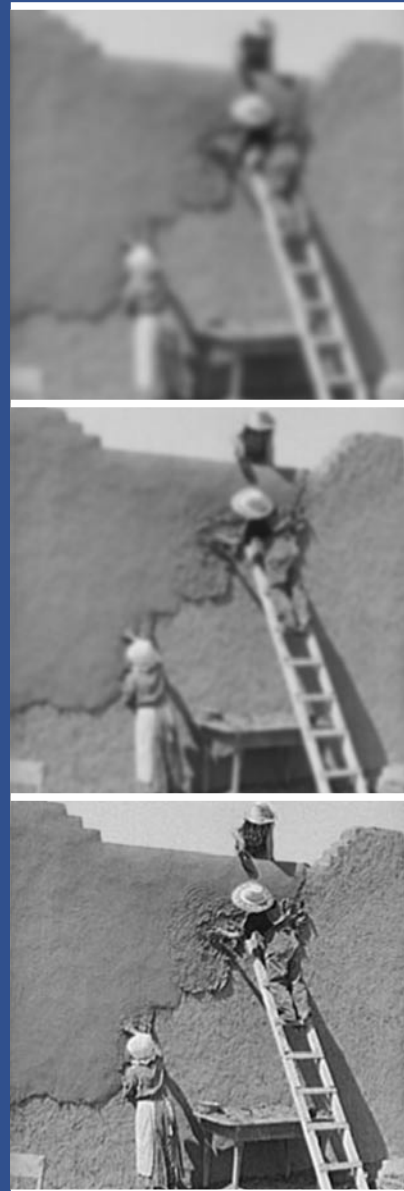


# Frauengerecht! Die Praxis

Dokumentation zur Umsetzung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich.»



Bundesamt  
für Gesundheit



## **Impressum**

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit  
Januar 2005

Kontakt und Bestelladresse: Bundesamt für Gesundheit,  
Sektion Drogen, Andrea Schärmeli, CH-3003 Bern,  
Telefon 031 323 88 09, E-Mail: [andrea.schaermeli@bag.admin.ch](mailto:andrea.schaermeli@bag.admin.ch)

Konzept und Redaktion: Marie-Louise Ernst, Régine Linder,  
Valérie Dupertuis, Franziska Eckmann, Geneviève Praplan

Gestaltung und Medienvorstufe: Satzart AG, Bern  
Druck: Fischer AG für Data und Print, Münsingen

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

# Frauengerecht!

## Die Praxis

### Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>		
Ausgangslage		4
<b>2</b>		
Irmgard Vogt: Zur Effektivität von Frauen-Suchtarbeit		6
2.1 Frauen im Behandlungssystem		6
2.2 Studien zur Effektivität der frauengerechten Behandlung		8
2.3 Fazit		14
<b>3</b>		
Das Projekt «Frauen-Netz-Qualität»		15
<b>4</b>		
Die fünf Schritte der Umsetzung		17
4.1 Einleitung		17
4.2 Übersicht über den Projektablauf «Frauen-Netz-Qualität»		17
4.3 Erster Schritt		18
4.4 Zweiter Schritt		19
4.5 Dritter Schritt		21
4.6 Viertes Schritt		22
4.7 Fünfter Schritt		23
<b>5</b>		
Die Umsetzung in den Institutionen		24
5.1 Übersicht zu den beteiligten Institutionsprojekten		24
5.2 frauen_oase Basel		26
5.3 KODA heroingestützte Behandlung Bern		28
5.4 Mascara-Bus Bern		31
5.5 Paradiesgässli Luzern		33
5.6 SAT-Projekt Bern		35
5.7 Quai 9 Genf		37
5.8 Zokl1 Zürich		39
5.9 Zone Bleue Yverdon		41
<b>6</b>		
«Frauen-Netz-Qualität»: Eine vorläufige Bilanz		43
<b>7</b>		
Literaturverzeichnis und Links		47
Literatur		47
Links		47
Literaturangaben zum Artikel von Irmgard Vogt		47

Seit Beginn der 90er Jahre werden in der Schweiz zunehmend frauengerechte Strukturen und Inhalte für die Arbeit im Suchtbereich gefordert. Mit der vom Bundesamt für Gesundheit BAG in Auftrag gegebenen und im März 1995 publizierten Studie «Frauen-Sucht-Perspektiven»<sup>1</sup> wurden die wissenschaftlichen Grundlagen dazu bereitgestellt. Weitere kamen hinzu, so die in der Westschweiz durchgeführte Untersuchung «Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande»<sup>2</sup> und die Arbeiten von anderen Fachfrauen, insbesondere aus Deutschland und aus dem anglosächsischen Raum.

Aufgrund der Schwierigkeiten, welche sich in Institutionen und bei Fachleuten in der Umsetzung des immer noch wachsenden Wissens zeigten, schuf das BAG im Jahr 1997 ein Mandat für die Förderung frauengerechter Arbeit im Suchtbereich, welches im Frühjahr 2001 auf die Förderung gendergerechter Angebote und Dienstleistungen erweitert wurde. Im Rahmen dieses Mandats wurden viele Aktivitäten entwickelt. Neben Beratungen und Weiterbildungen in zahlreichen Institutionen und einer vorwiegend an die Fachleute gerichteten Öffentlichkeitsarbeit wurden mehrere Instrumente für die Praxis erarbeitet.

Mit der Publikation des Argumentariums «Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil...» im Jahr 1998<sup>3</sup> wurde die Diskussion dieser Thematik über die interessierten und engagierten Fachkreise hinaus auch in die Ämter, Behörden und in die Politik getragen. Es entstand zudem ein Verzeichnis frauengerechter Angebote in der Suchtarbeit, welches sowohl als gedruckte<sup>4</sup> wie als Internetversion<sup>5</sup> vorliegt.

Aufgrund einer von der «Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD» organisierten Tagung zu Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der Überlebenshilfe im November 1996 bildete sich eine bereichsübergreifende und interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Thema Qualität von frauengerechten Angeboten im niederschweligen Bereich. Die kontinuierliche Weiterarbeit am Thema führte im Jahr 2000 zur Herausgabe der Broschüre «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich»<sup>6</sup>. Mit diesem Qualitätsentwicklungsinstrument für die Praxis werden die Institutionen im Drogenbereich aufgefordert, ihre Ziele und Dienstleistungen konsequent auch auf drogenkonsumierende und drogenabhängige Frauen auszurichten.

---

<sup>1</sup> Ernst, M.-L. et al., 1995: Frauen-Sucht-Perspektiven, Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern. Bezugsquelle: EDMZ, 3000 Bern.

<sup>2</sup> Groupe de travail «femmes, dépendances», 1998: Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Lausanne.

<sup>3</sup> Spreyermann, C., 1998: Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... Argumentarium im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.

<sup>4</sup> Spreyermann, C., Willen, C., 2001: Frauengerechte Angebote. Verzeichnis der Institutionen in der stationären Drogenarbeit und in der Überlebenshilfe im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.

<sup>5</sup> [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

<sup>6</sup> Ernst, M.-L. et al., 2000: Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. Ein Instrumentarium für die Praxis. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.

An der gesamtschweizerischen Tagung «Qualität hat ein Geschlecht» im September 2000 in Fribourg wurde das Instrumentarium «Frauengerecht!» lanciert. Gleichzeitig wurde das Angebot gemacht, Institutionen bei der Einführung und Durchsetzung dieses Qualitätsentwicklungsinstrumentes zu beraten und zu begleiten. Gesamtschweizerisch haben sich im Anschluss an die Tagung zunächst viele Institutionen bereit erklärt, in einem zweijährigen Projekt die Umsetzung des Instrumentariums in Angriff zu nehmen.

Dieses breite Echo auf die Tagung hat zur Erarbeitung eines eigenständigen, neuen Projektes geführt: «Frauen-Netz-Qualität». Über den Verlauf, die Erkenntnisse und Ergebnisse dieses Projektes wird mit der vorliegenden Broschüre berichtet.

Ziel der Broschüre ist es, Fachfrauen und -männer in der Qualitätsentwicklung frauengerechter Suchtarbeit zu unterstützen. Gleich zu Beginn zeigt ein Beitrag von Dr. Irmgard Vogt (Universität Frankfurt a. M.) auf, dass Forschungsergebnisse auf die grössere Wirksamkeit frauengerechter Suchtarbeit hinweisen. Anschliessend wird das Projekt «Frauen-Netz-Qualität» vorgestellt. Dabei wird durch das Schritt für Schritt dargestellte Vorgehen und erfolgreiche Beispiele aufgezeigt, dass Qualitätsentwicklung keine Hexerei ist, sondern sehr wohl in den Alltag von Institutionen integriert werden kann. Allen an diesem Projekt beteiligten Fachfrauen und Institutionen sei an dieser Stelle herzlich für ihren Mut und ihr Engagement gedankt.

## 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 Substanzproblemen<sup>7</sup> 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.

## 2.1 Frauen im Behandlungssystem

Über alkohol- und drogenabhängige Frauen, die das Hilfesystem in Anspruch nehmen, liegen heute eine Fülle von Daten vor. Einige dieser Ergebnisse sollen im folgenden kurz dargestellt werden, um die Problemlagen gerade dieser Gruppe zu beleuchten.

### Alter

Frauen und Männer mit Alkohol- oder Drogenproblemen kommen in unterschiedlichem Alter in die suchtspezifischen Beratungsstellen. In ambulanten Beratungsstellen sind Frauen (und Männer) mit Alkoholproblemen im Durchschnitt etwa 44 Jahre alt und Frauen (und Männer) mit Drogenproblemen etwa 32 Jahre alt, wenn sie dorthin gehen. Die Daten belegen weiterhin, dass die Gruppe der Drogenabhängigen kontinuierlich altert, das heisst Jahr für Jahr steigt das Durchschnittsalter der Frauen (und der Männer) ein wenig an. Wenn diese Entwicklung linear weitergeht, dann ist damit zu rechnen, dass in nicht allzu ferner Zeit kein Altersunterschied mehr besteht zwischen den hilfesuchenden Alkohol- und Drogenabhängigen.

Auffallend ist vor allem, dass Mädchen und junge Frauen (und Jungen und junge Männer) die Beratungsangebote kaum in Anspruch nehmen. Nur einige wenige Drogenabhängige zwischen 18 und 25 Jahren suchen in den Institutionen Hilfe. Die meisten jungen DrogenkonsumentInnen besprechen ihre Probleme lieber im Freundeskreis oder suchen sich anderswo Rat. Auch Beratungsstellen, die sich mit ihren Projekten nur an Mädchen und Frauen wenden, erreichen die Zielgruppe der jungen Frauen nur schwer.

Solange die Beratungsstellen für die Gruppe von Frauen (und Männern), die am Anfang ihrer Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenprobleme stehen, wenig attraktiv sind, ist es schwierig, Angebote zur Frühintervention umzusetzen. Hier sind die Institutionen gefragt, die sich neuer Mittel und Wege bedienen müssen, um diese Klientel zu erreichen oder sich wenigstens mit anderen Einrichtungen zu vernetzen, die für junge Menschen attraktiver sind.

Im folgenden konzentriere ich darauf, drogenkonsumierende Frauen (und Männer) etwas genauer darzustellen, ebenso Studien zur Effektivität der geschlechtsspezifischen Drogenhilfe.

<sup>7</sup> 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.

### **Drogenkonsummuster**

In den letzten 10 Jahren haben sich die Drogenkonsummuster verändert. Im Alltag hat sich in dieser Zeit Cannabis als universale Droge bei jungen Menschen durchgesetzt. Etwa jeder zweite Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren hat schon mal Haschisch probiert, und ein erheblicher Prozentsatz konsumiert diese Droge bei passender Gelegenheit. Mädchen unterscheiden sich etwas von Jungen: sie sind weniger bereit, Haschisch zu probieren, und diejenigen, die sich darauf einlassen, tun das seltener als diese. Ähnlich verhält es sich mit anderen sogenannten Partydrogen.

Da von dieser Gruppe von DrogengebraucherInnen nur ganz wenige traditionelle Drogenberatungsstellen aufsuchen, weiss man nicht, wie viele der Probierer oder der regelmässigen Konsumentinnen und Konsumenten dieser Drogen Probleme damit haben. Man vermutet aber mit gutem Grund, dass dieser Anteil etwas grösser ist, als bislang bekannt. Auch fehlen Konzepte, wie man diesen jungen Menschen mit dieser Art Drogenproblemen helfen kann.

In der Drogenszene hat man es heute vor allem mit Personen zu tun, die Drogen mischen. Zwar spielen für viele Opiate noch eine besonders wichtige Rolle, aber sie kombinieren diese mit Kokain oder Crack sowie zusätzlich mit Beruhigungsmitteln und anderen Stoffen. Die Konsummuster haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte stark diversifiziert; es gibt auf dem Drogensektor ebenso Moden wie in anderen Lebensbereichen, denen auch drogenabhängige Frauen folgen.

Nicht nur die Konsummuster diversifizieren sich immer weiter, auch die Einnahmeart. Zur Injektion von Heroin, Kokain und sogar von Crack kommt das Rauchen, das Schnupfen und das Schlucken. Was bedeutet das für die Hilfeeinrichtungen? Bislang gibt es dazu keine Diskussion, die das Geschlecht mitberücksichtigt.

### **Angaben zu den Lebensformen**

Der Anteil der drogenabhängigen Frauen, die ledig ist, liegt mit etwa 70 % weit über dem Durchschnitt von vergleichbaren Altersgruppen. Allerdings leben etwa 50 % von ihnen mit einem Partner zusammen, aber die Partnerschaften sind konfliktträchtig. Jedoch halten vor allem die Frauen oft hartnäckig am Partner fest, was für die Beratung gelegentlich schwierig ist. Ein Grund für die Belastungen der drogenabhängigen Frauen in diesen Beziehungen liegt darin, dass fast zwei Drittel der Partner selbst Suchtprobleme hat. Angesichts dieser Angaben wundert man sich nicht, wenn Forscher 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 oder alleine zu sein.

Neben den Partnern spielen die Kinder eine besondere Rolle. Etwa 40 % bis 50 % der drogenabhängigen Frauen haben Kinder, von denen wiederum etwa die Hälfte bei der Mutter lebt. In einigen Fällen lebt auch der (leibliche) Vater in der Familie, häufiger jedoch ein Partner. Die Mütter sind also meist die wichtigste Bezugsperson für die Kinder. In der Regel werden die Mütter medikamentös behandelt und erhalten Methadon oder Buprenorphin. Allerdings nehmen viele von ihnen nebenher noch eine Reihe weiterer Drogen. Es liegt auf der Hand, dass das Aufwachsen für Kinder unter solchen Bedingungen nicht leicht ist.

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 Drogenproblemen. Wie alle vorliegenden empirischen Daten zeigen, liegen die Schulabschlüsse von Frauen (und Männern) mit Drogenproblemen erheblich unterhalb von altersgleichen Vergleichsgruppen. Auch der Anteil derjenigen, die eine Berufsausbildung haben, ist mit 40 % sehr niedrig. Die meisten drogenabhängigen Frauen haben wenig oder keine Erfahrung mit der Arbeitswelt: sie waren nur kurzfristig oder nie in diese integriert.

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. Bedenkt man noch das Alter dieser Frauen sowie ihre Lebenssituation zum Beispiel als alleinerziehende Mutter, wird deutlich, dass eine berufliche Rehabilitation nur im Ausnahmefall erreicht werden kann. Das erschwert die Beratung und Behandlung erheblich, da eben wenig Aussicht besteht, aus dieser Lebenslage herauszukommen. Das wiederum verstärkt die Hoffnungslosigkeit und den Fatalismus der Klientinnen, die ja ohnehin wenig Hoffnung auf Erfolg haben. Es ist ein wahrer Teufelskreis, in dem sich hier die BeraterInnen befinden.

