

Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe

Dissertation

zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie
im Department Sozialwissenschaften
der Universität Hamburg

Frauke Schwarting

Aus Oldenburg (i. Oldb.)

2005

Erstgutachterin: Prof. Dr. Marianne Pieper

Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz Renn

Tag der Disputation: 1. Februar 2006

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG: BEWEGUNGEN EINER KATEGORIE IN EINEM HANDLUNGSFELD	1
2 THEMATISIERUNGEN – DENK- UND PRAXISSTATIONEN DER WESTDEUTSCHEN GESCHLECHTSBEZOGENEN SUCHTARBEIT	4
2.1 Von männlichen Lastern und weiblichen Verderbtheiten – zur Vorgeschichte der heutigen Suchtkrankenhilfe	4
2.1.1 Von der Maßlosigkeit der Menschen zum „richtigen Maß“ der Männer	4
2.1.2 Sucht als Erkrankung.....	7
2.1.3 Zur Entstehung der heutigen Suchtkrankenhilfe	9
2.2 Spurensuche: Entstehung eines frauenbezogenen Blickes.....	10
2.2.1 Die Anfänge der Thematisierung von Geschlecht und ihr spezifischer Hintergrund	10
2.2.2 Die Entstehung der Drogenhilfe als Nährboden frauenbezogener Suchtarbeit	12
2.2.3 Neue Perspektiven durch feministische Auseinandersetzungen in Psychologie und Sozialwissenschaften	15
2.2.4 Erkenntnisse zur Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und neue Angebote.....	17
2.3 Strukturierungen: institutionelle Rahmenbedingungen einer Debatte und ihre Folgen für die Thematisierung von Geschlecht	19
2.3.1 Den Erfahrungen das Sprechen beibringen: Produktionsbedingungen einer Fachdebatte.20	
2.3.2 Zugzwänge der Praxis: Reduzierungen und Dramatisierungen von Geschlecht.....	24
2.3.3 Neue Fragen: Ausblick.....	29
3 UNGLEICHZEITIGKEITEN: VERSCHIEBUNGEN IN FEMINISTISCHEN THEORIEN.....	32
3.1 Überlegungen zu einem geschlechtsreflexiven Blick in der geschlechtsbezogenen Suchtarbeit.....	32
3.2 Gleichheit und Differenz als Dilemmata von Geschlecht.....	33
3.2.1 Geschlecht als umkämpfte Kategorie – Historische Etappen der Dilemmata von Gleichheit und Differenz in feministischen Debatten um Geschlecht.....	34
3.2.2 Gleichheit und Differenz als Spannungsverhältnis.....	43
3.3 Sozialer Wandel und Ungleichzeitigkeiten im Geschlechterverhältnis	45
3.3.1 Soziale Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit und das Konzept des Geschlechterverhältnisses.....	45
3.3.2 Symbolische Ent-Traditionalisierung und strukturelle Tradierung: zur Entstehung eines neuen Verdeckungszusammenhangs	46
4 KONTINUITÄTEN UND WANDEL: SUCHTMITTELABHÄNGIGKEIT UND HILFESYSTEM UNTER GESCHLECHTSBEZOGENER PERSPEKTIVE	58
4.1 Überlegungen für einen geschlechtsreflexiven Blick für das Handlungsfeld Suchtkrankenhilfe	58
4.1.1 Prämissen eines geschlechtreflexiven Blickes.....	58
4.1.2 Zu den Fragen und Daten	60

4.2	Aktuelle Trends in Bezug auf Konsum, Suchtentwicklung und Nutzung der Suchtkrankenhilfe	63
4.2.1	Illegale Drogen: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte	63
4.2.2	Alkohol: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte	69
4.2.3	Psychoaktive Medikamente: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte	77
4.2.4	Spezifische Formen von Mehrfachabhängigkeit: "Alkohol plus" und "Polysüchtige"	82
4.2.5	Komorbidität: zusätzliche psychiatrische Diagnosen von suchtmittelabhängigen Männern und Frauen	85
4.2.6	Frauen und Männer als Angehörige von Süchtigen	88
4.2.7	Fazit	90
4.3	Geschlechtsbezogene Phänomene, Probleme und Bewältigungsformen: einige Beispiele ...	91
4.3.1	Berufliche Perspektiven	91
4.3.2	Sexueller Missbrauch und Gewalt	99
4.3.3	Partnerschaften	113
4.3.4	Elternschaft	120
5	GESCHLECHT ALS QUERSCHNITTSFRAGE - SUCHTARBEIT UNTER DEM ASPEKT DES "GENDER MAINSTREAMING"	133
5.1	Eine Einführung	133
5.1.1	Der methodische Perspektivenwechsel	133
5.1.2	Chancen und Probleme des Ansatzes	135
5.2	Zur Anwendung von Gender Mainstreaming in Forschung und Praxis in der Suchtkrankenhilfe: Fünf Vorschläge	140
5.2.1	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Aktionsplan Drogen und Sucht	141
5.2.2	Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: ein Positionspapier	146
5.2.3	Fachverband Drogen und Rauschmittel: eine Expertise	150
5.2.4	Irmgard Vogt: Ungleiche Ausgangslagen von Frauen und Männern	155
5.2.5	Kludia Winkler: Minderheiten und Mehrheiten	160
5.3	Zusammenfassung: Gender Mainstreaming als Ansatz für die Suchtkrankenhilfe?	163
6	SCHLUSS	165
	LITERATURVERZEICHNIS	168

1. Einleitung: Bewegungen einer Kategorie in einem Handlungsfeld

Die Drogen- und Suchtkrankenhilfe der BRD ist in ein neues Jahrzehnt und Jahrhundert getreten. In den letzten Jahrzehnten erlebte der Bereich rasante Entwicklungen, auf einem Weg von der "Trinkerfürsorge" zu einem modernen Suchtkrankenhilfesystem im Rahmen des Gesundheitswesens. Seit der Anerkennung von Sucht als Krankheit gab es viele Veränderungen und Ausdifferenzierungen in Angebotsentwicklung, Suchtheorien, beteiligten Berufsgruppen und Forschung.

Eine Dimension davon ist die Auseinandersetzung mit den geschlechtsbezogenen Hintergründen und Verläufen von Suchtmittelabhängigkeit und ihren Kontexten und Motiven; oder vielmehr die Entdeckung, dass die herkömmlichen Angebote nur begrenzt förderlich für Frauen sind. Seit Beginn der 1980er Jahre gibt es Forschungen und Diskussionen um Inhalte und Formen frauenbezogener Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen, seit Mitte der 1980er Jahre gibt es entsprechende Angebote.

Doch inzwischen haben sich eine Reihe verschiedener theoretischer Entwicklungen vollzogen. So finden sich Verschiebungen in den sozialwissenschaftlichen Konzepten von Struktur, Kultur und Interaktion, die auch von feministischen Wissenschaftlerinnen aufgegriffen werden und die verschiedene Weichenstellungen für den Umgang mit der Kategorie "Geschlecht" beinhalten. Zugleich gibt eine methodologische Kritik an der Nutzung der Kategorie als solcher; die gesellschaftliche (und sozialpolitische) Praxis der Thematisierung von "Geschlecht" würde das – sozial konstruierte – System der Zweigeschlechtlichkeit beständig bestätigen und damit reproduzieren. Und schließlich deutet sich in den letzten Jahren – beispielsweise mit dem Wechsel von "Frauenstudien" zu "Geschlechterstudien" oder neuen politischen Instrumenten wie Gender Mainstreaming – eine Erweiterung der frauenbezogenen Forschung und Praxisreflexion um die Auseinandersetzung mit männerbezogenen Fragestellungen an.

Demgegenüber stehen Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe an einem ganz anderen Punkt. Während in den Sozialwissenschaften weitere soziale Differenzierungen diskutiert und die Kategorie "Geschlecht" als solche kritisch untersucht wird, sind hier noch nicht einmal das bestehende Wissen und die Erfahrungen mit frauenbezogenen Kontexten von Suchtmittelabhängigkeit Teil des fachlichen Mainstreams geworden und männerbezogene Fragestellungen – bei einer großen quantitativen Männerdominanz unter den KlientInnen – werden gegenwärtig erst von vereinzelt Forschern und Praktikern überhaupt aufgenommen. Geschlechtsspezifisch stellt sich nach wie vor als etwas Additives, Zusätzliches, dar. Vor diesem Hintergrund wird die radikalere Forderung,

Geschlecht nicht durch beständiges Einbringen dieser Kategorie zu reproduzieren, heikel und droht, den bestehenden Verdeckungszusammenhang zu stützen.

Der gleichzeitige Blick auf sozialwissenschaftliche Konzepte und auf ihr Wirken und ihren Nutzen im Praxisfeld der sozialen Arbeit mit Süchtigen bietet also Widersprüche, Verschiebungen und Korrektive. Ich möchte mit dieser Arbeit eine "geschlechtsreflexive" Perspektive vorschlagen. Sie ermöglicht es, die Überlegungen der theoretischen Konzepte für eine kritische geschlechtsdifferenzierende Forschungs- und Betreuungspraxis zu berücksichtigen. Eine geschlechtsreflexive Perspektive soll zweierlei leisten: Sie soll erstens empirisch beschreibbare und historisch entstandene Geschlechterdifferenzen *sichtbar* machen. Und sie soll zweitens – zwar in Anerkennung historisch und gesellschaftlicher Bedingtheit von Unterschieden – zugleich den Ansatz der *Aufhebung* der Differenz in sich tragen, indem sie auf eine Erweiterung der Identitäten, Bilder und Handlungsmöglichkeiten der Männer und Frauen zielt und auch andere soziale Differenzierungen in Betracht zieht. Differenz – als Differenz zwischen den Geschlechtern – wird also stets als "zu verändernde Differenz" gefasst.

