

Zur Effektivität von Frauen-Suchtarbeit

Vorbemerkung

Frauensuchtarbeit kann in Deutschland auf eine gut 30-jährige Geschichte zurückblicken. Allein das ist Anlass dafür, einmal genau zu prüfen, was aus den Konzepten der Frauensuchtarbeit geworden ist, die in den späten 70er und frühen 80er Jahren propagiert worden sind, was sich daraus im Laufe dieser drei Jahrzehnte entwickelt hat und wo wir mit unseren Bemühungen, Frauen mit Substanzproblemen¹ Hilfen bei deren Bewältigung anzubieten, stehen. Dieses Thema kann mit diesem Beitrag nicht erschöpfend behandelt werden. Vielmehr geht es sehr bescheiden darum, an Einzelbeispielen aufzuzeigen, was sich an der Lage der Frauen in der Gesellschaft verändert hat und welche Konsequenzen daraus für Ansätze zu einer frauengerechten Suchtarbeit zu ziehen sind.

1. Was verstehen wir unter frauengerechter Suchtarbeit?

Es gehört zu den grossen Verdiensten der Frauenbewegung, die Bedeutung von Diskriminierung von Frauen in westlichen Gesellschaften und die Allgegenwart ihrer Bedrohung durch Gewalt ins Bewusstsein gerufen zu haben. Davon hat die Frauensuchthilfe von Anfang an profitiert, die sehr schnell darauf aufmerksam gemacht hat, dass bei Substanzabhängigen der Anteil derjenigen Frauen, denen als Kinder oder Jugendliche sexuelle Gewalt widerfahren ist, überdurchschnittlich hoch ist. Diese ersten Beobachtungen sind inzwischen durch eine Reihe von Studien bestätigt und fundiert worden (u.a. Schmidt 2000, Pedersen & Skrondal 1996, Vogt 1994). Wir wissen heute, dass Gewalterfahrungen sowohl in der Kindheit wie im Erwachsenenalter im Leben von süchtigen² Frauen eine zentrale Rolle spielen, dass es sich häufig nicht um einzelne Ereignisse, sondern um Wiederholungen handelt, und dass das Widerfähnis der Gewalt (Hagemann-White & Bohne 2003) zu Traumatisierung und Krankheit führen kann. Wie neuere Studien zeigen, geht die körperliche Gewalt gleichermassen von der Mutter und vom Vater (oder Stiefvater) aus, die sexuelle dagegen fast ausschliesslich von Männern aus, die sowohl zum sozialen Nahraum gehören wie Väter, Stiefväter oder Onkel, als auch zum weiteren Lebensumfeld (Zenker et al. 2002).

In starker Vereinfachung der Sachlage unterstellte man anfangs, dass die Gewalterfahrung selbst eine hinreichende Erklärung für die Entwicklung einer Sucht liefere. Inzwischen sind die Erklärungsmodelle komplexer und damit auch plausibler geworden. Man nimmt heute an, dass die akuten Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen nicht nur zu körperlichen Beschädigungen und Krankheiten führen, sondern auch zu psychischen Störungen wie (komplexen) Posttraumatische Belastungsstörungen sowie von damit assoziierten Persönlichkeitsstörungen. Das Krankheitsbild ist geprägt durch *sich aufdrängende, belastende*

¹ Ich beschränke mich in diesem Beitrag auf Probleme im Umgang mit psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Tabak, Opiate, Kokain/Crack und andere ähnliche Stoffe. In Anlehnung an die Definitionen im ICD-10 und im DSM-IV geht es also um Frauen, die psychoaktive Substanzen missbrauchen oder von diesen abhängig sind. Frauen als Angehörige von (männlichen) Abhängigen werden hier nicht berücksichtigt, ebensowenig Frauen mit anderen exzessiven Verhaltensweisen.

² Ich verwende die Begriffe Substanzabhängigkeit und Sucht synonym.

Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder damit in engem Zusammenhang stehende typische Erinnerungslücken, durch *Symptome von Übererregung* wie Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen, durch *Vermeidungsverhalten*, durch *emotionale Taubheit* mit einem allgemeinen Rückzug, Interessenverlust und innerer Teilnahmslosigkeit. Dazu kommen *Störungen der Beziehungsfähigkeit*, die es den Betroffenen erschweren oder fast ganz unmöglich machen, sich auf andere Personen einzulassen, zu ihnen Vertrauen aufzubauen. Die Bindungsfähigkeit ist eben dadurch, dass den Betroffenen Gewalt widerfahren ist, nachhaltig gestört, und in manchen Fällen offenbar lebenslang beschädigt.

Zur Bewältigung der mit der Gewalt einhergehenden Verstörungen eignen sich psychoaktive Substanzen sehr gut. Es liegt nahe, den übermässigen Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen neben anderem als eine Art Selbstheilungsversuch zu verstehen, der allerdings negativ ausfällt. Bei einer recht grossen Gruppe von Frauen kommen noch Ängste und Depressionen dazu, die sich unabhängig von der Sucht entwickelt. Es liegt auf der Hand, dass sich in diesen Fällen die Behandlung als besonders schwierig und langwierig erweist (Ernst 2001).

Das Thema Gewalt durchzieht denn auch mit gutem Grund den Dialog um frauengerechte Suchtarbeit. Es ist ein Dauerthema, da die Bedrohung von Frauen durch Gewalt trotz aller Wandlungen im Hinblick auf die Frauenrolle und auf die Geschlechterbeziehungen in den letzten 30 Jahren nicht wesentlich abgenommen hat (Hagemann-White & Bohne 2003).

Geht man in der Zeit zurück und vergegenwärtigt man sich an einigen wenigen Beispielen, von welchen Frauenbildern die Gründerfrauen für eine frauengerechte Suchtarbeit ausgegangen sind, findet man u.a. folgende Aussagen: "Die Lebensalltäglichkeit von Frauen trägt die Abhängigkeit schon in sich selbst. Suchtmittel zu konsumieren ist nur sichtbarer Ausdruck davon... Frauen sind von vornherein abhängiger und werden auch immer wieder in abhängigere Positionen gedrängt. Das bringt sie einerseits leichter zu Suchtmitteln; andererseits verstärken Suchtmittel wiederum ihre allgemeine Abhängigkeit... Durch das gesellschaftliche und subjektive Lebensgefüge entsteht ein sich zuspitzender Suchtmechanismus, der einen Teufelskreis beschreibt, aus dem Frauen nur noch mit problemadäquater Hilfe herauskommen können... Wenn es das Ziel von Frauen ist, sich aus der Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol und illegalen Drogen zu lösen, ist es unumgänglich zu verstehen, dass ihre Suchtmittelabhängigkeit nicht in erster Linie eine Abhängigkeit von diesen Stoffen ist, sondern eine Abhängigkeit von den spezifischen weiblichen Einstellungen, Gefühlen, Verhaltensweisen, menschlichen Beziehungen und Wünschen... Die Befreiung von den Suchtmitteln ist ein Emanzipationsprozess, der von der spezifischen Abhängigkeit von Frauen und ihren ganz konkreten Belangen auszugehen hat und in dem es um die Gewinnung von Unabhängigkeit geht" (Soltau 1984, 16ff).

In diesem, für die Bewegung für eine frauengerechte Suchtarbeit grundlegenden Text von Soltau (1984) klingt an, dass die Gründerfrauen sich selbst und ihre Klientinnen vornehmlich als Opfer von männlicher Unterdrückung und Gewalt gesehen haben, was besonders drastisch im Slogan von der „Zerstörung der weiblichen Natur“ zum Ausdruck kam. Der Begriff des Patriarchats stand für diese Weltanschauung. Dagegen stellten sie ein Programm von Emanzipation auf, das sich sowohl auf das Lebenskonzept schlechthin als auch auf die Suchtmittel bezog. Frauen sollten sich also sowohl von den Männern (und allen anderen Personen), von denen sie bislang abhängig waren, befreien, und sie sollten das sichtbar machen im Verzicht auf Suchtmittel (mit Ausnahme von Tabak!). Erst diese doppelte Emanzipation garantierte Unabhängigkeit: „Es geht in diesem Umabhängigkeitsprozess darum, das Prinzip „Für-

andere-zu-Leben“ zu verändern und konkret zu erfahren, für sich selbst zu leben und sich selbst durch das eigene Leben zu definieren“ (Soltau 1984, 21).

Diese und ähnliche Überlegungen waren es, die die Gründerfrauen dazu brachten, die Abstinenz von Suchtmitteln als oberstes Behandlungsziel zu verfechten. Sie haben dieses Ziel bis weit in die 90er Jahre hartnäckig vertreten, und manche tun das auch heute noch: „Die Grundüberzeugung ... ist, dass die gesundheitliche, soziale und seelische Stabilität ... zugleich das Ziel und der Prozess für die persönliche Entwicklung der Frauen selbst und die Lösung aus ihrer Abhängigkeit ist... Um eine positive Entwicklung und Förderung von Mutter und Kind zu erreichen, ist die allmähliche ... Reduktion des Drogen- und Substitutionsmittelkonsums mit dem Ziel der Drogenfreiheit Bestandteil der Betreuung“ (Soltau 2002, 56).

Die Überzeugung, dass Abstinenz Voraussetzung für jede weitere Entwicklung sei, führte dazu, dass die Gründerfrauen zunächst stationäre Einrichtungen für drogenabhängige Frauen aufmachten (Vogt et al. 1998), in denen die Klientinnen das abstinente Leben lernen sollten. Mit starker Verzögerung gesellten sich dazu in den 90er Jahren erste ambulante Einrichtungen, die auch abhängigen Frauen offenstanden, allerdings mit starken Vorbehalten, wie folgende Aussagen über Frauen, die eine Ersatzdroge (Methadon) erhalten, belegen: „Es sind eben wirklich noch Suchtfrauen. Und das darf man bei der ganzen Geschichte nicht vergessen. Sie nehmen aktuell kein Heroin mehr, aber sie haben das gesamte Suchtverhalten, was auch Abhängige haben“ (Vogt 1997, 64). Kurz, die Bereitschaft, mit Frauen zu arbeiten, die noch nicht abstinent leben, weil sie nicht (ganz) auf psychoaktive Stoffe verzichten wollen oder können oder die Ersatzstoffe erhalten, erfolgte eher halbherzig.

