

Frauengerecht! : Ein Leitfaden zur Entwicklung von Qualitätskriterien

Autor(en): **Ernst, Marie-Louise**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **26 (2000)**

Heft 6

PDF erstellt am: **17.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800538>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Frauengerecht! Ein Leitfaden zur Entwicklung von Qualitätskriterien

Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen in Bezug auf praktische alle Aspekte der Sucht und ihrer Behandlung. Aus diesem Grund hat das Bundesamt für Gesundheit BAG ein Mandat zur Förderung frauengerechter Suchtarbeit formuliert. Eines der Resultate, welche aus diesem Mandat hervorgingen, ist das Instrumentarium «Frauengerecht!».

MARIE-LOUISE ERNST*

Anfangs der 90er-Jahre wurden ich und zwei weitere Fachfrauen (Christine Spreyermann und Isabelle Rottenmanner) durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, die Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauengerechter Arbeit im

* Marie-Louise Ernst, Psychologin FSP, lic.phil.L. Die Autorin war massgeblich beteiligt an der Konzeption und dem Aufbau der Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Kanton Bern. Sie ist heute selbständig erwerbend mit den Schwerpunkten Organisationsberatung, Schulung und sozialwissenschaftliche Studien – unter anderem als Beauftragte des Bundesamtes für Gesundheit zur Förderung frauengerechter Arbeit im Suchtbereich. Kontaktadresse: Marie-Louise Ernst, Atelier für Organisationsberatung und Fortbildung, Rohrmatt 21, CH-3126 Kaufdorf, Tel.: 031 809 22 96, E-Mail: m.l.ernst@datacomm.ch.

Der Text basiert auf einem Referat, welches die Autorin am 14. September 2000 anlässlich der Tagung «Qualität hat ein Geschlecht» in Freiburg gehalten hat.

Suchtbereich zu erarbeiten. Das Produkt wurde 1995 unter dem Titel «Frauen – Sucht – Perspektiven»¹ publiziert. Damit lag eine Fülle von Wissen und Erkenntnissen vor, die bis heute am Zunehmen ist, aber nur sehr zögerlich in die Praxis umgesetzt wurde und wird. Zwar existierten bereits zu Beginn der 90er-Jahre einige frauenspezifische Angebote (z. B. therapeutische Wohngemeinschaften, Frauen-Notschlafstellen etc.), doch hatten diese zum Teil mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und führten ein relativ isoliertes Dasein innerhalb des gesamten Hilfeangebotes.

Ein Mandat des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Das BAG schuf deshalb ein Mandat zur Förderung frauengerechter Arbeit im Suchtbereich. Ich wurde als Expertin beauftragt, in allen Bereichen der Suchtarbeit (von der Prävention über die Beratung, Therapie bis zur Überlebenshilfe) die Umsetzung der Erkenntnisse aus Forschung und Praxis in die alltägliche konkrete Arbeit voranzutreiben. Dieses Mandat begann 1997 und dauert noch bis Februar 2001. Es wurden 4 Aktionsbereiche definiert:

- Beratung und Weiterbildung (von Fachleuten, Behörden, Projektgruppen)
 - Öffentlichkeitsarbeit (bei TagungsveranstalterInnen, Medien, Fachpersonen)
 - Internationale Gremien (Vertretung der Schweiz in Fachgremien wie zum Beispiel der Groupe Pompidou)
- Über diese vier Bereiche soll das Ziel verfolgt werden, dass in der Schweiz die Prävention und die Hilfsangebote in der Suchtarbeit – insbesondere in gemischtgeschlechtlichen Institutionen – so gestaltet sind, dass sie den weiblichen Betroffenen die für sie optimale Hilfestellung bieten können.

Zur Entstehungsgeschichte des Instrumentariums

Nach einer Tagung zum Thema «Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der Überlebenshilfe» der Schweizer Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich Ende 1996 wandten sich einige Fachfrauen an mich, um diese Frage in Hinsicht auf frauenspezifische Aspekte zu vertiefen. Es bildete sich eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel, einen Katalog von Anforderungen an frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich der Suchthilfe zu erarbeiten.

Was hier präsentiert wird, ist das Resultat dieser Arbeitsgruppe, welche sich auch dadurch auszeichnet, dass Expertentum und Praxis gemeinsam ans Werk gingen.