Ziel der vorgelegten Arbeit ist erstens der Versuch einer Bestandsaufnahme von geschlechterdifferenzierenden Daten und Überlegungen zu suchtmittel-abhängigen Frauen und Männern, die oft nur verstreut oder in Form "grauer Literatur" auftauchen. Diese Bestandsaufnahme bildet zweitens die notwendige Grundlage, die zwischen Theorie und Empirie aufgespannt werden kann, um Ansätze eines "geschlechtsreflexiven Blicks" vorzustellen und exemplarisch auf die vorfindlichen Daten anzuwenden.

Nach einer Einführung in die Vorgeschichte der bundesdeutschen Suchtkrankenhilfe werde ich zunächst nachzeichnen, unter welchen Bedingungen in der Praxis der westdeutschen Suchtkrankenhilfe in den 1980er Jahren ein geschlechtsbezogener Blick entstand und in welcher Weise dieser Blick durch Rahmenbedingungen des Handlungsfeldes formiert wurde (Kapitel 2).

In zweiten Schritt werden Ausgangspunkte und einige theoretische Verschiebungen in den feministischen Debatten um "Geschlecht" und "Differenz" skizziert: Wie sahen die alten Diskussionlinien aus und welche Verschiebungen wurden angesichts gesellschaftlicher Modernisierungs- und Differenzierungsprozesse formuliert? Was ist aus diesen Überlegungen für eine geschlechtsreflexive Perspektive für das Handlungs- und Forschungsfeld der Suchtkrankenhilfe zu lernen? (Kapitel 3)

Dann wende ich mich mit einem geschlechtsreflexiven Blick der Datenlage und einigen Diskussionen zu Suchtmittelabhängigkeit von Männern und Frauen sowie ihrer Nutzung von Angeboten der Suchtkrankenhilfe zu. Dabei wird deutlich, dass eine geschlechtersensible Datenlage und -erhebung die erste und notwendige Voraussetzung

für jede weitere geschlechtsreflexive Betrachtung ist. Wie schlägt sich der im dritten Kapitel angesprochene soziale Wandel mit seinen Differenzierungen in den Konsumtrends psychoaktiver Substanzen und hinsichtlich der Suchtentwicklungen und Nutzung des Hilfesystems nieder? Wo finden wir Kontinuitäten, wo finden wir einen Wandel? Einige Aspekte aus der Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe sollen im Rahmen der ausgearbeiteten Fragen und Kriterien exemplarisch genauer betrachtet werden (berufliche Perspektiven, Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, Partnerschaft, Elternschaft). Einerseits wird anhand von Studien herausgearbeitet, inwiefern diese sucht- und behandlungsrelevante geschlechtsbezogene Ausformungen haben, andererseits wird – soweit Daten und Befunde vorliegen – angedacht, in welcher Weise diese Phänomene angesichts neuerer Genderdiskussionen auch anders interpretiert werden können (Kapitel 4).

Bemühungen um einen geschlechterdifferenzierenden Blick in Forschung und Praxis der Suchthilfe könnten durch die aktuellen Diskussionen und den Beginn der Nutzung der politisch-institutionellen Strategie des Gender Mainstreaming auch im Gesundheitswesen Unterstützung erfahren. Darum soll abschließend geprüft werden, ob dieses Instrument hilfreich für Veränderungsprozesse im Feld der Suchtkrankenhilfe ist (Kapitel 5).

Mit der hier vorgelegten Arbeit hoffe ich, zur produktiven Weiterentwicklung des für mich sowohl aus der Praxiserfahrung wie auch aus der Forschungsperspektive heraus spannungsreichen und anregenden Feldes der geschlechtsbezogenen Suchtarbeit beitragen zu können.

2. Thematisierungen – Denk- und Praxisstationen der westdeutschen geschlechtsbezogenen Suchtarbeit

2.1 Von männlichen Lastern und weiblichen Verderbtheiten – zur Vorgeschichte der heutigen Suchtkrankenhilfe

Bevor im nächsten Kapitel erläutert wird, in welcher Weise sich in Westdeutschland ein geschlechtsbezogener Blick – begrenzt auf Frauen – entwickelte, soll eine Einführung in die Entstehungshintergründe und die sich wandelnde historische Form der Suchtkrankenhilfe gegeben werden.

2.1.1 Von der Maßlosigkeit der Menschen zum „richtigen Maß“ der Männer

Allein schon unsere heutige Vorstellung von Sucht als Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und als Krankheit ist ein historisch noch relativ junges Phänomen.¹ Aldo Legnaro (1991) zeigt, dass die Vorstellung von „Sucht“ nicht einen durch eine Substanz bestimmten physiologischen Prozess, sondern ein soziales Produkt darstellt, ein historisches Konzept in bestimmten sozialen Kontexten und gesellschaftlichen Bedingungen²:

„Ob eine Gesellschaft eine soziale Vorstellung von Sucht entwickelt, hängt (...) damit zusammen, welchen Stellenwert sie persönlicher Autonomie und rational gefaßter Selbstentfaltung beimißt. Sucht stellt ja gewissermaßen die Kehrseite von persönlicher Autonomie dar, und sie erscheint erst dann als Laster, Krankheit oder Stigma, wenn solche Autonomie des Einzelnen einen zentralen Wert bildet: dann sind süchtige Verhaltensweisen eine Art des unkontrollierten Ausgeliefert-Seins und damit ein Verstoß, der mit verächtlicher Ausgrenzung, mit Therapie oder mit Bestrafung geahndet werden muß.“ (ebd., S. 25)

Im Mittelalter galt Alkohol als Lebensmittel und der Rausch als selbstverständlicher Bewusstseinszustand (Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 28). Zudem war er ein gängiges medizinisches Therapeutikum gegen verschiedenste Leiden, ebenso wie später Haschisch.³

¹ Historisch hat der Begriff „Sucht“ ganz verschiedene Bedeutungen, wie Scheerer/Vogt (1989) ausführen: Bezeichnet er im Mittelalter noch „Krankheit“ als solche, wird er ab dem 16. Jahrhundert für bestimmte Krankheitsgruppen verwendet oder in Kombination mit anderen Begriffen zur Bezeichnung der schweren, tückischen oder epidemiologischen Natur einer Krankheit. Ein anderer Bedeutungshof war der eines übersteigerten Triebes.

² Zu kulturgeschichtlich unterschiedlichen Blicken auf Drogen, Rausch und Ekstase vgl. z.B. auch Schneider, 2000, S. 31ff. und Vogt/Scheerer, 1989, S. 10ff.

³ Beispielsweise bei Darmwürmern, Augenkrankheiten, Brandverletzungen u.v.m., wurden von Ärzten täglicher Weingenuss und mehrere Rausche pro Monat als gesundheitsstärkende Maßnahmen angeraten (vgl. Kruse et al., 2000, S. 28). Haschisch wurde bis ins 18. Jahrhundert hinein als Mittel gegen Pest, Tripper, Kopfschmerzen, Husten und Schlaflosigkeit empfohlen (Legnaro, 1991, S. 22).

Wie Legnaro ausführt, waren die Menschen nicht genötigt, ihre Affekte zu zügeln und nüchterne Selbstkontrolle zu üben. In der Neuzeit änderte sich dies und es konturierte sich – zunächst für das Bürgertum - nach und nach ein Muster heraus, das heute als “Permissivkultur”⁴ bezeichnet wird: Hier werden Grenzen gesetzt zwischen akzeptiertem Alkoholkonsum und einem nicht akzeptierten Übermaß, was historisch und kulturell bedingt die Trunkenheit per se, ein bestimmtes Maß von Trunkenheit oder die sozial unerwünschten Folgen des Konsums bedeuten kann. Und dieses Muster kristallisierte sich zudem als *männliche* Praxis heraus. Ein historisches Beispiel für eine solche Markierung zwischen normalem und übermäßigem Konsum, das nur auf Männer Bezug nimmt, ist in Goethes Figur eines Weihbischofs zu finden, dem der Dichter folgende Fastenpredigt in den Mund legt:

„Ihr überzeugt euch also hieraus, andächtig, zu Reu´ und Buße schon begnadigte Zuhörer, daß derjenige die größte Sünde begehe, welcher die herrlichen Gaben Gottes solcherweise mißbraucht. Der Mißbrauch aber schließt den Gebrauch nicht aus. Stehet doch geschrieben: Der Wein erfreuet des Menschen Herz! (...) Nun ist aber unter meinen männlichen Zuhörern vielleicht einer, der nicht zwei Maß Wein zu sich nähme, ohne deshalb gerade einige Verwirrungen seiner Sinne zu spüren; wer jedoch beim dritten oder vierten Maß schon so arg in Vergessenheit seiner selbst gerät, daß er Frau und Kinder verkennt, sie mit Schelten, Schlägen und Fußtritten verletzt und seine Geliebtesten als die ärgsten Feinde behandelt, der gehe sogleich in sich und unterlasse ein solches Übermaß, welches ihn mißfällig macht und Gott und seinesgleichen verächtlich. Wer aber bei dem Genuß von vier Maß, ja von fünfen oder sechsen, noch dergestalt sich selbst gleich bleibt, daß er seinen Nebenchristen liebevoll unter die Arme greifen mag, dem Hauswesen vorstehen kann, ja die Befehle geistlicher und weltlicher Obern auszurichten sich imstande findet: auch der genieße sein bescheiden Teil und nehme es mit Dank dahin!” (Goethe: „Vom tätigen Leben“, 1907, S. 274f., zit. nach.: Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 23)

Historische Belege und literarische Beispiele zeigen, in welcher starker und unbefangener Weise Alkohol ein fester Bestandteil des Lebens war (Legnaro spricht hier von “naivem Liberalismus”, 1991, S. 27). Das betraf nicht nur Geselligkeit, sondern auch das Arbeitsleben; so wurde Lohn oft in Form von Alkohol ausgezahlt:

„Diese Methode, einen Teil des Lohns in Branntwein zu verabreichen, verbreitete sich rasch, bald nahmen sie Transport- und Bauunternehmer und die Besitzer von Kohlen- und Eisenbergwerken sowie von Ziegeleien (...) auch in Deutschland auf. (...). Es ist ein auffälliger Zusammenhang, daß in Deutschland das Branntweintrinken am frühesten sich unter den Bergarbeitern ausbreitete.” (Vogt, 1982, 206f., zit. nach Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 29)

⁴ Man unterscheidet vier Formen von Trinkkulturen: “Abstinenzkulturen” mit Verbot jeglichen Alkoholkonsums, “Ambivalenzkulturen” mit Konflikten zwischen koexistenten Wertstrukturen gegenüber Alkohol, “Permissivkulturen” mit Billigung von Alkoholgenuss und Ablehnung von Trunkenheit und anderen pathologischen Erscheinungen des Konsums, und “permissiv-funktionsgestörte Kulturen” mit Billigung des normalen Alkoholkonsums und des Exzesses (vgl. Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 26f.).