## **2.2 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 anderem daran, dass in vielen der Studien der Anteil der Frauen vergleichsweise niedrig ist, eine Folge 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 in «normalen» oder traditionellen Einrichtungen. 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 (Landesfachstelle 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 BehandlerInnen.

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 auf der Suchttherapie, deren Ziele folgendermassen beschrieben werden: «die Nachreife, 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 Ähnlichkeiten und Unterschieden in den Ergebnissen. Relativ ähnliche Daten finden sich zur Wohnsituation der Frauen sowie zu ihrem sozialen Netz, insbesondere was die Lebenssituation als Alleinerziehende betrifft. Unterschiede finden sich bei der Distanzierung gegenüber der Drogenszene und – wohl damit in Zusammenhang stehend – der finanziellen Situation der Mütter.

**Tabelle 1: 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 71 Familien mit Kindern aufgenommen; 34 Personen haben sich an der Katamnese (6 Mo nach Behandlung) beteiligt (23 Frauen und 11 Männer)
<b>Nach der Behandlung Angaben zum Konsumstatus:</b>	
Keine genauen Angaben vorhanden	52 % sind im Katamnesezeitraum nicht rückfällig (keine illegalen Drogen) geworden;  48 % berichten von mindestens einem Rückfall
<b>Angaben zum Wohnort:</b>	
Alle Klientinnen haben einen festen Wohnort	91 % haben eine eigene Wohnung;  7 % leben bei Angehörigen oder in Institutionen
<b>Angaben zum sozialen Netz:</b>	
25 % leben als (alte) Paare mit den Kindern zusammen;  46 % der Mütter leben entweder allein mit Kind(ern) oder mit einem neuen Partner und Kind(ern) zusammen;  29 % der Mütter leben ohne ihre Kinder (12 % dieser Kinder bei Pflegeeltern/im Heim, 11 % bei Grosseltern, 6 % bei Vätern)  31 % der Frauen haben Kontakt mit Menschen ohne Suchtprobleme	53 % leben als (alte) Paare mit Kindern zusammen;  29 % leben entweder allein mit Kind(ern) oder mit einem neuen Partner und Kind(ern) zusammen; (in 14 % aller Fälle leben einige aber nicht alle eigenen Kinder im Haushalt von Mutter oder Vater)  18 % der Mütter leben ohne ihre Kinder; die Trennung von Müttern und Kinder ist meist Folge von Rückfällen  68 % haben regelmässig Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie  82 % haben häufigen Kontakt zu Menschen ohne Suchtprobleme
<b>Angaben zur finanziellen Lage:</b>	
69 % der Mütter leben von Sozialhilfe	44 % der Mütter und 12 % der Väter leben von Sozialhilfe
<b>Angaben zur Gesundheit:</b>	
31 % der Mütter haben einen gewalttätigen Partner (keine weiteren Angaben zur psychischen Gesundheit der Mütter);  Schwierige Lage der alleinerziehenden Mütter bei Rückfällen, da Unterbringung der Kinder geregelt werden muss	38 % der Mütter und 12 % der Väter leiden unter Depressionen;  12 % der Mütter haben Selbstmordgedanken;  3 % der Mütter haben einen Selbstmordversuch unternommen;  32 % der Mütter und 15 % der Väter leiden unter Angstzuständen

Die Behandlung, sei sie nun ambulant oder stationär, verbessert nur bei einem Teil der Frauen die Gesundheit. In etwa einem Drittel der Fälle dauert die Gewalt in der Beziehung an, ein gutes Drittel leidet unter Depressionen (mit Selbstmordgedanken) und fast ebenso viele unter Ängsten. Die psychischen Belastungen sind mit der Behandlung keineswegs behoben. Sie sind besonders stark bei denjenigen, die nach der stationären Behandlung 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.

Interessant ist, dass sich im ambulanten Projekt ein eigener Schwerpunkt: Arbeit mit den Kindern, 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.

Im weiteren geht es um den Vergleich von **Ergebnisse katamnesticischer 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» oder traditionelle Therapieeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (Küfner et al. 1999).

Die Einrichtung CAMILLE ist eine feministische, frauenspezifische therapeutische Wohngemeinschaft. «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». Diese Ziele sollen 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.

Ganz anders sind die Ansätze von traditionellen Behandlungseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Ihre Behandlungsangebote richten sich an Frauen und Männer, aber es finden sich meist sehr viel mehr Männer als Frauen in diesen; in der Regel liegt der Anteil der Frauen pro Einrichtung bei 15 % bis 25 %. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Abstinenz, die u.a. mit der Einübung in einen geregelten Tagesablauf, der Übernahme von Verantwortung im Lebensalltag, gezielten Trainings zur Konfliktbearbeitung usw. gelernt und verfestigt werden soll. In vielen Einrichtungen gehört Rückfallprävention mittlerweile zum Repertoire der Behandlung, nicht jedoch Techniken zum Einüben von kontrolliertem Konsum ausgewählter psychoaktiver Substanzen.

Der Anteil der Frauen, die in der Fraueneinrichtungen CAMILLE behandelt worden sind, und der nach 4 Jahren nach der Therapie noch abstinent lebt, ist mit 51% bzw. 74 % (unter Einschluss derjenigen, die gelegentlich Alkohol konsumieren) erstaunlich hoch. Im Vergleich dazu nehmen nur 51% derjenigen, die in traditionellen Einrichtungen behandelt worden sind, 6 Monate nach Therapieende keine «harten» Drogen. In beiden Stichproben sind 18 % bzw. 15 % in medikamentöser Behandlung und erhalten eine Ersatzdroge (meist Methadon). Allerdings liegt der Anteil derjenigen, die zu alten Konsummustern zurückkehren, bei denjenigen der traditionellen Behandlungen sehr viel höher als bei der Fraueneinrichtung.

**Tabelle 2: Vergleich von Befunden von Behandlungsangeboten für erwachsene drogenabhängige Frauen und Männer**

Katamnesestudie «Stationäre Therapie für drogenabhängige Frauen» (CAMILLE)	Katamnesestudie «Stationäre Drogentherapie» (Daten aus 4 Entwöhnungseinrichtungen in NRW)
<p>Von 90 Klientinnen, die zwischen 1992 und 1999 in die Institution aufgenommen wurden, haben sich 39 an der Katamnese beteiligt</p> <p>Durchschnittsalter der Gesamtgruppe: 27 Jahre.</p>	<p>Von 150 Klient/innen, die im Zeitraum 1.1.1996 und 31.12.1996 in 4 Institutionen aufgenommen wurden, haben sich 121 an der Katamnese beteiligt;</p> <p>Durchschnittsalter der Gesamtgruppe: 27 Jahre.</p>
<p><b>Ergebnisse der Katamnese</b> <b>Angaben zum Konsumstatus:</b></p>	
<p>51 % sind «total» abstinent (von 39 Personen); 23 % konsumieren (gelegentlich) Alkohol; insgesamt nehmen also 74 % von den 39 Personen, die sich an der Katamnese beteiligt haben, 4 Jahre nach Behandlungsende keine illegalen Drogen</p> <p>18 % nehmen Ersatzdrogen (Methadon); 8 % nehmen «harte» illegale Drogen</p>	<p>23 % sind «total» abstinent und 28 % sind «frei von harten Drogen»; insgesamt nehmen also 51 % von 121 Personen, die sich an der Katamnese beteiligt haben, 6 Mo nach Behandlungsende keine «harten» illegalen Drogen</p> <p>15 % nehmen Ersatzdrogen (Methadon); 34 % nehmen «harte» illegale Drogen</p>
<p><b>Angaben zum Wohnort:</b></p>	
<p>69 % haben eine eigene Wohnung; 5 % leben bei Angehörigen; 26 % leben in einer Institution</p>	<p>44 % haben eine eigene Wohnung; 22 % leben bei Angehörigen; 30 % leben in einer Institution; 5 % sind wohnungslos</p>
<p><b>Angaben zum sozialen Netz:</b></p>	
<p>68 % haben eine Partnerschaft 51 % leben mit anderen zusammen (Partner/in, Kinder, Eltern, Freunde).</p> <p>97 % haben Kontakt zu Personen ohne Drogenprobleme</p>	<p>Keine Angaben vorhanden</p> <p>71 % haben häufig Kontakte zu Personen ohne Drogenprobleme</p>
<p><b>Angaben zur finanziellen Lage:</b></p>	
<p>71 % sind erwerbstätig (Voll- und Teilzeit); 13 % sind Hausfrauen 16 % sind arbeitslos oder erwerbsunfähig</p> <p>36 % leben von Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe</p>	<p>49 % sind erwerbstätig.</p> <p>33 % sind arbeitslos 18 % sind in berufsbildenden Massnahmen</p> <p>61 % leben von Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe</p>
<p><b>Angaben zur Gesundheit:</b></p>	
<p>51 % bezeichnen sich als gesund.</p> <p>Rückfällige bezeichnen sich zu 80 % als krank.</p>	<p>Keine Angaben vorhanden</p> <p>26 % haben eine Depression (BDI); insgesamt sind 59 % durch psychische Probleme belastet;</p> <p>Rückfälle sind zu 100 % mit Depressionen, inneren Spannungen und Frustrationen assoziiert.</p>

Auch bei diesem Vergleich der Ergebnisse von Katamnesestudien mit sehr verschiedenen Settings findet man Ähnlichkeiten und Unterschiede. Das Durchschnittsalter der Klientel ist in beiden Studien 27 Jahre, eine Übereinstimmung, die für sich genommen bemerkenswert ist.

Die Unterschiede im Konsumstatus nach der Behandlung erklären wohl auch zu einem grossen Teil die weiteren Differenzen zwischen den Stichproben. Frauen, die in der Fraueneinrichtung behandelt worden sind, sind ganz überwiegend gut sozial eingebunden, haben einen festen Wohnort, sind in die Arbeitswelt integriert und tragen selbst zum Unterhalt bei. Mit 36 % liegt der Anteil derjenigen, die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen, erheblich niedriger als in entsprechenden Vergleichsgruppen, auch dies ein Hinweis auf die gelungene soziale Reintegration. Im Vergleich dazu schneiden Behandelte in traditionellen Einrichtungen durchweg schlechter ab. Der Anteil derjenigen, die eine eigene Wohnung haben, und die in die Arbeitswelt integriert sind, liegt relativ niedrig. Erwartungsgemäss ist der Anteil der Erwerbslosen relativ hoch, ebenso mit 61 % der Anteil derjenigen, die Arbeitslosen- oder Sozialhilfe beziehen.

Wie bereits im Vorhergehenden beschrieben, ist Rückfall mit gesundheitlichen Belastungen assoziiert. Frauen und Männer, 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 psychischen Störungen einhergehen, insbesondere mit Depressionen und Ängsten. Die Daten lassen es nicht zu, zu differenzieren zwischen psychischen Störungen, die dem Rückfall vorausgehen oder solchen, die durch diesen ausgelöst werden. In jedem Fall erschweren sie die Rückfallprävention und darüber hinaus die Behandlung insgesamt.

Alles in allem genommen, belegen die hier vorgestellten Beispiele, dass die Behandlungen von Frauen mit und ohne Kinder in Fraueneinrichtungen sehr erfolgreich sind. Hier stellt sich die Frage, was eine frauengerechte Behandlung so erfolgreich macht. Dazu liegen bislang kaum methodisch fundierte 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 Weibehaus... 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 meine Feindbilder... Meine Angst vor dem Frauenhaus war riesengross, weil ich bin immer von Frauen enttäuscht worden» (Haas & Enders-Drägässer 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 strafgefängene Frauen» (Vogt & Krahn 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 auch von den Müttern Gewalt erfahren haben bzw. vor Gewalt nicht geschützt worden sind, und dass sie nach sexuellen Übergriffen durch Männer 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 zunächst einmal ausschlagen. Wenn sie sich aber doch auf diese Hilfen einlassen, machen sie schnell neue und wohl auch sehr wichtige positive 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» (Haas & Enders-Drägässer 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, die sich ihnen mit Respekt, Empathie und Kompetenz zuwenden, 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 Einrichtungen zusammen mit Männern. Frauen trauen sich in Gruppen und in der Begegnung mit Expertinnen (Beraterinnen, Therapeutinnen), 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» oder traditionellen Einrichtungen nicht vor.

## 2.3 Fazit

Frauen brauchen frauengerechte Hilfen zur erfolgreichen Behandlung von Sucht. Was im einzelnen damit gemeint ist, wandelt sich mit der Zeit. Daher ist es immer wieder notwendig, 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. Exemplarisch stehen dafür die Projekte, die sich gezielt an Frauen mit Kindern wenden.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die frauengerechte Suchtarbeit eine Erfolgsgeschichte ist. Damit das so bleibt, sollte das Qualitätsmanagement ausgebaut werden. Unsere Schweizer Kolleginnen haben Wege aufgezeigt, wie hier zu arbeiten ist (vgl. den Bericht in diesem Band).

Die Ziele des Projekts «Frauen-Netz-Qualität» waren darauf ausgerichtet, frauengerechte Angebote zu institutionalisieren, zwischen den beteiligten Institutionen eine Vernetzungsstruktur herzustellen und die Erfahrungen mit der Qualitätsarbeit in diesem Bereich öffentlich zugänglich zu machen.

**Mit folgenden Massnahmen sollten die Ziele erreicht werden:**

1. Die Einrichtungen der Suchthilfe mussten sich für eine Teilnahme am Projekt über 2 Jahre verpflichten.
2. Das Einverständnis und die Unterstützungszusicherung der Leitung resp. der Trägerschaft musste vorliegen.
3. Es sollten insgesamt drei Treffen mit sämtlichen beteiligten Einrichtungen stattfinden: zu Beginn (Startveranstaltung), nach einem Jahr (Standortbestimmung) und am Ende der zweijährigen Projektdauer (Auswertungsveranstaltung).
4. Zwischen den drei Plenumveranstaltungen sollten ein bis zwei Treffen in Untergruppen stattfinden, welche der Standortbestimmung, Weiterentwicklung und Planung der jeweils nächsten Schritte gemäss dem Instrumentarium «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich» dienen.
5. Sowohl die Plenumveranstaltungen wie die Gruppentreffen sollten von erfahrenen und qualifizierten Frauen moderiert und begleitet werden.
6. Die laufend gemachten Erfahrungen sowie die Ergebnisse der Zwischen- und Schlussevaluation sollten öffentlich gemacht und insbesondere im Internet publiziert werden.

Eine Begleitgruppe sollte die Moderation und Begleitung der Plenumsveranstaltungen und die Beratung anlässlich der Gruppentreffen und während der ganzen Projektdauer sicherstellen.

**Der Projekt-Begleitgruppe gehörten an:**

- Valérie Dupertuis, Rel'ier Lausanne, Koordinatorin der «plateforme femmes, dépendances»
- Franziska Eckmann, Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE, Bern
- Marie-Louise Ernst, Beauftragte des BAG für die Förderung geschlechtergerechter Suchtarbeit
- Régine Linder, Schweizer Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD, Freiburg
- Geneviève Praplan, Mallette Genre, SFA Lausanne
- Claire Roelli, Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE, Bern (bis Februar 2002)

Die Koordination des Projekts «Frauen-Netz-Qualität» wurde von Marie-Louise Ernst im Rahmen des BAG-Mandats für die Förderung geschlechtergerechter Arbeit im Suchtbereich wahrgenommen. Die Infrastruktur und das Sekretariat wurden von der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD zur Verfügung gestellt.