Die Klientinnen reagieren auf ihre Weise auf die Ansprüche der Beraterinnen, mit denen sie in den Einrichtungen konfrontiert werden. Fragt man sie heute danach, wie sie die Angebote der Suchthilfe erleben, insbesondere diejenigen von Frauen für Frauen, dann sagen sie: „Suchthilfe ist Stress“, sie ist „Gesundungsdruck“. Sie erleben Beraterinnen und ihre Einrichtungen als fordernd, als Instanzen, in denen sie etwas leisten müssen, was sie nicht können oder wollen. Sie stellen in gewisser Weise das ganze Unternehmen in Frage, wenn sie sagen: „Und dann bin ich clean und was ist dann? Was ist denn ne Alternative für mich?“ (Kerschel 2003). Aus ihrer Sicht ist allein mit der Abstinenz nicht viel gewonnen, denn sie garantiert weder einen Arbeitsplatz noch ein gutes soziales Netz und eine befriedigende Partnerschaft. Mit gutem Grund fragen sie daher, was danach kommt, welche Zukunft sie erwartet.

Schon in der Phase des Aufbruchs der Frauensuchtarbeit in den 80er Jahren wurden andere Frauenbilder als das oben sehr kurz skizzierte diskutiert. Auch wenn Frauen damals wie heute gesellschaftlich diskriminiert sind, so heisst das nicht, dass sie keine selbstbestimmten, aktiven Subjekte sind, die ihren Platz in der Welt in entscheidender Weise selbst definieren (Vogt 1990). Diese Sicht auf Frauen ist heute nötiger denn je, denn die Lage von Frauen in Westeuropa hat sich in den letzten 30 Jahren erheblich verändert. Das kann man u.a. ablesen am Bildungsbereich, an dem junge Frauen heute mindestens ebenso intensiv teilnehmen wie junge Männer. Im Vergleich zu diesen haben sie mittlerweile die besseren Abschlüsse und sogar die besseren Berufsausbildungen. Der Anteil der Frauen, der ins Erwerbsleben integriert ist, ist in diesen Jahren kontinuierlich angestiegen. Sie werden allerdings im Vergleich mit den Männern noch immer benachteiligt, wenn es um die Bezahlung ihrer Arbeit geht und wenn man ihre Karrierechancen betrachtet. Auf Details dieser Entwicklungen kann aus Platzgründen hier nicht weiter eingegangen werden.

Dazu kommt, dass zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland etwa 1/3 aller Frauen, die die generative Phase abgeschlossen haben, kinderlos ist. Es handelt sich dabei in 2/3 der Fälle um selbstgewählte Kinderlosigkeit. Der Anteil der Kinderlosen ist unter den Frauen mit hohen Bildungsabschlüssen und starker Einbindung in das Erwerbsleben besonders hoch. Das heisst also, dass vor allem diejenigen Frauen, die in ganz unterschiedlichen wirtschaftlichen Sektoren Karriere machen, keine Kinder haben. Sie prägen das Selbstverständnis und die Rollenvorstellungen der jungen Frauen entscheidend mit.

Alle diese Entwicklungen weisen darauf hin, dass sich die Vorstellungen von Frauen über adäquate Lebensentwürfe in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert haben. Junge Frauen sehen sich heute nicht mehr eingesponnen in ein Netz von Abhängigkeiten, das sie zu ersticken droht. Ganz im Gegenteil haben viele von ihnen eher das Gefühl, dass sie durch den Zwang zur Selbstbestimmung und zur Wahl der eigenen Lebensweise überfordert sind. Sie sehen eher keinen Zusammenhang zwischen den gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen und dem kontrollierten oder unkontrollierten Konsum von psychoaktiven Substanzen (Meulenbelt et al. 1998). Das ist zu beachten, wenn man moderne Konzepte für eine zeitgemässe frauengerechte Prävention und Suchtarbeit entwirft.

Damit ist eine neue Runde der Diskussion über Zieldefinitionen von frauengerechten Ansätzen in diesem Sektor eröffnet. Wir müssen uns heute erneut fragen, was wir unter einer frauengerechten Prävention, Beratung, Therapie und Rehabilitation in diesem Bereich verstehen wollen, was damit erreicht werden soll. Wie sollen frauengerechte Organisationen aufgebaut sei, welche Ziele sollen vordringlich angesteuert werden, welche in zweiter Linie usw. Im Sinne eines Qualitätsmanagements ist dann weiter zu fragen, wie diese Ziele operationalisiert werden können, damit der Erfolg oder Misserfolg gemessen werden kann. Das bezieht sich auch auf die Methoden, mit denen in den jeweiligen Settings und mit ganz unterschiedlichen Gruppen von Frauen und von Klientinnen gearbeitet wird. Solche Fragen nach Ziel- und Teilzieldefinitionen und nach deren methodischer Umsetzung sind sehr viel bescheidener als die Ansätze der Gründergeneration der Frauensuchtarbeit. Sie haben jedoch den Vorteil, dass man sie einfacher stellen und ganz entsprechend auch leicht beantworten kann.

2. Studentinnen und ihr alltäglicher Konsum von psychoaktiven Substanzen

Betrachtet man aus der Frauenperspektive einmal nur ausgewählte Gruppen von Frauen, hier diejenigen von insgesamt genommen privilegierten und an der Karriere interessierten Studentinnen, und untersucht man deren Konsum von psychoaktiven Substanzen im Alltag, stellt man schnell fest, dass dieser zum täglichen Leben gehört. Gemeint sind hier Stoffe wie Alkohol, Zigaretten und Cannabis (Vogt et al. 2003).

Bei den Befragten handelt es sich um Studentinnen und Studenten einer deutschen Fachhochschule mit einem breiten Fächerangebot, die im Jahr 2000, dem Erhebungsjahr, im Durchschnitt 28 Jahre alt waren.

Tabelle 1: Studierende an einer Fachhochschule: Aktueller Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis

Befragte	Studentinnen	Studenten
Tabak insgesamt	50%	53%
- bis 9/Tag	31%	31%
- bis 19/Tag	35%	32%
- 20 und mehr/Tag	34%	37%
Alkohol		
- nicht riskanter Konsum*	84%	90%
- riskanter Konsum**	16%	10%
Cannabiskonsum		
12-Monats-Prävalenz	41%	40%

* Frauen: bis 20g Reinalkohol pro Tag; Männer: bis 40g Reinalkohol pro Tag

** Frauen: mehr als 20g Reinalkohol pro Tag; Männer: mehr als 40g Reinalkohol pro Tag

Quelle: Vogt et al. 2003

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, unterscheidet sich der Anteil der Frauen, die Tabak oder Cannabis rauchen und Alkohol trinken nicht von dem der Männer (vgl. dazu auch Hanewinkel & Wiborg 2002). Auch in der Intensität des Konsums gibt es wenig Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Tabelle 2: Studierende an einer Fachhochschule: Indikatoren für Alkoholprobleme

Befragte	Studentinnen	Studenten
Ja, schon mal betrunken gewesen	86%	93%
Alter erster Rauch (AM Jahre)	16,5 Jahre	16,1 Jahre
Ja, in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen	39%	49%
Zahl der Rausche in den letzten 30 Tagen (AM)	1,2 Rausche/30 Tage	1,9 Rausche/30 Tage

Quelle: Vogt et al. 2003

Die Angaben zu Rauschen überhaupt und zu denen in den letzten 30 Tagen unterstreichen noch einmal drastisch die Angleichung der Konsummuster zwischen den Studentinnen und den Studenten. Etwa gleich viele, nämlich fast alle diejenigen, die Alkohol konsumieren, haben auch schon mal einen Rausch gehabt. Gewisse Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es, wenn man den aktuellen exzessiven Umgang mit Alkohol betrachtet. Danach haben etwa 2/5 der Frauen aber die Hälfte der Männer in den letzten 30 Tagen wenigstens einen Rausch gehabt, Frauen im Durchschnitt nur einen, Männer zwei. Das kann aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die Angleichung der Konsummuster auch bei den Exzessen sehr weit geht, ja, dass Exzesse von einer erstaunlich grossen Zahl der befragten Frauen ebenso in Kauf genommen werden wie von den Männern.

Wie bedeutsam die Angleichung der Konsummuster unter den Studierenden ist, wird sichtbar, wenn man als Vergleich dazu die Ergebnisse einer altersähnlichen repräsentativen Stichprobe von Frauen heranzieht.

Tabelle 3: Studentinnen einer Fachhochschule im Vergleich zu einer altersähnlichen weiblichen Bevölkerungsstichprobe

Befragte	Studentinnen	Vergleich: 18-39 Jahre***
Tabak insgesamt	50%	37%
- bis 9/Tag	31%	58%
- bis 19/Tag	35%	21%
- 20 und mehr/Tag	34%	21%
Alkohol		
- nicht riskanter Konsum*	84%	89%
- riskanter Konsum**	16%	11%
Cannabiskonsum		Vergleich: 18-29 Jahre***
12-Monats-Prävalenz	41%	12%

* Frauen: bis 20g Reinalkohol pro Tag

** Frauen: mehr als 20g Reinalkohol pro Tag

*** Quelle: Kraus & Augustin 2001

Nicht nur liegt der relative Anteil der Studentinnen, die Tabak und Zigaretten rauchen, 13% über dem in der repräsentativen Stichprobe, auch der Anteil der mittelstarken bis sehr starken Raucherinnen liegt erheblich über dem in der Vergleichsgruppe. Auch der Anteil der Studentinnen mit riskantem Alkoholkonsum liegt etwas über dem in der weiblichen Allgemeinbevölkerung.