Der Auftrag

Das BAG erteilte folgenden Auftrag: Für die Umsetzung frauengerechter Suchtarbeit in niederschweligen Bereich sollten praxisnahe Kriterien formuliert werden. Erwartet wurde ein Katalog von Anforderungen an frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich, sowie Checklisten bezüglich der Qualitätsebenen «Struktur», «Prozess» und «Ergebnis».

Das methodische Vorgehen

Nach einer ersten konstituierenden Sitzung der erwähnten Arbeitsgruppe bildete sich eine Kerngruppe von fünf Fachfrauen, welche die einzelnen Schritte in Anlehnung an das Vorgehen von Marianne Meinhold² vorbereitete. Diese Autorin stellt in ihrem Buch über Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit eine Vorgehensweise bei der Erarbeitung von Qualitätskriterien dar, an die wir uns im wesentlichen gehalten haben.

Das jeweilige Ergebnis wurde einer Begleitgruppe von weiteren 12 Fachfrauen zur Diskussion vorgelegt. Damit wurde eine breite Abstützung in allen Bereichen der niederschweligen Suchtarbeit (Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen, Arbeitsangebote, aufsuchende Sozialarbeit, Heroinverschreibungsprojekte) erreicht. Gleichzeitig wurde auch darauf geachtet, eine angemessene Vertretung der Anliegen von frauenspezifischen Institutionen und gemischtgeschlechtlichen Institutionen mit frauengerechten Angeboten zu gewährleisten.

Die einzelnen Vorgehensschritte

Zu Beginn verschafften wir uns mit Hilfe eines Brainstormings einen Überblick über all das, was an Tätigkeiten und Aufgaben innerhalb der vertretenen Institutionen wahrgenommen wird. Diese Bestandesaufnahme ergab erstes umfangreiches Material, welches nach folgenden Kriterien geordnet wurde:

- Welche Dienstleistungen werden angeboten?
- Welche Wirkungsziele werden damit verfolgt?
- Welche Zielgruppen werden – ausser den Klientinnen – miteinbezogen?

Diese Konkretisierungen wurden getrennt für die verschiedenen Arbeitsfelder (Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturen) formuliert. Wir waren also gezwungen, uns zu überlegen, welche Angebote wir zur Erreichung welcher Zielsetzungen einrichten.

In einem nächsten Schritt ging es darum herauszuschälen, welche Zielsetzungen und Angebote wir als unabdingbar erachteten, um den Anspruch zu erfüllen, frauengerecht zu arbeiten. Diese Prioritätensetzung hat viele anregende und klärende Diskussionen ausgelöst. Unter anderem wurde klar,

dass die Aufteilung nach verschiedenen Arbeitsfeldern (Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturen) zu einem grossen Teil überflüssig war und für die Weiterarbeit aufgegeben werden konnte. Dies vor allem, weil wir bei den verschiedenen Angeboten immer wieder auf die gleichen dahinter stehenden Ziele sties- sen.

In der Folge wurden die nun vorhandenen Grundlagen den Kategorien Struktur, Prozess und Ergebnis zuge-

ordnet. Die Kategorisierung führte zur Erkenntnis, dass fünf übergeordnete Zielsetzungen verblieben, welche wir für frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich als relevant erachteten. Sie werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Damit waren wir beim letzten Schritt angelangt, nämlich die Dienstleistungen sowie deren Anforderungen an die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse den fünf Zielsetzungen zuzuordnen.





Die fünf relevanten Zielsetzungen

Aufgrund der praktischen Erfahrungen und der wissenschaftlichen Erkenntnisse haben sich fünf relevante Zielsetzungen herauskristallisiert, welche in der Arbeit mit Klientinnen verfolgt werden sollten:

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

Was ist an diesen Zielsetzungen frauenspezifisch? Ich begründe im folgenden die getroffene Wahl.

Zielsetzung 1: Förderung des Gesundheitsbewusstseins

Neben dem mehrfach kumulierten Risiko einer HIV-Infektion durch – oft erzwungenen – ungeschützten Geschlechtsverkehr oder durch infizierte Spritzen bedeuten ungewollte Schwangerschaften, gynäkologische Krankheiten, eine in der Tendenz intensivere und risikoreichere Konsumart und die häufige Verletzung der körperlichen Integrität weitere gesundheitliche Probleme, denen Frauen in besonderem Mass ausgesetzt sind.

