum. Die Ausgangssituation von Fixerinnen in die Heroinabhängigkeit hereinzugeraten, ist auch eine andere als die von Fixern. Frauen machen auch wesentlich häufiger Selbstmordversuche. Für mich sind das alles Anzeichen dafür, daß unsere Lebenssituation so nicht stimmt. Ich bin natürlich auch dafür, zu überlegen wo die Alternativen sind, damit Frauen gesund leben können.

Ich möchte mich dagegen verwahren, zu sagen, weil wir nun wenige Alkoholikerinnen im Verhältnis zu depressiven Frauen haben, sei dies auch nur ein geringeres Problem.

Gisela Alberti:

Ich habe vorhin gesagt, daß diese tägliche Gewalterfahrung Wut erzeugt und es an der Zeit ist, diese Wut auch zu leben. Insofern möchte ich Rita Rußland unterstützen. Es ist ganz notwendig, daß wir diese Wut – also un-

seren Protest – zusammenschließen, damit daraus etwas werden kann und nicht alles verpufft.

Dieser säuberlichen Trennung in Suchtkranke und Nichtsuchtkranke möchte ich widersprechen. Es ist zwar eine Tatsache, daß längst nicht jeder oder jede, die trinkt, alkoholkrank wird. Aber jeder oder jede, die trinkt, geht das Risiko ein, irgendwann in die Abhängigkeit zu geraten. Wir wissen immer noch nicht, woran das liegt. Die Abhängigkeit von Suchtmitteln ist immer nur das sichtbare Symptom, die Probleme gehen vorher los.

Unabhängig davon bin ich der Überzeugung, daß der Mißbrauch von Suchtmitteln die Wut erstickt, die Kraft wegnimmt, die wir eigentlich ganz dringend brauchen, um unsere Situation zu ändern.

Ute Schönherr:

Ich fühle mich auch noch einmal aufgerufen, dazu etwas zu sagen, weil in diesem Zusammenhang auch mein Referat kritisiert wurde. Ich denke nicht, daß ich das individuelle Leiden Abhängiger damit bagatellisiere, wenn ich mir überlege, wo ähnliche Funktionen auf einem niedrigeren Grad von körperlicher, psychischer und realer Einschränkung erfüllt werden. Ich glaube nicht, daß ich damit eine Bewertung verschiedener Krankheiten vornehme. Nur, wenn wir diesen Funktionen von Krankheit auf die Spur kommen – also was machen wir da mit uns – können wir auch versuchen zu verstehen, wie Frauen da hineingekommen sind und wie wir ihnen da auch wieder heraushelfen können. Mir geht es dabei nicht um Bagatellisierung, sondern darum festzustellen, wo hat es etwas mit uns zu tun, wo wir nicht stimmen, um dann auch herauszufinden, wo stimmt es für uns nicht, wo sind wir in Ordnung, aber es stimmt außen herum nicht.

Karin Birk:

Wir haben uns in der Arbeitsgruppe „Eßstörungen“ auch mit der Funktion von Diagnosen und der damit zum Ausdruck gebrachten Trennung in die angeblich „Gesunden“ und „Kranken“ beschäftigt.

Ich denke, am Beispiel der Eßstörungen kann deutlich gemacht werden, wie fließend die Grenzen zwischen gesund und krank sind. Fast alle Frauen in unserer Arbeitsgruppe haben in bestimmten Phasen ihres Lebens selbst Erfahrungen mit Eßstörungen gemacht oder sie kennen eßgestörte Frauen im Freundinnen- oder Familienkreis.

Hinter Eßstörungen und den anderen Süchten steht für Frauen immer auch, daß sie in wesentlich größeren Abhängigkeiten leben als Männer, und von daher von ihrer Grundstruktur – verstanden als Wechselwirkung zwischen Sozialisation und gesellschaftlichen Bedingungen – geradezu prädestiniert sind, in ihrem Leben einmal süchtig zu werden. Diese eben erwähnte Trennung in „Gesunde“ und „Kranke“ kann unseres Erachtens ja auch gut dazu benutzt werden, um wieder einmal mehr auszugrenzen und von sich wegzuschieben. So werden Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen, vielleicht gar nicht wahrgenommen.

Wir haben in unserer Arbeitsgruppe festgestellt, daß wir in bezug auf unsere unterdrückte Wut oder fehlende Strategien in Konfliktsituationen unseren Klientinnen häufig ähnlich sind.

Teilnehmerin:

Ich möchte noch einmal aufgreifen, was die Redakteurin eben hier gesagt hat. Abhängigkeit hat meines Erachtens nichts mit der Menge zu tun, seien es nun Medikamente oder der Alkohol. Abhängig bin ich in dem Moment, wenn ich in bestimmten Situationen mein Suchtmittel brauche. Ganz gleich, wieviel davon. Meines Erachtens gehen gerade Frauen im Berufsleben sehr leichtfertig mit Medikamenten um. Wenn sie dann merken, daß sich eine Abhängigkeit entwickelt hat, ist es meistens schon zu spät. Wie gesagt, Abhängigkeit hat nichts mit der Menge zu tun, sondern damit, in bestimmten Situationen mein Suchtmittel zu brauchen.

Frieda Mory:

Es ist sicher richtig, daß ein Kennzeichen von Abhängigkeit darin liegt, daß ein Suchtmittel in bestimmten belastenden Situationen gebraucht wird. Ich meine, wir müßten noch einen Schritt zurückgehen. Denn dort, wo sich die Betroffenen mit Alkohol oder Medikamenten vollstopfen, ist sonst eine Lücke, ein Loch. Unsere Aufgabe sehe ich darin, diese Lücken und ihre Ursachen herauszubekommen, zu finden, und die Betroffenheit mitzutragen. Unsere Aufgabe ist es, genau hinzusehen, um welche Frau es sich handelt. Sind das Frauen, die so denken, fühlen und die gleiche Sozialisation haben wie ich? Oder sind es Frauen, die eine ganz andere Entwicklung hinter sich haben? Muß ich nicht bei jeder einzelnen Frau genau hinsehen und sie in ihren persönlichen Möglichkeiten unterstützen und sie in ihrer Entwicklung fördern? Die politischen Hintergründe der unterschiedlichen Sozialisation der Frauen entbindet uns nicht davon, jede einzelne Frau individuell in ihren Fähigkeiten zu stärken, damit sie für sich handlungsfähig wird.

Rita Rußland:

Ich möchte mich noch einmal auf einige Beiträge von vorhin beziehen und einige für mich wichtige Unterscheidungen deutlich machen. Die Frauen, die heute eine Ehescheidung beantragen – und das sind mehr denn je – üben offenen Protest gegen gesellschaftliche Bedingungen. Darüber muß man nicht jammern, das kann man als ein Signal begreifen, um etwas zu verändern. Frauen dagegen, die zu Suchtmitteln greifen, vollziehen einen unbewußten individuellen Protest. Das ist der Unterschied für mich. Dieser individuelle Protest – egal mit welchen Suchtmitteln – kann bei vielen dazu führen, daß sie in eine psychische Abhängigkeit geraten. Diese psychische Abhängigkeit meinte die Kollegin eben, als sie davon sprach, daß Abhängigkeit bedeutet, in bestimmten Situationen seien Suchtmittel zu brauchen. Körperlich abhängig zu werden und eigentlich krank zu werden, ist eine ganz andere Geschichte. Sicher müssen wir dieses Vorfeld des individuellen Protestes sehr ernst nehmen. Wenn aber Frauen körperlich abhängig krank geworden sind, dann müssen wir auch andere Maßnahmen bereitstellen, damit es keine Verwischungen gibt. Ich selbst bin Alkoholikerin und medikamentenabhängig, ich lebe seit 10 Jahren mühsam trocken, weil ich jede Woche ein- oder zweimal in eine Selbsthilfegruppe gehe und ich weiß, was diese Krankheit bedeutet. Ich habe sie durchgemacht mit all den schlimmen Dingen. Für mich ist es wirklich qualitativ ein Unterschied, ob jemand psychisch abhängig ist

von einem Mittel, weil er mit einer bestimmten Situation nicht fertig wird, oder ob er körperlich abhängig ist. Der eine ist nicht in dieser Qualifikation krank wie der andere. Das ist wirklich ein Unterschied und auf diesem Unterschied bestehe ich auch, weil wir sonst der Problematik nicht gerecht werden.

Teilnehmerin:

Ich möchte nur noch einen Satz dazu sagen – es sind ja hier mehrere selbst Betroffene dabei. Für mich ist die Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit auch eine seelische Erkrankung. Die körperliche Abhängigkeit kann ich durch eine Entgiftung gut behandeln lassen, dann bin ich in der Regel körperlich wieder gesund. Seelische Erkrankung, die dauert länger und da arbeite ich dran. Das wollte ich nur noch einmal zur Erklärung sagen.

Sybille Eillinger:

Es wurde eben gesagt, daß die Einnahme oder der Mißbrauch von Suchtmitteln Ausdruck eines individuellen Protestes sei. Ich finde, das ist nicht so richtig, das Gegenteil ist der Fall. Und dies wird am Beispiel des Medikamentengebrauchs besonders deutlich. Der wirkliche Protest, der in körperlichen oder psychischen Beschwerden, Depressionen, Ängsten usw. zum Ausdruck kommt, genau der wird unterdrückt durch Medikamenteneinnahme. Die Medikamente dienen der Anpassung und nicht dem Protest.