Die folgende Übersicht illustriert, in welchen Zusammenhängen das Projekt «Frauen-Netz-Qualität» steht:



<sup>8</sup> Angaben zu den verschiedenen Publikationen finden Sie im Anhang.

<sup>9</sup> Unterlagen zu den einzelnen Tagungen finden Sie unter [www.fasd-brr-urd.ch](http://www.fasd-brr-urd.ch).



Das nun folgende Kapitel zeigt zunächst eine grafische Übersicht zum Ablauf des Projektes. Der Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Ablauf und den einzelnen Schritten der Umsetzung wird hergestellt. Die unter den fünf Schritten aufgelisteten Punkte werden in den folgenden Abschnitten erläutert. Dabei werden die

## 4.1 Einleitung



### Ziele

welche jeweils erreicht werden müssen, aufgelistet und die dafür notwendigen



**Vorgehensweisen** werden erläutert.

Mögliche



**Hindernisse und Stolpersteine** kommen zur Sprache

und es wird auf



**Tipps, Strategien und Instrumente**

hingewiesen, welche bei der Bewältigung dienlich sein können.

## 4.2 Übersicht über den Projektablauf «Frauen-Netz-Qualität»

Projektstart			Zwischenbilanz												Schluss									
2001			2002												2003									
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1. Schritt			2. Schritt			3. Schritt			4. Schritt			5. Schritt												
– Bestehende frauen-gerechte Dienstleistungen in der Institution sind erhoben			– Entscheidung über Wahl zwischen den 5 Hauptzielen ist gefällt			– Evaluation ist definitiv geplant			– Abschluss Pilotphase			– Nachhaltigkeit und Verankerung sind gewährleistet												
– Entscheidung über Entwicklung neuer Dienstleistung(en) ist gefällt			– Neue Dienstleistung(en) ist/sind ausgewählt			– Start der neuen Dienstleistung(en) ist erfolgt			– Projektevaluation (Datenauswertung, Interpretation) ist in der Schlussphase			– Evaluation ist abgeschlossen												
– Eine Klientinnenbefragung hat stattgefunden			– Standards auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene sind definiert			– Datenerfassung für Projektevaluation hat begonnen						– Berichterstattung ist erfolgt												
– Die Rahmenbedingungen sind geklärt			– Indikatoren sind definiert																					
– Das Team ist instruiert			– Einführung der neuen Dienstleistung(en) ist geplant																					
			– Erste Evaluationsidee ist vorhanden																					

### 4.3 Erster Schritt



- Im Verlauf dieses ersten Schrittes müssen folgende **Ziele** erreicht werden:
- Eine Erhebung der von der Institution bereits geleisteten frauengerechten Arbeit ist erfolgt.
  - Der Entscheid über die Entwicklung von neue(n) Dienstleistungen oder Angeboten für Klientinnen ist gefällt und die Leitung unterstützt das Vorhaben.
  - Die beteiligten MitarbeiterInnen sind ins Instrumentarium «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschwelligen Angebote im Suchtbereich» eingeführt.
  - Die zuständige Projektleitung in der Institution verfügt über Kenntnisse in Projektmanagement.
  - Die Rahmenbedingungen für die Projektdurchführung sind geschaffen: das heisst zeitliche und personelle Ressourcen, finanzieller Rahmen usw., sind geklärt.



- Folgende **Massnahmen** sind für die Erreichung der Ziele nötig:
- Anlässlich einer Teamsitzung, bei grösseren Institutionen in den verschiedenen Teams, wird das Vorhaben vorgestellt. Dazu gehört auch die Vorstellung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschwelligen Angebote im Suchtbereich». In Form eines Brainstormings wird erhoben, was die Institution bereits leistet, um den weiblichen Klientinnen gerecht zu werden.
  - Eine Projektgruppe wird zusammengestellt und die entsprechenden Rollen müssen geklärt werden.
  - Es muss sichergestellt werden, dass die Projektleitung gute Kenntnisse in Projektmanagement hat. Allenfalls muss eine entsprechende Weiterbildung besucht werden.
  - Eine Bedürfnisabklärung bei den betroffenen Klientinnen (zum Beispiel eine mündliche oder schriftliche Umfrage) wird durchgeführt.
  - Eine Abklärung über die notwendigen Rahmenbedingungen (zum Beispiel müssen für die Erarbeitung eines Manuals zum Thema Gewalt auch Fragen zum Herausgeber, Druck, Auflage usw. geklärt werden), insbesondere über die finanziellen Konsequenzen muss erfolgen.



#### **Stolpersteine und Hindernisse**

- Widerstände regen sich, zum Beispiel in Form von Desinteresse oder Äusserungen wie «Muss das sein, wir haben doch genug anderes zu tun ...»
- Frauen trauen sich die Projektleitung nicht zu.
- Die Unterstützung der Leitung ist nicht explizit zugesichert.



#### **Tips, Hinweise und Anregungen zur Bewältigung**

- Das Einverständnis der Leitung muss zwingend eingeholt werden, besser noch: Die Leitung muss vom Vorhaben überzeugt sein. Notwendige personelle und finanzielle Mittel müssen zugesichert werden.
- Das Instrumentarium «Frauengerecht! Anforderungen an die niederschwelligen Angebote im Suchtbereich» muss allen bekannt sein.
- Um Widerstände abzubauen, kann es hilfreich sein, eine Referentin einzuladen, welche ein ähnliches Projekt in einer anderen Institution bereits durchgeführt hat.
- Eine Schulung in Projektmanagement unterstützt das Vorhaben und gibt Sicherheit.
- Falls die Finanzierung durch die Institution selbst in Frage gestellt ist, müssen Abklärungen bei möglichen Finanzgebern gemacht werden.

## 4.4 Zweiter Schritt



Im Verlauf des zweiten Schrittes müssen folgende **Ziele** erreicht werden:

- Eine der fünf Zielsetzungen aus dem Instrumentarium ist gewählt und die dazu gehörigen Dienstleistungen und Angebote sind festgelegt.
- Die Institution hat Standards zu den neuen Dienstleistungen auf den drei Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis formuliert.
- Erste Evaluationsideen sind vorhanden.
- Die Institution hat – wenn die Ziele nicht präzise genug, das heisst direkt messbar formuliert werden konnten – Indikatoren bezeichnet, mit denen überprüft werden kann, in wie weit die getroffenen Massnahmen erfolgreich sind.
- Es besteht ein Zeitplan, welcher die Einführung der neuen Angebote und Dienstleistungen festlegt und Auskunft gibt über die verschiedenen Etappen der Einführung, Durchführung und der Auswertung.

Die folgenden **Massnahmen** helfen bei der Erreichung dieser Ziele:

- Die fünf Zielsetzungen frauengerechter Suchtarbeit werden der Erhebung über das, was die Institution bezüglich frauengerechter Suchtarbeit bereits leistet, gegenübergestellt und Lücken werden erfasst.



### Die fünf Zielsetzungen:

- Das Gesundheitsbewusstsein von Klientinnen soll gefördert werden.
- Das professionelle Umfeld soll für klientinnenspezifische Anliegen sensibilisiert werden.
- Klientinnen sollen darin unterstützt werden, Schritte aus der Opferrolle heraus zu machen.
- Klientinnen sollen befähigt und unterstützt werden, sich ein kleines Beziehungsnetz aufzubauen oder wiederherzustellen.
- Klientinnen sollen Perspektiven in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung entwickeln können.

- Die Projektleitung resp. das Projektteam arbeitet entsprechende Vorschläge zur gewählten Zielsetzung, den zu entwickelnden Angeboten, den dazugehörigen Standards und Indikatoren sowie zum Zeitplan aus.

Beispiel mit dem Ziel: Schritte aus der Opferrolle heraus ermöglichen:

Dienstleistung/ Angebot	Struktur	Prozess	Ergebnis
Manual zum Thema Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Auftrag zur Erarbeitung ist ergangen</li> <li>– Personelle Ressourcen sind vorhanden</li> <li>– Budget für Manual ist genehmigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sammeln, sichten und werten des vorhandenen Materials</li> <li>– Ergänzen und aktualisieren des Materials</li> <li>– Betroffene werden in die Erarbeitung einbezogen</li> <li>– Die einzelnen Kapitel des Manuals werden erarbeitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Manual liegt vor</li> <li>– Die Mitarbeiterinnen sind in der Nutzung des Manuals geschult</li> <li>– Die Klientinnen nutzen das Manual</li> </ul>

Um das Ergebnis «Die Klientinnen nutzen das Manual» messen zu können, müssen hier Indikatoren formuliert werden. Zum Beispiel: Während der Öffnungszeiten wird das Manual mindestens von fünf Klientinnen benutzt.

- Bei der Festlegung der Zielsetzung, der Dienstleistungen und Angebote, den dazugehörigen Standards und der zeitlichen Etappierung müssen in einer adäquaten Vernehmlassung Leitung und Team miteinbezogen werden.
- Das Projektteam muss sich damit auseinandersetzen, welche Ebene des Projektes (Struktur, Prozess, Ergebnis) evaluiert werden soll, da nie alle Aspekte eines Projektes erfasst werden können. Welchen Zweck soll die Evaluation haben, was wollen wir erfahren, besser wissen nach dem Abschluss des Projektes?



#### **Stolpersteine und Hindernisse**

- Die Standards zu den Qualitätsebenen Struktur, Prozess und insbesondere zu den Ergebnissen sind zu wenig präzise.
- Der Zeitplan ist nicht realistisch.
- Es werden nicht alle relevanten Personen miteinbezogen.



#### **Tipps, Hinweise und Anregungen zur Bewältigung**

- Wenn die Formulierung der Ergebnisse präzise genug ist, das heisst direkt mess- und überprüfbar ist, brauchen keine Indikatoren mehr festgelegt zu werden.
- Falls externe Fachstellen oder Personen für die Durchführung vorgesehen sind, ist ein früher Einbezug – bereits in der Planungsphase – ausserordentlich wichtig.
- Eine Ablaufstruktur für Vernehmlassungen sollte festgelegt werden. Wer ist bei welchen Schritten zu informieren? Wer hat welche Entscheidungskompetenzen?

#### **Beispiele aus dem Projekt «Frauen-Netz-Qualität»:**

Im Folgenden sollen einige Beispiele aus unserem konkreten Projekt dargestellt werden. Die beteiligten Institutionen haben sich für den Ausbau bestehender oder für die Einführung neuer Angebote und Dienstleistungen entschieden.

In einer gemischt geschlechtlichen Anlaufstelle wurde die Zielsetzung, das professionelle Umfeld für Anliegen der Klientinnen zu sensibilisieren, in den Mittelpunkt gestellt. Drei Massnahmen sind vorgesehen: Die Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin der Familienplanung, welche sich einmal pro Monat während der Essenszeit in der Anlaufstelle aufhält, soll ermöglichen, über Themen wie Verhütung, Schwangerschaft, Sexualität zu sprechen. Ein spezielles Anschlagbrett für die Klientinnen, das sie auch mitgestalten können, soll eingerichtet werden. Weiter ist geplant, die Zusammenarbeit mit einer Gynäkologin aufzubauen.

Im Rahmen eines Busbetriebs für sich prostituierende drogenkonsumierende Frauen soll ein Handbuch zum Thema Gewalt erstellt werden. Um Klientinnen Schritte aus der Opferrolle hinaus zu ermöglichen, sollen Institutionen, welche mit der gleichen Zielgruppe arbeiten, vernetzt werden. Mitarbeiterinnenschulung einerseits und die Beratung und Prävention bei Klientinnen andererseits sollen das erwähnte Ziel erreichen helfen.

In einer Kontakt- und Anlaufstelle wurde ebenfalls «Schritte aus der Opferrolle» als Grobziel gewählt. Einmal pro Monat soll eine Mediatorin zum Thema Prostitution anwesend sein. Als Peer soll sie von den Mitarbeiterinnen so ausgebildet und begleitet werden, dass sie die Klientinnen im Sinne von Empowerment unterstützen kann.

Mit dem Ziel, das Gesundheitsbewusstsein von Klientinnen zu fördern, sollen in einer Übergangswohngemeinschaft folgende Dienstleistungen eingeführt werden: ein einfacher Zugang zu frauenspezifischer Information, die systematische Thematisierung von Aids- und Hepatitisprävention sowie die Begleitung von Klientinnen zu medizinischen Gesundheitsdiensten.

In einigen Institutionen wurden mit verschiedenen Methoden (grosse Plakate, Umfrage) die Bedürfnisse der Klientinnen erhoben, um dann Angebote formulieren zu können. Dienstleistungen und Angebote für Mütter, Familien, für sich prostituierende Drogenkonsumentinnen zeichneten sich ab.

Diese ausgewählten Beispiele zeigen, dass ein grosses Spektrum an Ideen und Umsetzungsmöglichkeiten besteht!

Im Verlauf des dritten Schrittes sollen folgende **Ziele** erreicht werden:

- Der Start der neuen Dienstleistung(en) ist erfolgt.
- Die Evaluation ist geplant und entsprechende Instrumente sind entwickelt.
- Die Datenerfassung für die Projektevaluation hat begonnen.



## 4.5 Dritter Schritt

**Massnahmen** zur Erreichung der Ziele:

- Der Zeitpunkt des Starts neuer Dienstleistungen und Angebote muss allen Beteiligten kommuniziert werden.
- Alle Beteiligten müssen über ihre Aufgaben und die nötigen Abläufe beim Start der neuen Dienstleistungen instruiert werden.
- Es muss sichergestellt werden, dass alle Rahmenbedingungen erfüllt sind (zum Beispiel Räumlichkeiten, Materialien, Gesprächsleitfaden usw.).
- Die Projektleitung erarbeitet zusammen mit dem Projektteam die Evaluation und die entsprechenden Instrumente wie zum Beispiel Statistikbogen, Gesprächsleitfaden, Fragebogen zum Ankreuzen usw.



### Dabei sind folgende Schritte zu beachten:

#### 1. Was soll evaluiert werden?

- Die Rahmenbedingungen des Projektes (Öffnungszeiten, Einrichtung des Raumes, gewählte Häufigkeit usw.)
- Die Prozesse im Projekt (Arbeitsmethoden, Akzeptanz und Inanspruchnahme, Abläufe usw.)
- Die Ergebnisse des Projektes (Veränderungen bei der Zielgruppe in Bezug auf Wissen, Einstellungen, Verhalten)

#### 2. Wie soll evaluiert werden?

- Mit Fragebogen
- Einzelinterviews
- Beobachtungen (nach vorgegebenen Kriterien)
- Analyse von Dokumenten und schriftlichen Unterlagen

#### 3. Bei wem, mit welchen Informationsquellen soll evaluiert werden?

- Bei der Zielgruppe
- Bei den beteiligten MitarbeiterInnen
- Mit Hilfe von Protokollen

- Die Evaluationsinstrumente müssen den beteiligten Mitarbeiterinnen abgegeben werden. Es muss geklärt werden, was genau von ihnen erwartet wird, zum Beispiel Strichlisten zur Nutzung eines Angebotes oder die genauen Fragestellungen bei einer mündlichen Klientinnenbefragung.