Angebote in diesem Bereich müssen also zum Beispiel dazu beitragen, dass betroffene Frauen ihren Körper wieder bewusster wahrnehmen und ver-

Zitate aus: Wilde Hilde, Christine Spreyermann: *Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin*. Lambertus-Verlag, Freiburg i.B., 1997.

ZUR PROBLEMATIK DROGENKONSUMIERENDER MÜTTER *Alice*

«Mein nächstes Ziel bestand darin, so schnell wie möglich mein Kind wieder bei mir zu haben.

In der Zwischenzeit hatte ich zu beweisen, dass ich fähig war, für ihn zu sorgen. (Wie sollte das gehen, er war ja nicht bei mir!) Allwöchentlich trafen wir uns, das hiess, mein Betreuer vom Methadonprogramm, meine Sozialarbeiterin, das Jugendamt und mein Bruder mit seiner Frau. Jedesmal wurde mein mangelndes Bemühen breitgetreten, wirklich etwas ändern zu wollen. Man sass über mich zu Gericht. Ich drehte fast durch, kriegte ich doch immer wieder dasselbe gesagt. Schliesslich griff man zur «Schocktherapie», mir wurde mit einer Heimeinweisung meines Sohnes gedroht, würde ich nicht sofort mit Erfolgsmeldungen aufwarten können. Dies sollte mich wohl besonders motivieren, vorwärts zu machen. Nach solchen Sitzungen ging jeder seines Weges, mich überliess man mich selbst. Ich hatte das Methadon, und allein damit sollte ich es schaffen, auf den richtigen Weg zurück zu finden. Ich fühlte mich von allen, die es auch so gut mit mir meinten, im Stich gelassen. Ich war voller Angst, Wut mischte sich mit Trotz. Ich hasste das Gefühl, ihnen ausgeliefert zu sein. Ich drehte mich im Kreis, kam nicht von der Stelle, glaubte an den dauernden Erwartungen zu zerbrechen, die mir gestellt wurden.» (S.35)

loren gegangenes Vertrauen in die Institutionen der Gesundheitsversorgung wiederfinden können.

Zielsetzung 2: Sensibilisierung des sozialen Umfeldes

Verschiedenen Studien weisen darauf hin, dass betroffene Frauen mit weniger Unterstützung durch ihre Herkunftsfamilie, den Partner und das sozialen

Umfeld rechnen können. Sie werden auch nach einem Ausstieg aus der Sucht auf grund ihrer Vergangenheit stärker und nachhaltiger diskriminiert.

Als Mütter sind sie in der Regel mit massivsten Vorwürfen und moralischem Druck konfrontiert und behaftet mit dem Makel, drogenabhängige Babys geboren zu haben. Das Recht und die Fähigkeit, Kinder zu haben, werden ihnen abgesprochen – häufig und mehr oder weniger offen auch von Seiten der in Beratung und Therapie Tätigen.

Das Umfeld zu sensibilisieren bedeutet also zum Beispiel, ÄrztInnen und das Pflegepersonal in Spitälern, aber auch in Allgemeinpraxen zu informieren oder die Allgemeine Öffentlichkeit auf diese Zusammenhänge aufmerksam zu machen.

Zielsetzung 3: der Schritt aus der Opferrolle

Gewalterfahrungen ziehen sich wie ein roter Faden durch das Leben vieler suchtmittelkonsumierender Frauen. Je nach Studie sind zwischen 40 und 70 Prozent der Klientinnen in ihrer Kindheit sexuellen Übergriffen und Miss-handlungen ausgesetzt gewesen³, viele über lange Jahre hin. Dieser biographische Hintergrund wirkt sich auf zwei Ebenen aus:

- die Hemmschwelle zur Prostitution wird gesenkt.
- aktuelle Gewalterfahrungen erscheinen als «normal», als Fortsetzung der in Kindheit und Jugend erlebten Gewalt- und Ausbeutungserfahrungen.