Das gilt sicher zum Teil auch für den Alkohol. Wobei hier wohl der wichtigste Unterschied der ist, daß bei Medikamenten immer noch in der Regel ein Arzt dazu kommt, der das Mittel verschreibt.

Teilnehmerin:

Wenn ich noch einmal an die beiden Thesen denke „Warum werden Frauen süchtig?“, dann komme ich zu dem Ergebnis, daß das mit der Erziehung von Frauen zu tun hat und auch mit mangelnden gesellschaftlichen Möglichkeiten, befriedigend in dieser Gesellschaft als Frau zu leben. Aber beide Thesen gehen davon aus, daß sowohl Krankheit wie auch Sucht etwas Negatives darstellen. Beide Thesen gehen davon aus, daß ich als Frau erst krank und süchtig werden muß, um so auf meine Lebenssituation aufmerksam zu machen. Insofern kann es wohl ein Widerstand sein. Aber ich glaube, die Frage, welche Formen Widerstand bei Frauen in diesem Zusammenhang annehmen kann, kann nicht so allgemein beantwortet werden. Es läßt sich zwar sehr allgemein sagen, daß Sucht etwas mit der allgemeinen Benachteiligung und Behinderung von Frauen in unserer Gesellschaft zu tun hat. Aber das hilft uns im Einzelfall nicht weiter, das bietet keine Perspektive oder Handlungsmöglichkeit für den einzelnen. Wenn sich jedoch Frauen zusammenschließen würden in Selbsthilfegruppen, wäre es schon sinnvoller, genau danach zu suchen, welche Funktion hat dieses Mittel, das ich einnehme und wie wird eigentlich meine Form von Protest gegen mich einengende Verhältnisse gelebt.

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen. In Berlin hat sich eine Gruppe von Frauen mit der Frage beschäftigt „Wann macht mein Körper nicht mehr mit mir mit?“ und dazu Geschichten geschrieben. Und mit dem Schreiben der Geschichten wurden die Lebenssituationen

der Frauen aufgearbeitet und es kristallisierte sich für die Frauen heraus, welche Form von Widerstand sich wogegen richtet. Die Zusammenhänge wurden deutlich, Bandarbeiterinnen beispielsweise haben ihre unbefriedigende Arbeitssituation in Verbindung mit dem Ausstieg aus dem Berufsleben oder mit Erkrankung gesehen. Es ist also im Einzelfall herauszuarbeiten, welche Form Widerstand annimmt und wogegen er sich richtet. Auf diesem Wege kann man dann auch herausfinden, welche verallgemeinerbaren Möglichkeiten der Veränderung es für Frauen gibt. Für die genannten Bandarbeiterinnen beispielsweise gibt es keine allgemeinen gesellschaftlichen Ausstiegsmöglichkeiten, da ist Ausstieg immer entweder Heirat oder das Aufgeben des Berufes. Hieraus wiederum wäre die Forderung abzuleiten, die Berufsausbildungssituation von Frauen allgemein zu verbessern. Ich möchte hiermit aufzeigen, daß es mir wichtig ist, meine eigene individuelle Situation als Frau mit den gesamtgesellschaftlichen Lösungsmöglichkeiten, die vielleicht jetzt schon vorhanden sind, zu verknüpfen.

Ute Schönherr:

Ich glaube, das Verwirrende in diesem ersten Teil unserer Diskussion war die unterschiedliche Bewertung der Begriffe Protest und Widerstand.

Beide Begriffe haben meines Erachtens etwas Aktives, Dynamisches und Aggressiv-Herausgehendes. Darum geht es für mich aber gerade nicht. Wir haben daher in unserer Arbeitsgruppe eher den Begriff „Verweigerung“ benutzt. Und es ist dann wichtig, genau hinzusehen, woraus steigen wir aus, wo verweigern wir uns und kann uns die Art und Weise, wie wir uns verweigern schaden und wie könnten wir stattdessen die Situation verändern. Für mich ist der Zweifel, den ich am Anfang schon geäußert habe, geblieben, ich glaube eigentlich nicht, daß die beiden Thesen, die ich am Anfang dargestellt habe, sich tatsächlich widersprechen. Ich glaube vielmehr, daß sie nur in der Lebensbiographie von Frauen jeweils an einer anderen Stelle ansetzen. Meines Erachtens schließen sich die Thesen gegenseitig ein und nicht aus. Ich fürchte aber auch, es greift uns alle viel zu tief an, als daß wir diese Fragen hier heute ausdiskutieren wollen und können.

In den letzten Beiträgen sind schon ein paar Bemerkungen zu dem Thema angeklungen, welche Ansprüche wir als professionelle oder ehrenamtliche Mitarbeiterin in diesem ganzen Geschehen an uns selbst richten. Diese Frage hatte ja auch in den Arbeitsgruppen schon eine große Bedeutung angenommen. Es ist im Verlauf dieser Tagung immer wieder eine sehr hohe Meßlatte dazu aufgelegt worden, was wir alles leisten „müssen“. Wir sollten deswegen hier auch versuchen, unser Verhältnis zu den Frauen, mit denen wir arbeiten, zu definieren. Es geht mir vor allem auch um die Frage, versuchen wir nicht unsere Rollenidentifikationen nun in der besonders engagierten perfektionierten Mitarbeiterin zu finden, weil wir vielleicht die internalisierten, traditionellen Ansprüche nicht erfüllen wollen.

Gisela Alberti:

Das klang schon vorgestern in einem der Vorträge an. Wir haben gestern in unserer Arbeitsgruppe die Frage diskutiert, wie kommen wir eigentlich selbst mit der täglichen Konfrontation mit Gewalt klar? Diese Konfrontation

tion kommt in letzter Zeit gehäuft auf uns zu, vielleicht auch weil wir sensibler für diese Dinge geworden sind. Die erste Reaktion auf diese Frage in unserer Gruppe war, daß unwahrscheinlich viele Ansprüche an die Mitarbeiterinnen gestellt wurden. Es wurde z. B. als Voraussetzung angesehen, daß die Mitarbeiterin eine heile Beziehungskiste haben muß, mit sich selbst im reinen sein muß, ihre eigene Biographie verarbeitet haben muß, einen theoretischen background haben muß, Supervision haben usw. Es wurde daraufhin eigentlich klar, daß wir in alte Rollenerwartungen zurückfallen. Viele von uns lehnen ja eigentlich diese Ansprüche der traditionellen Mutterrolle, perfekt zu sein, für alle dazusein, ab, gleichzeitig nehmen wir diese Rolle aber mit ins Berufsleben hinein. Wir wollen nicht die perfekte Mutter im Privatleben sein, wir wollen die perfekte Mitarbeiterin im Berufsleben sein.

Angelika Budde:

Auch in der Arbeitsgruppe „Mitarbeiterinnen in der Suchtarbeit“ war das Thema – und ich kann nur bestätigen, was Gisela Alberti eben gesagt hat. Wir haben darüber nachgedacht, in welcher Situation wir uns als Mitarbeiterinnen in unserem beruflichen Alltag befinden, und haben festgestellt, daß unverhältnismäßig viele Beziehungen, private Beziehungen, Familienbindungen, unerfüllter Kinderwunsch und solche Geschichten, in den Arbeitsalltag reinspielen. Wir haben uns dann gefragt, wieso wir eigentlich diese Arbeit machen. Dabei konnten wir bei uns die Beobachtung machen, daß die Arbeit mit Abhängigen – besonders in stationären Einrichtungen – für viele wirklich eine Art Familienersatz geworden ist, wo wir Anerkennung, Geborgenheit und Zuwendung finden und wo uns Kollegen auffangen können. Ich denke, gerade wir Professionellen müssen uns davor hüten, unsere Abhängigkeiten in der Arbeit weiter zu leben.

Gisela Alberti:

Dazu muß ich unbedingt etwas loswerden. Wieso eigentlich dürfen wir eigene Bedürfnisse nur im Privatleben ausleben? Ich denke, es ist auch eine Sache von Emanzipation Bedürfnisse, die man hat, auch im Berufsleben auszuleben. Sicher müssen wir uns davor hüten, in Abhängigkeiten hereinzugeraten. Immer gleich zu sagen, wenn wir im Beruf Anerkennung und Zuwendung finden, ist das Ersatz für entgangenes Privatglück oder Mutterglück, damit müssen wir meines Erachtens aufhören.

Ute Schönherr:

Es sollte nur vielleicht nicht auf Kosten der Klientinnen gehen!

Frieda Mory:

Ich teile die Meinung von Gisela Alberti nicht, weil wir uns als Mitarbeiterinnen in der privilegierten Situation befinden, unsere Bedürfnisse einigermaßen zu kennen und damit auch umzugehen, während die Frauen, mit denen wir zu tun haben, diese Möglichkeiten meist nicht haben. Die Frauen, die am Band arbeiten, in den Kaufhäusern stehen, können ihre Bedürfnisse dort nicht ausleben. Ich habe einen Widerstand, mich in meiner Berufsumgebung auszuleben, weil ich mich dann überhaupt nicht mehr mit diesen Frauen solidarisieren kann.

Indem ich mich auf meinem Arbeitsplatz auslebe, entferne ich mich als Ansprechpartnerin von den betroffenen Frauen und bin eher für mich da als für sie.