Auffallend sind die Ergebnisse beim Cannabiskonsum. In Anlehnung an die Ergebnisse Schweizer Studien überrascht zunächst einmal der vergleichsweise hohe Anteil der aktuellen Konsumenten und Konsumentinnen bei den Studierenden nicht, sehr wohl aber die Angleichung der Konsummuster zwischen den Geschlechtern. Das ist in der Schweiz anders, denn dort unterscheiden sich die Angaben der Frauen zum aktuellen Cannabiskonsum erheblich von denen der Männer. Diese Differenz zwischen den Geschlechtern verschwindet in der deutschen Studie.

Es ist denkbar, dass die Angleichung der Geschlechter im Umgang mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Cannabis und Alkohol in der deutschen Studie neben anderem auf die Veränderung der Frauenrolle zurückzuführen ist. Solche Tendenzen erreichen ja gerade privilegierte Gruppen von Frauen, zu denen die Studentinnen sicher gehören, eher früher und vielleicht auch intensiver als diskriminierte. Dazu kommt noch die spezifische Lebenslage dieser Gruppe. Die Studentinnen befinden sich in einer Statuspassage und damit in einer Art Ausnahmesituation. Das gibt ihnen ein hohes Mass an Freiheit, ihr Leben zu gestalten, es neu auszurichten und überhaupt Neues auszuprobieren. Man kann also den ausufernde Konsum von Tabak, Cannabis und Alkohol verstehen als Signal für die Offenheit gegenüber Neuem generell, auch für eine Neudefinition der eigenen Rolle. Allerdings kann es sich dabei auch um Hinweise auf Stress handeln, der gerade damit assoziiert ist. Das muss in weiteren Studien geprüft werden.

Ausgeprägte Konsummuster und intensiver Konsum von psychoaktiven Substanzen stellen Risikofaktoren für die Gesundheit allgemein und für die Entwicklung von Sucht im besonderen dar. Nun kann man aber auch darauf vertrauen, dass diese Gruppe von jungen Frauen im Vergleich zu vielen anderen über hohe Kompetenzen im Umgang mit Problemlagen verfügt. Dazu kommt, dass viele Risiken, die die Studentinnen eingehen, wahrscheinlich passager sind, die sie ohne viel Aufwand einstellen, wenn sich die Lebenslage nach dem Studium verändert.

Dennoch stellen sich hier prinzipielle Fragen nach einer frauengerechten Prävention für diesen Sektor. Ganz offensichtlich erreicht die schulische Prävention ihr Ziel, Mädchen und Frauen „stark machen“, um sie gegen den Konsum ebendieser Alltagsdrogen gewissermassen immun zu machen, nicht. Im Gegenteil, der Anteil der Raucherinnen von Tabak und Cannabis unter den jungen Frauen steigt seit Jahren an, offenbar auch der teilweise unkontrollierte Konsum von Alkohol. Um so dringlicher sind frauengerechte Ansätze zur Prävention, die allerdings erst erarbeitet werden müssen.

Für junge Frauen, die bereits erste Probleme mit ihrem Konsum von Alltagsdrogen haben, bieten sich **Frühinterventionen** auf ganz unterschiedlichen Ebenen an. Frauengerechte gruppenspezifische Aufklärungen und Informationskampagnen können hilfreich sein, wenn sie nicht Angst machen und nicht die Konflikte schüren. Schulen und Hochschulen können ihr eigenes Potential nutzen und geschlechtssensible Gesundheitsförderungsprojekte starten (Sonntag et al. 2000). Über das Internet können Netzwerke und Chats nur für Frauen aufgebaut werden, über die sie Hilfen abrufen können, wenn sie diese brauchen oder wenn sie selbst ihr Konsumverhalten ändern wollen. Dazu gehört die gezielte Weitergabe von Informationen über Kontrolltechniken im Umgang mit psychoaktiven Substanzen, also Informationen zum kontrollierten Trinken (Körkel 2001, Kruse et al. 1999) und Rauchen (Kröger 2003, Stumpfe 2003), sowie über Selbsthilfegruppen. Schließlich sollten auch Expertinnen wie Ärztinnen (und andere Experten/innen) in das Netzwerk eingebunden sein, denn junge Frauen legen Wert auf professionelle punktgenaue Information und Beratung (Kremer et al. 1999).

Studien über Kurzinterventionen zeigen, dass es sich um effektive Interventionsansätze handelt, die geeignet sind, Personen zu erreichen, die erste Probleme mit psychoaktiven Substanzen haben. Ich gehe davon aus, dass diese Form der Intervention Mädchen und Frauen besonders gut erreicht, vor allem dann, wenn sie in ein Konzept zur Gesundheitsförderung eingebettet ist, das diese ohnehin stärker anspricht als Männer. Frauen sind noch immer die Gesundheitsexpertinnen im Alltag und das nicht nur, wenn es um Hilfen für andere geht, sondern auch, wenn es um sie selbst geht (Vogt 2002). Frühinterventionen sind so gesehen Methoden der Wahl, wenn man gezielt Mädchen und Frauen erreichen will und wenn es um die Prävention von Suchtkarrieren geht.

3. Frauen im Behandlungssystem

Über alkohol- und drogenabhängige Frauen liegen heute eine Fülle von Daten vor. Einige dieser Ergebnisse sollen im folgenden kurz dargestellt werden, um die Problemlagen gerade dieser Gruppe zu beleuchten. Ich beschränke mich auf epidemiologische Daten aus dem ambulanten Bereich, die in Hamburg zwischen 1997 und 2000 erhoben worden sind (Schmid et al. 1998, 1999, 2000, Simmedinger et al. 2001, vgl. www.bado.de). Es handelt sich um fallbezogene Daten, die im Rahmen regulärer Beratung erhoben worden sind, und die daher ein gutes Abbild geben von dieser Klientel und von ihrem Beratungsbedarf.

Alter

Frauen und Männer mit Alkohol- oder Drogenproblemen kommen in unterschiedlichem Alter in die suchtspezifischen Beratungsstellen, wie man am Durchschnittsalter der Gruppen ablesen kann. Frauen (und Männer) mit Alkoholproblemen sind im Durchschnitt 44 Jahre alt, Frauen (und Männer) mit Drogenproblemen sind ca. 32 Jahre alt. Auffallend ist, dass die Gruppe der Drogenabhängigen kontinuierlich altert, d.h. Jahr für Jahr steigt das

Durchschnittsalter der Frauen (und der Männer) ein wenig an. Offenbar nehmen viele Betroffene jahrelang die professionellen Hilfen in Anspruch; der Anteil der Neuzugänge ist vermutlich geringer als der Anteil derjenigen, die im Hilfesystem verbleiben, was den Altersanstieg erklärt. Wenn diese Entwicklung linear weitergeht, dann ist damit zu rechnen, dass in nicht allzu ferner Zeit kein Altersunterschied mehr besteht zwischen den Gruppen von Personen, die Alkoholberatungsstellen aufsuchen und denjenigen, die Hilfe in Drogenberatungsstellen suchen.

Auffallend ist hier, dass sich die Bereitschaft der Frauen, eine einschlägige Beratungsstelle aufzusuchen, offenbar erst relativ spät im Leben einstellt und oft erst dann, wenn die Probleme bereits unübersehbar sind. Mädchen und junge Frauen (und Jungen und junge Männer) nehmen die Beratungsangebote kaum in Anspruch. Es sind lediglich einige wenige Drogenabhängige in dieser Altersgruppe, die in die Beratungsstellen kommen, Mädchen übrigens bereitwilliger als Jungen.

Frauen, die Probleme mit Medikamenten haben, kommen nur ganz vereinzelt in die Einrichtungen, was vielleicht auch daran liegt, dass sie dann, wenn die Probleme eskalieren, in der Regel noch einmal 10 Jahre älter sind als diejenigen mit Alkoholproblemen.

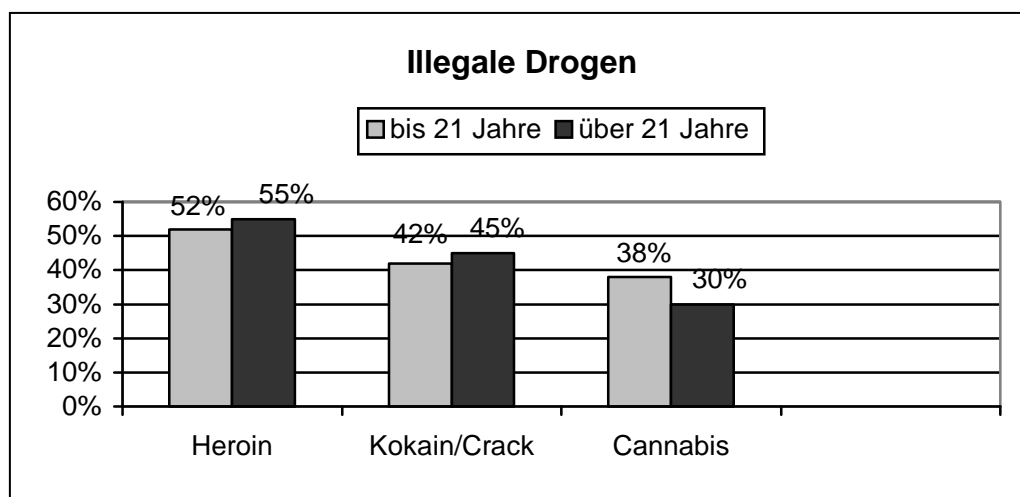
Gerade weil die Beratungsstellen für die Gruppe von Frauen (und Männern), die am Anfang ihrer Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenprobleme stehen, wenig attraktiv sind, sind Angebote zur Frühintervention, die sich neuer Mittel und Wege zur Erreichung der Betroffenen bedienen, so wichtig. Und nicht zuletzt deswegen müssen sie unbedingt ausgebaut werden.

Diese wenigen Daten machen deutlich, dass man es mit grosser Wahrscheinlichkeit mit unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Entwicklungsverläufen bei der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit zu tun hat. Die theoretische Diskussion über die Entstehung und die Dynamik von Sucht geht darauf allerdings kaum ein.