Erschwerend kommt hinzu, dass Gewalt, Sexualität und Prostitution während Jahren aus der Suchtarbeit ausgegrenzt wurden. Noch gravierender fällt ins Gewicht, dass 10 Prozent der Therapeuten, Psychologen und Ärzte sich auf sexuelle Beziehungen mit Klientinnen einlassen⁴. Durch die damit verbundenen Tabuisierungen werden diese Aspekte nicht bearbeitbar und tragen zu einer weiteren Viktimi-

ZU KONSUMMUSTERN

Rosalía

«Eigentlich habe ich schon immer ein Doppelleben geführt. Früher als «aktive», heute als ehemalige Drogenkonsumentin. Ich war immer eine von denen, die ihre Sucht gut verbergen konnten. Habe fast immer gearbeitet, hatte fast immer meine Wohnung. Weder am Arbeitsplatz noch in der Familie hat jemand was mitgekriegt. Wie ich das damals geschafft habe, weiss ich nicht: tagsüber arbeiten, und am Abend und am Wochenende Geld und Stoff beschaffen, mit Dealen oder Anschaffen.» (S.46)

sierung bei. Die Klientinnen werden sozusagen in ihrer Opferrolle festgehalten.

Das alles sind Themen, von denen Frauen in besonderem Ausmass betroffen sind, weshalb die Arbeit im Suchtbereich betroffenen Frauen gegenüber darauf eingehen muss. Im niederschweligen Bereich heisst das z.B. Schutz- und Schonraum zu bieten.

Zielsetzung 4: Aufbau eines tragfähigen Beziehungsnetzes

Das in der weiblichen Sozialisation erworbene Angewiesensein auf Beziehungen einerseits und die Beziehungsfähigkeit als zur Verfügung stehende Ressource andererseits erweisen sich für suchtmittelabhängige Frauen sowohl als Chance wie auch als Falle. So gelangen Frauen bereits häufiger durch ihren Freund zum Drogenkonsum als Männer durch ihre Freundin. Drogenkonsumierende Frauen haben häufiger eine feste Beziehung mit einem ebenfalls drogenkonsumierenden Partner und diese Beziehung bestimmt in grossem Ausmass den Drogengebrauch und die Integration in die Drogenszene. Den Ausstieg begünstigen dagegen familiäre Unterstützung sowie ein differenziertes soziales Unterstützungsnetz, das sich nicht ausschliesslich auf die Partnerbeziehung beschränkt. Die Anstrengungen der Hilfseinrichtungen müssen – angepasst an ihren allgemei-

ZU URSACHEN

Rosalía

«Ich hatte schon als Mädchen das Gefühl, dass ich vor allem anständig und nett sein müsse, ja nicht reklamieren dürfe und froh sein müsse, wenn ich eine Arbeit bekomme. Ich bin froh, dass ich mir nun mehr Dinge zutraue und manchmal ganz Stolz auf meine Leistungen bin.» (S.47)

Nicky

«Heute, mit dreissig Jahren, würde ich rückblickend sagen, dass mich meine Flucht in die Sucht einiges gekostet, aber mich letztlich gerettet hat. Ich konnte damals nach der Abtreibung dank dem Heroin aufhören zu leiden. Ich wäre innerlich verblutet, meine Seele wäre gestorben, die hätte diesen Schmerz nicht ausgehalten. Jeder Psychiater, jeder Hausarzt hätte mir Medikamente verschrieben, sicher andere. Doch im Grunde genommen habe ich nichts anderes getan, als Medikamente zu nehmen, um diesen Schmerz, diese Leere nicht mehr zu spüren.» (S.55)

Mutter von Miriam

«Von nun an arbeitete Miriam nur noch regelmässig, wenn ihr Freund im Knast war. Kaum war sie mit ihrem Freund wieder zusammen, nahm sie wieder Drogen und ging nicht mehr regelmässig zur Arbeit, bis sie die Stelle ganz verlor. War sie mit ihrem Freund zusammen, fing alles wieder von vorne an: Probleme mit ihm, und die Drogen kamen wieder ins Spiel.» (S.57)

«Miriam zeigte einen unheimlichen Willen, als sie sich entschlossen hatte, endgültig aufzuhören. Einen unheimlichen Willen hatte sie eigentlich immer, schon als Kind, nur mit dem Selbstvertrauen haperte es. Sie war so etwas von schüchtern. Sie hatte schon als Kind vor allem und jedem Angst, vor andern Spielkameraden, vor Lehrern. Sie war so unsicher und konnte sich nicht wehren. Später war sie einfach schüchtern und zutiefst im Innersten blieb diese Angst. Ich denke, und Miriam hat mir so etwas einmal erzählt, dass mit den Drogen diese Angst einfach mit einem Schlag weg war. Mit den Drogen spürte sie «Ich bin ja jemand.» (S.58)