Ute Schönherr:

Meines Erachtens geht es doch vor allem um die Frage, überfordern wir uns eigentlich ständig in der Arbeit und sind damit auch wieder ein falsches Vorbild für die Frauen, mit denen wir arbeiten. Bieten wir denen also wieder ein Frauenbild, das ihnen nichts Konstruktives bringt, sondern ihnen nur wieder die Rolle zeigt, mit der man sich zukippt vor lauter Perfektionsansprüchen?

Susanne Ramsauer:

In unserer Arbeitsgruppe „Frauen als Angehörige von Abhängigen“ stand genau diese Frage im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir haben uns mit unserem Verhalten als Co-Alkoholiker auseinandergesetzt und versucht, uns an die eigene Nase zu greifen, zu überlegen, wo wir im täglichen Berufsleben Co-Alkoholiker-Verhalten zeigen und uns damit von unseren Klientinnen oder Patientinnen nicht mehr unterscheiden. Wir als Mitarbeiterinnen sind selbst betroffen und in uns stecken die alten stereotypen Verhaltensweisen, als Frauen sogar besonders. Wir übernehmen Verantwortung und nehmen damit Verantwortung, wir versorgen usw. Wir müssen überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, diese Mechanismen zu kontrollieren. Mir wäre es ein Anliegen, daß wir mehr über uns reden, über unsere Einstellungen und unser Verhalten in der Arbeit, anstatt über die Bandarbeiterinnen zu reden, die für mich z. Z. sehr weit weg sind.

Gisela Obert:

Ich möchte über unsere Gruppe „Frauensucht/Männersucht“ berichten, in der wir uns mit geschlechtsspezifischen Unterschieden beschäftigt haben, in denen suchtkranke Frauen/Männer leben.

Eine Mitarbeiterin unserer Gruppe sagte: „Männer nehmen mit Kraft Abschied vom Alkohol. Die sagen von heute auf morgen, ich trinke jetzt nicht mehr und damit ist die Sache erledigt“. Diese Erfahrung machen wir auch in unserer Beratungsstelle. Deshalb haben Männer auch erheblich mehr Schwierigkeiten, an die psychischen Gründe ihres süchtigen Verhaltens heranzugehen, weil es ihnen schwerfällt, tiefere Schichten ihrer Gefühle wahrzunehmen. Natürlich geschieht dies auch, aber auf einem sehr viel längeren Weg als bei Frauen. Die Gründe liegen sicher auch in ihrem gesellschaftlichen Rollenbild.

Ein weiterer Unterschied, mit dem wir uns beschäftigt haben, läßt sich auch aus Statistiken ablesen. Suchtkranke Frauen, die in stationärer Entwöhnungsbehandlung waren, werden häufiger rückfällig als Männer. Darauf sollten wir etwas genauer eingehen. Die Ursache für die größere Rückfallhäufigkeit bei Frauen liegt ganz einfach darin, daß sich das soziale Umfeld und die Situation zu Hause bei suchtkranken Frauen in der Regel nicht verändert. Frauen als Angehörige sind viel eher bereit, in Therapie oder in eine Selbsthilfegruppe zu gehen, wenn sich der Mann in eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung begibt bzw. befindet. Wenn Männer in der Angehörigenrolle sind, ist das etwas völlig anderes. Frauen geraten aus diesem Grund nach der Therapie immer wieder in Krisen, weil sich zu Hause nichts

verändert hat. Hier funktioniert das soziale Umfeld bzw. Partner/Angehörige nicht in der Weise, wie es eine suchtkranke Frau bräuchte, um sich innerlich wie äußerlich stabilisieren zu können. Aus diesem Grunde sind ambulante Angebote in der Nachsorge sehr wichtig. Die genannte Rückfallstatistik ist insofern auch sehr gefährlich, weil man bei einfachem Hinsehen zunächst meinen könnte, Frauen ist halt weniger zu helfen als Männern, egal aus welchen Gründen.

Auch wenn wir in die Betriebe schauen, erleben wir ein ähnliches Bild. Männer, die suchtkrank sind, werden im Betrieb sehr lange getragen, besonders von ihren Arbeitskollegen in ihrem Suchtverhalten gestützt. Fällt der Mann unangenehm auf oder ist er für die Arbeitsgruppe nicht mehr auszuhalten, dann werden ihm heute eher Möglichkeiten aufgezeigt, über eine Beratungsstelle oder einen Arzt eine Therapiemöglichkeit zu bekommen. Wenn ein Mann aus der Therapie zurückkommt sind die Kollegen, die in dieser Zeit auch gelernt haben wie die Dynamik einer Suchtkrankheit ist, aufgeschlossen. Dieser Kollege wird zu Hause besucht und auch während der stationären Therapie und die lassen sich beraten, wie sie künftig mit ihrem suchtkranken Kollegen vor Ort, am Arbeitsplatz umgehen können. Bei suchtkranken Frauen geschieht diese begleitende Arbeit im Betrieb sehr viel seltener. Deshalb sind wir aufgerufen, an dieser Ungleichbehandlung etwas zu verändern. In betrieblichen Schulungen mache ich diese Erfahrungen ständig. Dort wird immer nur von Alkoholikern geredet und nur darüber, daß auch Frauen suchtgefährdet sind. Dieses Problem wird oft nicht weiter beachtet. Im Mittelpunkt stehen die Männer.

Deutlich ist, daß sämtliche Programme in Betrieben auf Männer ausgerichtet sind und ich habe in keinem Programm eine spezifische Möglichkeit für Frauen am Arbeitsplatz in der Literatur gefunden. Deshalb ist es wichtig, daß wir den Verantwortlichen das Problem der suchtkranken Frauen mehr ins Bewußtsein rufen.

Teilnehmerin:

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen suchtkranken Männern und suchtkranken Frauen treten meines Erachtens erst auf, wenn die Therapie eingesetzt hat. Ich bin vor 6 Jahren trocken geworden und gehe seither mindestens einmal pro Woche in eine Selbsthilfegruppe und da ich sehr viel dienstlich reise, in sehr verschiedene Selbsthilfegruppen. Ich konnte nie Unterschiede in den vielen verschiedenen Erzählungen über die Trinkphasen erkennen. Ich meine, daß eine suchtkranke Frau, deren Ehemann nicht zu ihr hält, eher eine Chance hat auszuweichen. Denn, wenn niemand da ist, der versorgt, der verschleiert, gelangt die Frau sehr viel schneller zu der entscheidenden Frage „Will ich sterben oder will ich leben?“. Diese Entscheidung kann einem keiner abnehmen, auch kein Helfer, der kann nur sagen „Du mußt Dich entscheiden“.

Geschlechtsspezifische Unterschiede liegen nach meiner Erfahrung darin, daß Frauen, wenn sie sich einmal entschieden haben, konsequenter sind. Ich sehe z.B. in den letzten 6 Jahren in den Selbsthilfegruppen immer mehr Frauen, manche Gruppen bestehen fast nur noch aus Frauen. Suchterkrankung ist eine multifaktorielle

Krankheit, da spielen alle möglichen Gründe mit. Seit einigen Jahren weiß man auch in der internationalen Forschung, daß die genetischen Faktoren sehr viel erheblicher mitspielen, als bisher angenommen worden ist. Das mag für uns ärgerlich sein, das heißt ja auch noch nicht, daß die sozialen Faktoren deswegen keine Bedeutung hätten. Wir müssen es aber dennoch zur Kenntnis nehmen, wir können nicht einerseits Dispositionen zu Zuckerkrankheit, Krebs usw. anerkennen und die zur Suchterkrankung ignorieren.

Ute Schönherr:

Die Disposition zur Suchterkrankung ist sehr umstritten. Ich möchte an dieser Stelle einmal kurz unterbrechen, um zu verhindern, daß wir wieder einmal von uns selber ablenken. Ich will diese Diskussion natürlich nicht abbrechen, aber ich möchte noch einmal darauf hinweisen, daß wir schon viel weiter waren, nämlich beim Thema „Was ist mit uns selbst“.

Teilnehmerin:

Ich möchte trotzdem etwas zur genetischen Disposition sagen. Uns Frauen sollte es nicht darum gehen, nun eine Einigung darüber zu suchen, wie weit das wirklich einen Einfluß hat. Wir sollten vielmehr unser Augenmerk und unsere Arbeit darauf richten, daß wir gesellschaftliche und soziale Dispositionen behandeln wollen, damit dort eine Veränderung stattfindet.

Ich habe mich in letzter Zeit mit der Reproduktionstechnologie auseinandergesetzt und ich fürchte, daß da eine „Hilfe“ auf uns zukommt – auch auf uns, die wir uns mit Sucht befassen –, die uns letztlich nicht aus Abhängigkeiten hinausführt. Auf diesem Gedankengang ist also gar keine Lösung zu erwarten. Deswegen sollten wir nicht so viel Energie daran verschwenden zu überlegen, welchen Einfluß genetische Faktoren nun wirklich haben. Die Probleme liegen an einem anderen Ort.