Drogenkonsummuster

Untersucht man die Konsummuster von drogenabhängigen Frauen etwas genauer, findet man folgendes.

Abbildung 1: Ausgewählte Konsummuster von drogenabhängigen Frauen



Quelle: Simmedinger et al. 2001

Wie man sieht, ist Heroin zwar die Droge Nummer eins, aber Kokain und Crack spielen eine zunehmend wichtigere Rolle (Ladberg et al. 2003, Vogt et al. 2000). Das gilt für die jungen Drogenabhängigen bis 21 Jahren genau so wie für die älteren. Die Konsummuster haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte stark diversifiziert; es gibt auf dem Drogensektor ebenso Moden wie in anderen Lebensbereichen, und drogenabhängige Frauen folgen diesen Moden.

Nicht nur die Konsummuster diversifizieren sich immer weiter, auch die Einnahmeart. Im Jahr 2000 haben 70% der Frauen Heroin injiziert, 22% haben es geraucht und 8% nasal eingenommen. Kokain und Crack haben 59% injiziert, 21% geraucht und 20% geschnupft. In einschlägigen Studien aus Frankfurt wird Crack von Frauen etwa ebenso häufig injiziert wie geraucht (Ladberg et al. 2003). Kurz, Rauchen, Schnupfen oder Schlucken von Drogen wird immer beliebter. Was bedeutet das für Frauen und für die Hilfeeinrichtungen? Bislang gibt es dazu keine Diskussion, die das Geschlecht mitberücksichtigt.

Angaben zu den Lebensformen

Der Anteil der Frauen mit Alkohol- und Drogenproblemen, die ledig sind, liegt weit über dem Durchschnitt von vergleichbaren Altersgruppen. Besonders gering ist der Anteil der Verheirateten bei den drogenabhängigen Frauen, der nur bei 30% liegt. Der Anteil derjenigen, die – unabhängig vom Zivilstand – mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenleben, liegt in beiden Gruppen bei etwa 50%. Diese Daten weisen darauf hin, dass süchtige Frauen sehr oft auch Beziehungsprobleme haben. Unklar ist dabei, ob diese Probleme der Sucht vorausgehen oder ihr folgen. Fest steht allerdings, dass beides miteinander assoziiert ist: Wer Suchtprobleme hat, hat im allgemeinen auch Beziehungsprobleme.

Besonders deutlich werden die Belastungen der Frauen in Beziehungen, wenn man die Angaben zur Suchtbelastung der Partner berücksichtigt. Gut 1/3 der Partner der alkoholabhängigen Frauen und fast 2/3 der Partner der drogenabhängigen Frauen haben selbst Suchtprobleme. Angesichts dieser Angaben wundert man sich nicht, wenn Sieber und Mitarbeiter (2002) feststellen, dass die Ehe bzw. die Partnerschaft für süchtige Frauen oft ein besonderes Rückfallrisiko darstellt. Aber die Lösung des Problems besteht wohl kaum darin, ganz alleine zu leben, alleine zu sein.

Zentral für alle Beteiligten, die Eltern, die Gesellschaft und die Behandler, sind die Kinder, die mit süchtigen Vätern und Müttern zusammenleben, mit ihnen aufwachsen. Wie die Daten des Hamburger ambulanten Hilfesystems ausweisen, haben etwa die Hälfte der alkoholabhängigen Männer und 2/3 der Frauen Kinder. Von den drogenabhängigen Männern haben 1/3 Kinder, von den Frauen fast die Hälfte. Alkoholabhängige Frauen und Männer sind demnach viel häufiger Eltern als drogenabhängige Frauen und Männer, und in beiden Gruppen sind signifikant mehr Frauen Mütter als Männer Väter. Aber hier ist Vorsicht angesagt, denn die Daten enthalten einen Gender Bias, da Männer signifikant seltener danach gefragt werden, ob sie Väter sind, als Frauen danach, ob sie Mütter sind. Es kann durchaus sein, dass mehr süchtige Männer Kinder haben, als bislang bekannt ist. Wir wissen nicht, was es für die Familien bedeutet, wenn die Vaterschaft als Thema aus der Beratung ausgespart wird. Wir wissen nicht, wie sich die Einäugigkeit der Beratenden auf den Hilfeprozess auswirkt, welche Folgen das für die Väter, die Frauen und die Kinder hat.

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, lebt gut die Hälfte der drogenabhängigen Frauen mit ihren Kindern zusammen, aber nur ein Viertel der Männer und Väter. Drei Viertel der Väter lebt ohne Kinder. Wem das nutzt oder schadet, muss hier offen bleiben.

Tabelle 4: Lebensformen von drogenabhängigen Müttern und Vätern

Befragte	Frauen	Männer
Allein mit Kindern	27%	3%
Mit Partner/in und Kindern	28%	26%
Lebensformen ohne Kinder	45%	71%
Gesamt	100%	100%

Quelle: Simmedinger et al. 2001

Aufwachsen mit einer süchtigen Mutter oder - was statistisch sehr viel häufiger ist – einem süchtigen Vater ist ein Risikofaktor für eine eigene Suchtkarriere als Erwachsener. Bei Frauen kommt dazu, dass es ein Risikofaktor dafür ist, sich einen Partner zu suchen, der Suchtprobleme hat. Das weiss man seit wenigstens 100 Jahren; man hat diesen Zusammenhang zudem immer von neuem in retrospektiven und prospektiven Studien belegt (Kruse et al. 2000, Zobel 2000). Konsequenzen hat man aus diesem Wissen kaum gezogen. Bis heute gibt es nur eine Handvoll Projekte und Institutionen, die sich gezielt an diese Kinder und ihre Familien wendet, die ihnen gezielte Hilfen anbieten, mit den Schwierigkeiten im Alltag besser zurecht zu kommen.

Betrachtet man ganz kurz die Wohnsituation der alkohol- und drogenabhängigen Frauen, dann zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die über keinen festen Wohnort³ verfügen und auf der Strasse leben, recht klein ist. Er liegt bei den drogenabhängigen Frauen erheblich höher als bei den alkoholabhängigen und erreicht bei diesen ca. 5%. Mitgerechnet sind hier Frauen, die in Notunterkünften verschiedener Art leben. Von den alkoholabhängigen Frauen geben ca. 1% an, dass sie keinen festen Wohnort haben.

Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben, haben gewöhnlich immer eine Wohnung. Die eigene Wohnung ist ganz einfach eine unabdingbare Voraussetzung dafür, um mit den eigenen Kindern zusammenzuleben.

Diese eher nüchternen Daten zur Wohnsituation von Müttern (und Vätern) sind ein kleiner Hinweis darauf, dass Kinder im Leben dieser Frauen stabilisierende Funktionen haben. Nimmt man dazu Berichte über das Selbstverständnis dieser Mütter, wird die Bedeutung der Kinder noch einmal ganz anders sichtbar. So wichtig diese Funktionen sind, so wenig ist zu übersehen, dass die Lage der Kinder recht prekär ist und dass Mütter und Kinder viel Unterstützung brauchen, um das Leben zu bestehen.

Angaben zur Schul- und Berufsbildung

Hier soll noch ein weiterer Problembereich kurz angesprochen werden, der für die Beratung und Behandlung von sehr grosser Bedeutung ist: die Schul- und Berufsbildung und die aktuelle Erwerbssituation von Frauen (und Männern) mit Substanzproblemen. Wie alle vorliegenden empirischen Daten zeigen, liegen die Schulabschlüsse von Frauen (und Männern) mit Alkohol- und Drogenproblemen unterhalb von altersgleichen

³ Als fester Wohnort zählen die eigene Wohnung, das gemietete Zimmer, Wohnen bei den Eltern oder Verwandten und Wohnen bei Freunden, sowie das betreute Wohnen. Als nicht fester Wohnort gelten Hotel- und Notunterkünfte sowie das Leben auf der Strasse.

Vergleichsgruppen. Der Anteil derjenigen mit keinem oder dem niedrigsten Schulabschluss ist bei den Drogenabhängigen besonders gross.

Für eine dauerhafte und erfolgreiche Integration in das Erwerbsleben ist nicht nur die Schulbildung wichtig, sondern auch die Berufsausbildung. Die Ergebnisse dazu belegen, dass 4/5 der Frauen (und Männer) mit Alkoholproblemen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, aber lediglich 2/5 der Frauen mit Drogenproblemen. Die Daten weisen darauf hin, dass ein sehr grosser Teil der Frauen (und Männer), die im Laufe ihres Lebens alkoholabhängig werden, immerhin bestimmte Entwicklungsphasen erfolgreich durchlaufen haben. Dazu gehört diejenige der Vorbereitung auf das Erwerbsleben mit der Berufsausbildung. Je nach individueller Biographie kann man daran in der Beratung und Rehabilitation anknüpfen.

Ganz anders sieht das bei den drogenabhängigen Frauen aus. Nur 2/5 von ihnen haben eine berufliche Qualifizierung erreicht. 3/5 sind an dieser Hürde gescheitert. Das spricht dafür, dass in dieser Gruppe Entwicklungsstörungen bereits im Alter zwischen 15 und 20 Jahren manifest werden. Jedenfalls misslingt vor allem dieser Gruppe von Frauen die Vorbereitung auf das Erwerbsleben und der Einstieg.