In Fabriken, bei Tagelöhnern und auch in der Seefahrt wurde Alkohol auch häufig während der Arbeit ausgeschenkt, damit die Arbeiter den Arbeitsbelastungen standhielten. So berichtet Jack London in seinem Buch "König Alkohol":

„Und hier lernen wir also wieder eine neue Seite des so vielseitigen König Alkohols kennen. (...) Wo alle Kraft verbraucht ist, schenkt er neue Kraft. (...) Einmal schleppten wir acht Tage hintereinander auf dem Ozeandampfer Kohlen – es war die Hölle. Damals bekamen wir Gratiswhisky, um unsere Arbeit tun zu können. Wir arbeiteten die ganze Zeit in halber Betrunkenheit. Und ohne den Whisky hätten wir die Kohlen unmöglich schleppen können.“ (London, 1978, S. 134)

Stellte Alkohol also ein Mittel der Steigerung der Leistungsfähigkeit dar und galt demnach als funktional, so wurde er ab Mitte des 19. Jahrhunderts in Westeuropa mit zunehmender Industrialisierung und den veränderten Arbeitsanforderungen von Unternehmern mehr und mehr als dysfunktional thematisiert, als Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es zeigte sich, dass "die Leistungsfähigkeit des zum Trunke neigenden Arbeiters unter die Norm sinkt." (Vogt, 1982, S. 202ff, zit. nach Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 30) Nun ging es um das Ideal der nüchternen Selbstkontrolle, Rationalität und Berechenbarkeit.

Doch trotz des neuen Ideals der Selbstdisziplin blieb stets die Spannung von Funktionalität und Dysfunktionalität des Drogenkonsums erhalten – ein prägnantes Beispiel ist das Militär. Einerseits wurden in beiden Weltkriegen und auch in späteren Kämpfen psychoaktive Substanzen wie Alkohol oder Amphetaminen bewusst zur Beruhigung der Nerven oder zur Leistungssteigerung bei Kampfeinsätzen an Soldaten ausgegeben, andererseits konsumierten die Soldaten auch von sich aus, was im Kampfeinsatz nicht selten zu Verletzungen und Todesfällen durch die eigenen Leute führte.⁵

Die historischen Betrachtungen und literarischen Beispiele zeigen, ohne dies explizit zu thematisieren, dass insbesondere der Alkoholkonsum zunehmend – parallel zur geschlechtsbezogenen gesellschaftlichen Arbeitsteilung und dem Vormarsch der bürgerlichen Familie als normatives Modell der individuellen Reproduktion – Bestandteil von *männlichen* Lebenswelten wurde, etwa der Fabrikarbeiter, der Seefahrer, der Soldaten, aber auch der Künstler. Dabei geht der Konsum von Alkohol eng mit dem subjektiven *Gewinn von Männlichkeit* einher: Eindrucksvoll werden solche Verknüpfungen z.B. für die Zeit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert bei Jack London (1978) in "König Alkohol" beschrieben:

„Als ich jung war, entrann ich nur mit Hilfe der Kneipen aus der Enge weiblichen Einflusses in die freie Welt der Männer“ (S. 7)

„Wo immer das Leben frei und groß war, wurde getrunken. Romantik und Abenteuer schienen stets Arm in Arm mit König Alkohol ihre Straße zu wandern. Wollte ich die

⁵ Vgl. die Dokumentation der Filmreihe "Delta" im September 2005 zu historischen und aktuellen Beispielen von Drogen- und Alkoholkonsum in militärischen Einsätzen in Deutschland und den USA (Delta, 2005).

beiden kennenlernen, konnte ich dem dritten nicht ausweichen. Oder ich mußte eben zurück zu meinen Volksbibliotheksbüchern, von den Taten anderer Männer lesen und selber keine begehen.“ (ebd., S. 39)

„Wenn ich an Alkohol dachte, fielen mir im selben Augenblick gute Kameraden ein. Dachte ich an gute Kameraden, so kam mir sofort der Alkohol in den Sinn. Kameradschaft und Alkohol waren siamesische Zwillinge. Sie waren unzertrennlich.“ (ebd., S. 155)

London warnt die „gesunden normalen Jungen“ seiner Zeit, sich durch ihre „geselligen Mannesimpulse“ (ebd., S. 153) nicht auf Irrwege führen zu lassen und hofft auf die Frauen, die „Gattinnen und Mütter“: Sie hätten „einen unberechenbaren Preis in Schweiß und Tränen bezahlen müssen, damit die Männer ihren Alkohol hatten“ (ebd., S. 154). London spricht sich hier für das Frauenstimmrecht aus, denn sobald Frauen das Stimmrecht in ihren Gemeinden hätten, würden sie sich dafür einsetzen, dass die Schenken geschlossen würden. Und in der Tat tauchen Frauen in jener Zeit nicht nur in England, sondern auch in Deutschland vor allem in der Rolle (bürgerlicher) Alkoholkritikerinnen auf, die sich in Abstinenzverbänden organisieren (vgl. Appel, 1991). Bis zu diesem Zeitpunkt scheint die Geschichte der Sucht eine männliche Geschichte zu sein.

2.1.2 Sucht als Erkrankung

Zum Ende des 19. Jahrhunderts, parallel zur Etablierung der Psychiatrie als Teilbereich der Medizin, entwickelte sich Sucht schließlich zu einem Krankheitsbild. Die seit Mitte des Jahrhunderts bestehenden “Trinkerasyile“ und “Trinkerheilstätten“ wurden ausgebaut (vgl. Assfalg, 2002). Vogt und Scheerer (1989) skizzieren, dass zwei verschiedene Entwicklungen zu einer Verknüpfung der Vorstellung von Sucht mit moralischer Minderwertigkeit führten: Erstens sei im Rahmen der Klassenauseinandersetzungen der sich damals massiv ausbreitende Elendsalkoholismus unterer Schichten vom Bürgertum als Argument für die Minderwertigkeit des Proletariats genutzt worden. Und zweitens traf die so definierte Krankheit in der Medizin gerade in Deutschland auf die sozialdarwinistischen Vorstellungen der Rassenbiologie.⁶ Hier verbindet sich nun die Vorstellung einer Erkrankung, grundsätzlich durchaus verknüpft mit dem Gedanken an Behandlung und Heilung, mit Wert-Kategorien, die sowohl die moralische wie auch die genetische Minderwertigkeit der Süchtigen postulieren.

Irmgard Vogt (1994, S. 184ff.) ging der Frage nach, ob und in welcher Weise Frauen als Alkoholikerinnen in den frühen, richtungsweisenden Publikationen zum Thema Alkoholismus im 19. Jahrhundert vorkamen. Hier wurden aus einem biologisch-medizinischen Modell heraus, im Rahmen von Psychiatrie, zu Frauen deutlich andere

⁶ Im Faschismus fielen Alkohol- und Rauschgiftsüchtige unter die Sterilisationspflicht zur „Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und 50 000 Alkohol- und Rauschgiftsüchtige wurden schließlich ermordet (Vogt, Scheerer, 1989, S. 13).

Einschätzungen abgegeben als zu Männern. Vogt zitiert Kraepelins Ansicht, die im Vergleich mit Männern viel geringere Erkrankungsrate von Frauen an Alkoholismus sei:

„...ein Zeichen dafür, dass die in geschützteren Verhältnissen lebenden Frauen nur dann Trinkerinnen werden, wenn die Entwicklung der Trunksucht in höherem Maße durch die Veranlagung bedingt wird, als bei dem unvergleichlich mehr der Verführung ausgesetzten Manne.“ (Kraepelin, 1910, S. 110, zit. nach Vogt, 1994, S. 185)

Bei Psychiatern wie Baer und Laquer (1907, S. 129, zit. nach ebd., 1994, S. 186) findet sie die auf Frauen bezogene Feststellung: “Oft handelt es sich auch um sogenannte psychopathisch und geistig minderwertige Existenzen”. Auch die Überlegungen eines anderen Psychiaters stellt sie vor:

„Was die eigentliche Trunksucht anlangt, so wird die Frau im allgemeinen erst gegen Ende des 40. Lebensjahres zur Trinkerin. Sie verfällt bei ihrer geringen Widerstandskraft dem Alkoholismus viel leichter, schneller und intensiver als der Mann. Die alkoholische Degeneration entwickelt sich bei ihr außerordentlich rasch und nimmt oft die widerlichsten Formen an, die Trunksucht ist auch bei ihr fast stets unheilbar. Nach Cats Beobachtungen ist die Frau viel extravaganter und gibt sich viel leichter den wüstesten Orgien hin; auch die Trunksucht tritt bei der Frau schneller ein und ist auffälliger, geräuschvoller als beim Mann.“ (Hoppe, 1904, S. 434, zit. nach Vogt, 1994, S. 186)

Nach ihrer Analyse von Material von Medizinern und Psychiatern zur Trunksucht bei Frauen fasst sie den historischen Blick auf Frauen wie folgt zusammen (ebd., 1994, S. 187): Alkoholikerinnen sollen stärker erblich belastet sein als Männer, häufiger psychopathisch gestört und sexuell pervers (das zeige sich für die Autoren an häufigen Männerbekanntschaften und der Arbeit der Frauen als Prostituierte), die Trunksucht entwickle sich bei ihnen schneller und intensiver, sie seien durchschnittlich älter als süchtige Männer und sie seien besonders schwer zu behandeln. Sie arbeitet heraus, dass diese – sich hauptsächlich auf Veranlagungen beziehenden – Urteile vorrangig auf einer Abweichung erwarteter Verhaltensnormen und einer Verletzung gängiger Lebensmuster von Frauen fußen.