Teilnehmerin:

Ich habe in der Arbeitsgruppe „Frauensucht/Männersucht“ mitgearbeitet und auch über die Aussage „Männer gehen mit Kraft aus der Sucht“ nachgedacht. Diese sogenannte Kraft heißt für mich auch, daß sie nicht zu ihren Schwächen stehen könne, schwach sein nicht zulassen können, sondern die Position der Stärke einnehmen „Ich habe es gepackt, ich bin abstinenter“. Ich empfinde das als einen ersten Schritt, aber nur als den ersten, wo viele weitere noch fehlen. Frauen helfen in diesem Zusammenhang sehr häufig dazu mit, daß Männer an diesem Punkt nicht weitergehen müssen, sich nicht ändern müssen. Männer bleiben deswegen oft in der reinen Abstinenz stehen und erwarten, daß die Umgebung sich ihnen anpaßt. Wenn dann jedoch mit den Angehörigen gleichzeitig gearbeitet wird, wird irgendwann deutlich, daß die Frau nicht mehr bereit ist, mitzumachen und sich daher bei beiden etwas verändern muß.

Christa Merfert-Diete:

Sie haben mir aus der Seele gesprochen. Ich habe da nämlich das Gefühl, daß das dann meine Kraft als Frau ist, die ich dem Mann gebe.

Karin Birk:

Ich will noch einmal den Punkt der größeren Rückfallhäufigkeit bei Frauen aufgreifen. Da wurde eben schon als eine Begründung die mangelnde Bereitschaft zur Mitarbeit der angehörigen Männer genannt. In unserer Arbeitsgruppe wurde von Erfahrungen berichtet, daß in vielen Kliniken und Beratungsstellen überhaupt nicht frauengerecht und somit auch nicht problemgerecht gearbeitet wird. Ich sehe auch hierin einen Grund für höhere Rückfallhäufigkeit. Ich halte es für ein ganz großes Defizit, daß die Angebote der Suchtkrankenhilfe sehr männerorientiert sind. Das kann aber auch oft gar nicht anders sein, wenn wir uns die Institutionen, die äußeren Rahmenbedingungen, Team- und Leiterbesetzungen ansehen. Wie sensibel sind wir eigentlich in diesen Einrichtungen für das, was Frauen wollen und brauchen? Wir müssen uns in unserer Arbeit immer wieder fragen, wie können wir „Frauen-näher“ arbeiten, wie muß diese Arbeit aussehen und wie können wir dies in die Praxis umsetzen?

Ute Schönherr:

Damit hätten wir dann an die Fragen von vorhin angeschlossen: „Wissen wir eigentlich was die Frauen, mit denen wir arbeiten, brauchen?“. „Woher nehmen wir es, dies für sie zu definieren?“. Ich fände es gut, wenn wir uns mit diesen Fragen nochmal auseinandersetzen würden. Es sind ja hier Mitarbeiterinnen – bezahlt oder unbezahlt – aus den verschiedensten Bereichen zusammengekommen und ich finde daher wichtig, daß diese Arbeitsbereiche hier nochmal zu Wort kommen. Es wäre meines Erachtens interessant, wenn aus diesen Arbeitsfeldern nochmal über den Umgang mit Abhängigkeit, mit dem Problem der Verweigerung und darüber berichtet werden könnte, was da angeboten wird und wie Ihr Euch in dieser Einrichtung und an diesem Arbeitsplatz fühlt. Vielleicht könnt Ihr auch dazu was sagen, was bei Euch in den letzten 2 Tagen angekommen ist, die Ihr bisher den Suchtaspekt in Eurer Arbeit nicht berücksichtigen konntet. Ziel dieser Fachtagung war ja auch, beide Arbeitsbereiche, also Frauenarbeit und Suchtarbeit, einander näher und ins Gespräch zu bringen.

Teilnehmerin:

Ich bin im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit tätig. Hauptsächlich führe ich Schulungen für Vorgesetzte, Betriebsräte, Sozialberater zum Thema Alkoholprobleme am Arbeitsplatz durch. Ich stelle in dieser Arbeit fest, daß die Männer in diesen Seminaren überrepräsentiert sind. Deswegen hat mir der Erfahrungsaustausch mit Frauen in diesem Bereich auf dieser Tagung sehr gut getan.

Es gibt ungefähr 600 - 700 Betriebe im Bundesgebiet, die sogenannte Alkoholprogramme durchführen. Ich mache bezüglich dieser Alkoholprogramme in meiner Arbeit zwei wichtige Erfahrungen: Meist handelt es sich tatsächlich um sogenannte „Alkohol“-programme, was in den meisten Betrieben völlig rausfällt, sind die Medikamentenprobleme und damit auch die Gruppe der Frauen. Es gibt in den Betrieben nur sehr wenig Hilfsangebote bei Medikamentenproblemen. Die Frauen werden somit weder im Rahmen von präventiver Arbeit noch über die

Hilfsprogramme erreicht. Eine andere Erfahrung, die ich mache, ist die, daß Frauen in Betrieben überhaupt nicht als alkohol- und medikamentengefährdet oder -abhängig erkannt werden. Wenn sie krank werden, werden häufig andere Symptome angegeben, beispielsweise Depressionen, Klimakterium oder Kreislauferkrankungen. Auch dies führt dazu, daß sie von entsprechenden Hilfsprogrammen überhaupt nicht erreicht werden können. Wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Frauen dann chronisch werden, legen die Personalabteilungen ihnen meist Auflösungsvorträge nahe und die Frauen geben ihren Arbeitsplatz dann auf.

Während also Hilfsprogramme für Männer mit in der Regel Alkoholproblemen schon weit verbreitet sind, wird die Gruppe der Frauen mit meist Medikamentenproblemen vernachlässigt. Ich denke, hier müssen wir eine größere Sensibilität schaffen, um die notwendige Erweiterung der betrieblichen Suchtkrankenprogramme zu erreichen.

Christa Merfert-Diete:

Sehr wichtig an diesem Beitrag war mir der Hinweis, daß Frauen überhaupt in die betrieblichen Programme herinkommen. Die Frauen können also aus diesen Programmen erst gar nicht herausfallen, sie sind sprachlich von vornherein ausgegrenzt. Daraus ergibt sich für mich die Schlußfolgerung, daß wir eigene Frauenprogramme in den Betrieben schaffen müssen.

Sybille Ellinger:

Ich möchte das noch einmal unterstreichen und darauf hinweisen, daß diese Vernachlässigung der medikamentenabhängigen Frauen nicht nur in den Betrieben sondern überall geschieht. In unserer Arbeitsgruppe „Verordnete Anpassung“ ist vor allem deutlich geworden, daß dies auch für den Bereich der Suchtkrankenhilfe gilt. Denn in der Zusammensetzung der Teilnehmerinnen in unserer Arbeitsgruppe war nicht eine einzige Kollegin aus einer Suchteinrichtung zu finden, unsere Gruppe setzte sich ausschließlich aus Mitarbeiterinnen von Fraueneinrichtungen, wie z. B. Müttergenesung, Frauenhaus, Sozialberatung usw. zusammen.

Nach meiner Erfahrung wird Medikamentenabhängigkeit immer sekundär gesehen – schließlich steht hinter dem Medikamentenkonsum in der Regel eine ärztliche Verschreibung -, während andere Probleme wie beispielsweise psychische Symptome eher erkannt, anerkannt und aufgegriffen werden. In der Suchtkrankenhilfe wird Medikamentenabhängigkeit in der Regel in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit gesehen, die Alkoholabhängigkeit wird wie selbstverständlich in den Vordergrund gerückt. Eine ganz große Gruppe von medikamentenabhängigen Frauen fällt damit aus dem Hilfeangebot heraus. Diese tauchen dann in ganz anderen Arbeitsbereichen, beispielsweise der Psychiatrie oder Frauenberatungsstellen oder auch an gar keiner Stelle auf. Oft wird die Medikamentenabhängigkeit dieser Frauen dann erst recht nicht mehr erkannt. Diese Mechanismen müssen wir verändern. Wir müssen in der sozialen Arbeit mehr Sensibilität für die medikamentenabhängigen Frauen schaffen, damit diese überhaupt erkannt werden, um ihnen dann Hilfsangebote machen zu können.

Ute Schönherr:

Ich bin sicher, daß alle, die hier sitzen irgendwo eine medikamentenabhängige Frau kennen und Umgang mit ihr haben.

TeilnehmerIn:

Ich möchte noch einmal zurückkommen zur Frage von Ute Schönherr: „Wie gehen wir mit unserer eigenen Betroffenheit in bezug auf Abhängigkeitserkrankungen um?“ Für mich ist ganz klar, daß man mit Suchtkranken nur arbeiten kann, wenn man sich selber gegenüber offen und ehrlich ist und sich mit sich selbst auseinandersetzt. Dies ist hier auf dieser Fachtagung auch möglich geworden. Wenn ich meine eigene Person als Medium in der Arbeit mit Suchtkranken einsetze und Beziehungen eingehe, dann ist es wichtig, nicht völlig alleine vor sich hinzubrasseln, sondern für mich wäre es dann ganz einfach vorstellbar auch als Helfer die Angebote in Anspruch zu nehmen, die es für Angehörige von Suchtkranken gibt. In der Angehörigengruppe kann ich vieles über mein Beziehungsverhalten zu Suchtkranken lernen, meine Unsicherheit erkennen und angehen.

Ute Schönherr:

Das finde ich vom Ansatz her eine gute Idee, da ich es für wichtig erachte, nicht immer nur in die Arbeit reinzupowern sondern auch etwas für sich selbst zu tun. In Form einer Angehörigengruppe wäre sicher für den Helfer als „Auch-Angehöriger“ ein Stück Entlastung und Hilfe und auch Wiederauffüllen von Ressourcen möglich.