Es ist in jedem Fall schwierig, nach langen Jahren einer Alkohol- oder Drogenkarriere wieder eine Erwerbsarbeit aufzunehmen, aber es ist besonders schwierig, den Übergang zu schaffen, wenn man nur einen schlechten Schulabschluss und keine Berufsausbildung aufzuweisen hat. Das ist aber gerade bei drogenabhängigen Frauen häufig so. Es versteht sich von selbst, dass sich daraus besondere Probleme in der Rehabilitation der drogenabhängigen Frauen ergeben

Es kann nicht verwundern, dass die unterschiedliche Einbindung der Frauen in das Erwerbsleben Auswirkungen auf ihre finanzielle Absicherung hat. Von den Frauen mit Alkoholproblemen sind 3/5 direkt oder indirekt in die Erwerbsarbeit integriert (als Erwerbstätige oder Arbeit Suchende) und nur 1/5 lebt von Sozialhilfe. Ganz anders stellt sich die Situation der Frauen mit Drogenproblemen dar, von denen gerade einmal gut 1/5 in die Erwerbsarbeit integriert sind, jedoch 3/5 auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Studien zur subjektiven Zufriedenheit unterstreichen, dass die Erwerbsarbeit für Frauen mit Alkoholproblemen einen sehr hohen Stellenwert hat. Diejenigen von ihnen, die eine Vollzeitstelle haben, sind mit dieser Situation sehr zufrieden. Und diejenigen, die arbeitslos sind, sind damit sehr unzufrieden. Hausfrauen stehen dazwischen. Ein Teil von ihnen kommt mit der Konzentration auf die Hausarbeit gut zurecht und ist entsprechend zufrieden mit der Situation, ein anderer und ebenso grosser Teil ist jedoch sehr unzufrieden und sucht mindestens nach einer Teilzeitarbeit (Rudolf 1999). Diese Ergebnisse machen die Bedeutung von Erwerbsarbeit für Frauen mit Alkoholproblemen deutlich. Im übrigen belegen Studien über Langzeiterfolge von ambulanter oder stationärer Beratung und Therapie, dass das Rückfallrisiko sinkt, wenn die Frauen den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt schaffen.

Frauen mit Drogenproblemen haben im Vergleich dazu eine bei weitem schlechtere Ausgangslage. Das beginnt mit der Schulbildung, die bei vielen sehr niedrig ist, zieht sich weiter durch die Ausbildung, die eben nur 40% überhaupt beendet haben, wobei unklar ist, ob diese dann auch in die Erwerbsarbeit einsteigen. Am Ende sind die meisten jedenfalls aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen. Armut ist unter ihnen weit verbreitet (Vogt 1998). Sie betrifft vor allem Frauen mit Kindern, und von diesen noch einmal ganz besonders diejenigen, die mit diesen zusammenleben und alleinerziehend sind.

Die Analyse der Befunde zeigt, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen gibt, wenn man die Schul- und Berufskarriere betrachtet. Frauen (und Männer), die in ihrem Leben alkoholabhängig werden, bewältigen die Schule und die Berufsausbildung ganz gut. Zwar fällt auch bei ihnen das insgesamt niedrige Niveau der Schulbildung auf, aber das führt nicht zur Exklusion aus der Schule, der Berufsausbildung und darüber hinaus aus der Arbeitswelt. Bei den Frauen (und Männern) mit Drogenproblemen findet die Exklusion viel früher statt; sie beginnt offenbar schon während der Schulzeit, setzt sich fort in der Jugend, wenn es um die Berufsausbildung geht und verhindert bei einer sehr grossen Gruppen den Einstieg in die Arbeitswelt. Die Exklusion trifft die Frauen stärker als die Männer. Das mag am Drogenkonsum liegen, denn Cannabis, Halluzinogene, Amphetamine, aber auch Heroin und Kokain spielen für sie schon in diesem Lebensabschnitt eine wichtige Rolle. Es mag aber auch andere Gründe haben, die Anlass sind für den Drogenkonsum. In jedem Fall beeinträchtigt das die Chancen dieser Frauen für einen Einstieg bzw. Wiedereinstieg in das Arbeitsleben bei einer Stabilisierung oder auch einer Beendigung der Drogenabhängigkeit. Ihr Risiko, dauerhaft in der Armut zu verharren, ist besonders gross.

Die Daten belegen sehr klar, dass die Integration in den Erwerbssektor für Frauen (und Männer) mit Alkohol- und Drogenproblemen schwierig ist. Sie ist jedoch besonders schwierig für die Frauen und von diesen wiederum für die drogenabhängigen Frauen mit Kindern. In der Diskussion über gezielte Hilfen für diese Klientel wird die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben meistens nur im Zusammenhang mit den Männern thematisiert (Henkel 1998, 2001), kaum mit den Frauen, und schon gar nicht mit denjenigen von ihnen, die Kinder betreuen. Man hat es einmal mehr mit einem Gender Bias der Beratenden zu tun, der in diesem Fall ganz auf Kosten der Frauen geht.

4. Studien zur Effektivität der frauengerechten Behandlung

Effektivitätsuntersuchungen hinsichtlich der Behandlung von Alkohol- und Drogenproblemen sind mittlerweile selbstverständlich. Nicht selbstverständlich ist freilich, die Daten konsequent für beide Geschlechter getrennt auszuwerten und darzustellen. In der Mehrzahl der Studien wird durchaus mitgeteilt, wie viele Frauen und Männer an dieser teilgenommen haben, aber kaum Informationen, die darüber hinaus gehen. Insbesondere Studien, die weitergehende Analysen durchführen, verzichten auf solche Differenzierungen. Das liegt neben vielem anderen vor allem daran, dass in vielen der Studien der Anteil der Frauen vergleichsweise niedrig ist, eine Folge der insgesamt genommen erheblich niedrigeren Belastung von Frauen mit Sucht (Ernst 2001) und der damit verbundenen geringeren Nachfrage nach Behandlung. Die niedrigen Fallzahlen erschweren jedoch eine Auswertung, die über die Deskription hinausgeht.

Neben solchen rationalen Gründen gibt es sicherlich noch eine Reihe eher irrationaler Motive, die Forschergruppen davon abhalten, die Effektivität einer Behandlung sowohl für Männer wie für Frauen zu prüfen. Darüber soll hier jedoch nicht spekuliert werden.

Im folgenden soll anhand einiger ausgewählter Beispiele gezeigt werden, welche Effekte frauengerechte Suchtarbeit bringt. Um das besser herauszuarbeiten, habe ich versucht, Studien, die in frauengerechten Einrichtungen durchgeführt worden sind, in Vergleich zu setzen mit Studien, die in „normalen“ Einrichtungen durchgeführt worden sind. Das Ansinnen scheint zunächst einfach, zumal dann, wenn keine rigorosen methodischen Anforderungen an die Studien gestellt werden. Allerdings hat sich schnell herausgestellt, dass es ausserordentlich schwierig ist, überhaupt Studien für einen solchen Vergleich zu finden. Das

hat dazu geführt, dass im Folgenden die Ergebnisse von Studien miteinander in Beziehung gesetzt werden, die in ganz verschiedenen Settings erhoben worden sind. Im strengen Wortsinn handelt es sich also nicht um einen Vergleich, sondern vielmehr um die Gegenüberstellung von Fakten, die sich bei entsprechender Aufarbeitung der Daten ergeben haben.

Zunächst werden die Ergebnisse von zwei Studien über Angebote für Mütter mit Kindern bzw. für Familien einander gegenübergestellt. In einem Fall handelt es sich um die ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle VIOLA (Landesstelle Frauen & Sucht 2002), im anderen um die stationäre Behandlungseinrichtung VILLA MARIA (Arnold & Steier 1997). Ganz offenkundig ist das Setting in beiden Einrichtungen ganz unterschiedlich und ganz entsprechend unterscheiden sich auch die Vorgehensweisen der Behandler/innen.

In der Einrichtung VIOLA liegt der Akzent auf sozialarbeiterischer Beratung und Betreuung, die ausschliesslich von entsprechend qualifizierten Frauen geleistet wird. Grundlage der Arbeit ist ein „frauenspezifischer Ansatz“, hier u.a. Einbeziehung der „gesellschaftlichen Hindernisse und Grenzen...“, um das Frauen bekannte Muster der Schuldübernahme und Abwertung zu erkennen und zu benennen... Das Ziel, weitest gehende Autonomie in dem eigenen Leben zu erlangen, kann als ein aktiver Prozess begriffen werden... Dazu sind Vertrauen in eigene Stärken und Fähigkeiten, Selbstachtung sowie eine positive Eigendefinition grundlegend“ (Landesfachstelle Frauen & Sucht 2002, 7). Erreicht werden sollen diese Ziele u.a. durch „parteiliche Arbeit mit den Frauen“, Aufbau von Vertrauen, Netzwerkarbeit, Hilfeplanung usw.

In der VILLA MARIA bilden männliche und weibliche Mitarbeiter das professionelle Team, und der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Suchttherapie, deren Ziele folgendermassen beschrieben werden: „die Nachreifung, die Entwicklung zum selbständigen, sozialen und eigenverantwortlichen Handeln, die Heilung körperlicher und seelischer Erkrankungen, die Überwindung süchtigen Verhaltens sowie die Entwicklung und Stärkung der Arbeitsfähigkeit“ (Arnold & Steier 1997, 33). Darüber hinaus sollen die Eltern bzw. die Mütter lernen, mit den Kindern zu leben. Methodisch orientiert sich das Team an Psychodrama, Familientherapie, Körpertherapie usw., an Einzel- und Gruppensitzungen und konfrontativer Auseinandersetzung mit der Sucht. Ein frauenspezifischer Ansatz ist nicht erkennbar und wohl auch nicht gewollt. Man hat es vielmehr mit einer Einrichtung zu tun, die ganz im Mainstream ihrer Zeit liegt und sich im Umgang mit der Klientel an gängigen Verfahren orientiert, die in der Therapie mit Suchtkranken schlechthin angewendet werden.

Trotz der bemerkenswerten Unterschiede im Selbstverständnis der Einrichtungen und in der Ausrichtung der Arbeit mit der Zielgruppe erstaunen eine Reihe von Ergebnissen, die in beiden Gruppen zum Teil recht ähnlich und zum Teil sehr verschieden ausfallen. Relativ ähnliche Daten finden sich zur Wohnsituation der Frauen sowie zu ihrem sozialen Netz, insbesondere was die Lebenssituation als Alleinerziehende betrifft. Auffallend ist aber auch, dass die stationäre Therapie offenbar eher den Effekt hat, dass eher mehr Frauen anschliessend alleine mit ihren Kindern leben als vorher.