Deutlich wird in dieser Phase der Theorieentwicklung die enge Verknüpfung von Sucht und moralischer Verwerfung, und dies in stärkerer Weise für Frauen als für Männer.

2.1.3 Zur Entstehung der heutigen Suchtkrankenhilfe

Noch bis in die 1960er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein blieben die von Alkoholismus Betroffenen im medizinischen Versorgungssystem randständig, ein „schwieriges Patientengut“ (Assfalg, 2002, S. 136) in Psychiatrien und in den wenigen nach dem Faschismus noch bestehenden Heilstätten, die mit streng kontrollierenden Behandlungsmodellen noch das Erbe der früheren Einrichtungen als „Willens- und Charakterschule“ in sich trugen. Die Stigmatisierung bestand in schwächerer Form weiter. Eine nachhaltige Wende begann gegen Ende der 1960er Jahre. Zunächst trat ein quantitativ höherer Bedarf an Hilfsangeboten auf, denn in der Bundesrepublik nahm Alkoholismus zu und wie überall in den USA und Westeuropa begann die Zeit eines stärkeren Konsums illegaler Drogen. Doch auch Qualität und Form der Hilfsangebote änderten sich wesentlich, und zwar durch drei Gründe (vgl. dazu auch Assfalg, 2002): Erstens entfaltete sich die Professionalisierung sozialer Berufe. Es entstanden neue Berufsbilder wie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Psychologen, Ergotherapeuten⁷, das interdisziplinäre Team löste den hausväterlich geführten Familienbetrieb ab, es entstanden „Fachkliniken“ als Dienstleistungsunternehmen. Zweitens gewann die Entwicklung und Nutzung spezifischer psychotherapeutischer Methoden (vor allem der Gruppentherapie) endlich auch im Suchtbereich an Bedeutung. Damit ging ein Paradigmenwechsel vom „moralischen Verurteilungsmodell“ der Sucht zu einem „psychotherapeutischen Verstehensmodell“ einher, sodass die Suchtmittelabhängigkeit nun in ihrem biographischen und psychosozialen Zusammenhang zu verstehen und zu behandeln war. Drittens wurde Sucht rechtlich als Krankheit eingestuft: Die Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten ist 1968 vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt worden. Die WHO gab mit ihrer Definition von Abhängigkeit nach der International Classification of Diseases (ICD) eine verbindliche medizinische Vorlage für die Diagnostik.⁸

So kam es zu unserem heute verbreiteten Bild der Sucht als stoffinduzierter Abhängigkeitserkrankung, die in wechselnden Kombinationen von medizinischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen zu behandeln ist.

Historisch bedingt besonders ist in Deutschland die Dreiteilung der gesellschaftlichen Zuständigkeit für die Suchtkrankenhilfe, die gesetzliche, institutionelle und finanzielle Aspekte hat.

Für die stationäre Suchtkrankenhilfe gilt eine (in der Sozialgesetzgebung geregelte) Trennung in zwei Behandlungsphasen mit zwei unterschiedlichen institutionellen Zuständigkeiten und Kostenträgerschaften: Der körperliche Entzug (die so genannte

⁷ Zur Entwicklung der sozialen Berufe vgl. auch Rauschenbach (1996).

⁸ Einen kritischen Überblick über die verschiedenen Interessen und Schwierigkeiten hinsichtlich der Begrifflichkeiten in diesem Prozess geben Vogt und Scheerer (1989, S. 13ff.).

“Entgiftung”) ist als medizinische Maßnahme definiert, die von Krankenkassen bezahlt wird. Dementsprechend finden sich Entzugsstationen meist in Krankenhäusern.

Die zweite Phase, die so genannte “Entwöhnung”, meist als Suchttherapie bezeichnet, ist dagegen eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation, die von den Rentenversicherungsanstalten wie z.B. der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder den Landesversicherungsanstalten (LVA) finanziert werden.⁹ Ziel der Maßnahme ist die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (vgl. den Überblick bei Kulick, 2002).

Den dritten Bereich bildet die ambulante Suchtkrankenhilfe.¹⁰ Deren größter Teil, nämlich die Suchtberatungsstellen wie auch die niedrigschwelligen Einrichtungen zum Aufenthalt oder zum Spritzentausch von Drogenabhängigen, wird im Gegensatz zu den zuvor geschilderten Maßnahmen von der öffentlichen Hand - zum Teil von den Ländern, zum Teil von den Kommunen - gefördert und stellt eine freiwillige Leistung dar.¹¹

Parallel zu den neuen Entwicklungen in der Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren begann auch eine Thematisierung und Auseinandersetzung mit der Suchtmittelabhängigkeit von Frauen. Wie diese aussah und in welcher Weise die Thematisierung von “Geschlecht“ als Kategorie spezifisch mit deren Bedingungen zusammenhing, soll nun näher beleuchtet werden.

2.2 Spurensuche: Entstehung eines frauenbezogenen Blickes

2.2.1 Die Anfänge der Thematisierung von Geschlecht und ihr spezifischer Hintergrund

Die Auseinandersetzung mit Geschlechterfragen in der Suchtkrankenhilfe begann in den 1970er Jahren und setzte - als Praxiskritik - an den als begrenzt wahrgenommenen Entwicklungsmöglichkeiten von Frauen in Beratung und Therapie an. Die Kritik bezog sich zunächst auf die Situation von Frauen in Therapie- und Beratungseinrichtungen. Kritisiert wurde die undifferenzierte Behandlung von Frauen und Männern und die Gleichsetzung von weiblichen mit männlichen Bedürfnissen in den Angeboten und dem

⁹ Am 1.10.2005 trat die Reform der Versicherungsanstalten in Kraft, in der die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Landesversicherungsanstalten (LVA) zusammengelegt wurden (vgl. Gaßner, König, 2003).

¹⁰ Ausgenommen ist hier die ambulante Therapie, die wie die stationäre Therapie bzw. Entwöhnung in die Leistungsträgerschaft der Rentenversicherer fällt (vgl. Empfehlungsvereinbarung Ambulante Therapie, Kulick, 2002).

¹¹ Auch durch diese Kostenträgerschaft bedingt, gewannen in den letzten Jahrzehnten Auseinandersetzungen um Niedrigschwelligkeit versus Abstinenzorientierung hohe Brisanz, denn letztlich konnte die Politik, auch gegen fachlich begründete Positionen, über Zuwendungen entscheiden.

Einrichtungsalltag.¹² Vor allem in der stationären Therapie Tätige und einige Wissenschaftlerinnen zeigten auf, dass Frauen andere Erfahrungen mitbringen als Männer und diese in den Einrichtungen unbeachtet bleiben oder gar reproduziert werden, da im therapeutischen Alltag unreflektiert von einer männlichen (Sucht-) Biographie ausgegangen wird. Während z.B. von illegalen Drogen abhängige Männer oft aufgrund praktizierter Beschaffungskriminalität Erfahrungen mit Justiz und Strafbehörden mitbringen, sind Frauen häufig der Prostitution nachgegangen. Männliche Klienten haben häufig bereits Gewalttaten ausgeübt, viele Frauen dagegen haben Gewalt und Missbrauch durch Männer erlebt (vgl. Ulrike Kreyssig und Anne Kurth, 1984; Vogt 1983; 1986).

„Mit dem Ziel, die Verhaltensweisen der KlientInnen und damit natürlich auch die Basis dafür, die Wertvorstellungen, Haltungen zu sich selbst und zu anderen zu ändern, sind die spezifischen Erfahrungen der Frauen vor der Therapie in vielen Fällen entscheidend für die Wirksamkeit der Therapie. Über diese Erfahrungen zu sprechen, fällt den Frauen in der Regel schwer, zumal sie oft genug den Männern gegenüber ihre alte Identität behalten wollen, weil sie darin die einzige Möglichkeit sehen, sich Ansehen zu verschaffen. In solchen Fällen ist das gemeinsame Lernen der Mitglieder einer Therapiegruppe extrem blockiert.“ (Heinrich, 1989, S. 6)

Neben dem mangelnden Raum für ihre spezifischen Erfahrungen lagen Grenzen für Entwicklungsmöglichkeiten häufig auch darin, dass Frauen in stationären Einrichtungen in der Minderheit waren und dort von den Männern als sexuelle Objekte wahrgenommen wurden, oder aber in Therapiegruppen soziale Pufferfunktionen zwischen ihnen erfüllten (vgl. z.B. Kreyssig, 1991). Auch die häufig anzutreffenden rigiden Sanktions- und Hierarchiepraxen in Therapien vor allem im Drogenbereich stellten ungünstige Lernbedingungen für Frauen dar (zu den „männerbündisch“-militärischen Formen vieler Drogentherapien zu Beginn der 1980er Jahre vgl. Müller, Schuller, Tschesche, 1983). Der Kern der beginnenden Praxiskritik lautete, in den Hilfsangeboten würden Bedingungen und Verarbeitungsweisen von Frauen reproduziert, die gerade ihre Abhängigkeit beförderten. Darum seien diese als Strukturen für Veränderung für Frauen nur eingeschränkt geeignet. Viele Sozialpädagoginnen und Therapeutinnen hatten ein praktisches Problem: Sie gerieten als Mitarbeiterinnen oft in den Konflikt, dass sie die Bearbeitung bestimmter Erfahrungen der Klientinnen fachlich für geboten hielten, diese aber im Rahmen der bestehenden Gruppen und aufgrund des mangelnden Schutzes gar nicht umsetzen konnten. Das war einer der wichtigsten Auslöser für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Geschlechterverhältnisse für Suchtmittelabhängigkeit und ihre Implikationen für die Behandlung.