Rita Rußland:

„Wie fühle ich mich selber bei dieser Arbeit, die ich mache?“ Ich erlebe mich in sehr großen Zerreißproben und leide an den Widersprüchen in mir. Ich möchte anders sein als ich dienstlich oft bin. In meiner Selbsthilfegruppe fühle ich mich absolut wohl, weil es dort Ehrlichkeit, Offenheit und Denkanstöße für mich gibt, die mich veranlassen, mich zu hinterfragen. Auf der anderen Seite arbeite ich in einer großen Organisation, die von Männern dominiert wird. Wenn ich Betriebsratsschulungen mit Alkoholprogrammen durchführe, dann muß ich Tacheles reden und Fakten bringen. Das ist eine ganz andere Art von Arbeit, als mich persönlich einzubringen, wie ich das hier tue. Da geht es um Arbeitsrecht, Arbeitsplatzprobleme und betriebliche Fragen. Es ist auch oft sehr schwierig, da Bereitschaft zu wecken beispielsweise sich mit der Frage des Medikamentenmißbrauchs im Betrieb auseinanderzusetzen.

Auf der beruflichen Seite muß ich also diese Macherfunktion erfüllen, weil die männlich geprägt und die Arbeit sehr faktenorientiert ist. Auf der anderen Seite möchte ich aber für mich etwas ganz anderes leben und da empfinde ich zunehmend für mich Einsamkeit und Isolierung, die ich nur aushalten kann, wenn ich regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe gehe.

Gisela Obert:

In bezug auf Suchtmittelmißbrauch im Betrieb möchte ich das bisher Gesagte aus meiner eigenen Erfahrung bestätigen und ergänzen, daß Frauen oft an Arbeitsplätzen beschäftigt sind, die mit sehr viel Stress verbunden sind. Da sind einmal die Bandarbeiterinnen aber auch die

Frauen in den großen Schreibbüros, wo ein furchtbarer Geräuschpegel herrscht. Ich erfahre immer wieder von diesen Frauen, daß diese Lärmbelästigung einen ungeheuren Stress darstellt, wenn sie dann eine Valium nehmen, nehmen sie das nicht mehr so extrem wahr. Deswegen möchte ich auch nochmal darum bitten, keine Alkoholprogramme sondern Suchtmittelprogramme in Betrieben durchzuführen.

Gisela Alberti:

Noch einmal zum Thema „Ansprüche an uns selber“. In unserer Arbeitsgruppe haben ungefähr gleich verteilt 5 Frauen aus Frauenhäusern und 5 Frauen aus dem Suchtbereich gearbeitet. Wir haben sehr lange die Frage diskutiert, wie eigentlich in Frauenhäusern auf Suchtmittelmißbrauch bzw. Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen reagiert werden kann. An dieser Stelle haben wir uns dann mit Ansprüchen, mit denen die Mitarbeiterinnen in den Frauenhäusern arbeiten, beschäftigt. Wir sind zu dem Schluß gekommen, daß in der Suchtkrankenhilfe und im Frauenhausbereich eigentlich sehr unterschiedliche Anforderungen vorherrschen. Im Suchtbereich arbeiten wir eigentlich ständig mit Grenzziehungen, mit der Festlegung von Verantwortlichkeiten bei Helfer und Klient. In der Frauenhausarbeit sieht dies ganz anders aus, diese Arbeit ist nicht entstanden aus einer Grenzziehung und einer klaren Einteilung in Verantwortungsbereiche, sondern aus einer Bewegung „Frauen helfen Frauen“. Vom Ansatz her ist dies ein ganz anderer Anspruch. Die Mitarbeiterinnen in Frauenhäusern haben sehr viele Probleme unter einem noch dazu starken äußeren Druck zu bewältigen und werden nun auch noch mit Suchtproblemen konfrontiert.

Das Ergebnis unserer Diskussion war eigentlich die Feststellung, daß es ausreicht, die betroffenen Frauenhausbewohnerinnen auf ihr Suchtproblem offen anzusprechen. Es war für die Frauen aus den Frauenhäusern ganz schwer verständlich, wieviel damit schon erreicht ist. Dieses Ansprechen ist aber bereits ein Ausbrechen aus der Co-Alkoholiker-Funktion, in die wir alle immer wieder hineingeraten. Bloßes, offenes Ansprechen ist also ein ganz wichtiger Schritt.

Als darüber hinausgehende Möglichkeiten, Suchtprobleme im Frauenhaus zu bearbeiten, wurden in unserer Arbeitsgruppe diskutiert Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen, versuchen, trockene Selbstbetroffene in die Arbeit einzubinden, Kontakte zu Beratungsstellen herstellen, betroffene Bewohnerinnen auf Beratungsangebote aufmerksam machen und sie vor die Alternative Beratungsstelle oder Auszug stellen. Aber nochmal: Der eigentlich wichtige und erste Schritt ist es, das Problem konsequent und offen anzusprechen.

Teilnehmerin:

Ich arbeite in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle und erlebe mich in der Arbeit sehr unterschiedlich. Im Laufe der langen Jahre, in denen ich die Beratung mache, habe ich gelernt, mich herauszunehmen und darauf zu achten, daß die Frauen zu ihrer Entscheidung kommen. Ganz anders erlebe ich mich in Beratungen mit Angehörigen von Alkoholkranken, da bin ich sehr rasch drin in der Rolle des Co-Alkoholikers. Ich spüre da oft

den Wunsch offensiv zu sein und zu sagen: „Mach diesen Schritt und mach jenen Schritt.“ Ich muß mich dann immer wieder zurücknehmen und zulassen können, daß diese Frauen sich sehr langsam entwickeln und Veränderungen in kleinen Schritten erreichen müssen. Sehr betroffen bin ich immer wieder, wenn ich erlebe, wie isoliert und einsam diese Frauen sind. Gerade wenn die Angehörigen Frauen sind, ist dies besonders ausgeprägt. Wir müssen daher unser Augenmerk auf die Situation dieser Frauen stärker richten mit Beratungsangeboten, Angehörigengruppen usw.

Es war auch eine Forderung unserer Arbeitsgruppe, daß Helfer, die mit Frauen, deren Angehörige alkoholabhängig sind, arbeiten, über einen gewissen Zeitraum hinweg einmal eine Angehörigengruppe besuchen. Ich habe mich entschieden dies zu machen, weil ich denke, daß ich dort sehr viel lernen kann. Eine weitere Forderung unserer Arbeitsgruppe war es, mehr Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit zu betreiben, die die betroffenen Angehörigen anspricht und ihnen Hilfsmöglichkeiten und Beratungsangebote aufzeigt. Die betroffenen Frauen in dieser Situation sind oft so isoliert, daß sie den Weg in Beratungsangebote nicht finden und wissen auch häufig gar nicht, wo sie sich Hilfe holen können.

Teilnehmerin:

Mein Name ist Gudrun Schroth, ich arbeite in einer Übergangseinrichtung für Suchtkranke in Bremen. Ich war in der Arbeitsgruppe „Frauen und Arbeit“, weil ich selbst erlebe, wie schwierig dieses Thema ist. Mich hat die Frage interessiert, „Wie stecken Frauen in Arbeitsbezügen und wie kommen sie damit klar?“ und „Wie kommen sie mit der Doppelbelastung klar, mit sich widersprechenden Ansprüchen, die sie oft Zerrissenheit fühlen lassen müssen?“. Ich selbst bin alleinerziehende Mutter und spüre diese Zersplitterung von Ansprüchen einerseits gegenüber meinem Kind, andererseits Ansprüche in der Arbeit mit suchtkranken Frauen. Hinzu kommt die Notwendigkeit aber auch Schwierigkeit einer Grenzziehung zu Frauen. Was setze ich für die Frauen durch, was setze ich für mich durch? Ich fühle mich oft davon überlastet und zerrissen, es ist einfach ein schwerer Kampf.

Teilnehmerin:

Ich arbeite im Müttergenesungsheim, die Frauen die an unseren Kuren teilnehmen, bleiben in der Regel 4 Wochen in unserer Einrichtung, das ist eine relativ kurze Zeit. In meiner Arbeit bin ich auch konfrontiert mit tablettenabhängigen Frauen, bei denen der Heimarzt dies oft gar nicht weiß oder merkt. Er muß oft von mir erst darauf hingewiesen werden, weil er diesen Frauen die ganzen Medikamente für die Dauer der Kur abrupt entziehen will. Ich habe auch mit alkoholabhängigen Frauen und mit Frauen, die Angehörige von Suchtkranken sind – Frau oder Mutter – zu tun. Hinzu kommen noch viele Frauen, die unter Eßstörungen leiden.

Wie gesagt, die Frauen sind im Gegensatz zum Frauenhaus oder zu Suchteinrichtungen bei uns nur für ca. 4 Wochen. Mir fehlt deswegen eigentlich einfach die Zeit, um mit Frauen an ihrem Problem zu arbeiten. Andererseits die Frauen nur darauf anzusprechen und ihr Verhalten zur problematisieren, ist mir eigentlich zu wenig, weil ich dabei noch nicht sehe, wie sich langfristig etwas

bei den Frauen verändern soll. Deshalb halte ich eine intensivere Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen und Dienste, die mit diesen Frauen arbeiten, für dringend notwendig. Dann wäre z. B. eine Weitervermittlung durch das Müttergenesungsheim an eine Beratungsstelle im Heimatort der betroffenen Frauen möglich. Durch eine bessere Kooperation zwischen ambulanter Beratung und Müttergenesungsheim könnte vielen Frauen wirksamer geholfen werden.