ZUM AUSSTIEG

Trix

«Diese Zeit war für mich wirklich seit langem das erste Mal, dass ich die Erfahrung machte, dass ich allein auf meinen Beinen stehen kann. Zuerst ging es ja nicht so gut. Ich trank viel Alkohol, dabei wollte ich dies gar nicht. Der Chef hat mich dann einmal darauf angesprochen und danach ging es eigentlich gut. Von meiner Familie und meinen Verwandten habe ich während dieser Zeit kaum etwas gehört. Sie wussten nicht, dass es für mich etwas ganz Wichtiges war, an diesem ersten Arbeitsplatz zu bestehen. Für sie war das, was ich machte – Arbeiten, ein geregeltes Leben führen – das Selbstverständlichste der Welt. In ihren Augen leistete ich nichts besonderes.» (S.70)

«Früher kannte ich meine Stärken nicht. Heute weiss ich, dass ich einen ganz starken Willen habe, ohne ihn und die Unterstützung von andern hätte ich diesen Weg nicht machen können. Unterstützt gefühlt habe ich mich vor allem durch das mir entgegengebrachte Vertrauen. Dass man mich die Erfahrung machen liess, dass es um mich geht: Dass ich nicht andere reinlege, sondern mich selber, weil ich danach ein schlechtes Gewissen habe, weil ich die Arbeit zweimal machen muss, wenn ich sie das erste Mal nicht recht mache usw. Und gleichzeitig gaben mir diese Leute das Gefühl, dass ich mit meiner Vergangenheit jemand bin. Das gibt Selbstvertrauen. Früher hatte ich überhaupt kein Vertrauen in mich, ich konnte mich im Spiegel nicht ansehen, konnte nichts an mir akzeptieren, und bin dann fast im Selbstmitleid ersoffen.» (S.71)

nen Auftrag – dahin gehen, den Frauen Hilfe und Unterstützung in diesem Bereich zu bieten.

Zielsetzung 5: Perspektiven in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung verbessern

Zwar verfügen drogenkonsumierende Frauen über eine eher höhere Schulbildung als drogenkonsumierende Männer. Sie haben aber deutlich seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung und sind weniger in der Lage, ihren Lebensunterhalt durch geregelte Arbeit zu finanzieren. Damit sind den Klientinnen häufig nicht nur gesellschaftliche Perspektiven verbaut, sondern sie haben auch in Hinsicht auf die Arbeit als Sinn stiftenden Aspekt des

EIN BEISPIEL FÜR DIE UMSETZUNG DES INSTRUMENTARIUMS

Als Beispiel möge an dieser Stelle die Anlaufstelle (mit Injektionsraum) des Contact Bern dienen, welche einmal pro Woche für vier Stunden ausschliesslich Frauen offensteht. Eine der zuständigen Mitarbeiterinnen hat als Vertreterin dieser an sich gemischtgeschlechtlichen Institution in unserer Arbeitsgruppe mitgewirkt und brachte unsere Arbeit und die damit verbundenen Überlegungen in ihr Team ein.

Die Gesundheitsförderung ist dem Team der Frauenanlaufstelle seit jeher ein zentrales Anliegen. Da die zeitlichen und personellen Ressourcen beschränkt sind, müssen Prioritäten gesetzt werden. Bald einigen sich die Mitarbeiterinnen darauf, dass eine gynäkologische Betreuung eine wesentliche und notwendige Ergänzung ihres Angebotes für die Klientinnen darstellen würde. Die Infrastruktur der Anlaufstelle mit abgegrenztem Pflegeraum, in dem eine Massageliege steht, bietet gute Voraussetzungen. Überlegungen zur Zusammenarbeit mit anderen Institutionen führen das Team in das Frauengesundheitszentrum in der Stadt Bern. Dieses ist seinerseits an einer Ausweitung seines Klientinnenkreises interessiert, so dass die Mitarbeit einer Ärztin gesichert werden kann.