¹² Vgl. die erstmals 1984 erschienenen Beiträge in Merfert-Diete, Soltau (1991).

2.2.2 Die Entstehung der Drogenhilfe als Nährboden frauenbezogener Suchtarbeit

Nicht zufällig begann diese Auseinandersetzung im Bereich der Drogenhilfe und nicht der Suchtkrankenhilfe. Anders als die Suchtkrankenhilfe, die für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zuständig ist und eine eher medizinisch-psychiatrische Tradition hat, ist die Drogenhilfe erst zu Beginn der 1970er Jahre in einem gesellschaftlich innovativen Klima entstanden. Der Konsum illegaler Drogen wurde in einer Zeit politischer Bewegungen, gesellschaftlicher Kritik und Reformforderungen neu betrachtet. Das wirkte sich auf zwei Ebenen aus: Zum einen wurde Drogenabhängigkeit als subjektiv wirksamer und hilfreicher Umgang mit von Unterdrückung geprägten sozialen Lebensbedingungen und nicht als Krankheit gedeutet, also in einen gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt; zum anderen entstand angesichts der Ratlosigkeit der im bestehenden Hilfesystem Beschäftigten in einem Umfeld neuer subkultureller Szenen und einer veränderten Klientel ein neues Hilfesystem parallel zum herkömmlichen. Initiativen und Privatpersonen bemühten sich um neue Beratungs- und Therapieformen mit einem emanzipativen Fokus.¹³

Die Drogenhilfe veränderte ihren Fokus weg von der medizinischen Heilung hin zu sozialer (Re-) Integration und installierte bis dato im Suchtbereich nicht vorhandene institutionelle Formen wie Therapeutische (Wohn-) Gemeinschaften für Drogenabhängige. Betrachten wir diese näher: Die in den 1970er Jahren gegründeten Frauenprojekte konnten auf dem Boden zweier Traditionen der Drogenhilfe entstehen, der Therapeutischen Wohngemeinschaften und der Sozialtherapie. Beide waren aus dem Leitgedanken einer frauenspezifischen Arbeit heraus erarbeitet worden und boten gute Übersetzungsformen für die Praxis. Bevor deren leitende Gedanken dargestellt werden, soll ein kurzer Blick auf diese zwei Traditionen geworfen werden.

Die Idee der “Therapeutischen Gemeinschaft“ entwickelte Maxwell Jones (1980) in den 1950er Jahren als Gegenentwurf zu den Anstalten und Kliniken der Psychiatrie (vgl. auch Tausch, 1977). Jones kritisierte die damaligen Anstalten, in denen die PatientInnen lediglich verwahrt und “behandelt” wurden; er prangerte die Passivierung der PatientInnen durch erzwungene Untätigkeit und Verantwortungslosigkeit an; wendete sich gegen die autoritären Hierarchien, den Mangel an Vorbereitung auf die soziale Integration, die Festigung der Desintegration und die Hervorbringung von Anstaltsneurosen. Jones befürwortete, die Auseinandersetzung der PatientInnen mit ihren realen Lebensbedingungen zu fördern. Therapeutische Gemeinschaften wurden nicht als

¹³ In Großstädten begann der Aufbau der Drogenhilfe mit der so genannten “Release-Bewegung”, d. h. Initiativen kleiner freier Träger und Privatinitiativen von Mitarbeitern von Behörden, um Angebote für Drogenabhängige zu schaffen (vgl. die Beschreibung der einzelnen Gruppen und ihrer Aktivitäten z.B. in Hamburg bei Schulz, 1972). Im Laufe der 1970er Jahre entstanden sowohl große Therapieketten als auch eine Vielzahl kleiner freier Träger.

Behandlungsmethode, sondern als grundsätzlich neue Form verstanden, die in den folgenden Jahrzehnten von vielen aufgenommen und weiterentwickelt wurde, so z.B. durch die italienische Anti-Psychiatrie-Bewegung um Basaglia. Charakteristika von Therapeutischen Gemeinschaften waren zuerst flache Hierarchien, es galt demokratische Teamorientierung statt starrer Berufshierarchien und zudem sollten die PatientInnen unter Einbezug des Alltags und der sozialen Interaktion ein Mitspracherecht bei ihrer Therapie erhalten. Reintegration war das Ziel. Wegen der angenommenen Einbettung der Symptome in die sozialen, also gesellschaftlichen Kontexte der KlientInnen wurde Veränderung vor allem auf der Ebene des sozialen Lernens gefördert, wofür die Gemeinschaft gute Lernbedingungen bereitzustellen hatte. Diese Tradition der Therapeutischen Gemeinschaften wurde in der Bundesrepublik Anfang der 1970er Jahre aufgenommen.¹⁴ In einer Verbindung der Kritik an autoritären Institutionen und kritischer Sozialpsychologie wurde der Ansatz der Therapeutischen Gemeinschaften nicht nur im Rahmen der Kritik an den damaligen Heimformen für Jugendliche, sondern auch von den aufkeimenden Initiativen für Hilfen von Drogenabhängigen genutzt: Diese begannen, mit verschiedenen Formen von Wohngemeinschaften zu experimentieren.

Die zweite Tradition, die von Frauen aufgegriffen und modifiziert wurde, war die Sozialtherapie. Der Begriff der Sozialtherapie hat seine Wurzel in der Arbeit mit Randgruppen, vor allem Straftätern; er bezeichnete Methoden der Verhaltens- und Einstellungsveränderung, die zu einer Resozialisierung führen sollten (vgl. Steller, 1977). Dieser traditionelle Resozialisierungsgedanke wurde im Rahmen der Drogenhilfe aufgenommen und teilweise emanzipativ gewendet: Sozialtherapie zielte in Abgrenzung zu gesellschaftlicher Desintegration, Stigmatisierung und Ausschließung von Drogenabhängigen auf soziale Integration und distanzierte sich vom medizinischen Heilungsparadigma. Seit den 1970er Jahren hat sich die Nutzung des Begriffes geändert. In den Gesundheitswissenschaften und der Sozialpsychologie setzte sich die Erkenntnis durch, dass psychisches Wohlbefinden soziales Wohlbefinden einschließen muss. Daher sollten therapeutisch organisierte Veränderungsprozesse neben dem intrapsychischen Geschehen auch soziale Aspekte wie die Beziehungen der Menschen untereinander umfassen und ihre Lebensbedingungen berücksichtigen, wie ihre ökonomische Situation, ihre Arbeits- und Wohnverhältnissen und ihren Umgang mit Institutionen wie Heimen, Schulen und Ämtern.

Für die Therapie mit Drogenabhängigen entwickelte sich daraus ein Arbeitsverständnis, das Bezug nimmt auf Interessen der KlientInnen und den gesamten Alltag als Therapie versteht. Neben den explizit therapeutischen "Sitzungen" gehört der Alltag, mit allen gemeinsamen Aktivitäten wie Selbstversorgung, Freizeit und Arbeit mit zur Therapie. Dieses alltags- und situationsorientierte Vorgehen bezog die Lebensbedingungen mit ein –

¹⁴ Zur Geschichte Therapeutischer Wohngemeinschaften in der BRD vgl. Vormann, Heckmann (1980).

eine bedeutende Veränderung für das Verständnis von Abhängigkeit. So liest man z.B. im “Konzept Hamburger Sozialtherapie”:

”Die subjektiven Gründe für den Konsum entstehen immer im Geflecht unmittelbarer Lebensumstände, also im persönlichen Verhältnis zu konkreten gesellschaftlichen, d.h. sozialen und materiellen Lebensbedingungen. (...) Unsere therapeutischen Konzepte nehmen (...) die Erkenntnis auf, dass Drogenabhängigkeit neben der individuellen die gesellschaftliche Problemdimension hat, beide Dimensionen sind Gegenstand der Therapie. Das heißt, Fragen nach Ursachen, Verlauf und ggf. der Lösung aus der Abhängigkeit richten sich immer an die konkrete Person und ihre jeweiligen individuellen Lebensumstände, die ihrerseits jeweils als Ausschnitte aus dem gesellschaftlichen Ganzen zu betrachten sind. Bei der gemeinsamen Untersuchung der Biographie der KlientInnen geht es immer auch um deren jeweilige Lebensumstände mit ihren Anforderungsstrukturen.” (Frauenperspektiven e.V., jugend hilft jugend e.V., Projekt Jork, o.J.)

Die Traditionen der Therapeutischen (Wohn-) Gemeinschaften und der Sozialtherapie boten also ein innovatives und emanzipatives Potential, das von kritischen Strömungen aufgegriffen wurde. Gemeinsam war ihnen, Therapie nicht als Behandlung, sondern als Organisation und Begleitung von sozialem Lernen und Entwicklung aufzufassen und diese Vorstellung nicht nur auf Therapiesgespräche und Ausschnitte des Einrichtungsalltags zu beziehen, sondern sie auf den institutionellen Rahmen einerseits und den Alltag andererseits auszuweiten, und zudem die KlientInnen aktiv mit einzubeziehen.