Da ich bereits im Suchtbereich gearbeitet habe, plane ich, im nächsten Jahr eine Sonderkur für Frauen mit suchtkranken Angehörigen anzubieten. Vielleicht besteht da ja ein Interesse und die Teilnehmerinnen hier kennen Frauen, die dies Angebot wahrnehmen wollen.

Christa Merfert-Diete:

Ich habe in den letzten Jahren wieder Kontakt mit verschiedenen Institutionen gehabt – also Frauenhäuser, Frauenberatungsstellen u. a. – wo ich die gleiche Erfahrung gemacht habe. Die Mitarbeiterinnen in diesen Einrichtungen haben sich vielfach überfordert mit dem Wunsch, hier und jetzt, in ihrer Einrichtung auch etwas zu tun. Für ganz wichtig erachte ich dabei, die enge Zusammenarbeit mit den Kooperationsinstitutionen. Dazu muß sich einfach zusammengesetzt und überlegt werden, welche Aufgaben stellen sich in unseren Einrichtungen und wie können wir im Rahmen unseres Kontaktes zu den betroffenen Frauen dem Problem begegnen. Dieser Austausch ist sehr wichtig, damit die einzelne Frau nicht alleine dasteht.

Frieda Mory:

Ich möchte ganz speziell noch etwas zu den Müttergenesungsheimen sagen, weil mir das auch ein persönliches Anliegen ist. Ich weiß wie wahnsinnig kaputt die Frauen sind, die in diese Einrichtungen kommen. Ich weiß von mir selbst, daß ich nach einem bestimmten Zeitraum von Kindererziehung, Berufsausbildung und Berufsausübung, der sich vielleicht von Mitte 20 bis Mitte 40 erstreckt, plötzlich völlig erschöpft bin, da ich wie viele andere Frauen ständig gebe, aber selten etwas bekomme. Und an diesem Punkt sehe ich die Notwendigkeit, dort den Frauen, die häufig zusätzlich in den verschiedensten Abhängigkeiten stecken, zu zeigen, daß es erlaubt und erlernbar ist, für sich selbst zu denken und zu handeln, nicht nur für andere – ohne in Gewissenskonflikte zu geraten. Dieser erste Schritt ist enorm wichtig und nicht leicht zu begehen. Denn die wenigsten Frauen haben aufgrund ihrer Sozialisation gelernt auch für sich selbst da zu sein.

Aus der Erfahrung meiner Arbeit mit Frauen in Selbsthilfegruppen im Suchtbereich weiß ich, daß es dringend erforderlich ist, die hier beschriebenen Probleme von Frauen ursächlich mit Gleichbetroffenen sehen zu lernen, um reale Schritte der Veränderung zu entwickeln. Solche Gruppen sind tatsächliche Hilfsmöglichkeiten und sollten in Müttergenesungsheimen angeboten und initiiert werden können, um den Frauen für die Zeit nach der Kur Kraft für neue Wege mitzugeben. Erholung allein reicht meist nicht aus, Änderung ist notwendig.

Der Bedarf nach solchen Gruppen ist insgesamt groß und den Frauen könnte in den Heimen Mut gemacht werden,

in ihrem Ort in eine Selbsthilfegruppe zu gehen oder eventuell eine aufzubauen. Vielerorts gibt es diese Gruppen bereits und über die Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Berlin kann jede/r abfragen, was es in den jeweiligen Wohnorten an Gruppen in bezug auf gesundheitliche und soziale Probleme gibt. Denn oft fehlt den Betroffenen und auch den Helfern die Kenntnis über die jeweiligen Selbsthilfegruppenangebote vor Ort.

Teilnehmerin:

Könntest Du vielleicht mal die Adresse dieser Kontaktstelle nennen?

Frieda Mory:

Das ist die Nationale Kontakt- und Informationsstelle, Albrecht-Archilles-Straße 65, 1000 Berlin 31, Tel.: 030/8914019.

Gisela Obert:

Die Erfahrung mit Frauen aus Müttergenesungsheimen haben wir in unserer Beratungsstelle auch gemacht. Sie bekamen auch die Adresse von dort. Allerdings ist es verständlich, daß sie nach ihrer Kur, wo es ihnen auch besser geht und sie eine Zeitlang die Entlastung auch zu Hause erfahren, nicht sofort zu uns kommen, sondern erst wieder nach einigen Rückfällen. Es ist aber wichtig, daß sie die Adresse in der Tasche haben, um dann auch mit dem nötigen Druck sich für eine Therapie oder zumindest mal für eine Beratung zu entscheiden. Wichtig ist für alle Kolleginnen aus den Müttergenesungsheimen, daß über die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm sämtliche Adressen der Beratungsstellen der Bundesrepublik Deutschland zu erfahren sind.

Ute Schönherr:

Ich bin sehr dankbar, daß wir nun schon mitten in der Diskussion über Verbesserungs- und Veränderungsansätze in der Arbeit mit Frauen und suchtkranken Frauen stehen. Wir sollten aber nicht nur Forderungen an uns richten, was wir in unserer Arbeit verändern müßten, um frauengerechter arbeiten zu können, sondern auch Forderungen formulieren, die nach außen gerichtet sind.

Rita Rußland:

Ich habe eine Bitte an den Veranstalter. Wenn wir hier festgestellt haben, daß Mitarbeiter/innen in den verschiedensten Einrichtungen – Müttergenesungsheime, Frauenhäuser, Beratungsstellen usw. – auf Suchtproblematiken stoßen, dann wäre ein Erfahrungsaustausch dieser Mitarbeiterinnen und Fortbildungsangebote sicher sehr sinnvoll. Wichtig dabei wäre, diesen Kollegen/innen nicht Handlungsanweisungen an die Hand zu geben, sondern sie über ihre eigene Arbeitssituation und über ihre Möglichkeiten diesem Personenkreis gerecht zu werden, reflektieren zu lassen. Die Konsequenzen, die sich daraus entwickeln, sollten diese Kolleginnen für ihren Bereich selbst definieren. Ich halte das für eine wichtige Anregung und möchte hier auch mit ein paar konkreten Konsequenzen aus dieser Arbeitstagung herausgehen.

Teilnehmerin:

Mein Name ist Monika Schilling, ich arbeite in einer Beratungsstelle ziemlich weit draußen auf dem Lande. In

meiner Arbeit stehe ich vor dem Problem, daß es für die betroffenen Frauen enorm schwierig ist, überhaupt unsere Beratungsstelle aufzusuchen. Da gibt es keine öffentlichen Verkehrsmittel, die Männer haben das Auto, weil sie damit zur Arbeit müssen. Die Frau ist zu Hause festgebunden, alleine, isoliert, was eine starke Belastung für die Frauen bedeutet. Wenn dort eine Frau suchtkrank ist, dauert es sehr lange, bis überhaupt Hilfe aufgesucht wird. Denn die angehörigen Männer suchen erst dann die Beratungsstelle auf, wenn zur Hause nichts mehr funktioniert. Die Männer haben allerdings auch gar kein Interesse daran, daß sich an den Bedingungen zu Hause und in der Familie etwas verändert. Sie selbst sind berufstätig, kommen raus und mit ihrer Lebenssituation eigentlich ganz zufrieden.

Meines Erachtens müssen wir auch viel stärker die Männer aktivieren und mehr auf deren Mitverantwortung pochen, damit wir früher und auch wirksamer helfen können. Ich denke, wir können nicht darauf verzichten auch in den Männern einen wichtigen Ansatzpunkt für Verbesserungen und Veränderungen zu sehen.

Teilnehmerin:

Ich arbeite in der Fortbildung mit ausländischen Sozialberaterinnen und halte es für sehr wichtig, hier nochmal auf das Problem von ausländischen Frauen hinzuweisen. Für diese Frauen stellt sich die Situation gegenüber deutschen Frauen noch einmal erheblich verschärft dar. Die Sozialberater berichten in unseren Fortbildungsseminaren sehr häufig, daß immer mehr Frauen gerade mit Medikamentenproblemen zu ihnen in die Beratung kommen. Die Sozialberater stehen dann oft ziemlich hilflos vor dieser Situation, weil es eigentlich keine Institution gibt, die sich speziell mit suchtkranken Ausländern beschäftigt. Es ist mir daher wichtig, in den Forderungskatalog hier aufzunehmen, entsprechendes ausländisches Fachpersonal, muttersprachliches Fachpersonal in die Sucht-Beratungsstelle und in die stationären Einrichtungen einzustellen.

Sybille Ellinger:

Zum Thema Fortbildung wurde in unserer Arbeitsgruppe die Forderung formuliert, speziell für den Bereich Medikamentenmißbrauch entsprechende Fortbildungsangebote für Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen, Heimen usw. anzubieten. Speziell für den Bereich der Altenhilfe wurde dies für besonders wichtig erachtet, weil der Mißbrauch dort sehr verbreitet ist.