#### **Stolpersteine und Hindernisse**

- EinzelkämpferInnentum zeigt sich in dieser Phase besonders deutlich und wirkt sich besonders negativ aus. Es ist zum Beispiel immer noch so, dass Subventionen gewährt werden, ohne dass geschlechtergerechte Arbeit eingefordert wird. Häufig wird so das Engagement für geschlechtergerechte Arbeit zum persönlichen Engagement einzelner MitarbeiterInnen und wird nicht vom ganzen Team mitgetragen.
- Dem Startpunkt wurde zu wenig Gewicht gegeben.
- Der zeitliche Aufwand für das zusätzliche Angebot wurde unterschätzt oder nicht klar genug eingeplant (zum Beispiel Überzeitakkumulation!).
- In der Institution ist zu wenig Grundwissen zur (Selbst-)Evaluation vorhanden.
- Spätestens hier wird klar, wenn die Ziele nicht überprüfbar formuliert wurden.



#### **Tipps, Hinweise und Anregungen zur Bewältigung**

- Die zeitliche Planung des Projektes revidieren, um Zeit für die Suche nach weiteren Projekt-MitarbeiterInnen zu gewinnen.
- Sich nach strukturellen Ursachen von Verzögerungen und EinzelkämpferInnentum fragen.
- Es lohnt sich, den Start eines neuen Angebotes breit zu kommunizieren und auch symbolisch zu begehen, zum Beispiel mit einem Apéro.
- Die Website [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch) von Gesundheitsförderung Schweiz bietet zur Evaluation von Projekten viele wertvolle Planungs- und Durchführungsinstrumente an.
- Die Broschüre von Meier C.: Leitfaden für die Selbstevaluation in der Projektarbeit. SFA Verlag, Lausanne, 1997, bietet Schritt für Schritt Hilfe.

## **4.6 Vierter Schritt**



Im Verlauf des vierten Schrittes sollen folgende **Ziele** erreicht werden:

- Die Pilotphase der neuen Dienstleistung(en) ist abgeschlossen.
- Der Start der Schlussevaluation ist erfolgt.



**Massnahmen** zur Erreichung der Ziele:

- Alle Beteiligten (Leitung, Team, ProjektmitarbeiterInnen, Klientinnen) werden über den Abschluss der Pilotphase informiert.
- Die Mitarbeiterinnen, welche die Evaluation durchführen, müssen mit allfälligen neuen Instrumenten (Fragebogen, Gesprächsleitfaden, Statistikblättern usw.) bedient und instruiert werden.
- Es müssen Termine festgelegt werden, bis wann die ausgefüllten Evaluationsinstrumente bei der Projektleitung sein müssen.



#### **Stolpersteine und Hindernisse**

- Die Evaluation wurde nicht ausreichend früh geplant, so dass zum Beispiel Statistiken nicht erhoben werden konnten. Es breitet sich Unmut aus.
- Die Unterscheidung von Projekt- und Evaluationszielen erweist sich als schwierig.



#### **Tipps, Hinweise und Anregungen zur Bewältigung**

- Kreativität ist gefragt: Welche Möglichkeiten zur Evaluation bestehen sonst noch? Zum Beispiel kann ein Feedback des Teams zum Projekt und zur Projektleitung eingeholt werden. Die Nutzerinnen der neuen Dienstleistung können befragt werden.
- Die bereits erwähnte Broschüre von Meier C.: Leitfaden für die Selbstevaluation in der Projektarbeit, SFA Verlag, Lausanne, 1997, bietet auch hier Hilfe.

- Mit dem Abschluss der Pilotphase ist ein Meilenstein erreicht und eine neue Phase, die der Evaluation wird eingeleitet. Das soll gefeiert werden (mit einem Apéro, einem speziellen Referat oder ähnlichem).

Im Verlauf des fünften Schrittes sollen folgende **Ziele** erreicht werden:

- Nachhaltigkeit und Verankerung der neuen Dienstleistung(en) sind gewährleistet.
- Die Evaluation der Pilotphase ist abgeschlossen.
- Die Kommunikation zum Projekt ist erfolgt.



## 4.7 Fünfter Schritt

**Massnahmen** zur Erreichung der Ziele:

- Überlegungen zur Nachhaltigkeit wurden mit Vorteil schon früher angestellt. Das heisst zum Beispiel: Die Unterstützung durch die Leitung ist vorhanden; Ressourcen personeller und finanzieller Art sind ausreichend vorhanden; es ist geplant, das neue Angebot bei Erfolg ins ordentliche Budget zu übernehmen; Herstellungskosten für Materialien sind einkalkuliert.
- Die gesammelten Daten über die Pilotphase müssen zusammengestellt, interpretiert und zusammengefasst werden. Die Projektleitung muss die Ergebnisse mit den beteiligten Mitarbeiterinnen diskutieren und allenfalls Hilfe bei der Interpretation der Daten in Anspruch nehmen.
- Die Projektleitung erstellt einen Bericht über das Projekt.
- Es muss beraten und beschlossen werden, wie und wo der Bericht oder eine Zusammenfassung verbreitet werden soll.



**Stolpersteine und Hindernisse**

- Die Interpretation der gesammelten Daten bietet Schwierigkeiten.
- Die Projektleitung oder die Projektgruppe hat Mühe, den Projektbericht zu verfassen.
- Die Kosten für die dauerhafte Implementierung der neuen Dienstleistung wurden nicht einberechnet.



**Tipps, Hinweise und Anregungen zur Bewältigung**

- Es ist wichtig, Interpretationen von gesammelten Daten mit anderen Personen (Beteiligte und Nicht-Beteiligte) zu diskutieren. Sinnvoll kann auch sein, die Resultate mit den betroffenen Klientinnen zu besprechen.
- Es muss genügend Zeit für Abschlussarbeiten (Berichte usw.) eingeplant werden.
- Eine weitere, viel zu wenig genutzte Möglichkeit ist es, sich bei professionellen Anbietern von Evaluationen Hilfe zu holen. Institute für Sozial- und Präventivmedizin, Fachhochschulen usw. bieten in der Regel Beratung und Hilfe für relativ wenig Geld an.
- Vielleicht gibt es eine Stiftung oder einen Verein, welcher bereit ist, einmalige oder wiederkehrende finanzielle Beiträge zu leisten, um ein neues Angebot nachhaltig zu verankern.



# 5

## Die Umsetzung in den Institutionen

Acht von zehn Institutionen, die sich am Projekt «Frauen-Netz-Qualität» beteiligten, konnten neue Dienstleistungen einführen und auswerten. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zu all diesen Teilprojekten. Anschliessend werden alle Institutionsprojekte einzeln nach dem gleichen Raster vorgestellt. Nach einer kurzen Beschreibung der Institution werden deren Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität», die Umsetzung und die Ergebnisse dargestellt.

### 5.1 Übersicht zu den beteiligten Institutionsprojekten

Institution	Ort	Angebot der Institution	Ziel gemäss Instrumentarium	Massnahmen Dienstleistungen
<b>Frauen Oase</b>	<b>Basel</b>	Anlaufstelle für sich prostituierende Frauen	– Gesundheitsbewusstsein fördern	– Gynäkologische Betreuung intern
<b>KODA</b>	<b>Bern</b>	Heroin-gestützte Behandlung HeGeBe	– Professionelles Umfeld sensibilisieren – Schritte aus der Opferrolle	– Weiterbildung Gesamt-Team – Austausch und Vernetzung mit Externen – Soziothek zu frauengerechter Suchtarbeit – Persönlichkeitsstärkende Kurse – Frage nach gewünschtem Geschlecht der Bezugsperson – Kinderhütendienst während Konsumzeit
<b>SAT-Projekt</b>	<b>Bern</b>	Betreutes Wohnen	– Gesundheitsbewusstsein fördern	– «6-Themen-Raster» – Besuch FGZ, begleitete Besuche bei ÄrztInnen – Selbstverteidigungskurs – Einlassen auf Neues/Unbekanntes – Menstruation thematisieren – Essverhalten/Kochen – Männliche Seiten entdecken
<b>Mascara Bus</b>	<b>Bern</b>	Anlaufstelle für sich prostituierende Frauen	– Schritte aus der Opferrolle – Professionelles Umfeld sensibilisieren	– Manual zu Gewalt – Vernetzung mit anderen Inst. zum Thema «Gewalt» – Schulung der Mitarbeiterinnen



Institution	Ort	Angebot der Institution	Ziel gemäss Instrumentarium	Massnahmen Dienstleistungen
<b>Quai 9</b>	<b>Genève</b>	K&A mit Konsumraum	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitsbewusstsein fördern</li> <li>– Schritte aus der Opferrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 2 Std. Öffnungszeiten ausschliesslich für Frauen</li> <li>– Trousse prévention</li> <li>– Interne Weiterbildung</li> </ul>
<b>Paradiesgässli</b>	<b>Luzern</b>	Eltern und Kinder	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Beziehungsnetz aufbauen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frauengesprächsgruppe (Mütter)</li> </ul>
<b>Zone bleue</b>	<b>Yverdon</b>	K&A ohne Konsumraum	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Professionelles Umfeld sensibilisieren</li> <li>– Gesundheitsbewusstsein fördern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Netz von Gynäkologinnenadressen/ Begleitete ÄrztInnenbesuche</li> <li>– Beratung durch Familienplanung intern</li> <li>– «Ho les filles»: Gestell mit frauenspezifischen Informationen</li> </ul>
<b>Zok11</b>	<b>Zürich</b>	Poliklinik für Drogenmedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gesundheitsbewusstsein fördern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gynäkologische Betreuung intern</li> </ul>

## 5.2 frauen\_oase Basel

### Das Angebot

Die frauen\_oase in Basel ist eine Anlauf- und Beratungsstelle für drogenkonsumierende Frauen, die sich prostituieren. Trägerschaft ist der Verein frau sucht gesundheit fsg.

Die Arbeitsschwerpunkte der frauen\_oase bestehen in der Beratung und Begleitung von drogenkonsumierenden Frauen, in der Gesundheitsförderung, in der Aids- und Hepatitis-C- Prävention auf dem Drogenstrich und bei drogenkonsumierenden Frauen im allgemeinen.

Die Arbeit der frauen\_oase umfasst vier Bereiche: Den psychosozialen, den juristischen, den materiellen und den medizinischen.

- **Psychosoziales Angebot:** Die frauen\_oase verfügt über einen Schutzraum für Frauen auf dem Drogenstrich, den diese für Gespräche untereinander oder mit Mitarbeiterinnen der Stelle nutzen können. Sie bietet Kriseninterventionen für Frauen, die Gewalterfahrungen gemacht haben. Frauen werden in ihrer täglichen Lebensführung begleitet und beraten. Diese Begleitung erfolgt ergänzend zum Angebot der zuständigen Institutionen. Durch gezielte Informationen, etwa über das Verhalten auf dem Strich, werden die Frauen in ihrem Selbstvertrauen gestärkt.
- **Juristisches Angebot:** Die Stelle berät die Frauen im Zusammenhang mit der Prostitution und dem Umgang mit der Polizei. Sie hilft bei Problemen des täglichen Lebens wie Abklärungen zu Mietfragen. Sie vermittelt Juristinnen, die Rechtshilfe leisten.
- **Materielles Angebot:** In der frauen\_oase gibt es kleine Mahlzeiten und Getränke, es bestehen Dusch- und Waschgelegenheiten. Sie unterhält eine Kleiderbörse. Sie bietet Unterhaltungsmöglichkeiten wie Zeitschriften, Bücher und TV.
- **Medizinisches Angebot:** Es werden Informationsveranstaltungen zum Thema Prävention von HIV und Hepatitis C durchgeführt. Die Stelle informiert über frauenspezifische und sexuell übertragbare Krankheiten. Sie führt eine medizinische Erstversorgung durch. Spritzenmaterial und Kondome werden gratis abgegeben.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Die frauen\_oase entschloss sich 2001 für die Teilnahme am Projekt «Frauen-Netz-Qualität». Ende 2001 kündigte das gesamte Team. Das neue Team, das seine Arbeit auf Anfang 2002 in Angriff nahm, beschloss gemeinsam mit dem Vorstand, die Teilnahme weiterzuführen. Die Ziele mussten aber neu diskutiert und festgelegt werden, was zu einer Verzögerung führte.

Als Hauptziel für das Projekt im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» wurde die Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Klientinnen gewählt. Dies soll in der frauen\_oase durch die regelmässige Anwesenheit einer Ärztin erreicht werden, welche die medizinische Versorgung der Frauen gewährleistet.

Ungeschützter Geschlechtsverkehr – der häufig erzwungen ist – und infizierte Spritzen führen dazu, dass Frauen auf dem Drogenstrich einem hohen Risiko ausgesetzt sind, sich mit HIV oder Hepatitis C zu infizieren. Weitere gesundheitliche Probleme entstehen bei ungewollten Schwangerschaften und gynäkologischen Krankheiten oder aufgrund intensiver und risikoreicher Konsumarten sowie infolge Verletzung der körperlichen Integrität. Hinzu kommt, dass die Frauen medizinische Hilfe nicht ausreichend in Anspruch nehmen. Aufgrund von einschlägigen Erfahrungen befürchten zahlreiche unter ihnen, als Süchtige in Arztpraxen und Spitälern schlecht behandelt zu werden. Sie vermeiden es, sich regelmässigen Kontrolluntersuchungen zu unterziehen. Akut auftretende Beschwerden versuchen sie häufig zu verdrängen. Nicht erkannte und unbehandelte Ansteckungen erhöhen die Gefahr gesundheitlicher Schäden. Zudem besteht das Risiko, die Krankheit oder Infektion durch ungeschützten Geschlechtsverkehr weiter zu tragen.

Mit dem Vorhaben «regelmässige Anwesenheit einer Ärztin» verfolgt die frauen\_oase das Ziel, die Hemmschwelle für eine medizinische Beratung und Behandlung für die Frauen zu senken. Da die Ärztin regelmässig anwesend ist, kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Infektionen und Erkrankungen können so schneller erkannt und behandelt werden.

### **Umsetzung**

Um die regelmässige Anwesenheit einer Ärztin zu ermöglichen, musste die frauen\_oase zunächst drei Rahmenbedingungen schaffen: a) einen geeigneten Raum; b) die nötigen finanziellen Mittel; c) eine Ärztin, die sich bereit erklärt, diese Aufgabe zu übernehmen.

#### **a) Die Raumfrage**

Die bestehenden Räumlichkeiten der frauen\_oase erwiesen sich als unzureichend. Im Februar 2002 wurde beschlossen, für die gesamte Institution neue Räumlichkeiten zu suchen, die den Anforderungen des Gesundheitsprojekts entsprechen: Die neuen Räume müssen sich in der Nähe des Drogenstrichs befinden. Sie müssen erschwinglich sein. Zudem ist die frauen\_oase auf die Akzeptanz der Nachbarschaft angewiesen. Ein geeigneter Standort für die frauen\_oase wurde im Sommer 2002 gefunden und im September bezogen. Er umfasst einen grossen Raum für die Frauen, die die frauen\_oase aufsuchen wollen. Zudem gibt es ein Badezimmer für die Klientinnen, ein separates WC für die Mitarbeiterinnen, einen Keller mit Waschküche, eine Küche, ein grosses Büro sowie einen kleinen Raum für die ärztlichen Untersuchungen.

#### **b) Die Finanzierung**

Die frauen\_oase wird vom Kanton Basel-Stadt und zu einem kleineren Teil vom Kanton Basel-Land subventioniert. Die Subventionen decken etwa zwei Drittel der Kosten. Der Rest wird durch Spenden gedeckt. Der Subventionsvertrag mit den Kantonen gilt bis 2005. Erst danach werden neue Subventionsverhandlungen geführt.