Da die Drogenhilfe damals als eigener Bereich neu entstand, konnten ihre Angebote neu konzipiert werden. Diese Aufbruchphase nutzten Frauen, um Einrichtungen ausschließlich für drogenabhängige Frauen zu gründen. Die neu entstandenen stationären Beratungs- und Therapieeinrichtungen für drogenabhängige Frauen arbeiteten im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaften. Es wurde Wert auf Wohngemeinschaften mit kleinen Gruppen gelegt, in denen die Klientinnen die Hausregeln ebenso mitbestimmten, wie die gemeinsame Gestaltung der Wochenpläne. Der gesamte Prozess des Zusammenlebens wurde als Therapie verstanden:

„Damit bekommen die Alltagsbewältigungen, die täglichen Ärgernisse und Freuden, die alltägliche Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und den Mitbewohnerinnen, bekommen Schuldenregelung, Behördenkontakte und in ganz besonderem Maße Probleme mit Arbeit/Berufstätigkeit eine zentrale Bedeutung für die Therapie. Die Spaltung von Alltag und Therapie ist weitgehend aufgehoben, bleibt nur dort erhalten, wo es unmittelbar sinnvoll ist, Alltagsbelange für eine Zeit zurückzustellen und sich auf spezielle Probleme und Erfahrungsaufarbeitungen zu konzentrieren.“ (Heinrich, 1991, S. 170)

Die Fraueneinrichtungen gingen damit deutlich weiter als die geschlechtsheterogenen Einrichtungen der Drogenhilfe: In den feministischen Projekten gab es weder starre Therapiestufensysteme noch Hierarchien innerhalb der KlientInnengruppe (z.B. in Form von “Paten“ oder “Arbeitsbereichsvorgesetzten“) oder Sanktionen. Als zwei wichtige Kriterien der Arbeit werden immer wieder Transparenz und antihierarchische Haltung

hervorgehoben (vgl. ebd.), sowohl im Verhältnis zwischen Therapeutin und Klientin als auch im Verhältnis der Klientinnen untereinander.¹⁵ Die zentrale Bedeutung dieser Kriterien hatte ihren Hintergrund in den feministischen Analysen zu Abhängigkeitsverhältnissen von Frauen in sozialen Konstellationen. Ohne diesen Theoriedesignergrund ist die Entwicklung des frauenspezifischen Blicks in der Drogenhilfe nicht zu verstehen. Deshalb wird im Folgenden dieser historische Hintergrund und seine Bedeutung für das Thema Frauen und Sucht näher beleuchtet.

2.2.3 Neue Perspektiven durch feministische Auseinandersetzungen in Psychologie und Sozialwissenschaften

In den 1970er Jahren begannen Sozialwissenschaftlerinnen, die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, die gesellschaftliche Unterordnung und deren Folgen für die Entwicklung von Frauen zu analysieren. Sie untersuchten die gesellschaftlichen Anforderungen an Frauen und Normalitätsvorstellungen für weibliche Biografien, die "Sozialcharaktere" und die Sozialisationsprozesse von Frauen darin (vgl. z.B. Hagemann-White, 1984; Haug, 1984, Haug, Hauser, 1985). Daraus erwuchs in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung, in Psychologie und Psychiatrie, eine inhaltliche und methodische Kritik an den psychologischen Grundlagen, Menschenbildern und Behandlungslehren. Die zentralen Überlegungen der damals entstehenden feministischen Therapie (vgl. Scheffler, 1986; Freytag, 1992) lassen sich in fünf Thesen zusammenfassen.

1. Es gibt einen "Doppelstandard psychischer Gesundheit": Verschiedene Studien zeigen, dass wissenschaftliche Konzepte eines "gesunden Menschen" mit Charakteristika von Aggressivität, Rationalität, Unabhängigkeit, Gelassenheit usw. verbunden werden, dass diese Konzepte sich aber implizit auf Männer beziehen, während eine "gesunde Frau" als gefühlvoll, nachgiebiger, weniger ehrgeizig, leichter erregbar und weniger aggressiv gedacht wird (vgl. kritisch dazu Legnaro, Zill, 1983). Solche geschlechtsspezifisch geprägten Vorstellungen von psychischer Gesundheit bedeuten, dass die individuelle Erfüllung der sozialen Geschlechtsrolle als seelische Gesundheit begriffen wird. So entsteht der Widerspruch, dass Lebensweisen und Haltungen, die Frauen in ihrer Entwicklung einschränken, zugleich für sie als seelische Reife gelten.
2. Frauen leben durch die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung (Familie, Mutterschaft, Weiblichkeitsvorstellungen) materiell, emotional und symbolisch stark über Männer vermittelt und definiert. Psychische und materielle Möglichkeiten von Autonomie und Unabhängigkeit sind für sie sehr viel weniger gegeben. Sowohl im Selbstwertgefühl als auch in der Lebensweise von Frauen tauchen die Sorge für andere als "Sinn" und das Gefühl, gebraucht zu werden, als "Liebe" auf. Die sozialen Erwartungen und Normalitätsvorstellungen von Weiblichkeit zu verfehlen, führt häufig zu Schuld- und

¹⁵ Transparenz bezieht sich hier auch auf Information der Klientin über Inhalte der Sozialberichte für die Leistungsträger, Meldungen an Behörden zum Aufenthalt in der Einrichtung usw.

Versagensgefühlen und mangelndem Selbstwertgefühl. Lebensweisen, die von den gesellschaftlichen Erwartungen an weibliche "Normalität" abweichen, werden stigmatisiert.

3. Aufgrund der ökonomischen, kulturellen und symbolischen Unterordnung sind die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Frauen eingeschränkt. Viele haben das Gefühl, ihr Leben und dessen Bedingungen nicht wirklich gestalten zu können, was bedingt ist durch Erfahrungen von Frauenverachtung, von Gewalt und von sexuellem Missbrauch. Das wird im weiteren Sinne verstärkt durch die Bedeutung gesellschaftlicher Definitionsmächte für das Selbstbild. Dazu gehört auch die Repräsentation der Welt in männlicher Sprache, in der Frauen als Frauen mit ihren Lebensbedingungen, Erfahrungen und Wahrnehmungsweisen verschwinden.
4. Es gibt geschlechtsspezifisch unterschiedliche Verarbeitungsweisen von Schwierigkeiten und Problemen: Während Männer sich eher aggressiv oder gewalttätig verhalten, also "sozial auffällig" werden, reagieren Frauen oft in psychosomatischer oder autoaggressiver Weise, z.B. mit Krankheiten, Depressionen, Ess-Störungen oder Selbstverletzungen.
5. Entgegen der früheren Betonung der Rolle frühkindlicher Erfahrungen für die Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich zunehmend, wie groß die Bedeutung der Pubertät für die Ausbildung einer weiblichen sexuellen Identität für Selbstbild und Selbstwertgefühle ist. Das wurde zunächst vor allem durch Forschungen zu Essstörungen deutlich.

Diese Kritik lässt sich insgesamt so zusammenfassen, dass sie

„das Denkmodell einer individuellen Pathologie zurückweist, immer nach den Verknüpfungen der individuellen Lebensgeschichte, als Ausdruck persönlicher und kollektiver Unterdrückung und der individuell möglichen Konfliktverarbeitung sucht. (...) Bei der starken Berücksichtigung der sozio-kulturellen Faktoren im Leben einer Frau findet so die Verlagerung des erscheinenden Konfliktes von innen nach außen statt. Es wird nicht mehr nur auf der Ebene der psychischen Repräsentanzen gearbeitet, sondern wenn, dann werden diese Repräsentanzen eher für eine mögliche Konfliktfähigkeit stabilisiert. Damit wird ein multifaktorielles, ganzheitliches Vorgehen möglich.“ (Scheffler, 1986, S. 28)

Aus der feministischen Kritik folgten als leitende Gedanken für die Arbeit mit Frauen: Orientierung an Entlastung statt Verstärkung von Schuldzuweisungen, Aufdeckung von verinnerlichtem Selbsthass, Stärkung der Bezoogenheit der Frauen aufeinander inklusive auch lesbischer Lebensweisen, Stärkung der Ressourcen der Frauen, Herstellung von Aufmerksamkeit für die Situation und Raum für Entwicklungswünsche der Frauen, die Stärkung und Unterstützung der Selbstdefinition und Selbstinterpretation von Frauen (vgl. ebd., 1986; Burgard, 1992; Freytag, 1992). Um im Beratungs- oder Therapiesetting die alltägliche Einschränkung und Unterordnung von Frauen nicht zu reproduzieren, wurden die Leitgedanken auch auf die Rahmenbedingungen der beraterischen bzw.

therapeutischen Situation bezogen. So wurde z.B. Transparenz der Methoden und des Arbeitsarrangements gegenüber der Klientin gefordert und die Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten der Frau wider neue Abhängigkeiten von ExpertInnen angestrebt.

2.2.4 Erkenntnisse zur Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und neue Angebote

Seit den 1980er Jahren gibt es eine Reihe von Forschungsergebnissen und Praxisberichten, die zeigen, wie relevant die skizzierten Überlegungen auch hinsichtlich der Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen sind. So gibt es ethnografische Interviewstudien zu Lebensläufen und Suchtentwicklungen bei Frauen (z.B. Kreyssig, Kurth, 1984; Vogt, 1994; Egartner, Holzbauer, 1994; Zurhold 1993), eine Reihe vergleichender Studien zu Frauen und Männern in stationären Einrichtungen (z.B. Hedrich, 1989; Hanel, 1988; Dobler-Mikola, 1992) und Befragungen von Frauen zu ihren Therapieerfahrungen (z.B. Wintermeyer, 1993; Neuwirth, 1996). Ein Überblick über die Ergebnisse unter dem Fokus auf dem Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen, findet sich bei Ernst, Rottenmanner, Spreyermann (1995), eine Bibliographie der Literatur von 1986-1996 bei Schwarting (1997).