Christa Merfert-Diete:

In unserer Arbeitsgruppe wurde vor allem gefordert, der Ausbau von Einrichtungen mit frauenspezifischen Therapiekonzepten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Wir brauchen Einrichtungen für suchtkranke Frauen, in denen diese ihre eigene weibliche Identitätsbildung ungestört angehen können, andere Einstellungen und Verhaltensweisen entwickeln können, in denen ihnen eine Plattform, ein Ort geboten wird, in dem sie den Freiraum haben sich auf ihre eigenen weiblichen Bedürfnisse besinnen zu können. Gemeint sind Einrichtungen für Frauen, bei denen wir Strukturen männlicher Verhaltensmuster außen vor lassen können.

Um andere Therapiearbeit und Strukturen auch umsetzen zu können, fordert unsere Arbeitsgruppe auch eine Beteiligung auf der Entscheidungsebene in den Einrichtungen und Verbänden gemäß dem Frauenanteil unter den Klienten. Ich glaube es gibt z.B. in der Arbeiterwohlfahrt mehr Mitgliederinnen als Mitglieder ohne daß sich das in den Vorständen widerspiegelt. Im Suchtbereich sieht das noch viel schlimmer aus. Diese Forderung wurde in unserer Gruppe jedoch so diskutiert, daß wir unsere Beteiligung an Entscheidungen nicht innerhalb der Strukturen männlicher Hierarchiegewalt verstanden wissen wollen. Vielmehr wollen wir unsere eigenen Verhaltensmuster entwickeln und ausprägen können. Hierfür brauchen wir Lern-Möglichkeiten und Erfahrungsmöglichkeiten.

Rita Rußland:

Unsere Arbeitsgruppe hat schwerpunktartig 2 Forderungen herausgearbeitet. Die erste richtet sich an Gesetzgeber, Gesellschaft und alle gesellschaftlich wichtigen Gruppierungen. Wir fordern eine sozialrechtliche Anerkennung der psychosomatischen Krankheit und psychosozialer Krankheitsbilder mit der Wirkung, daß Beratung und therapeutische Behandlung Vorrang haben vor der in unserem Medizinbetrieb vorherrschenden Pillenverschreibung.

Als zweites fordern wir von uns selbst, daß wir basisorientiert arbeiten müssen. Wenn wir ursachenorientiert arbeiten wollen, dann müssen wir uns auch der Hintergründe für psychosoziale Erkrankungen annehmen. Wir müssen die Frauen mit vergleichbaren Belastungen und Schwierigkeiten zu Arbeitnehmerinnen-Gruppen zusammenführen, beispielsweise die Fließbandarbeiterinnen, Verkäuferinnen, Krankenschwestern oder Altenpflegerinnen. Den Frauen sollte die Möglichkeit gegeben werden, in einer Art Selbsthilfegruppe ihre gesundheitlichen, arbeitsplatzbezogenen und persönlichen Problemen zu besprechen. Man könnte in diesen Gruppen in einer ersten Stufe Selbsterfahrung anbieten, in einer zweiten Stufe die Selbsthilfe dieser Frauen organisieren, um aus dieser Selbsthilfe heraus in der dritten Stufe eine politische Bewußtseinsbildung zu entwickeln und zu politischem Handeln zu kommen. Auf diesem Wege müßte dann auch ursachenbezogen die Veränderung krankmachender Arbeitsplatzbedingungen in Angriff genommen werden.

Mein Eindruck ist, daß wir nicht im großen Bogen arbeiten können, sondern mit kleinen Gruppen von Frauen und daß wir unsere Sache so nur Stückchen für Stückchen weiterbringen können. Die Gewerkschaft leistet diese Aufgabe noch nicht – das sage ich hier auch ganz selbstkritisch – aber ich nehme dies für mich als Anregung für den Bereich der IG Metall mit.

Gisela Alberti:

Aus unserer Gruppe kam zunächst die allgemeine politische Forderung nach dem Selbstbestimmungsrecht für die Frau, insbesondere auch dem sexuellen Selbstbestimmungsrecht. In diesem Zusammenhang wurde auch die Abschaffung des § 218 StGB gefordert. Da für viele Frauen die Arbeit der Frauenhäuser einen Ausweg aus Gewalt und Fremdbestimmung darstellt, fordern wir

auch den Erhalt und den Ausbau der Frauenhausarbeit – die bestehenden Häuser sind nämlich alle restlos überlastet und überlaufen.

Ute Schönherr:

Daran kann ich eine Forderung aus unserer Arbeitsgruppe „Sozialisation“ anschließen, weil die inhaltlich dazugehört. Wir fordern vor allem von uns selbst Neinsagen zu lernen und zu können. Gerade im Bereich der sexuellen und strukturellen Gewalt ist ja das eigentliche Thema, daß wir nicht Neinsagen und uns nicht deutlich und aktiv verweigern, sondern uns immer wieder anpassen lassen. Wir müssen lernen, Konflikte auszutragen statt zuzudecken, wir müssen lehren und lernen zu streiten. Ich denke, an der Stelle haben wir Frauen alle unsere Ecken, immer wieder zu harmonisieren, zu versuchen uns doch bloß nicht zu streiten, dabei kann streiten sehr fruchtbar sein.

Christa Merfert-Diete:

Ich möchte das noch etwas erweitern. Ich muß mit mir auch zufrieden sein können, wenn ich die Ziele, die ich mir gesteckt habe nicht alle erreichen können, das hat etwas sehr Entlastendes für mich.

Sybille Ellinger:

Auch in unserer Arbeitsgruppe wurde in Zusammenhang mit Medikamentenmißbrauch deutlich, wie wichtig es ist, Neinsagen zu können. Konflikte nicht zu scheuen, auch zu fordern anstelle sich zurückzuziehen und mit Medikamenten zuzumachen und abzuschalten.

Eine weitere Forderung bezieht sich auf eine Verbesserung des Verbraucherschutzes in bezug auf pharmazeutische Produkte. Es muß objektive und umfassende Informationsangebote für Konsumenten geben, z. B. durch bessere Beipackzettel. Des weiteren ist wichtig die Einschränkung oder das Verbot von Werbung in diesem Bereich. Schließlich haben wir festgestellt, daß Medikamente oft Ersatz für vorenthaltene psychosoziale Hilfen und Psychotherapie darstellen. Wir fordern daher, daß Psychotherapie leichter zugänglich gemacht wird und die Krankenkassen die Kosten psychotherapeutischer Hilfen in größerem Umfang übernehmen müssen.

Gisela Alberti:

Nach meiner Erfahrung ist die Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie bei Frauen viel stärker als bei Männern. Andererseits aber ist eine Frau viel stärker angewiesen darauf, daß die Krankenkasse die Kosten übernimmt, während ein berufstätiger Mann eher in der Lage ist, diese Hilfe notfalls auch privat zu bezahlen. Einer finanziell abhängigen Frau ist das sehr oft nicht möglich.

Eva Sommer:

Einige der hier genannten Forderungen richten sich ja direkt oder indirekt an die Arbeiterwohlfahrt. Ich möchte daher auf verschiedene Punkte eingehen. Im Bereich der Fortbildungsarbeit haben wir bereits begonnen in anderen Arbeitsfeldern, z. B. Altenhilfe und Sozialberatung für Ausländer, die Suchtproblematik in speziellen Seminaren zu thematisieren. Das sind erste Ansätze und wird sicher weiter entwickelt werden müssen, ich denke, daß wir hier auch gute Anregungen dazu bekommen haben.

Im Bereich der Müttergenesungsheime wird in der Arbeiterwohlfahrt zur Zeit intensiv die Frage der nachgehenden Hilfen diskutiert. Dabei befinden sich zur Zeit die Mitarbeiterinnen aus den Kurheimen, der Bundesverband, die ehrenamtlichen Helferinnen und Mitarbeiterinnen aus den Kreisgeschäftsstellen im Gespräch, wie eine weitergehende Hilfe und Betreuung nach dem Kur-aufenthalt zu organisieren wäre. Im Müttergenesungsbe- reich ist inzwischen eine Änderung des Denkens eingetreten, wir sind von der Vorstellung der reinen Erholungshilfe inzwischen weggekommen und versuchen, neue, umfassendere und frauengerechtere Konzepte zu entwickeln.

Zur Frage der Frauen in der Arbeiterwohlfahrt glaube ich, ist inzwischen zu erkennen, daß die Arbeiterwohlfahrt aus sich selbst heraus wieder mehr Forderungen an Frauen stellt und die Frauen auch wieder stärker mit entscheiden wollen, nach dem sie das jahrelang an die Männer abgegeben hatten. Ein Zeichen dafür ist eigentlich, daß auf der Bundeskonferenz 1986 in Dortmund die Einrichtung eines Fachausschusses „Frauenpolitik“, dem ich vorsetze, eingerichtet worden ist. Obwohl 80% der Delegierten Männer waren, haben alle – mit einer Ausnahme – diesem Antrag zugestimmt. Das war ein ganz wichtiger Anfang und ich glaube, daß heute wieder mehr Frauen auch innerhalb unseres Verbandes darauf drängen, Funktionen zu übernehmen und in den Gremien zu wirken und mit zu entscheiden.