Tabelle 5: Vergleich von Befunden von Angeboten für Mütter/Familien mit Kindern

Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle (Sozialarbeit) für Frauen mit Kindern, Viola	Stationäre Behandlungseinrichtung (Therapie) für Familien mit Kindern, Villa Maria
Zwischen 1997 und 2001 wurden 295 Frauen kontaktiert; betreut wurden 135 Frauen mit insgesamt 208 Kindern. Für diese Gruppen liegen einige Daten vor; keine katamnestiche Studie.	Zwischen 1991 und 1996 wurden 88 Mütter und Väter mit Kindern aufgenommen. Von diesen nahmen 34 Personen an der katamnestiche Studie teil (6 Monate oder mehr nach Beendigung der Behandlung).
Angaben zum Konsumstatus:	
Keine genauen Angaben vorhanden	Von 34 Personen sind 20% „total“ abstinent, 80% konsumieren Alkohol und/oder Drogen*.
Angaben zum Wohnort:	
Alle Klientinnen haben einen festen Wohnort	91% haben eine eigene Wohnung
Angaben zum sozialen Netz:	
66% der Frauen haben einen Partner, 34% leben allein (mit Kindern) . In 77% aller Fälle leben die Kinder im Haushalt der Eltern, der Mutter oder des Vaters. In 11% der Fälle leben die Kinder bei den Grosseltern. In 12% der Fälle leben die Kinder in Pflegefamilien oder im Heim. 65% der Frauen haben Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie. 31% der Frauen haben Kontakt mit Menschen ohne Suchtprobleme.	53% leben als Paar (mit Kindern) zusammen, 47% leben allein (mit Kindern). In 68% aller Fälle leben die Kinder im Haushalt von Mutter oder Vater. In 14% aller Fälle leben einige aber nicht alle eigenen Kinder im Haushalt von Mutter oder Vater. In 18% leben die Kinder nicht im Haushalt von Vater und Mutter. 68% haben regelmässig Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie. 82% haben häufigen Kontakt zu Menschen ohne Suchtprobleme.
Angaben zur finanziellen Lage:	
69% der Frauen leben von Sozialhilfe	44% der Mütter und 12% der Väter leben von Sozialhilfe
Angaben zur Gesundheit:	
31% der Frauen sind der Gewalt durch den aktuellen Partner ausgesetzt; keine weiteren Angaben zur psychischen Gesundheit der Mütter.	38% der Mütter und 12% der Väter leiden unter Depressionen 32% der Mütter und 15% der Väter leiden unter Angstzuständen 12% der Mütter haben Selbstmordgedanken 3% der Mütter haben einen Selbstmordversuch unternommen

* Spannweite der Erfolgsquote: 20% bis 52%. Der Anteil der total Abstinenten in der Gruppe derjenigen, die an der Katamnese teilgenommen haben, liegt bei 20%. Berücksichtigt man auch diejenigen, die nur gelegentlich Alkohol trinken oder Haschisch rauchen, liegt die Erfolgsquote bei 52% (vgl. Arnold & Steier 1997, 145)

Die Behandlung, sei sie nun ambulant oder stationär, verbessert nur bei einem Teil der Frauen die Gesundheit. Gewalt dauert an, ebenso Depressionen, Ängste und Selbstmordgedanken. Die psychischen Belastungen sind mit der Behandlung keineswegs behoben. Sie sind besonders stark bei denjenigen, die nach der stationären Behandlung, die ganz explizit auf Abstinenz setzt, rückfällig werden. Auch bei den ambulant betreuten Frauen verursachen Rückfälle erhebliche Turbulenzen, zumal dann, wenn für die Mütter eine neuerliche Entgiftung ansteht und wenn die Kinder für diese Zeit anderweitig untergebracht werden müssen. Darauf wird noch einmal zurückzukommen sein.

Drogenabhängige Mütter, die ambulant betreut werden, leben im Vergleich zu denjenigen, die stationär behandelt werden, offenbar sehr viel häufiger von Sozialhilfe und sie haben mehr Kontakte zur Szene als diese. Ob das so zutrifft, muss allerdings in weiteren Studien noch genauer geprüft werden.

Interessant ist, dass sich im ambulanten Projekt eine eigener Schwerpunkt: Arbeit mit den Kindern (vgl. dazu auch Römer 2001, Scheib & Steier 1998), herausgebildet hat. Kinder von Müttern, die aktuell Ersatzdrogen erhalten oder die sich (noch) auf der Szene mit illegalen Stoffen selbst versorgen oder die eine Abhängigkeitsepisode (gerade) überwunden haben, brauchen ganz offensichtlich besondere Zuwendung. Sie sind selbst schon kleine Klientinnen und Klienten, die betreut werden müssen, damit sie sich optimal entwickeln können. Das ist auch schon deshalb notwendig, weil sich in beiden Studien ergeben hat, dass der Anteil der Mütter (und Väter), die selbst Kinder von süchtigen Eltern, in der Regel von alkoholabhängigen Vätern sind, bei nahezu 50% liegt⁴. Mutter-Kind-Projekte bzw. Familien-Projekte sind immer auch der Prävention verpflichtet, und das heisst, dass die Arbeit mit und für die Kinder selbst einen zentralen Stellenwert beansprucht.

Im weiteren geht es um den Vergleich von Ergebnisse katamnestic Studien von Klientinnen und Klienten, die an einer stationären Drogentherapie teilgenommen haben. Es handelt sich einmal um eine Therapieeinrichtung nur für Frauen (Schmid & Simmedinger 2000), zum anderen um verschiedene „normale“ Therapieeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Vogt et al. 2000)⁵. Die wichtigsten Daten sind in Tabelle 6 zusammengestellt.

Die Einrichtung CAMILLE ist eine feministische frauenspezifische therapeutische Wohngemeinschaft, die sich ganz allgemein dem „Menschenbild der humanistischen Psychologie“ verpflichtet fühlt. „Oberstes Ziel“ der Behandlung ist die „Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen. Die Frauentherapie CAMILLE will Frauen mit Suchtproblemen in allen Entfaltungsmöglichkeiten, die ein drogenfreies Leben bieten kann, unterstützen... Die Klientinnen lernen, ihre geschlechtsspezifische Rolle im gesellschaftlichen Kontext zu reflektieren“ (Lange o.J.). Diese Ziele soll durch das Zusammenleben in einer Gemeinschaft mit Frauen sowie durch Einzel- und Gruppenpsychotherapie erreicht werden. Eingesetzt werden u.a. gestalt-, gesprächs- und körpertherapeutische Methoden, ebenso verhaltenstherapeutische Verfahren als Training zur Bewältigung des Alltags.

⁴ Dass Sucht „in Familien“ weitergegeben wird, ist seit langem belegt, vgl. dazu u.a. Kruse et al. 2000, Zobel 2000.

⁵ Als „normal“ bezeichne ich hier alle traditionellen Drogentherapieeinrichtungen, die keine Massnahmen unternommen haben, um frauenfreundliche Standards umzusetzen, wie sie u.a. von Winkler 1997 formuliert worden sind.

Tabelle 6: Vergleich von Befunden von Behandlungsangeboten für erwachsene drogenabhängige Frauen und Männer

Stationäre frauengerechte Behandlung von drogenabhängigen Frauen, CAMILLE	Stationäre medizinische Rehabilitation (Daten aus 4 Entwöhnungseinrichtungen für Drogenabhängige in NRW)
Zwischen 1992 und 1999 wurden 90 Klientinnen in die Institution aufgenommen. Von diesen nahmen 39 an der katamnestischen Studie teil, die durchschnittlich ca. 3 Jahre nach der Behandlung stattfand.	Keine Angaben zum Behandlungszeitraum. Ausgangsstichprobe: 97 Männer und 48 Frauen Von diesen 150 Personen nahmen an der katamnestischen Studie 116 Personen nach 6 Monaten und 96 Personen nach 12 Monaten teil.
Durchschnittsalter der Gesamtgruppe: 27 Jahre.	Durchschnittsalter der Gesamtgruppe: 27 Jahre.
Ergebnisse der Katamnese	
Angaben zum Konsumstatus:	
Von 39 Personen sind 51% „total“ abstinent. Konsum von Alkohol: 23% Konsum von „harten illegalen Drogen“: 8%. Ersatzdrogen (Substitution): 18%*.	Keine Angaben vorhanden. Konsum von Alkohol: 70%. Konsum von Heroin: 47%.
Angaben zum Wohnort:	
69% haben eine eigene Wohnung; 5% haben einen festen Wohnort. 26% leben in Institutionen	32% haben eine eigene Wohnung; 32% haben einen festen Wohnort. 36% leben in Institutionen oder auf der Strasse
Angaben zum sozialen Netz:	
68% haben eine Partnerschaft 51% leben mit anderen zusammen (Partner/in, Kinder, Eltern, Freunde). 97% haben Kontakt zu Personen ohne Suchtprobleme	Keine Angaben vorhanden 29% haben überwiegend Kontakte zu Personen ohne Suchtprobleme
Angaben zur finanziellen Lage:	
71% sind erwerbstätig. 23% leben von Sozialhilfe.	40% sind erwerbstätig. Keine detaillierten Angaben zur Sozialhilfe.
Angaben zur Gesundheit:	
51% bezeichnen sich als gesund. Rückfällige bezeichnen sich zu 80% als krank.	Depressionen weiterhin häufig. Rückfälle sind zu 100% mit Depressionen, inneren Spannungen und Frustrationen assoziiert.