Die eigentlichen Beratungen und Behandlungen werden über die Krankenkasse abgerechnet. Vorstellungen über die Bedingungen und die Häufigkeit des Angebotes, über das Bekanntmachen und Motivieren der Klientinnen werden zwischen den Mitarbeiterinnen und der Ärztin diskutiert und festgelegt. Aufgrund von Erfahrungen, welche die Zuverlässigkeit und Kontinuität der Klientinnen anbelangen, scheint eine Häufung des Angebotes zu Beginn ratsam. In der Zwischenzeit werden gynäkologische Untersuchungen und Beratungen zweimal pro Monat während zwei Stunden angeboten. Nach einem halben Jahr sollen die Erfahrungen ausgewertet werden, und die Mitarbeiterinnen sind nun damit beschäftigt, die entsprechenden Standards auszuarbeiten.

Lebens kaum Chancen. Oft bleibt als einzige Perspektive die Mutterschaft, welche dann wiederum von der Gesellschaft negativ sanktioniert wird.

Die Angebote der Suchthilfe müssen also zum Beispiel die betroffenen Frauen ermächtigen und unterstützen, Perspektiven in Bezug auf Beruf und Beschäftigung zu entwickeln.

Die Funktionsweise des Instrumentariums

Im folgenden soll der Aufbau und die Funktionsweise des Instrumentariums beispielhaft anhand der ersten, oben erwähnten Zielsetzung vorgestellt werden. Dem Ziel, das Gesundheitsbewusstsein von Klientinnen zu fördern, dienen 9 Dienstleistungen und Angebote, nämlich:

- Speziellen Raum ausschliesslich für Frauen zur Verfügung stellen
- Betten zur Verfügung stellen (gilt für Notschlafstellen)
- Frauenärztin ist regelmässig anwesend
- Einfacher Zugang zu frauenspezifischen Informationen
- Aids- und Hepatitis-Prävention wird bei jeder Klientin thematisiert
- Opiat- resp. Substitutionsprogramm (mit Kinderhütendienst)
- Abgabe von Spritzen, Kondomen und Hygieneartikeln, sowie Dusch- und Waschelegenheit

- Begleitung von Klientinnen zu medizinischen Gesundheitsdiensten
- Beratung und/oder Triage bei frauenspezifischen gesundheitsrelevanten Themen

Um die Qualität von Angeboten einzuschätzen, die den Anspruch haben, den betroffenen Frauen gerecht zu werden, müssen nun strukturelle Elemente (Rahmenbedingungen) und die initiierten Prozesse (Vorgehensweisen) mit den Ergebnissen in Verbindung gebracht werden. Das entspricht dem im Sozialbereich entwickelten Verständnis von Qualitätsentwicklung.

Ein Beispiel der Umsetzung

Die Umsetzung der oben aufgeführten Punkte soll am Beispiel der Dienstleistung dokumentiert werden, dass eine Frauenärztin regelmässig zu bestimmten Zeiten anwesend ist. Auf der Strukturebene bedeutet dies, dass das Angebot im Konzept verankert sein muss, dass die Finanzierung geklärt und sichergestellt ist und dass ein geeignetes Untersuchungszimmer zur Verfügung steht.

Auf der Prozessebene haben wir folgende zentralen Anliegen formuliert: Das Vorgehen muss so gewählt werden, dass die Klientinnen darin unterstützt werden, sich mit dem eigenen Körper auseinanderzusetzen und dass sie Vertrauen in die Angebote der

medizinischen Versorgung aufbauen können.

Das Ergebnis wurde schliesslich bewusst offen formuliert: Die gesundheitliche Situation, insbesondere die sexuelle Gesundheit der Klientinnen verbessert sich. Diese offene Formulierung fordert die Institutionen im niederschweligen Bereich auf, an dieser Stelle einzusetzen und die angestrebten Ergebnisse als Standards zu formulieren. Wir haben bewusst darauf verzichtet, verpflichtende Vorgaben auszusprechen, sind doch die angesprochenen Institutionen in den unterschiedlichsten Bereichen tätig (Arbeit, Wohnen, Tagesstrukturen, Substitutionsprogramme) und müssen die von der Arbeitsgruppe formulierten Vorschläge ihren Bedürfnissen und Rahmenbedingungen anpassen. Um trotzdem eine konkrete Anleitung zu geben, haben wir das bereits angeführte Beispiel idealtypisch wie folgt ausformuliert:

Angebot / Dienstleistung

- Eine Frauenärztin ist zweimal im Monat während zwei Stunden anwesend.