Diese Publikationen präsentieren eine Reihe neuer Erkenntnisse: Der Konsum von Frauen fällt öffentlich weniger auf, weil sie isoliert und heimlich konsumierten und sehr viel seltener als Männer sozial auffällig werden. Es gibt aber auch geschlechtsspezifisch unterschiedliche "Diagnosen" und viel stärkere Stigmatisierungen des Konsums z.B. bei alkoholabhängigen Frauen (Vogt, 1986; Legnaro, Zill, 1983). Ob legale oder illegale Substanzen, Frauen konsumieren vor allem betäubende Präparate, was sich durch die neuen stimulierenden Substanzen bei sehr jungen Frauen und Mädchen derzeit ändert. Deutlich zeigte sich die bislang kaum beachtete häufige Medikamentenabhängigkeit von Frauen (vgl. Ernst, Füller, 1990).

Die Studien zeigen eine Reihe frauenspezifischer biographischer Kontexte des Konsums psychoaktiver Substanzen: Der Einstieg in den Konsum vor allem illegaler Drogen erfolgt meist über Freunde oder den Partner; der Konsum steht oft in engem Zusammenhang mit der Verarbeitung weiblicher Normalitätserwartungen, sei es, mit dem Ziel ihnen zu entsprechen oder sich ihnen zu entziehen; sehr häufig sind Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, über die nicht gesprochen werden konnte (vgl. hierzu Mebes, Jeuck, 1993). Ferner gibt es unterschiedliche Bedeutungen sozialer Netzwerke für die Identität und für Unterstützungsmöglichkeiten: Frauen sorgen viel für andere, bekommen aber selbst wenig Rückhalt. Im Gegensatz zu abhängigen Männern, die oft nichtabhängige und sie unterstützende Partnerinnen haben, haben suchtmittelabhängige Frauen häufig einen ebenfalls abhängigen Partner.

Gemäß der oben beschriebenen geschlechtsspezifischen Verarbeitungsweisen finden sich bei suchtmittelabhängigen Frauen häufig Begleiterscheinungen wie psychosomatische Erkrankungen, Essstörungen und Selbstverletzungen. Für den Ausstieg aus dem Suchtmittelkonsum erschwerend ist z.B. der bei Frauen häufigere Mangel an Ausbildungs- bzw. Berufserfahrungen zu nennen sowie die große Bedeutung des Partners für Selbstwert und Selbstdefinition. Wurde in der psychologischen Fachliteratur bisher die Bedeutung der frühen Kindheit für Suchtentwicklungen betont, wuchs nun die Aufmerksamkeit für die Entwicklungen in der Pubertät unter geschlechtsbezogener Perspektive. Dabei sind die widersprüchlichen sozialen Anforderungen, denen Mädchen unterlägen, wenn sie eine sexuelle Identität entwickeln, für ihren Suchtmittelkonsum zentral, anders als bei Jungen (vgl. z.B. Helfferich, 1994)

Die Erkenntnisse und Ergebnisse aus Psychologie und Sozialwissenschaften und in den Studien zu Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen mussten für die praktische Arbeit mit süchtigen Frauen erst einmal übersetzt werden - auf die spezifischen praktischen Anforderungen der institutionellen Rahmenbedingungen in der Suchtkranken- und Drogenhilfe, auf die spezifischen Begleiterscheinungen suchtmittelabhängigen Lebens und auf die Spezifika von Suchttherapien (zu dem Problem der Übertragbarkeit der Überlegungen in den Suchtbereich vgl. Kreyszig, 1992). Seit den 1980er Jahren wurden Angebote für drogen-, alkohol- und medikamentenabhängige Frauen entwickelt, die auf verschiedene Weise versuchten, diesen Spezifika gerecht zu werden.¹⁶

Wie die Angebote konzipiert wurden und auf welche Aspekte sie antworteten, ist dabei durchaus unterschiedlich, denn die Orientierungen und Handlungsbedingungen der Mitarbeiterinnen waren und sind verschieden. Sie unterscheiden sich in berufsfeldbedingten Orientierungen und Einbindungen (Psychologinnen, Ärztinnen oder Sozialpädagoginnen), in den Handlungsbedingungen der Hilfesysteme (die Suchtkrankenhilfe und die Drogenhilfe haben in der BRD, wie beschrieben, unterschiedliche Traditionen und Bedingungen) und in den praktischen Grenzen und Möglichkeiten ihrer jeweiligen Einrichtungen. So gab es drei Formen von veränderten Angeboten: erstens die bewusste Integration frauenspezifischer Aspekte in traditionelle Frauenkliniken (vgl. Geier, 1996); zweitens gab es ergänzende Angebote für Frauen in gemischten Beratungs- und Therapieeinrichtungen, oft in Form von zusätzlichen Gruppenangeboten (vgl. z.B. Strobl, 1990). Eine ganz besondere Rolle kam aber in den 1980er und 1990er Jahren der dritten Form zu, den Angeboten ausschließlich für Frauen. Eine ganze Reihe solcher Einrichtungen wurde damals gegründet, sei es als eigene Therapieeinrichtung in einem gemischten Träger wie "Prima Donna" ("condrobs", München) oder sei es in eigener Trägerschaft, wie z.B. der damals ersten Einrichtung mit Signalcharakter "Violetta Clean"

¹⁶ Einen Überblick über die Entwicklung bieten Vogt, Winkler (1996); Winkler (1996); Flügel, Merfert-Diete (1994); Jacob, Kurmann (1997), zum aktuellen Angebotsstand vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002, S. 161ff.).

(“Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.“, Berlin)¹⁷, “Camille“ (“Calla e.V.“, Frankfurt) und “Frauenperspektiven e.V.“ (Hamburg)¹⁸. Es entstanden Beratungsstellen wie “LAGAYA“ (“Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen e.V.“, Stuttgart), “BELLA DONNA“ (“Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen“, Essen) oder der “Frauenladen“ in Berlin. Diese Fraueneinrichtungen nahmen in den Folgejahren Modellcharakter an. Indem sie Angebote überhaupt erst entwickelt haben und neue Wege gegangen sind, sind freie, kleine Träger in den letzten Jahrzehnten immer wieder Träger von Innovationen gewesen, die dann erst in der allgemeinen Arbeit aufgenommen wurden. Insofern hatten und haben sie eine Katalysatorenfunktion: in der sozialpolitischen Lobbyfunktion für suchtmittelabhängige Frauen, in der Öffentlichkeitsarbeit, in Vorträgen vor der Fachöffentlichkeit, in Lehraufträgen an Universitäten und Fachhochschulen oder in Fortbildungen für psychosoziale und pädagogische Arbeitsbereiche. Die Einrichtungen waren und sind auch vielgenutzte Anlaufpunkte für studierende oder forschende Sozialwissenschaftlerinnen und Praktikantinnen.

2.3 Strukturierungen: institutionelle Rahmenbedingungen einer Debatte und ihre Folgen für die Thematisierung von Geschlecht

Während des Versuchs, anhand der vorliegenden Fachliteratur die Konturen der neu entstandenen Kritik und der Fachdebatten zu skizzieren, kristallisierte sich heraus, dass diese sehr spezifischen Bedingungen unterliegen: Die Formulierung frauenbezogener Fragestellungen war eine Infragestellung der sich geschlechtsneutral gebenden, jedoch inhaltlich androzentrischen Theorie und Praxis der Suchtkrankenhilfe. Gleichzeitig waren aber die Akteurinnen dieser Diskussion selbst in den Bedingungen des Handlungsfeldes der Suchtkrankenhilfe tätig und von ihnen abhängig: Sie waren ebenso von den herrschenden Definitionen und geschlechtshierarchischen Rahmenbedingungen betroffen, wie sie von den Finanzierungen der Leistungsträger abhängig waren, sie unterlagen mangelnder Unterstützung, begrenzten Ressourcen und Kapazitäten. Die Bedingungen des Handlungsfeldes strukturierten die Konturen der Benennung von Geschlecht (hier Frau) in mehrfacher Hinsicht entscheidend mit, sie sind also als “Produktionsbedingungen“ der Debatte zu berücksichtigen. Diesen Produktionsbedingungen und ihren Auswirkungen werde ich im Folgenden nachgehen.

¹⁷ Für eine Beschreibung der anstrengenden, mehrjährigen, aus zahllosen Anträgen und Verhandlungen führenden Arbeit bis zur erfolgreichen Gründung der therapeutischen Einrichtung für drogenabhängige Frauen vgl. Kurth, Kreyssig (1991).

¹⁸ Zum Entstehungshintergrund, dem Profil und den einzelnen Arbeitsbereichen des Suchthilfeträgers “Frauenperspektiven e.V.“ vgl. Schwarting (1998).

2.3.1 Den Erfahrungen das Sprechen beibringen: Produktionsbedingungen einer Fachdebatte

Wenden wir uns zunächst der Literatur selbst zu. Eine systematische Untersuchung der Fachliteratur seit Mitte der 1980er Jahre bis 1996 (Schwartzing 1997) zeigte, dass sich im Boom der Fachliteratur in diesem Zeitraum, in den langen Reihen in Bücherregalen zum Thema Sucht und den ausführlichen Prospekten der Fachverlage nur wenige geschlechtsdifferenzierende bzw. auf Frauen und Mädchen bezogene Werke entdecken ließen. Im Folgenden möchte ich die Ergebnisse dieser Untersuchung näher vorstellen, weil sie Auskunft geben über die Bedingungen, in denen die fachlichen Diskussionen stattfanden.