* Spannweite der Erfolgsquote: 23% bis 51% bzw. 84%. Dieser Berechnung liegt ein „worst-case“ Szenario zugrunde; man rechnet dann alle Fälle, die nicht an der Katamnese teilgenommen haben, als Rückfälligerinnen. Auf diese Weise erhält man als unteren Wert 23% für die Gruppe derjenigen, die „total abstinent“ sind, und als oberen Wert den tatsächlich ermittelten von 51%. Rechnet man auch diejenigen Fälle als Erfolg, die nur gelegentlich Alkohol trinken, liegt der obere Wert bei 74%. Rechnet man weiterhin noch diejenigen Fälle als Erfolg, die keine harten legalen oder illegalen Drogen nehmen, liegt der obere Wert bei 84% (vgl. Schmid & Simmedinger 2000, 41).

Ganz anders sind die Ansätze der „normalen“ Behandlungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Wie schon die VILLA MARIA nehmen sie alle Frauen und Männer auf; in der

Regel liegt der Anteil der Frauen pro Einrichtung bei 15% bis 25%. Oberstes Ziel ist auch dort die Abstinenz; die Methoden, die dazu eingesetzt werden, sind sehr breit gestreut und umfassen alle gängigen therapeutischen Verfahren, insbesondere auch die gezielte Konfrontation mit dem Suchtverhalten (vgl. Kufner et al. 1994).

Betrachtet man die in Tabelle 6 zusammengestellten Befunde, so fällt auf, dass man in diesen beiden Fällen vergleichsweise wenige Übereinstimmungen aber viele Unterschiede findet. Die Übereinstimmung erschöpft sich weitgehend im Hinblick auf das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten in den verschiedenen stationären Einrichtungen, das bei ca. 27 Jahren liegt. Das unterscheidet die Klientel der hier betrachteten stationären Einrichtungen von derjenigen der ambulanten Anlauf- und Beratungsstellen für Drogenabhängige in Deutschland, die im Durchschnitt wenigstens 4 bis 5 Jahre älter ist (z.B. Simmedinger et al. 2001). Frauen, die in Einrichtungen von Frauen für Frauen behandelt werden, sind demnach etwa ebenso jung wie die Frauen und Männer, die in „normalen“ Einrichtungen behandelt werden.

Unterschiede zwischen den Befunden gibt es viele. Besonders beeindruckend sind die Ergebnisse zur Abstinenz und zur soziale Eingliederung. Frauen, die in der Fraueneinrichtungen CAMILLE behandelt worden sind, haben im Vergleich zu anderen Populationen viel höhere Abstinenzwerte und sie sind sehr viel besser sozial integriert als die Personen der Vergleichsstichproben. 51% dieser Frauen leben auch 3 Jahre nach der Behandlung total abstinent, d.h. sie trinken keinen Alkohol und sie nehmen keine illegalen Drogen. Die Erfolgsquoten steigen weiter auf 74% an, wenn man noch diejenigen dazurechnet, die nur selten und kontrolliert Alkohol trinken, und noch weiter auf 84%, wenn man noch diejenigen mitzählt, die keine harten legalen oder illegalen Drogen nehmen. Ganz anders sind die Ergebnisse in den „normalen“ Einrichtungen. 6 Monate nach Therapieende liegt der Anteil der Frauen und Männer, die kein Heroin nehmen, bei 53%, und der Anteil derjenigen, die keinen Alkohol trinken, bei nur 30%. Ganz offensichtlich erreicht die frauenspezifische Behandlung dieses Therapieziel sehr viel besser und überzeugender als andere therapeutische Behandlungen.

Auch die soziale Eingliederung der Frauen, die eine frauenspezifische Behandlung erhalten haben, scheint besser zu gelingen als die der anderen behandelten Personen. Ausweise dafür sind u.a. die Angaben zur Wohnsituation, zur finanziellen Lage und zur Gesundheit. Die Daten sprechen eine eindeutige Sprache: Frauen, die in CAMILLE behandelt worden sind, profitieren davon überdurchschnittlich gut.

Wie bereits im vorhergehenden beschrieben, ist Rückfall mit gesundheitlichen Belastungen assoziiert. Frauen und Personen ganz allgemein, die nach einer Behandlung wiederum Drogen nehmen, fühlen sich eher krank, sind depressiv, frustriert usw. Die Ergebnisse aller hier dargestellten Studien weisen also darauf hin, dass Rückfälle kritische Ereignisse sind, die mit komplexen gesundheitlichen Problemen assoziiert sind, insbesondere mit psychischen Störungen wie Depressionen, Ängste usw. Man hat es also mit Komorbidität zu tun, die die Behandlung insgesamt erschwert.

Was macht Fraueneinrichtungen und frauengerechte Behandlung so erfolgreich? Dazu liegen bislang kaum methodisch fundierten Studien vor. Wir sind also weitgehend auf die Selbstaussagen der Frauen angewiesen, die diese Behandlungen in Anspruch genommen haben.

Der Erfolg ist alles andere als selbstverständlich, wenn man folgende Aussagen bedenkt: „Ich bin mit der Einstellung hingekommen, ich will nicht in das Weiberhaus... Ich kann nicht mit Weibern und ich pack' Weiber nicht...“ „Die Vorstellung, in ein Frauenhaus zu kommen, war richtig abschreckend... weil ich war ja auch immer so abstossend gegenüber Frauen, eine Frauenhasserin... habe nie Kontakte zu Frauen gesucht“, „...die Depperten, sind Tussis, überhaupt mein Feindbilder... Meine Angst vor dem Frauenhaus war riesengross, weil ich bin immer von Frauen enttäuscht worden“ (Gruber 2002 zitiert nach Haas & Enders-Dragässer o.J.). „Ständig, auch in der Freizeit nur mit Frauen zu leben“, „manchmal das Gefühl, entmündigt zu werden, obwohl es nur gut gemeint ist“, „die Hierarchie“, „das Verhältnis zwischen Klienten und Therapeuten - wie Wärter und strafgefangene Frauen“ (Vogt & Krah 1998). Viele Frauen wollen gar nicht in eine Fraueneinrichtung; sie haben Angst davor und finden die Vorstellung, für einige Monate nur mit Frauen zusammenleben zu müssen, erschreckend. Sie mobilisieren allen Widerstand, den sie aufbringen können, und sträuben sich entsprechend gegen die Behandlung. Das ist eigentlich nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass viele von ihnen gerade von den Müttern körperliche und wohl auch emotionale Gewalt erfahren haben, und dass sie nach sexuellen Übergriffen durch Männer von diesen nicht angenommen und getröstet worden sind. In dieser Verkettung von Erfahrungen liegt wohl auch einer der vielen Gründe, warum so viele süchtige Frauen die frauenspezifischen Hilfsangebote lange Zeit ausschlagen. Wenn sie sich aber doch auf diese Hilfen einlassen, machen sie schnell neue und wohl auch sehr wichtige Erfahrungen.

Typisch dafür sind folgende Aussagen: „Aber die Frauen waren dann mein Halt... Für mich war das Beste, einfach die Beziehungen, die ich aufgebaut habe im Frauenhaus... Das Gemeinschaftserlebnis mit Frauen möchte ich nicht missen“, „Ich hab dort gelernt, mit Frauen wirkliche Freundschaften aufzubauen“ (Gruber 2002 zitiert nach Haas & Enders-Dragässer o.J.), „Die Atmosphäre unter uns Frauen, das Geborgenheitsgefühl“, und „dass ich mich hier zu Hause fühle“ (Vogt & Krah 1998). Im Zusammenleben nur mit Frauen und in der Begegnung nur mit Beraterinnen und Therapeutinnen wächst offenbar sehr schnell ein neues Selbstverständnis heran, das alte Vorurteile aufbrechen lässt. Entsprechend verändert sich das Selbstwertgefühl der Frauen und mit ihm ihre Selbstwirksamkeitserwartungen.

Frauen sagen übereinstimmend, dass sie in Fraueneinrichtungen ihre persönlichen Probleme besser bearbeiten können als in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen. Frauen trauen sich, offen über ihre Probleme zu sprechen, weil sie sich von allen anderen akzeptiert fühlen; sie erleben zugleich, dass man ihnen vertraut und Eigenverantwortung einfordert. In einer solchen Atmosphäre gelingt es vielen von ihnen, alte Traumata zu bearbeiten. Vergleichbare Berichte liegen aus „normalen“ Einrichtungen nicht vor.

Klientinnen beurteilen denn auch Beraterinnen (in Fraueneinrichtungen) und Berater ganz verschieden.

Tabelle 7: Klientinnen beurteilen Betreuerinnen und Betreuer

Die Beraterin/der Berater	Nur zustimmende Antworten in %	
	Beraterin	Berater
...kann mich als Person akzeptieren	97%	77%
...hat vereinbarte Termine immer eingehalten	91%	59%
Ich habe viel Vertrauen zu ihr/ihm	88%	67%
...hat aufgestellte Regeln immer eingehalten	71%	50%
...stellt keine Forderungen an mich	57%	64%
...ist für mich ein Vorbild	22%	9%

Wie aus Tabelle 7 hervorgeht, fallen die Urteile über die Beraterinnen positiver aus als diejenigen über die Berater. Klientinnen fühlen sich von Beraterinnen eher akzeptiert als von Beratern, sie haben viel Vertrauen zu diesen, sie halten sie für korrekter und zuverlässiger als die Berater, wenn es um die Einhaltung von Terminen oder Regeln geht usw. Insgesamt schneiden die Beraterinnen und Behandlerinnen im Urteil ihrer Klientinnen gut ab – und dennoch sind sie ihnen keine Vorbilder (vgl. Vogt & Krahl 1998, 1999). Vielleicht ist der Abstand zwischen den Beraterinnen und Behandlerinnen und ihren Klientinnen zu gross, um diesen als Vorbild zu dienen; vielleicht sind es aber auch andere Gründe, die sie in deren Augen als Vorbilder ungeeignet erscheinen lassen.