Karin Birk:

Ich möchte hier noch die aus unserer Arbeitsgruppe resultierenden Forderungen vorstellen. Zunächst halten wir es für wichtig, daß in der psychosozialen und gesundheitlichen Arbeit den besonderen Abhängigkeiten und Krankheitsbildern von Frauen Rechnung getragen werden muß. Dazu gehören auch die Eß-, Brech- und Magersucht. Es darf nicht so weiter gehen, daß Frauen mit frauenspezifischen Krankheitsbildern nicht ernst genommen werden, keine Hilfe finden, mit Medikamenten ruhiggestellt und in die Psychiatrie abgeschoben werden oder ihre Maßnahmen von Kostenträgern nicht bewilligt bekommen.

Speziell an uns stellen wir die Forderung, an unseren jeweiligen Arbeitsplätzen genau zu überprüfen, wo und wie wir frauengerechter arbeiten können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist das Angebot von Frauengruppen, in denen die betroffenen Frauen einen Freiraum finden, wo sie sich nicht in bezug auf Männer definieren müssen und wo sie ihre Mißbrauchs- und Gewalterfahrungen aus Kindheit, Ehe und Partnerschaft ansprechen können. Diese Gruppen sind deshalb wichtig, weil die Frauen darin endlich erfahren können, daß ihr Abhängigkeitsproblem nicht ihr persönliches Versagen oder ihr individuelles Schicksal ist, sondern daß sie dieses Problem gemeinsam mit anderen Frauen haben. Sie können dort eine Vielfalt von neuen Frauenlebensentwürfen kennenlernen und gemeinsam neue mutige Wege finden, ihr Leben als Frau zu planen und zu leben. Daraus erwachsen den Frauen bisher nicht gekanntes Selbstbewußtsein und Selbstentfaltungsmöglichkeiten. Sie erkennen was hinter ihrer Sucht steckt, nämlich, daß sie nicht wissen wie sie als Frauen ihr Leben planen und finden

und wie sie ihren Weg gehen können. Wir haben in unserer Arbeitsgruppe dafür den Satz übernommen „Unser Weg ist das Ziel“. Das haben wir als Mitarbeiterinnen auch mit unseren Klientinnen gemeinsam. Ich habe in meiner Arbeit erfahren, daß in Frauengruppen viel Stärke entsteht aber Frauen eben nicht gelernt haben, diese für sich selbst einzusetzen. In Frauengruppen entdecken viele Frauen erstmals ihre eigenen Begabungen und Fähigkeiten. Diese sind ja oft im Verborgenen geblieben, denn die Frauen haben immer nur gelebt, für andere dazusein.

Zur Durchsetzung und Verbreitung dieser frauenspezifischen Ansätze und für unsere eigene persönliche Entlastung müssen wir uns Netzwerke schaffen, in den wir auch selbst einen Raum haben, uns auszutauschen, zu reflektieren, in den wir uns auch mal fallen lassen können und schwach sein dürfen, um so wieder Kraft finden zu können. Wir dürfen in dieser Beziehung eben selber nicht etwas anderes machen, als wir den Frauen, die zu uns kommen, anbieten.

Wir haben zu guter Letzt auch noch die Forderung nach einer Umverteilung von Hausarbeit und Erwerbsarbeit aufgestellt. Wir verstehen darunter, daß Männer genauso zuständig sind für Kinder- und Hausarbeit. Andererseits müssen Frauen Zugang zu gesellschaftlich anerkannter Arbeit und allen gesellschaftlichen Bereichen haben. Für die heutige Situation gibt es einen treffenden Satz „Frauen machen Diäten und Männer machen Karriere“.

Ute Schönherr:

Die Zeit drängt etwas und da keine weitere Wortmeldung ansteht, möchte ich jetzt mal versuchen global zusammenzufassen, was an Anregungen gekommen ist und was auch zum Weiterdenken Anlaß geben sollte. Ich habe mir da ein paar Stichwörter aufgeschrieben:

Wichtig finde ich zu Beginn das Angebot von Frauengruppen, in denen Gemeinsamkeit hergestellt wird, mit der Zielsetzung in mehreren Stufen von Selbsterfahrung – also zu erfahren, wo unsere gemeinsamen Bedürfnisse sind – zu einer Stufe der gegenseitigen Hilfe – sich selbst helfen und sich gegenseitig helfen – zu kommen, um das ganze dann in einer weiteren Stufe auch in politisches Handeln umzusetzen, Veränderungen anzugehen.

Hierzu ist es allerdings notwendig, daß es insgesamt mehr Räume, mehr Freiräume und Entwicklungsräume, mehr Lernfelder für Frauen, letztlich mehr Frauenprojekte insgesamt gibt. Das heißt auch für unsere Zielgruppe mehr frauenspezifische Einrichtungen und Angebote – die dann auch unter Umständen mehr Geld kosten – zu schaffen und die bestehenden Angebote bedürfnisgerechter und frauengerechter auch für den Kreis der ausländischen Frauen zu gestalten.

Unter dem Oberbegriff „Öffentlichkeit herstellen“ denke ich gehört einerseits eine Öffentlichkeit für die Probleme von Frauen und auch suchtkranken Frauen und andererseits um eine Frauenöffentlichkeit. Unter Frauenöffentlichkeit verstehe ich, eine Öffentlichkeit nach außen und innen darüber herzustellen, was wir unter den Punkten Vernetzung, Zusammenarbeit, Kooperation von Frauenarbeit und Suchtarbeit hier genannt haben. In der Frauenbewegung gibt es dazu das Schlagwort

„Privates öffentlich machen“, weil es eben nicht privat ist, sondern meistens alle Frauen gemeinsam betrifft. Auch auf dieser Tagung haben wir ja die Erfahrung gemacht, daß die Lebensbedingungen und Probleme suchtkranker Frauen nicht nur diese Gruppe trifft, sondern daß wir alle davon betroffen sind.

An Politik und Gesellschaft, an gesellschaftliche Instanzen und Verbände sind hier ein ganzer Pulk von Forderungen in bezug auf die Strukturierung unserer Gesellschaft genannt worden. Das eine ist die Umverteilung von gesellschaftlicher Arbeit und die Umbewertung von Familien- und Gefühlsarbeit. Es ist sicherlich eine generelle Basisforderung, um überhaupt die Lebensbedingungen von Frauen jeweils verändern zu können. Das andere Extrem ist dann schon die konkrete Forderung nach Quotierung. Wir Frauen wollen dort, wo wir auch täglich handeln und tätig sind und uns aufrubbeln, auch an der Macht und an den Entscheidungen teilhaben – und da sie uns nicht lassen, werden wir es uns wohl nehmen müssen. Gisela Alberti möchte auch mit Recht an der Kohle beteiligt werden, die man damit machen kann.

Das führt uns auch zu der materiellen Benachteiligung der Frauen. Wir brauchen auch noch andere Formen zur Durchsetzung der Ansprüche von Frauen. Zu fordern ist die sozialrechtliche Anerkennung des gesamten Bereiches der psychosomatischen Erkrankungen, von denen ja besonders die Frauen betroffen sind. Hier muß die Therapie – die Sozial- und Psychotherapie – sozialrechtlich Vorrang haben über der alltäglichen Medikalisierung und Medizinierung.

Es ist zu warnen vor der Vereinnahmung durch Ärzte und das Zudecken sozialer Probleme durch Medikamentenverschreibung.

Fortbildung war ein weiteres Stichwort. Diese Forderung richtet sich nicht nur an die Arbeiterwohlfahrt hier, der wir ja dankbar sein sollten, daß sie mit der Fortbildung schon angefangen hat. Diese Forderungen müssen auch wir weitertragen, wenn wir jetzt nach Hause fahren und in unseren Arbeitsbereichen als ehrenamtliche oder hauptamtliche Helfer weiter nachhaken, weil auch wir Unterstützung, Hilfe und Entlastung brauchen.

Schlußwort

**Eva Sommer, Vorsitzende
des Fachausschusses Frauenpolitik beim Bundesverband**

Für mich hat es auf dieser Fachtagung sehr viele wichtige und gute Beiträge gegeben und ich möchte mich dafür zunächst einmal bei allen Beteiligten bedanken. Dank gilt denen, die geholfen haben, diese Fachtagung zu organisieren, zu finanzieren und durchzuführen. Ich wende mich da besonders an Frau Nitschke vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und bedanke mich nochmals ganz herzlich für die finanzielle Unterstützung dieser Veranstaltung.

Ich glaube die Teilnehmerinnen und Referentinnen haben in den letzten drei Tagen sehr hart und intensiv miteinander gearbeitet. Die Atmosphäre in den Arbeitsgruppen und im Plenum und die sehr fruchtbare Diskussion heute morgen haben das sehr deutlich gezeigt. Ich denke, die Inhalte und Ergebnisse dieser ersten arbeits-

feldübergreifenden Fachtagung zu diesem Thema bieten für die Arbeit unseres Verbandes sehr viele wichtige Anregungen und auch Anforderungen, die ich weitergeben werde und die sicherlich in unsere zukünftige Arbeit einfließen werden. Ich sehe diese Tagung auch nur als Einstieg in diesen ganzen Bereich und meine, daß in der Folge noch weitere Fortbildungen durchgeführt werden.

Ich bin auch sicher, daß die Arbeiterwohlfahrt in Zukunft bei Fortbildungsveranstaltungen, die sich an Frauen richten, noch mehr darauf achten wird, Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, die frauengerechter sind und uns ermöglichen, daß wir uns alle rundum wohlfühlen können. Was ich dazu beitragen kann, werde ich sicher tun. Ansonsten wünschen ich nun allen einen guten Nachhauseweg und noch einen schönen Sonntag.