Das Projekt «Anwesenheit einer Ärztin» kann nicht über die bestehenden Subventionen finanziert werden. Dies wird erst möglich sein, wenn mit der Evaluation des Projekts für die Übernahme der Kosten argumentiert werden kann. Erste Gespräche mit dem Sanitätsdepartement Basel Stadt haben bereits stattgefunden.

Die aktuellen Kosten des Projekts werden für zwei Jahre durch die Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich FASD übernommen.

#### **c) Die Ärztin**

Im Januar 2003 nahm eine Gynäkologin mit psychiatrischer Zusatzausbildung ihre Arbeit in der frauen\_oase auf. Sie ist seither zweimal im Monat während jeweils zweieinhalb Stunden innerhalb der Öffnungszeiten auf der Stelle anwesend. Sie bietet medizinische Präventions- und Beratungsgespräche an, führt Vorsorgeuntersuchungen durch und untersucht und behandelt akute Beschwerden.

### **Ergebnisse**

Eine erste Auswertung des Projekts erfolgte nach zwei Monaten.

Im Januar und Februar 2003 war die Ärztin dreimal anwesend. Sie führte sechs medizinische Gespräche, davon vier im allgemeinmedizinischen und zwei im gynäkologischen Bereich. Sie führte drei Untersuchungen durch. Da die Frauen, die die Anlauf- und Beratungsstelle benutzen, gegenüber Medizinerinnen und Medizinern oft misstrauisch sind, wertet es die frauen\_oase als Erfolg, dass die Ärztin von Anfang an akzeptiert wurde. Bereits am ersten Abend führte sie ein längeres Beratungsgespräch. An den folgenden Abenden nahmen acht Frauen mit ihr Kontakt auf.

Die frauen\_oase beabsichtigt, das Angebot weiter zu führen.

### 5.3 KODA heroingestützte Behandlung Bern

#### Das Angebot

Die KODA ist eine ambulante Institution, die seit 1994 eine heroingestützte Behandlung anbietet. Heute steht der Betrieb 200 Patientinnen und Patienten zur Verfügung. KODA arbeitet mit externen Stellen zusammen, wie Sozialdiensten, mit spezifischen Angeboten der Stiftung Contact (Arbeit, Wohnen, Beratung), Spitälern, Entzugskliniken, den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD).

Die KODA beschäftigt 35 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese arbeiten in interdisziplinären Teams zusammen. Neben einer Betriebsleiterin, einem Oberarzt und zwei in der Administration tätigen Frauen sind sechs SozialarbeiterInnen sowie fünf AssistenzärztInnen angestellt sowie 21 Personen mit der Abgabe beschäftigt.

Mit der heroingestützten Behandlung soll schwerst abhängigen Menschen geholfen werden, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Therapieformen nicht zulässt. Täglich konsumieren die KODA-Teilnehmenden morgens, zum Teil mittags und abends ihre ärztlich verordnete Tages-Dosierung Heroin. Etwa zwei Drittel der PatientInnen sind Männer, ein Drittel Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 32,5 Jahre. Sie lassen sich durchschnittlich 5 Jahre in der KODA behandeln.

Die heroingestützte Behandlung ist keine blosse «Heroinabgabe». Neben dem Bezug von Heroin gehören die ärztliche und soziale Betreuung fest und verpflichtend zu dieser Therapieform. Die Ziele bestehen in einer dauerhaften Betreuung, in der Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes, in der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, in der Distanzierung von der Drogenszene, im Abbau kriminellen Verhaltens und im dauerhaften Verzicht auf Heroin.

#### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Die KODA ist eine grosse Institution, die zu einem überwiegenden Anteil von Männern in Anspruch genommen wird. Frauenspezifische Probleme drohen unterzugehen oder Tabu-Themen zu bleiben: Prostitution, sexueller Missbrauch, Abhängigkeit in Beziehungen, Schwangerschaft, Mutterschaft usw.

Diese Themen erfordern Sensibilisierung der MitarbeiterInnen. Diese müssen sich mit der eigenen Geschichte und mit der Lebenssituation der Patientinnen auseinandersetzen. Es muss eine Vertrauensbasis hergestellt werden, damit frauenspezifische Themen behutsam angegangen und bearbeitet werden können.

- a) Die erste Zielsetzung besteht darin, das professionelle Umfeld für die spezifischen Anliegen der Klientinnen zu sensibilisieren.  
Sensibilisierung der Mitarbeitenden, insbesondere der SozialarbeiterInnen bedeutet, diese überhaupt darauf aufmerksam zu machen, worin eine geschlechtergerechte Arbeit besteht und wie diese im Alltag umgesetzt werden kann.
- b) Als zweite Zielsetzung sollen Klientinnen darin unterstützt werden, Schritte aus der Opferrolle machen zu können.

#### Umsetzung

##### a) Massnahmen zur Sensibilisierung des professionellen Umfeldes der Klientinnen

Die Mitarbeitenden werden laufend über die aktuellen Schritte des Projekts informiert. Diese Information erfolgt im Rahmen von Team-Sitzungen der SozialarbeiterInnen, bei Fallbesprechungen und in der Supervision. Eine Weiterbildung zu geschlechtergerechter Suchtarbeit wird für das Gesamtteam angeboten. In der Bibliothek und Soziothek werden Informationen und Bücher zum Thema gut sichtbar bezeichnet und aufgelegt.

Es wird eine transparente Zusammenarbeit mit dem Frauenspital bei Geburten von KODA-Teilnehmerinnen angestrebt. Monatlich findet ein Besuch bei der Anlaufstelle statt. Zweimal jährlich findet eine Austauschsitzung mit dem Mascara-Bus statt.

Mit der Auseinandersetzung mit frauenspezifischen Themen und der Überprüfung der eigenen Arbeit nach frauenspezifischen Aspekten wird die Professionalisierung frauengerechter Angebote angestrebt.

#### **b) Massnahmen zur Unterstützung der Klientinnen, aus der Opferrolle hinauszutreten**

Mit persönlichkeitsstärkenden Kursen und Gruppenangeboten für Klientinnen soll die Selbstakzeptanz der Klientinnen gefördert werden. Vorhandene Ressourcen sollen genutzt und die Vertrauensbildung zwischen Klientinnen und Mitarbeitenden unterstützt werden. Die Kurse betreffen Eltern-Kind-Beziehung, Selbstverteidigung, Umgang mit Gewalt und Gewalterfahrung. Es sollen zudem Kreativ-Gruppen und Frauen-Sportgruppen angeboten werden. Die MitarbeiterInnen sollen in diesem Themenbereich weitergebildet werden. Mit einem Kinderhütendienst im Aussenraum der KODA und in allfälliger Zusammenarbeit mit anderen Institutionen sollen Klientinnen entlastet werden. Indem die Klientinnen ihre Kinder in einem betreuten Rahmen abgeben können, wird ihnen die Möglichkeit gegeben, Freiräume zu nutzen.

#### **Ergebnisse**

Gemäss einer ersten Evaluation konnte ein Teil der Ziele erfolgreich umgesetzt werden:

Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden, insbesondere der SozialarbeiterInnen sowie der regelmässige Austausch mit anderen frauenspezifischen Einrichtungen und Angeboten wurden erreicht. Zudem wurden im Rahmen der obligatorischen Gruppenangebote innerhalb der KODA Kurse nur für Klientinnen angeboten. Neuaufnahmen wurden wenn möglich geschlechterspezifisch in Bezugsgruppen eingeteilt. Zu den Ergebnissen im Einzelnen:

##### **a) Sensibilisierung des professionellen Umfeldes**

Durch die Informationen und die Diskussionen innerhalb des SozialarbeiterInnen-Teams der KODA konnten Fragen geklärt und Widerstände ausgeräumt werden. Ausgehend vom Projekt im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» haben sich die Sozialarbeiter überlegt, ob sie allenfalls Gruppenaktivitäten ausschliesslich für Männer anbieten werden. Die Sensibilisierung hat stattgefunden und wird weitergeführt.

Die Weiterbildung des Gesamtteams zu frauen- und geschlechtergerechter Suchtarbeit stiess auf grosses Interesse. Fast alle MitarbeiterInnen nahmen an der Veranstaltung teil. Alle Berufsgruppen waren vertreten.

Bibliothek und Soziothek wurden im Bereich gendergerechter Suchtarbeit aktualisiert.

Der regelmässige Austausch und die Vernetzung mit anderen frauenspezifischen Einrichtungen hat stattgefunden. Gut vernetzt ist die KODA mit dem Frauenspital, mit der Anlaufstelle Hodlerstrasse, die einmal monatlich von einer Sozialarbeiterin besucht wurde. Mit dem Team des Frauenbus Mascara wurde nur eine Sitzung abgehalten. Der Kontakt wird aber telefonisch immer wieder gepflegt, wenn es um konkrete Fälle geht.

Der Austausch mit anderen Institutionen wird weiter verbessert.

##### **b) Schritte aus der Opferrolle**

Von den geplanten Kursen und Gruppenangeboten wurde einzig die Frauen-Gruppe durchgeführt. Der Kurs war für die Klientinnen obligatorisch. Die Themen konnten frei gewählt werden. Ausgehend von der Frauen-Gruppe wurde der Wunsch nach einem Selbstverteidigungs-Angebot geäussert. Ein solcher Kurs wurde daraufhin angeboten.

Für den Eltern-Kind-Kurs gab es keine Anmeldung. Die Frauen-Sport-Gruppe wurde nicht angeboten. Der Kurs zum Thema Prostitution wurde mangels Anmeldungen nicht durchgeführt.

Die Nachfrage für dieses Angebot besteht, in der Umsetzung kommt es auf die Verbindlichkeit der einzelnen Frauen an. Es werden weiterhin Gruppen für Frauen angeboten.

Bei den Neuaufnahmen wurden die PatientInnen gefragt, ob sie von einer Frau oder einem Mann betreut werden möchten. Der überwiegende Teil der Frauen erwies sich als indifferent. Nur 6 Frauen wünschten ausdrücklich eine Frau als Betreuerin.

Die Beratung und Begleitung von Klientinnen oder die Triage mit zuständigen Institutionen wird weiter verfolgt.

Der Kindhütedienst ist ein längerfristiges Ziel. Aufgrund des bestehenden Handlungsdrucks (Kinder warten im Eingangsbereich auf ihre Eltern, wenn es draussen kalt ist) wurde ab März 2003 eine Kinderecke eingerichtet.

Allgemein kann festgehalten werden, dass das Projekt im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» zu viele Ziele im Bereich frauengerechte Arbeit angestrebt hat. Für eine grosse Institution wie die KODA scheint es schwierig zu sein, den Rückhalt für ein solches Unterfangen zu garantieren. Das Ressort frauengerechte und geschlechtergerechte Arbeit sowie die Vernetzung mit anderen Institutionen sollen nach Möglichkeit weitergeführt werden.

## 5.4 Mascara-Bus Bern

### Das Angebot

Der Mascara-Bus ist eine Anlaufstelle für sich prostituierende Frauen. Er wird durch den Verein für kirchliche Gassenarbeit Bern getragen und durch das Schweizerische Arbeiterhilfswerk SAH, die Stadt und den Kanton Bern unterstützt<sup>10</sup>. Der Bus ist zweimal wöchentlich nachts unterwegs. Er bietet sich prostituierenden und drogenkonsumierenden Frauen die Möglichkeit, sich in einem geheizten Raum zu informieren und auszutauschen, sich zu verpflegen und Kondome oder Spritzen zu beziehen.

Am Projekt im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» beteiligten sich die Ko-Leiterin des Mascara Busses, die frauenspezifische Gassenarbeiterin und eine Mediatorin.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Als Hauptziel des Projekts im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» wurde gewählt, die Frauen zu unterstützen, Schritte aus der Opferrolle zu machen.

Diese Thematik beschäftigt die Mitarbeiterinnen des Mascara-Busses schon länger, da es bei den Klientinnen häufig zu Gewaltübergriffen kommt. Um Gewaltminderung, Gewaltprävention und Gewalt als Thema zu diskutieren, setzen sie sich auf der Klientinnen- und Teamebene damit auseinander, welche Hilfsangebote und Vernetzungen in diesem Bereich bereits existieren.

### Umsetzung

Als konkrete Umsetzung fasste das Team den Beschluss, ein Manual zu erstellen, das auf verschiedenen Ebenen Informationen für Klientinnen und Mitarbeiterinnen enthalten soll. Das Manual richtet sich an Klientinnen und an Mitarbeiterinnen. Die Klientinnen erhalten mit dem Manual auch die Möglichkeit, sich im Sinne von Empowerment selbständig mit dem Thema Gewalt auseinander zu setzen und sich zu informieren. Für die Mitarbeiterinnen stellt das Manual eine Stütze dar.

Um das Manual zu erarbeiten, musste auf verschiedenen Ebenen arbeitsteilig vorgegangen werden:

- a) Bei der Vernetzung geht es um unterschiedliche Bereiche wie die Freierwarnung oder um bestehende Angebote für Frauen. Es wurden Sitzungen mit verschiedenen Organisationen durchgeführt. Die Freierwarnungen wurden standardisiert.
- b) Auf der Teamebene geht es um die unterschiedlichen Auffassungen von Gewalt und die Formen der Beratung nach gewalttätigen Übergriffen. Dazu wurden mehrere Themenabende durchgeführt.
- c) Die Auseinandersetzung mit den Klientinnen betrifft verschiedene Fragen: Wo fühlen sie sich sicher? Wie können sie unterstützt werden? Welches sind ihre Bedürfnisse und Wünsche?  
An sechs Abenden wurden Frauen befragt. Diese Gespräche wurden in einem Gedächtnisprotokoll festgehalten und zusammengefasst.

---

<sup>10</sup> Der Mascara-Bus wurde im Mai 2003 (also nach Beendigung des Projektes im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität») vom Verein Kirchliche Gassenarbeit an die Stiftung Contact übergeben. Alle Mitarbeiterinnen des Mascara-Busses konnten weiterarbeiten, so dass eine personelle Kontinuität gewährleistet war. Neu heisst das Angebot Frauenbus la Strada und ist an drei Tagen pro Woche von 22.00 bis 03.00 Uhr an der Taubenstrasse in Bern präsent.

### **Ergebnisse**

Als wichtiges Ergebnis des Projekts liegt nun das Manual vor. Es enthält sämtliche für die Arbeit relevanten Informationen und Unterlagen. Es verschafft einen guten Überblick über das Thema.

- a) Der erste Teil umfasst Informationen zum bestehenden Angebot für betroffene Frauen sowie Hinweise zum Verhalten auf dem Drogenstrich.
- b) Im zweiten Teil geht es um Informationen für die Beratung der Frauen nach einem Gewaltübergriff.
- c) Der dritte Teil enthält Hinweise und Broschüren zu Angeboten im Kanton Bern und deren Bezugsquellen.
- d) Der vierte Teil umfasst verschiedene Berichte, welche im Zusammenhang mit Gewalt an Frauen stehen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema und die Ausarbeitung des Manuals an sich wurde von den Beteiligten als wertvoller Prozess erlebt. Das Mascara-Team ist darauf bedacht, das Manual fortlaufend zu aktualisieren.

Als nachhaltiges Ergebnis des Projekts ist das Angebot eines Selbstverteidigungskurses zu erwähnen, das auf Wunsch von Klientinnen zustande kam. Ebenfalls in der Auseinandersetzung mit dem Projekt ist ein Flyer für Einsteigerinnen entstanden.



### Das Angebot

Das Paradiesgässli ist eine Institution des Vereins kirchliche Gassenarbeit Luzern. Das Angebot richtet sich an Eltern mit Suchtproblemen. Es umfasst die Beratung, Begleitung, die Vermittlung von Hilfsangeboten und die langfristige Einzelbetreuung der Eltern. Es bietet rechtliche und finanzielle Unterstützung.