Fasst man diese Aussagen zusammen, dann treffen die Klientinnen auf Beraterinnen und Behandlerinnen in Frauenberatungsstellen und in Frauentherapieeinrichtungen, die ihnen Respekt, Akzeptanz und Empathie entgegenbringen zusammen mit Kompetenz, Offenheit und der Bereitschaft, im Notfall sofort zu intervenieren und selbst aktiv zu werden. In der Praxis gibt es also viele Ansätze für Case Management, die allerdings zum Teil nicht sonderlich strukturiert sind (Schu et al. 2001, Schmid & Vogt 2001). Es sind wohl gerade diese Haltungen, die es den Klientinnen erleichtern, sich auf Veränderungen einzulassen.

5. Fazit

Wie ein kritischer Blick zurück und auf die empirischen Daten zeigt, hat die frauengerechte Suchtarbeit seit ihrem Beginn in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts einen weiten Weg zurückgelegt. Die alten Frauenbilder, die am Anfang Patin gestanden haben, sind obsolet; sie haben sich sozusagen selbst überlebt. Daraus sind aber bislang keine hinreichenden Konsequenzen gezogen worden. Jedenfalls fehlen gegenwärtig Modellvorstellungen über adäquate weibliche Lebensentwürfe und Frauenrollen, von denen dann entsprechende Konzepte zur frauengerechten Prävention und Behandlung abgeleitet werden können. Insbesondere fehlen Konzepte zum Qualitätsmanagement, die heute jedoch unerlässlich sind.

Wie neuere Entwicklungen zeigen, rücken Fragen nach einer frauengerechten Prävention und nach frauengerechten Ansätzen zur Frühintervention immer stärker in den Fokus. Das liegt auch daran, dass sich die Konsummuster von jungen Frauen im Umgang mit einer Reihe von psychoaktiven Substanzen immer mehr denen von jungen Männern angleichen. Gesundheitsförderung ist also angesagt, und diese wiederum muss gezielt Mädchen und junge Frauen ansprechen, um langfristige Gesundheitsschädigungen zu minimieren und Suchtkarrieren zu verhindern.

Entwickelt sich jedoch Sucht bei Frauen, dann brauchen sie weiterhin frauengerechte Hilfen. Insgesamt wird es notwendig sein, die Passgenauigkeit der Angebote auf ihre Übereinstimmung mit den Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen zu überprüfen und sie entsprechend weiter auszudifferenzieren. Wie hier gezeigt worden ist, sind frauenspezifische Einrichtungen sehr erfolgreich. Das ist aber kein Hinderungsgrund dafür, die Hilfen weiter zu optimieren und entsprechend auszubauen. Insbesondere sollten spezifische Angebote für Subgruppen entwickelt werden, wie sie beispielhaft für Frauen mit Kindern ausgebaut worden sind. Hier ist noch viel zu tun.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die frauengerechte Suchtarbeit eine Erfolgsgeschichte ist. Damit das so bleibt, sind die Ansätze weiterzuentwickeln in enger Verbindung mit einem

Qualitätsmanagement, wie es unsere Schweizer Kolleginnen ausgearbeitet haben (vgl. Ernst et al. 2000).

Literaturverzeichnis

Arnold, T. & Steier, M. (1997): Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung VILLA MARIA. Frankfurt: ISS

Ernst, C. (2001): Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht. In: Riecher-Rössler, A. & Rhode, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Basel: Krager

Ernst, M.-L., Matt, B., Middendorf, S., Schaetti, I. & Vedova, R.(2000): Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG

Haas, S. & Enders-Dragässer, U. (o.J.): Evaluationsbericht zum einjährigen Projekt „Sucht als Über-Lebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung?“ im Rahmen des DAPHNE-Programms der Europäischen Gemeinschaft. Frankfurt: Abschlussbericht

Hagemann-White, C. & Bohne, S. (2003): Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“. Osnabrück

Hanewinkel, R. & Wiborg, G. (2002): Riskantes Trinken im jungen Erwachsenenalter. Kiel: IFT-Nord

Henkel, D. (Hrsg.) (1998): Sucht und Armut. Opladen: Leske & Budrich

Henkel, D. (2001): Arbeitslosigkeit und Sucht - ein Bericht zum Stand der Forschung. In: FDR (Hrsg.): Reader 'Fachtagung Integration'. Hannover: FDR

Kerschel, A. V. (2003): Was Frauen von der Suchthilfe erwarten. Vortrag gehalten auf der Tagung „... und sollten mir alle Wunder geschehen“ in Hamburg am 5. 12. 2002

Körkel, J. (2001): Kontrolliertes Trinken: Vom Abstinenzfundamentalismus zur bedarfsgerechten Behandlungsoptimierung. In: Sucht aktuell 8, 16-23

Kraus, L. & Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Sucht 47, Sonderheft 1

Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T. & Pörksen, N. (1999): Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Krankenhaus. In: Sucht 45, 80-88

Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Kröger, C. (2003): Kontrolliertes Rauchen – ein wichtiges Therapieziel besonders bei jugendlichen Rauchern. In: Sucht 49, 60-61

Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994): Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes. Baden-Baden: Nomos

Ladberg, M., Schmid, M. & Vogt, I. (2003): Crack in der Frankfurter Drogenszene – Ergebnisse einer Befragung in einem Frankfurter Konsumraum. Manuskript. Frankfurt (im Druck)

Landesstelle Frauen & Sucht, Bella Donna (2001): Viola. Modellprojekt: „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“. Juli 1997 bisw Juli 2001. Essen

Lange, H. (o.J.): CAMILLE, Frauentherapieeinrichtung, Kurzkonzept. Frankfurt

Meulenbelt, A., Wevers, A. & van der Ven, C. (1998): Frauen und Alkohol. Reinbek: Rowohlt

Pedersen, W. & Skrondal, A. (1996): Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. In: Addiction 91, 565-581

Raschke, P., Kalke, J. & Degkwitz, P. (2000): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Hamburg: Vertheim

Römer, R. (2001): Kids&Co – Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern. In: Suchttherapie 2, 167-168

Rudolf, H. (1999): "Zufrieden? - Was heißt schon zufrieden". Regensburg (Roderer)

Scheib, H. & Steier, M. (1998): Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD. Frankfurt: ISS

Schmid, M. & Vogt, I. (1998): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1997, BADO. Frankfurt (ISS)

Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (1999): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1998, BADO. Frankfurt (ISS)

Schmid, M., Simmedinger, R. & Vogt, I. (2000): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1999, BADO. Frankfurt (ISS)

Schmid, M. & Simmedinger, R. (2000): Gibt es eine Zukunft nach der Therapie? Frankfurt: ISS

Schmid, M. & Vogt, I. (2001): Case Management und motivierende Beratung. In: Suchttherapie 2, 73-79

Schmidt, S. A. (2000): Prävalenz sexuellen Missbrauchs bei Opiatabhängigen. Berlin: VWB

- Schu, M., Schlanstedt, G. & Oliva, H. (2001): Hilfeplanung für chronisch mehrfachabehinrächrige Abhängige zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Suchttherapie 2, 65-73
- Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hrsg.)(1990): Suchtkranke – die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke
- Sieber, M., Hasenfratz, U. & Meyer, T. (2002): Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten in der Forel Klinik. In: Abhängigkeiten 8, 60-70
- Simmedinger, R., Schmid, M. & Vogt, I. (2000): Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 2000, BADO. Frankfurt (ISS)
- Soltau, R. (1984): Die frauenspezifische Abhängigkeit von Suchtmitteln. In: Merfert-Diete, C. & Soltau, R. (Hrsg.): Frauen und Sucht. Reinbek: Rowohl, S. 12-22
- Soltau, R. (2002): Erfahrungen der Beratungsstelle extra e.V. München. In: Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminckt“ am 5. Und 6. September in Berlin. Berlin: Die geschäftsstelle der Drogenbeauftragten beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, S. 51-59
- Sonntag, U. , Gräser, S., Stock, C. & Krämer, A. (Hrsg.) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim: Juventa
- Stumpfe, K.-D. (2003): Begrenztes Rauchen. In: Sucht 49, 57-59
- Vogt, M., Kufner, H. & Weiler, D. (2000): Katamnestiche Ergebnisse zur ambulanten medizinischen Rehabilitation unter Methadon-Substitution. In: Suchtmedizin 2, 93-102
- Vogt, I. (1990): Frauen, Sucht und Emanzipation: Selbstbilder und Fremdbilder. In: Appelt, C. et al.: Der feministische Blick auf die Sucht. Frankfurt: Frankfurter Frauenschule, S.65-82
- Vogt, I. (1997): BELLA DONNA. Die Frauendrogenberatungsstelle im Ruhrgebiet. Berlin: VWB
- Vogt, I. (1998): Frauen, illegale Drogen und Armut: Wiederholungszwänge im Elend. In: Henkel, D. (Hrsg.): Sucht und Armut. Opladen (Leske & Budrich), S. 191-208
- Vogt, I. (2002): Mütter – die Gesundheitsexpertinnen und Krankenpflegerinnen im Alltag. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 32, 565-575
- Vogt, I., Frieg, K. & Lipp, U. (2003): Gesundheit und Substanzkonsum im Kontext von Lebenslagen von Studierenden an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Abschlussbericht. Frankfurt (unveröffentlicht)
- Vogt, I. & Kraus, K. (1998): Evaluation frauenspezifischer Drogenberatung und Drogentherapie. Befragung von Frauen mit Drogenkarrieren über ihre Erfahrungen mit Institutionen. Frankfurt: Abschlussbericht

Vogt, I. & Krah, K. (1999): Klientinnen beurteilen Fraueneinrichtungen. In: Akzept (Hrsg.): 'The Times They Are A-Changin''. Internationaler Kongress über neue und aktuelle Ansätze akzeptierender Drogenarbeit und Drogenpolitik. Berlin: VWB, S. 97-109

Vogt, I., Leopold, B., Tödte, M. & Breuker-Gerbig U. (1998): Frauen und Sucht. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Vogt, I., Schmid, M. & Roth, M. (2000): Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 23, 5-13

Winkler, K. (1997): Zur Behandlung alkoholabhängiger Frauen in Fachkliniken. Eine multizentrische Studie. Regensburg: Roderer

Zencker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Baden-Baden: Nomos

Zobel, M. (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Göttingen: Hogrefe