Struktur

- Es steht ein Untersuchungszimmer zur Verfügung.
- Die Kosten für die Ärztin werden so weit als möglich über KK abgerechnet
- ein Sockelbeitrag von Fr. xx wird ins Budget aufgenommen.
- Im Konzept wird ein Passus eingeführt, wonach den Klientinnen eine gynäkologische Grundversorgung zugänglich gemacht wird.

Prozess

- Die MitarbeiterInnen klären alle Klientinnen innerhalb eines Monats im Verlauf von Beratungsgesprächen über das neue Angebot auf.

- Die MitarbeiterInnen motivieren die Klientinnen zur Nutzung des neuen Angebots und begleiten diese, wenn sei es wünschen.
- Die MitarbeiterInnen erkundigen sich systematisch bei allen Klientinnen nach deren Eindrücken zum neuen Angebot (z. B. anhand eines kurzen Leitfadens). Das Ergebnis wird schriftlich festgehalten.
- Nach 6 Monaten findet ein Gespräch zwischen der Ärztin und den MitarbeiterInnen statt. Erfahrungen aufgrund der Rückmeldungen von Klientinnen werden besprochen und Ergebnisse des Austausches fliessen in die Fortsetzung der Arbeit ein.

Ergebnis

- Innerhalb von 12 Monaten wird das Angebot von 60% der Klientinnen mindestens einmal genutzt.
- Infektionen nehmen bei den Klientinnen innerhalb eines Jahres um 30% ab.
- 40% der Klientinnen finden (anschliessend) innerhalb eines Jahres Zugang zu einer gynäkologischen Praxis.

Abschliessende Bemerkungen

Ich hoffe, wir können mit diesem Instrument aufzeigen, dass frauengerechte Arbeit im niederschweligen Bereich

nichts mit Ideologie, aber viel mit seriösen wissenschaftlichen Grundlagen, klaren Zielen und – mindestens zum Teil – mit messbaren Kriterien zu tun hat.

Es liegen nun nicht nur die wissenschaftlichen Grundlagen und die entsprechenden Argumente für eine frauenspezifische und frauengerechte Arbeit im Suchtbereich vor, sondern auch ein praktischer Leitfaden für eine qualitativ hochstehende Umsetzung im niederschweligen Bereich. ■

Bestelladresse für das Instrumentarium

Bundesamt für Gesundheit
Sektion Drogeninterventionen
Christopher Eastus, CH-3003 Bern
Tel.: 031 323 88 09, Fax: 031 323 87 89
E-Mail: christopher.eastus@bag.admin.ch

¹ Ernst, M.-L.; Rottenmanner, Isabelle; Spreyermann, Christine: «Frauen-Sucht-Perspektiven». Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen BAG. Bern, März 1995

² Meinhold, Marianne: «Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit». Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg im Breisgau 1997, Lambertus-Verlag

³ Ernst, M.-L.; Rottenmanner, Isabelle; Spreyermann, Christine: «Frauen-Sucht-Perspektiven». Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen BAG. Bern, März 1995

⁴ ebda.

EIN ANGEBOT ZU EMPOWERMENT UND VERNETZUNG IN DER ARBEIT MIT DEM INSTRUMENTARIUM

An der Tagung «Qualität hat ein Geschlecht» vom 14. September 2000 haben wir das Instrumentarium vorgestellt und ein Angebot zur Vernetzung gemacht. In einem zeitlichen Rahmen von ca. zwei Jahren sollen Erfahrungen mit der Umsetzung des Instrumentariums gemacht werden. Dabei werden die Mitarbeiterinnen der Institutionen, die sich für eine Mitarbeit entscheiden, von einer Begleitgruppe (Anne Dentan, Marie-Louise Ernst, Régine Linder, Claire Roelli) in jährlich zwei bis drei halbtägigen Arbeitssitzungen unterstützt.

Bisher haben sich gesamtschweizerisch 18 Institutionen für die praktische Arbeit mit dem Instrumentarium entschieden. Wir sind über dieses grosse Engagement hocherfreut!

Kontaktadresse: Schweizer Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich SAH, Frau Régine Linder, 9, Rte. des Arsénaux, 1700 Freiburg, Tel. 026 34715 75