Die Stelle verfolgt das Ziel, die Lebenssituation der betroffenen Kinder grundsätzlich zu verbessern und die Familien zu stützen.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Drogenkonsumierende Frauen sind in ihrem Alltag oft auf sich gestellt. Sie nutzen die bestehenden Hilfsangebote nicht regelmässig. Oft verfügen sie über wenig Kontakte ausserhalb der Drogenszene. Bei Themen wie Erziehungsfragen, Getrenntsein von den eigenen Kindern, Partnerschaft, Gewalt, Schulproblemen der Kinder, Einsamkeit, Schulden und Rückfällen richten sie sich an die MitarbeiterInnen des Paradiesgässli.

Das Team setzte sich deshalb zum Ziel, die Klientinnen darin zu unterstützen, ein kleines Beziehungsnetz aufzubauen oder wieder herzustellen.

Es soll ihnen wieder möglich sein, freundschaftliche Beziehungen einzugehen, die auch in Krisensituationen tragfähig sind. Darüber hinaus sollen sie Erziehungsverantwortung übernehmen und mehr Sicherheit im Umgang mit Kindern sowie im Kontakt zu LehrerInnen und Schule erwerben können.

### Umsetzung

Als konkretes Projekt im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» wurde eine Frauengesprächsrunde eingerichtet. Dieses Angebot entspricht einem von Frauen geäusserten Wunsch. Die Zielgruppe sind Frauen mit Suchtproblemen, die Kinder im Schulalter haben und mit denen sie ständig oder teilweise zusammenleben.

#### a) Kontaktmöglichkeiten institutionalisieren

Das Angebot «Frauengesprächsrunde» wurde im Konzept der Institution verankert und als Ressort einer Mitarbeiterin definiert. Die Finanzierung wurde sichergestellt. Zudem wurden Fachpersonen für die Gespräche beigezogen. Die minimale Gruppengrösse umfasst sechs Frauen.

Den Klientinnen soll zu mehr Sicherheit im Umgang mit Institutionen wie Kindergarten und Schule verholfen werden. Sie werden ermutigt, an Elternabenden teilzunehmen. Durch die Gesprächsrunde soll den Klientinnen auch bewusst werden, dass ihre Kinder nicht nur durch drogenspezifische Defizite geprägt sind.

#### b) Kommunikationsmittel

Den Klientinnen steht ein separater Gesprächsraum zur Verfügung sowie ein Angebot an Informationen und Literatur zu Erziehungsfragen. Sie können die Infrastruktur der Institution benutzen. Dadurch soll die Auseinandersetzung mit der Aussenwelt und der Kontakt zu Behörden, Schulen, Gericht, Vermieter usw. erleichtert werden.

#### c) Entlastungsmöglichkeiten

Kinder werden in separaten Räumlichkeiten betreut, damit die Mütter unbelastet an den Gesprächsrunden teilnehmen können. Die Klientinnen erarbeiten gemeinsam Erziehungshaltungen und übernehmen Erziehungsverantwortung. Sie entdecken ihre Ressourcen, diskutieren andere Themen wie Gewalt und Partnerschaft und unterstützen sich gegenseitig.

### **Ergebnisse**

Im Laufe des Jahres 2002 wurde monatlich eine Frauengesprächsrunde durchgeführt. Je nach Thema wurde eine externe Fachperson zum Gespräch eingeladen. Die Frauen konnten unangemeldet an den Gesprächsrunden teilnehmen. Folgende Themen wurden diskutiert: «Wie gehe ich mit den Belastungen der Vergangenheit um?» «Was darf ein Kind von seinen Eltern erwarten?» «Grenzen setzen»; «Gespräch mit der Amtsvormundschaft»; «Kochen gut und günstig». Zudem wurden gemeinsam Vorbereitungen für bestimmte Anlässe getroffen: Osterstand, Abschiedsfeier für eine verstorbene Frau, Einweihungsfeier im neuen Haus, Adventskalender, Samichlaus, Weihnachtsstand. Aktivitäten im kreativen Bereich sind besonders beliebt. Gesprächsrunden zu kinderspezifischen Themen scheinen attraktiver zu sein als jene, bei denen persönliche Probleme wie Sucht oder Gewalt in der Partnerschaft diskutiert werden. Im Laufe des Jahres wurden die Gesprächsrunden zu verschiedenen Tageszeiten abgehalten. Es hat sich gezeigt, dass der Mittwoch Nachmittag von den Besucherinnen bevorzugt wird, da die Kinder am Mittwoch vom Team betreut werden.

In der Evaluation des Projekts hat sich gezeigt, dass die Mütter sich bewusst mit Erziehungsfragen auseinandersetzen. In den Gesprächen stellen die Frauen fest, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Sie beraten und unterstützen sich gegenseitig. Sie sind sehr offen und scheuen sich nicht davor, über ihre Probleme zu sprechen. Sie erkennen, dass sie in der Auseinandersetzung mit der Schule nicht mit drogenspezifischen Elternsorgen zu kämpfen haben. Dies ermutigt sie, in verschiedenen Bereichen Kontaktängste zu überwinden.

Insgesamt schätzen die Frauen die Gesprächsrunden und die Rückmeldungen sind positiv, auch wenn die Teilnehmerinnenzahlen schwankend sind. Die Frauengesprächsrunde ist ein fester Bestandteil im Programm des Paradiesgässli geworden. Sie ist im Konzept verankert. Die Geschäftsleitung unterstützt das Projekt inhaltlich und finanziell.

### Das Angebot

Das SAT-Projekt ist eine Institution des Bürgerlichen Jugendwohnheims Schosshalde Bern. Das Angebot richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit psycho-sozialen Problemen. Zwei Wohngemeinschaften sind für Männer, eine ist für Frauen konzipiert.

Das Angebot der Frauen WG richtet sich an 16- bis etwa 21jährige weibliche Jugendliche, die eine pädagogisch-therapeutische Betreuung benötigen, und/oder bei denen es sinnvoll erscheint, durch Veränderung des Kontextes (Betreuung ausserhalb des bisherigen Familien- oder Institutionsrahmens) eine Entwicklung zu initiieren.

Die Aufnahme erfolgt nach sozialen und pädagogischen Indikationen, speziell bei Ablösungsschwierigkeiten in der Familie, bei gefährdeter sozialer Integration, bei Suchtgefährdung (Kontakt zu Suchtmitteln, Essstörungen, anderen problemverursachenden Suchtverhalten), Autoritätsproblemen und problematischem Oppositionsverhalten.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Der geschlechtsspezifische Ansatz steht in der Betreuungsarbeit im Vordergrund. Gemäss SAT-Konzept wird in der psychosozialen Arbeit grosser Wert darauf gelegt, dass die Jugendlichen sich ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation bewusst werden und sich mit deren Auswirkungen auseinandersetzen können. Die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Probleme wie Sucht wirken sich bei Frauen und Männern unterschiedlich aus.

Im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» werden folgende Ziele verfolgt:

- a) Gesundheitsbewusstsein der jungen Frauen fördern.
- b) Schritte aus der Opferrolle machen können.
- c) Entdecken männlicher Seiten, Einlassen auf Männerdomänen.
- d) Einlassen auf Neues und Unbekanntes.

Im Zentrum stehen die 6-Jahres-Themen. Die jungen Frauen werden dabei in ihren altersspezifischen Entwicklungsaufgaben begleitet. Es sind dies die folgenden sechs Themen:

- Der Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter.
- Die Identifikation als junge Frau.
- Die Neudefinition des Platzes in der Herkunftsfamilie (Ablösung, Neuorientierung, Klärung von Beziehungen).
- Die Übernahme von persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Verantwortung.
- Das Hinterfragen von Normen, Rollen, Perspektiven (Sinnfrage).
- Den Einstieg ins Berufsleben.

Mit diesem Vorgehen verbunden war auch das Ziel, eine Art Leitfaden von zu bearbeitenden Themen zu entwickeln. Dieser soll dazu dienen, wichtige Frauen-Themen nicht aus dem Alltag zu verdrängen und in Vergessenheit geraten zu lassen. Er soll als Anregung, nicht als verpflichtendes Werkzeug verstanden werden. Je nach Frauenzusammensetzung in der WG werden Schwerpunkte daraus entnommen und in die Praxis umgesetzt.

### Umsetzung

#### a) Gesundheitsbewusstsein fördern

Die Klientinnen werden zu medizinischen Gesundheitsdiensten begleitet. Es findet zudem ein gemeinsamer Besuch beim Frauengesundheitszentrum FGZ statt. Damit soll Vertrauen in die Angebote der medizinischen Versorgung gefördert und die Hemmschwelle für die Konsultation bei einer Frauenärztin abgebaut werden. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper soll gefördert, der Sexualität eine eigene Sprache gegeben werden.

#### **b) Schritte aus der Opferrolle**

Es wird ein Selbstverteidigungskurs angeboten. Mit diesem Angebot soll die Lust an der eigenen Körperkraft geweckt und das Selbstvertrauen der Klientinnen gestärkt werden.

#### **c) Entdecken männlicher Seiten**

Es wird ein Wochenendkurs zum Thema «Schweissen» angeboten. Damit wird die Gelegenheit geboten, dass sich die Klientinnen mit typisch «männlichen» Materialien und Werkzeugen beschäftigen. Sie können so ihre Zurückhaltung gegenüber typisch «männlichen» Arbeiten überwinden.

#### **d) Einlassen auf Neues/Unbekanntes**

Es wird eine gemeinsame Ferienwoche in Italien mit Besuch eines Töpferkurses geplant. Die Klientinnen werden angeregt, sich mit einer anderen Kultur, Sprache und mit Ritualen auseinanderzusetzen. Darüber hinaus wird die Reiseplanung praktisch eingeübt. Damit soll die Unsicherheit überwunden werden, sich auf Unbekanntes einzulassen.

### **Ergebnisse**

#### **a) Gesundheitsbewusstsein fördern**

Jede Klientin verfügt fortan über ihre persönliche Frauenärztin. Die Angst vor der Konsultation wurde verringert. Eine gemeinsame Auseinandersetzung mit Ängsten, eine Sensibilisierung für den eigenen Körper und das Erarbeiten einer eigenen Sprache hat stattgefunden.

Das Verständnis für Menstruation und Zyklus hat zugenommen.

Die Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum FGZ wurde institutionalisiert.

#### **b) Schritte aus der Opferrolle**

Durch den Selbstverteidigungskurs hat das Bewusstsein der eigenen Kraft zugenommen, Ängste wurden abgebaut. Es wurden Ängste und Gedanken zu sexueller Gewalt, Grenzen und Frauenbildern ausgetauscht.

#### **c) Entdecken männlicher Seiten**

Die Frauen haben sich auf die Männerdomäne Schweissen und den Umgang mit «männlichen» Werkzeugen eingelassen.

#### **d) Einlassen auf Neues/Unbekanntes**

Die Themen, die sich aus der geplanten Auslandsreise ergeben, wurden diskutiert.

Von den sechs geplanten Themen konnten 2002 fünf durchgeführt werden. Anfang 2003 wurden Abende zum Thema «Essverhalten und Ernährung» eingeführt.

Unmittelbar nach den entsprechenden Abenden oder Wochenend-Anlässen und Lagern konnten intensive Auseinandersetzungen und Diskussionen stattfinden.

## 5.7 Quai 9 Genf

### Das Angebot

Quai 9 in Genf ist eine Anlaufstelle mit Injektionsraum für drogenkonsumierende Frauen und Männer. Die 2001 eröffnete Stelle ist eine Institution im Rahmen der «Schadensminderung im Drogenbereich» der Groupe Sida Genève.

Die Arbeit von Quai 9 ist auf die folgenden Ziele ausgerichtet:

- Gesundheitsschädigende Konsequenzen vermindern, die aufgrund des Konsums harter Drogen entstehen können.
- Die Gesundheit der drogenkonsumierenden Frauen und Männer fördern, präventives Verhalten unterstützen.
- Die KlientInnen ermutigen, ihr soziales Netz zu pflegen und die soziale Isolation zu verringern.
- Den Zugang zu den anderen im Drogenbereich tätigen sozialen und medizinischen Institutionen erleichtern.
- Das Verhältnis zur Nachbarschaft verbessern, indem weniger gebrauchte Spritzen herumliegen und das Spritzen an unpassenden Orten vermieden wird.

Über ein frauenspezifisches Angebot wurde bereits während der Konzeptphase von Quai 9 nachgedacht. Dieses konnte aber vorerst nicht realisiert werden, da für das neue Team in der Aufbauphase andere Aufgaben im Vordergrund standen. Das Frauenprojekt kam schliesslich vier Monate nach der Eröffnung von Quai 9 zustande.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» verfolgte Quai 9 zwei Ziele: Zum einen soll das Gesundheitsbewusstsein der Klientinnen gefördert werden. Zum anderen sollen sie darin unterstützt werden, Schritte aus der Opferrolle zu unternehmen.

Vorrangig sollen mit diesen Schwerpunkten die Lebensbedingungen der Klientinnen verbessert und frauenspezifische Probleme im Drogenmilieu begrenzt werden. Diese Zielsetzung ist aus Sicht der Gesundheitsförderung von Bedeutung, aber auch hinsichtlich darauf, Beziehungsnetze aufzubauen, das Zusammengehörigkeitsgefühl zu stärken und der Vereinzelung entgegenzutreten.

### Umsetzung

**a)** Das frauenspezifische Angebot «**Moment Femmes**» (MF) besteht darin, dass die Anlaufstelle einmal wöchentlich während zwei Stunden ausschliesslich Frauen offen steht. Das durch vier Mitarbeiterinnen betreute Angebot bietet den Klientinnen die Gelegenheit, sich eine Auszeit vom Druck der Drogenszene zu gönnen.

### **b) Trousse santé**

Während des «Moment Femmes» wird im Quai 9 ein Täschchen mit Präventionsmaterial und Pflegeprodukten abgegeben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dieses Angebot dazu beiträgt, mit den Klientinnen ins Gespräch zu kommen. Je nachdem, um welchen Gegenstand es sich handelt, werden unterschiedliche Themen angesprochen:

- Präservative und Gleitmittel: Sexualpraktiken, AIDS, Verhütung.
- Intimpflegetücher: Prostitution, Hygiene.
- Feuchttücher für die Hände: Hygiene beim Spritzen und allgemein. Verhältnis zum Körper.
- Spiegel, Nagelfeile: Selbstwertgefühl, Frausein, das Verhältnis zum Körper, Ästhetik.
- Tampons: Gynäkologische Kontrolluntersuchungen, Menstruation, Hormonhaushalt.
- Adressliste: Beziehungen, Vorgehen bei Gewaltübergriffen.
- Vita Merfen: Hygiene beim Spritzen, Körperpflege, Arten von Wundheilung.

Das Täschchen (trousse santé) wird bei Bedarf jeder Frau abgegeben, die es noch nicht erhalten hat. Wer es verliert, hat die Möglichkeit, ein neues für einen Franken zu kaufen. Die Klientinnen können das Täschchen so oft sie wollen während dem «Moment Femmes» auffüllen.

### **Ergebnisse**

Die Evaluation wurde ein Jahr nach dem Beginn von «Moment Femmes» durchgeführt. Die Klientinnen wurden nach ihrer Meinung zu den zwei Stunden pro Woche, die Frauen vorbehalten sind sowie zum Täschchen (trousse santé) befragt. Der Fragebogen wurde ihnen ausserhalb der «Moments Femmes» vorgelegt, um auch Frauen zu erreichen, die über dieses Angebot nicht auf dem Laufenden waren.

- a) Die meisten der befragten Frauen kannten das Angebot «Moment Femmes». Sie schätzen es wegen der angenehmen und ruhigen Atmosphäre, in der sie die Gelegenheit haben, mit anderen Frauen vertrauensvoll ins Gespräch zu kommen. Zudem erhalten sie wertvolle Informationen. Diejenigen, die kommen, um zu konsumieren, haben keine besonderen Erwartungen. Die anderen würden sich mehr Diskussionen, tiefgründigere Gespräche wünschen. Einige möchten einfach, dass «Moment Femmes» weiter besteht. Auf die Frage nach ihren Wünschen regten einige an, dass Anleitungen zur Hygiene beim Spritzen angeboten werden, möchten mehr über die Produkte wissen, die sie konsumieren. Gewünscht wurde auch die Anwesenheit einer Gynäkologin sowie eine Kleider-, Schmuck- oder Bücherbörse.
- b) Es hat sich rasch gezeigt, dass es zu früh war, die Abgabe der Täschchen (trousse santé) zu evaluieren, da sie noch nicht alle Klientinnen bekommen hatten. Die Hälfte der befragten Klientinnen kannte die trousse santé. Die Artikel in den Taschen wurden meist als nützlich und praktisch bezeichnet. Von den Mitarbeitenden wird als positiv bewertet, dass das Täschchen (trousse santé) als Mittel dient, um ins Gespräch zu kommen.

«Moment Femmes» soll weitergeführt werden. Allenfalls wird das Angebot künftig zeitlich so angesetzt, dass mehr Frauen davon Gebrauch machen, zum Beispiel am frühen Abend.

### **Das Angebot**

Das Zokl1 ist eine Poliklinik für Drogenmedizin an zentraler Lage im Kreis 4 in Zürich. Das Zokl1 wird unter der Trägerschaft der ARUD Zürich (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen), eines privatrechtlichen, gemeinnützigen Vereins, betrieben. Das Behandlungsangebot des Zokl1 reicht von einer mit minimalen Auflagen verbundenen Methadon- bzw. Buprenorphinabgabe und einer allgemein-medizinischen/infektiologischen Sprechstunde (bis Ende 2002 ausschliesslich vom Oberarzt Somatik und einem fest angestellten praktizierenden Arzt gewährleistet) über punktuelle Sachhilfe und psychosoziale Betreuung bis zu engmaschiger Psychotherapie. Das Behandlungsteam ist interdisziplinär aus PsychologInnen, ÄrztInnen und einer Sozialarbeiterin zusammengesetzt. Das Zokl1 ist eine von der FMH anerkannte Weiterbildungsstelle für die Facharzttitle Psychiatrie (2 Jahre) und, neu seit 2003, Allgemeinmedizin (1 Jahr).

Das Ziel der Institution ist es, einer grossen Anzahl von opiatabhängigen Menschen, die momentan aus psychischen und/oder sozialen Gründen keinen Entzug durchmachen können, eine Behandlung zu ermöglichen. Der Eintritt ins Programm ist schnell und unkompliziert möglich, damit sollen auch wenig integrierte opiatabhängige Menschen erreicht werden.

Erstes, grundlegendes Ziel der Behandlung ist, die mit dem illegalen Drogenkonsum einhergehende Selbstschädigung (Überdosierung durch unbekanntes Stoffmenge; Streckstoffe; Infektionen; Fehlernährung; Randständigkeit; Kriminalität und Prostitution usw.) durch eine adäquate Substitutionsbehandlung und sekundärpräventive Massnahmen soweit wie möglich zu verhindern.

### **Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»**

Das Ziel im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» besteht darin, das Gesundheitsbewusstsein der Patientinnen zu fördern.

Als konkretes Ziel soll die gynäkologische Untersuchung als neues Angebot für Patientinnen des Zokl1 etabliert werden. Die internen Behandlungen und Untersuchungen, die von Ärztinnen übernommen werden, sollen eine Kontinuität in der gynäkologischen Vorsorge gewährleisten.

Diese Arbeit stellt eine wichtige Ergänzung zum bestehenden somatischen Angebot dar und ermöglicht eine umfassende Behandlung der Patientinnen. Das niederschwellige Angebot von gynäkologischen Untersuchungen innerhalb der Institution ist deshalb sinnvoll, weil sich viele der Patientinnen prostituieren und auf Grund grosser Hemmungen sehr selten einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin aufsuchen. Die Institution könnte somit einen wichtigen Beitrag leisten zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung der Frauen, vor allem zur Früherfassung von Infektionskrankheiten und für die Krebsprävention.

### **Umsetzung**

Als erster Schritt wurde an zwei internen Fachtagungen die Genderfrage allgemein thematisiert. Davon ausgehend wurde entschieden, dass das gynäkologische Angebot durch eine Assistenzärztin im Hause abgedeckt werden sollte. Die angefragte ärztliche Mitarbeiterin erklärte sich bereit, sich das nötige Know-how anzueignen, um die gynäkologischen Untersuchungen unter Supervision des Oberarztes Somatik bei den Patientinnen des Zokl1 durchzuführen. Danach wurde ein Budget erstellt, welches für den Erwerb des notwendigen Instrumentariums zur Verfügung stehen sollte. Zusammen mit der Assistenzärztin wurden Abklärungen getroffen, wo und in welchem Rahmen sie im Fachgebiet Gynäkologie geschult werden könnte. Konkret wurde mit dem Frauenambulatorium, der Maternité Inselhof Triemli und einer gynäkologisch erfahrenen Ärztin des Zokl2

diesbezüglich Kontakt aufgenommen. Anhand eines kurzen Fragebogens wurde das Interesse der Patientinnen vom Zokl1 erhoben, sich bei uns zusätzlich zum bestehenden Angebot auch gynäkologisch untersuchen lassen zu können.

### **Ergebnisse**

Nachdem sich die angefragte Assistenzärztin in ihrer laufenden psychiatrischen Tätigkeit und Weiterbildung zunehmend beansprucht sah und somit keine Vakanzen für eine zusätzliche somatische Aufgabe zur Verfügung stellen konnte, zog sie sich wieder aus dem Projekt zurück. Da sich auch sonst auf Assistenzärztinnenebene niemand für die Übernahme einer zusätzlichen gynäkologischen Sprechstunde ausserhalb der angestammten, psychiatrischen Tätigkeit in der Lage sah und auch im ärztlichen Kader aus zeitlichen Gründen ein dementsprechendes Angebot nicht gewährleistet werden konnte, wurden zwei auf externen Ressourcen basierende Alternativen erarbeitet.

- a) Die Zusammenarbeit mit einer externen Gynäkologin, die stundenweise ins Zokl1 kommt.
- b) Enge Zusammenarbeit mit einer externen Gynäkologin oder der Maternité Inselhof Triemli, an die die Patientinnen jeweils zu Untersuchungen überwiesen werden.

Die Auswertung des Fragebogens hat ergeben, dass unter den Patientinnen durchaus Interesse besteht, sich im Zokl1 auch gynäkologisch untersuchen lassen zu können. Allerdings zeigt die Nachfrage in vergleichbaren Institutionen, die bereits ein gynäkologisches Angebot realisiert haben, dass feste Sprechstunden aufgrund mangelnder Terminadherenz und der somit schlechten Auslastung kaum sinnvoll realisierbar sind. Aus diesem Grund wird auf die Installation von extern gewährleisteten gynäkologischen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Sinne einer Sprechstunde im Zokl1 verzichtet. Es wurde schliesslich der Zusammenarbeit mit den extern niedergelassenen Gynäkologinnen und den umliegenden Spitälern wie der Frauenklinik des Universitätsospitals Zürich und der Maternité Inselhof Triemli, das heisst der Zuweisung entsprechender PatientInnen, Priorität eingeräumt. Die dazu notwendigen Schritte werden nach Abschluss des Projekts in Angriff genommen.

Obwohl das Projekt schliesslich auf diesem Stand belassen und insofern das ursprüngliche Konzept nicht realisiert wurde, erwies sich die Auseinandersetzung mit diesem Thema als fruchtbar. Es wurde in diesen zwei Jahren ein wichtiger Prozess in Gang gesetzt, aus dem neue Ideen resultiert sind, die weiterverfolgt werden sollen. So sollen die TherapeutInnen des Zokl1 in der internen Weiterbildung für frauenspezifische Themen und im Besonderen für gynäkologische Fragen sensibilisiert werden. Zusätzlich ergibt sich im Rahmen der neu seit 2003 bestehenden «somatischen» Assistenzarztstelle für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, die Realisierung des Konzepts eines kontinuierlichen internen gynäkologischen Behandlungsangebots wieder in Betracht zu ziehen.



### Das Angebot

Zone Bleue ist eine Anlaufstelle ohne Injektionsraum für drogenkonsumierende Frauen und Männer, die 1997 eröffnet wurde. Das Zentrum bietet an Werktagen ein niederschwelliges Tagesangebot. Das Team besteht aus zwei Frauen und zwei Männern. Die Anlaufstelle wird von durchschnittlich 45 Personen pro Tag besucht. Ein Drittel davon sind Frauen.

Die MitarbeiterInnen der Zone Bleue haben frauenspezifischen Problemen von Anfang an besondere Beachtung geschenkt, da sie davon ausgehen, dass der Drogenkonsum oft eine Folge gravierender persönlicher Probleme ist. Mit dem frauenspezifischen Angebot strebt die Zone Bleue folgende Ziele an:

- Ein professionelles Netzwerk zu frauenspezifischen Problembereichen bereitzustellen.
- Den Klientinnen den Zugang zu den Fachpersonen zu erleichtern.
- Frauenräume zu respektieren.
- Um einen respektvollen Umgang bemüht zu sein.
- Eine für alle verfügbare Dokumentation über frauenspezifische Themen anzubieten.
- Verhütungsproblemen besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

### Ziele im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität»

Im Rahmen von «Frauen-Netz-Qualität» setzte Zone Bleue zwei Schwerpunkte: Das professionelle Umfeld für Anliegen der Klientinnen zu sensibilisieren und das Gesundheitsbewusstsein der Klientinnen zu fördern.

Konkret wurden die folgenden Ziele verfolgt:

#### a) Zusammenarbeit mit einer Beraterin für Familienplanung

Die Zusammenarbeit mit einer Mitarbeiterin der Familienplanung, welche sich einmal pro Monat während der Essenszeit in der Anlaufstelle aufhält, soll ermöglichen, über Themen wie Verhütung, Schwangerschaft, Sexualität zu sprechen. Es soll ein niederschwelliges Angebot eingerichtet werden, das den Klientinnen ermöglicht, mit Unterstützung der Familienplanerin und ohne Druck mit den externen Institutionen Kontakt aufzunehmen.

#### b) Zusammenarbeit mit einer Gynäkologin aus der Region

Klientinnen der Zone Bleue sollen die Möglichkeit haben, zu einer Fachperson ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, damit sie regelmässige gynäkologische Kontrolluntersuchungen durchführen lassen.

#### c) Anschlagbrett für Frauen

Den Frauen soll der Zugang zu einer Dokumentation über frauenspezifische Probleme erleichtert werden. Den Klientinnen soll die Gelegenheit geboten werden, Vorschläge zu machen, welche Informationen für sie nützlich wären. Die Dokumentation soll von den Klientinnen mitgestaltet werden.

### Umsetzung

#### a) Zusammenarbeit mit einer Beraterin für Familienplanung

Die Anwesenheit der Familienplanerin wurde mit Aushängen in der Zone Bleue angekündigt. Während der Mahlzeiten suchte sie spontan das Gespräch mit den anwesenden Frauen und Männern. Die MitarbeiterInnen von Zone Bleue ermutigten und unterstützten die Frauen, ihr Fragen zu stellen und stellten die Fragen der Frauen, die selber nicht anwesend sein konnten. Sie informierten sich selber, um im Gespräch mit den Klientinnen besser informiert zu sein.

### **b) Suche nach einer Gynäkologin aus der Region**

Es hat sich herausgestellt, dass es in der Region nur eine einzige Gynäkologin gibt, die bereits von Anfragen überhäuft wird. Sie verfügt über keine freien Kapazitäten, sich um noch mehr Patientinnen zu kümmern.

### **c) Anschlagbrett für Frauen**

Die vorhandenen Informationen wurden gesammelt und eine Dokumentation zusammengestellt. Die Klientinnen wurden auf die Anschlagbretter aufmerksam gemacht und aufgefordert, diese mitzugestalten.

## **Ergebnisse**

### **a) Zusammenarbeit mit einer Beraterin für Familienplanung**

Die Beraterin besuchte die Zone Bleue einmal pro Monat. Sie führte vier Gespräche mit Frauen. Sie vermittelte zwischen dem Spital und einer Frau, welche «die Pille danach» wünschte sowie einer Frau, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschied. Sie hat zudem ein Treffen zwischen der pädiatrischen Abteilung des Spitals und Zone Bleue organisiert, an dem die Situation von Neugeborenen diskutiert wurde. Sie unterstützte Zone Bleue darin, die Kontakte mit dem medizinischen Netz für Frauen weiter auszubauen. Nach dem Austausch mit der Familienplanerin entschied sich das Team, die Frage von Verhütung und Kinderwunsch anzusprechen. Die Frauen, die ein Gespräch mit der Beraterin führten, waren durchwegs zufrieden. Ihr Wissen über die medizinischen Institutionen waren sowohl für das Team als auch für die Klientinnen hilfreich.

### **b) Zusammenarbeit mit einer Gynäkologin**

Die angefragte Gynäkologin erklärte sich bereit, dem Team der Zone Bleue in dringenden Fragen zur Verfügung zu stehen. In diesem Sinne besteht die Zusammenarbeit weiterhin. Neunmal wurde eine Frau zu einer Gynäkologin, einem Kinderarzt oder Allgemeinmediziner begleitet. Zu dieser Begleitung gehörte auch, die Frau auf das Untersuchungsgespräch vorzubereiten und mit ihr über ihre Vorstellungen und Ängste zu sprechen. Diese Begleitung wurde inzwischen fest in das Angebot der Zone Bleue aufgenommen. Es hat sich gezeigt, dass das Selbstvertrauen der Klientinnen im Umgang mit den medizinischen Institutionen allmählich gestärkt wird. Mittlerweile arbeitet Zone Bleu auch eng mit einer selbständigen Hebamme, einem Kinderarzt, einer Gynäkologin sowie den Kinderkrankenschwestern des Spitalzentrums zusammen.

### **c) Anschlagbrett für Frauen**

Es zeigte sich rasch, dass sich die Frauen kaum an diesem Projekt beteiligten. Die Mitarbeitenden wollten in der Folge wissen, welche Themen die Klientinnen interessieren. Es wurden 75 Frauen um ihre Meinung gefragt und deren Äusserungen systematisch festgehalten. Am häufigsten wurde das Thema Paarbeziehung erwähnt. An zweiter Stelle der Bereich Scham/Schuld/Selbstbestätigung, gefolgt von den Beziehungen zur Herkunftsfamilie. Weitere Themen waren physische oder verbale Gewalt, sexuelle Ausbeutung, Vergewaltigung; Sexualität, Körperbewusstsein, Menstruation, Ernährung; Beziehung zu den Kindern; sexuelle Identität; Schwangerschaft, Kinderwunsch. Diese Themen können nun nach und nach in den Beratungsgesprächen aufgenommen werden.

Welche Ziele konnten mit dem über zwei Jahre dauernden Projekt erreicht werden? Es gibt gut mess- und belegbare Resultate und solche, die nur bedingt Schlüsse zulassen oder nur unter Einbezug von Überlegungen zu den Rahmenbedingungen erklärbar sind. Die folgenden Ausführungen gehen von den zu Beginn des Projektes formulierten Zielen aus. Für die Auswertung konnten die ausführlichen Projektberichte aus den Institutionen beigezogen werden. Zudem wurde nach Ende des Projektes eine schriftliche Befragung sowohl der beteiligten Institutionen wie auch derjenigen, welche sich nach der Anmeldung zum Projekt zurückgezogen hatten, durchgeführt.

## Die wichtigsten Ergebnisse

Alle geplanten Massnahmen konnten durchgeführt werden. Das schriftliche Einverständnis der Institutionen lag vor. Die vorgesehenen Plenums- und Gruppentreffen fanden statt. Mit der abschliessenden Tagung im März 2003 waren das drei Plenumsveranstaltungen und insgesamt fünf Gruppensitzungen.

## Das herausragendste Ziel lautete folgendermassen:

In 80 % der am Projekt «Frauen-Netz-Qualität» beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe ist frauengerechte Arbeit nach zwei Jahren institutionalisiert.

Zunächst ist zu bemerken, dass es einige Schwierigkeiten bereitet hat, hier eine Antwort darauf zu finden, ob dieses Ziel erreicht wurde. Zu Beginn, also nach der Tagung vom September 2000 hatten sich rund 20 Institutionen schriftlich zur Teilnahme angemeldet. Sechs Institutionen haben die Arbeit gar nie aufgenommen, eine der beteiligten Einrichtungen wurde geschlossen und zwei weitere haben sich bereits nach dem ersten Treffen zurückgezogen. Eine Institution hat sich nach einem Jahr abgemeldet. Als Gründe wurden in der schriftlichen Nachbefragung genannt:

Reorganisationen und in einem Fall sogar Schliessung der Institution, zu wenig personelle Ressourcen, Mitarbeiterinnenwechsel, zu wenig oder keine Unterstützung von der Leitung und kaum oder gar keine Frauen als Klientinnen.

Somit konnten 10 Institutionen in die Auswertung miteinbezogen werden.

In 8 von 10 Institutionen konnte das Projekt durchgeführt werden, zwei mussten trotz regelmässiger Beteiligung und Mitarbeit aufgegeben werden. Das ist die quantitative und messbare Aussage. Es stellt sich die nur zum Teil messbare Frage, ob in den Institutionen mit den erfolgreich durchgeführten Teilprojekten frauengerechte Suchtarbeit zum jetzigen Zeitpunkt institutionalisiert ist.

Nach den vorliegenden Projektberichten, welche im vorhergehenden Kapitel in gekürzter Form dargestellt sind, ist es gelungen, drei wichtige Elemente in den Institutionen zu verankern:

- Wissen, Informationen und wissenschaftliche Erkenntnisse wurden eingeholt, weitergegeben und neues Wissen geschaffen. Als Beispiele seien hier die internen Weiterbildungen genannt, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den jeweiligen Teams für frauengerechte Anliegen sensibilisiert haben. In allen durchgeführten Projekten wurden Evaluationen durchgeführt und die Erkenntnisse flossen in neue Angebote ein, führten zu neuen Zielsetzungen oder trugen zur Verbesserung des bestehenden Angebotes bei.
- Die Erkenntnisse wurden in Handlungen umgesetzt. Es entstand eine Fülle neuer Angebote und Dienstleistungen. Begleitete Besuche bei ÄrztInnen, welche vorbereitet und ausgewertet wurden; ein Manual zum Thema Gewalt; standardisierte Freierwarnungen; Anleitung zur Selbstverteidigung; Frauen-Gesprächsgruppen usw.

- Eine Reflexion über das berufliche Handeln fand laufend statt. Diese Reflexion hat in vielen Beispielen zu neuen Erkenntnissen geführt. Besonders beeindruckend: In einer Institution wollten die Mitarbeiterinnen mit den Klientinnen die Verhütung thematisieren. Sie trafen auf viel Widerstand. Nach gemeinsamem Nachdenken haben sie bei den Klientinnen den Wunsch nach Kindern thematisiert und plötzlich wurde dann in diesem Zusammenhang Verhütung von den Klientinnen selbst angesprochen.

#### **Das zweite Ziel des Projektes lautete:**

Die Erfahrungen mit dem Instrumentarium sind ausgewertet und die Ergebnisse können in eine allfällige Neuauflage einfließen.

Das Qualitätsentwicklungsinstrument «Frauengerecht! ...» sollte mit der Umsetzungsarbeit in den Institutionen auch auf seine Brauchbarkeit überprüft werden. Es stellte sich die Frage, ob mit dem Instrument tatsächlich gearbeitet werden kann und ob in der Praxis der beabsichtigte Nutzen daraus gezogen werden kann.

Der Verlauf des Projektes «Frauen-Netz-Qualität» und die einzelnen Schritte, welche die fachliche Begleitgruppe mit den beteiligten Institutionen vornahm, waren weitgehend von den Vorgaben des Instrumentariums geprägt.

Aus der Tatsache, dass in acht von zehn Institutionen ein Projekt erfolgreich durchgeführt werden konnte, kann gefolgert werden, dass sich das Instrument «Frauengerecht! ...» bewährt hat.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass mit den Gruppen- und Plenartreffen eine fachliche Begleitung gewährleistet war, welche Fragen und Unsicherheiten der Beteiligten aufnahm und bearbeitete. Dabei stellte sich heraus, dass einige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, damit das Instrumentarium «Frauengerecht! ...» erfolgreich eingesetzt werden kann. Zwingend nötig ist nicht nur das Einverständnis der Leitung einer Institution sondern ein aktives Engagement der Führungsebene zur Qualitätsentwicklung frauengerechter Angebote. Damit verbunden müssen personelle und materielle Ressourcen zur Verfügung stehen, ohne die ein entsprechendes Vorhaben zum Scheitern verurteilt ist. Die Projektleitenden müssen zudem über gewisse Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen. Zentrale Bedeutung kommt dabei Projektmanagement- und Evaluationswissen zu. Ohne diese Elemente kann das Instrumentarium nicht effizient und wirksam eingesetzt werden.

#### **Das dritte Ziel hiess:**

Zwischen den am Projekt «Frauen-Netz-Qualität» beteiligten Einrichtungen der Suchthilfe besteht eine funktionierende Vernetzungsstruktur.

Im Verlauf des Projektes ist diese Vernetzungsstruktur vorhanden gewesen. Die Befragung der Institutionen nach Beendigung des Projektes zeigt auf, dass der kontinuierliche Austausch und der gemeinsame Prozess als grosse Stärke empfunden wurden. Die Teilnehmerinnen haben viel voneinander profitiert, neue Ideen und Anregungen erhalten. Bereichernd, wenn auch nicht immer einfach, wurde die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz empfunden. Das ist ermutigend, weil der Austausch zwischen den Landesteilen in der Schweiz oft fehlt.

Es ist jedoch auch klar geworden, dass die angestrebte Vernetzung nicht von alleine funktioniert. Zwingend ist, dass diese sozusagen verortet ist, über eine zentrale und strukturierende Stelle verfügt, welche organisatorische und steuernde Funktionen übernimmt.

#### **Das vierte Ziel lautete:**

Die im Projekt «Frauen-Netz-Qualität» gemachten Erfahrungen und Ergebnisse werden in geeigneter Form öffentlich zugänglich gemacht.

Dieses Ziel konnte in hohem Masse erreicht werden. In den deutsch- und französischsprachigen Fachzeitschriften sind im Verlauf des Projektes immer wieder Artikel erschienen, so im «SuchtMagazin», in «dépendances», «abhängigkeiten» und im «spectra». Ausserdem verfügte das Projekt über einen respektablem Internet-Auftritt, der das Projekt gut dokumentiert. Beachtung fand «Frauen-Netz-Qualität» auch an internationalen Tagungen, so am ICAA Kongress (International Council on Alcohol and Addictions), am FrauenSuchtKongress in Berlin und an einer Tagung in Hamburg. Das Projekt wurde in bedeutenden suchtspezifischen nationalen Gremien ebenso vorgestellt wie an regionalen Tagungen und über persönliche Kontakte. Über die Schlussveranstaltung wurde auch in der deutsch- und französischsprachigen Tagespresse ausführlich berichtet. Der nun vorliegende Dokumentationsbericht rundet diese bemerkenswerte Öffentlichkeitsarbeit ab. Damit wurde unter anderem erreicht, dass die Arbeit und das Engagement der beteiligten Fachfrauen sichtbar gemacht wurde. Dies wurde auch in der Fragebogenauswertung von den Beteiligten als Gewinn beurteilt.

Es ist Zeit, Bilanz zu ziehen. Sie fällt gemischt aus. Es besteht Anlass zu Freude und Zuversicht und zu kritischer Hinterfragung.

#### **Vorerst zu den erfolgreichen Aspekten des Projektes:**

- 8 von 10 beteiligten Institutionen haben sich für den Ausbau bestehender oder die Einführung neuer Angebote entschieden. Die Fülle der Ideen und deren Umsetzung ist beeindruckend.
- Es ist mit dem Instrumentarium «Frauengerecht! ...» gelungen, einige wissenschaftliche Erkenntnisse in klar definierte, praktikable Angebote und Dienstleistungen umzusetzen. Das Instrumentarium ist anwendbar!
- Das Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit, also von offizieller Seite, unterstützt.
- Die beteiligten Fachfrauen waren engagiert und hoch motiviert dabei.
- Die klaren, einfachen und nicht hierarchischen Strukturen des Projektes, das schrittweise Vorgehen und die professionelle Begleitung gaben den beteiligten Institutionen und Fachfrauen Sicherheit.
- Die Schulungen zu Projektmanagement, Evaluationswissen und zu Nachhaltigkeit, weitere schriftliche Unterlagen und Hilfestellungen zum Beispiel in bezug auf Umgang mit Widerstand oder zur Analyse des Handlungsumfeldes wurden als sehr hilfreich erlebt.
- Die Öffentlichkeitsarbeit bewegte sich auf einem hohen Niveau und die geleistete Arbeit konnte so sichtbar gemacht werden.

#### **Zu den kritischen Aspekten des Projektes ist folgendes festzuhalten:**

- Es gibt bisher kaum Behörden oder andere Geldgeber, die die Finanzierung von Institutionen und Angeboten im Suchtbereich von einer adäquaten Berücksichtigung und dem Einbezug von Gender-Kriterien abhängig machen. Die Institutionen kommen so zu ihren Geldern ohne Anstrengungen in Richtung geschlechtergerechter Angebote.

- Die Führungsebene in den Institutionen ist oft von Männern besetzt. Das erschwert den Zugang zu den Ressourcen für die Fachfrauen. So haben in der Fragebogenerhebung die Hälfte der beteiligten Fachfrauen angegeben, dass sie von der Leitung eher nicht ausreichend unterstützt wurden.
- Die engagierten Fachfrauen sind häufig Einzelkämpferinnen ohne institutionalisierte Vernetzung mit Fachfrauen in anderen Einrichtungen mit frauengerechtem Angebot, ja wissen zum Teil nicht einmal voneinander. Aus dieser Situation heraus sind sie überlastet und von Burnout bedroht.
- Die Fachfrauen scheuen sich oft, klar und bestimmt Forderungen nach zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen zu stellen, zum Teil wohl aus Angst vor Zurückweisung und Ablehnung.

### **Was bedeuten diese Ergebnisse für die Zukunft?**

Gendergerechte Suchtarbeit darf sich nicht länger als Frauenproblem definieren lassen. Genderaspekte betreffen auch Männer und es ist höchste Zeit, eine männergerecht Suchtarbeit zu entwickeln. Die bestehende Suchtarbeit ist nicht quasi automatisch männergerecht, weil sie die Bedürfnisse der männlichen Klienten vordergründig besser berücksichtigt. Viele Themen, welche Männer betreffen, werden in der Beratung und Begleitung ausgeklammert. So zum Beispiel die Tatsache, dass viele der Betroffenen auch Väter sind. Es braucht Anreize für die Institutionen, damit diese Genderaspekte mit allen Konsequenzen in ihre Arbeit miteinbeziehen. Dafür müssen Zuständigkeiten, Verantwortung und Ressourcen geklärt und in allen Führungsinstrumenten festgehalten werden. Behörden, Stiftungen und andere Finanzsprechende müssen ihrerseits auf den Einbezug von Genderaspekten als Qualitätsmerkmal erfolgreicher Suchtarbeit bestehen und Finanzierungen davon abhängig machen.

Ein wichtiges Element ist die Vernetzung der beteiligten Fachleute. Im Projekt «Frauen-Netz-Qualität» wurde deutlich sichtbar, dass die hohe Motivation und das Engagement der Fachfrauen durch Burnout-Prozesse verlorenzugehen droht. Vernetzung wirkt dem entgegen, braucht aber zeitliche und finanzielle Ressourcen. Weiterbildung und Beratung zu Qualitätsentwicklung, Projektmanagement und Evaluationswissen sind weitere Instrumente, um der unheilvollen Vereinzelung von Fachfrauen Einhalt zu gebieten.

Die Arbeit im Suchtbereich kann nur gewinnen, wenn sie Genderaspekte integriert. Durch klare Definitionen und Anforderungen in Form von Kriterien werden die Ziele geschlechtergerechter Angebote realistischer aber auch erfüllbarer und glaubwürdiger. Die Qualität und Wirksamkeit der Suchtarbeit wird so zu Gunsten der betroffenen Frauen und Männer erhöht.

- Ernst, M.-L. et al., 1995: Frauen-Sucht-Perspektiven, Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern. Bezugsquelle: EDMZ, 3000 Bern.
- Ernst, M.-L. et al., 2000: Frauengerecht! Anforderungen an die niederschweligen Angebote im Suchtbereich. Instrumentarium im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.
- Groupe de travail «femmes, dépendances», 1998: Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Lausanne.
- Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Fachbereich Evaluation, Bundesamt für Gesundheit, 1997.
- Meier C., Leitfaden für die Selbstevaluation in der Projektarbeit, SFA-Verlag, Lausanne 1997.
- Meier C., Guide pour l'auto-évaluation de projets, Ed. ISPA, Lausanne 1997.
- Spreyermann, C., 1998: Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... Argumentarium im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.
- Spreyermann, C., Willen, C., 2001: Frauengerechte Angebote. Verzeichnis der Institutionen in der stationären Drogenarbeit und in der Überlebenshilfe im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bezugsquelle: BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern.

## Literatur

- [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)
- [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)
- [www.fasd-brr-urd.ch](http://www.fasd-brr-urd.ch)
- [www.suchtunddaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen](http://www.suchtunddaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen)

## Links

- Arnold, T. & Steier, M. (1997): Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung VILLA MARIA. Frankfurt: ISS
- Haas, S. & Enders-Drägässer, 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
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994): Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Baden-Baden: Nomos
- Landesfachstelle Frauen & Sucht, Bella Donna (2001): Viola. Modellprojekt: «Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern». Juli 1997 bis Juli 2001. Essen: Bella Donna
- Schmid, M. & Simmerdinger, R. (2000): Gibt es eine Zukunft nach der Therapie? Frankfurt: ISS
- Vogt, I. & Krahl, K. (1998): Evaluation frauenspezifischer Drogenberatung und Drogentherapie. Befragung von Frauen mit Drogenkarrieren über ihre Erfahrungen mit Institutionen. FH Frankfurt: Abschlussbericht

## Literaturangaben zum Artikel von Irmgard Vogt