Ein erster Recherche-Durchgang zeigte: Es gibt nur wenig über den Buch- und Zeitschriftenhandel erschließbare Literatur. Doch Beobachtungen der Fachdebatten und Blicke in die Literaturverzeichnisse von Aufsätzen und Artikeln lassen eine zweite Schicht von Literatur sichtbar werden: die so genannte "graue Literatur", die in diesem Fall nicht nur Diplomarbeiten und Ähnliches umfasst, sondern vor allem Dokumentationen von Tagungen oder im Selbstverlag herausgegebene Bände. Weiteres Nachforschen führte zu drei Ergebnissen:

Erstens: Sehr viele Artikel und Aufsätze, die häufig in Fachaufsätzen zitiert werden und daher zentrale Texte darstellen, sind im Rahmen von Tagungen entstanden und kursieren über deren Dokumentationen, die von den Veranstalterinnen (Projekte, Einrichtungen, Landesstellen gegen die Suchtgefahren) selbst verfasst und vertrieben werden. Diese Form der Veröffentlichung ist für den fachlichen Austausch und die Theorieentwicklung dieses Feldes zentral und zeigt, welche große Bedeutung die sogenannte "graue Literatur" einnehmen kann und welche einschränkende Rolle die Rahmenbedingungen der Publikationsmöglichkeiten spielen.

Zweitens: Es wird deutlich, dass Tagungen die zentrale Plattform für den Austausch zwischen Praktikerinnen und die Begegnung von Praxis und Theorie sind; kurz: die Fachdiskussionen zu "Frau und Sucht" finden auf Tagungen statt und in den daraus folgenden Dokumentationen. Selbst als Buch veröffentlichte Aufsatzsammlungen basieren häufig auf Tagungen und den daraus entstandenen Beiträgen (z. B. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990)

Eine quantitative Analyse der Veröffentlichungen zeigt folgendes Bild:

Von 87 Titeln der Rubrik Bücher/Dokumentationen sind überhaupt nur 53 auf dem Buchmarkt erhältlich, von diesen wiederum sind 17 Titel Erfahrungsberichte bzw. Jugendromane. Das heißt, dass den 36 regulär bzw. als "weiße Literatur" veröffentlichten wissenschaftlichen Bänden 34 nur als "graue Literatur" zugängliche Bände gegenüberstehen. Die größte Gruppe unter den 87 Titeln macht die der Dokumentationen

aus: 5 sind als Bücher veröffentlicht worden („weiß“), während 24 Dokumentationen über Selbstverlag oder über z.B. Landesstellen und Projekte vertrieben werden („grau“).

Hinsichtlich der Einzelbeiträge/Aufsätze stellt sich das Verhältnis so dar: Von rund 400 Beiträgen sind 90 in Zeitschriften erschienen und etwa 100 als Aufsätze bzw. Erfahrungsberichte verfasst worden. Der Rest, etwa 210 und damit über die Hälfte der Einzelveröffentlichungen, sind ursprünglich Tagungsbeiträge.

Drittens: Die Fachdiskussion um frauenspezifische Suchtentwicklung und ihre Formen, Wege und Auswege wurde und wird sehr stark von Praktikerinnen geführt und aufrechterhalten. Es gibt nur wenige Theoretikerinnen, die kontinuierlich theoretisch arbeiten bzw. die Praxis begleiten (z.B. Christa Merfert-Diete, Irmgard Vogt, Christa Appel, Cornelia Helfferich, Sabine Scheffler). Sie haben meist Arbeitsstellen in Institutionen wie der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren oder an Fachhochschulen, wie den Fachhochschulen für Soziale Arbeit bzw. Sozialpädagogik. Der größte Teil der Autorinnen, beispielsweise Ulrike Kreyszig, Gisela Heinrich, Marion Mebes, Reinhild Geier, Angelika Nette, Adelheid Krämer oder Anne Fromm, kommt aus der sozialarbeiterischen oder therapeutischen Praxis.

Die große Menge „grauer“ Literatur, die Dominanz von Tagungen als Strukturelement der Fachdebatte und die hohe Präsenz von Praktikerinnen unterstreichen, wie wichtig die Rahmenbedingungen einer Fachdiskussion für die Möglichkeiten und Grenzen von Publikationen sind. Die drei geschilderten Sachverhalte wirken sich in spezifischer Form auf die Produktion der Literatur aus, die ich in drei Dimensionen ausdifferenzieren werde: „Bedingungen des Schreibens“, „Bedingungen des Sprechens“ und „Bedingungen des Nachdenkens“.

Bedingungen des Schreibens: Präsentieren in Kurzform

- Wenn Tagungen ein zentraler Ort zur Organisierung der Fachdebatte sind, rücken damit ihre Bedingungen und Gegebenheiten mit in den Blick. Da frauenspezifische Arbeit trotz aller Bemühungen der in diesem Bereich Arbeitenden noch nirgendwo in der Fachöffentlichkeit verankert ist, haben zu Tagungen zu Einzelthemen, auf denen mehr in die Tiefe gegangen werden könnte, die Frauen nur selten Zugang. Oft fungieren ihre Vorträge als „Alibivorträge“ zu frauenspezifischen Thematiken.
- Aus diesem Grund schließen sich Frauen aus den unterschiedlichsten Bereichen zusammen, bündeln ihre Kräfte und bleiben dadurch im Themenzuschnitt sehr weit. Die von Frauen organisierten Tagungen finden daher meist zum Oberthema „Frauen und Sucht“ statt. Das bedeutet für die Vortragenden: Auf wenigen Seiten sehr zusammenfassend sprechen und ein in sich heterogenes Publikum erreichen zu müssen.
- Es muss daher darauf verzichtet werden, differenzierter in die Tiefe zu gehen, es gibt wenig Platz für Beispiele und wenig Zeit, über die Zwischenebenen zwischen theoretischeren und unmittelbar praktischen Überlegungen zu reflektieren. Im Gegensatz zu schriftlichen Forschungsbeiträgen, wie sie im Rahmen von

Forschungsstellen erstellt werden, bleiben solche Tagungsbeiträge meist ein "Präsentieren in Kurzform".

Bedingungen des Sprechens: Legitimationsdruck in der Präsentation

Obwohl seit rund 20 Jahren¹⁹ eine fachliche Diskussion um Theorie und Praxis von Frauen-Sucht-Arbeit geführt wird, nimmt die allgemeine Fachöffentlichkeit nur zögerlich die Bedeutung der geschlechtsspezifischen Lebensbedingungen für Suchtentstehung und ihre Entwicklung und die Erfahrungen der Praktikerinnen mit neuen Arbeitsweisen wahr. Sinn und Form geschlechtsdifferenzierender Arbeit stand und steht bis heute zur Debatte. Tagungsvorträge, aber auch Artikel sind stark davon geprägt, die Relevanz von Geschlechtsspezifität als solcher verteidigen zu müssen und die eigene Arbeit zudem gegenüber Kostenträgern legitimieren zu müssen. "Das macht Druck, uns zu bewähren. Überall müssen wir erscheinen, überall reden, uns vorstellen, damit uns alle kennen", schildert eine Mitarbeiterin eines Frauenprojektes dieses Dilemma (Heinrich, 1995, S. 149).

Diese Lage birgt ein Dilemma für die Entwicklung der Fachdebatte: Einerseits gibt es unter den mit suchtmittelabhängigen Frauen Arbeitenden und Forschenden großes Interesse, die bestehenden Erfahrungen und Veränderungen vertieft und selbstkritischer zu reflektieren, andererseits muss z.B. gegenüber Kostenträgern stets auf plakative Fakten zurückgegriffen werden. Statt einer entwickelten Sicht auf geschlechtsspezifische Lebens- und Konsumbedingungen von Männern und Frauen in ihrem ganz normalen Alltag folgen gerade Kostenträger oft einer kognitiven Konstruktion von ungeschlechtlichen Klienten und den "zusätzlichen Sonderproblemen" der Frauen, die ausschließlich in sexuellem Missbrauchs- und Gewalterfahrungen bestanden.²⁰

Bedingungen des Nachdenkens: Begrenzte Ressourcen

Der Blick auf die Autorinnenliste (vgl. Schwarting, 1997) zeigt, wie stark es die Praktikerinnen aus der Frauen-Sucht-Arbeit und der Prävention sind, die die fachliche Auseinandersetzung aufrechterhalten. Das ist eine große Stärke - und betrachtet man andere Fachdebatten mit ihren Trennungen von Theorie und Praxis - eine Besonderheit. Doch stehen die Frauen vor dem Widerspruch, viele Erfahrungen zu haben, aber nur begrenzte Ressourcen, um diese auszuwerten und zu bündeln. Immer wieder aus dem Arbeitsalltag herauszutreten und zusätzlich und nebenbei schreiben zu müssen, stellt eine große Anstrengung dar. Als Praktikerin in den dargestellten Produktionsbedingungen zu versuchen, einen Beitrag zur Theoriearbeit zu leisten, beschreibt z. B. Kreyssig so:

¹⁹ Der Zeitraum der Untersuchung war 1986 bis 1996 (Schwarting 1997).

²⁰ Darauf heben auch große Therapieeinrichtungen inzwischen ab: Frauengruppen werden oft nur zu diesem Thema angeboten.

”Bei der Vorbereitung dieses Referats habe ich zum wiederholten Male feststellen müssen, wie stark der Riß, die willkürliche Trennung zwischen Praxis und Theorie, zwischen Gefühl und Verstand, zwischen dem Anspruch, wachsam zu bleiben und sich weiterzubewegen und dem Bedürfnis, sich auf dem Erreichten auszuruhen, zwischen der alltäglichen Arbeit mit Frauen und der Arbeit am Schreibtisch durch mich selbst hindurchgeht. Ich spüre die Kluft als Unbehagen, Unzufriedenheit. Ein Unbehagen an dieser Gesellschaft, dieser Kultur, deutlich vor allem in Zusammenhängen, die von Männern bestimmt bzw. geprägt sind. Das macht sich bemerkbar in Arbeitskreisen, Vorstandssitzungen, bei Kongressen, Tagungen, wo beim Benennen der Kluft nur verächtliche Blicke und Kommentare zu ernten sind - ach die schon wieder; es macht sich aber auch bemerkbar in den fehlenden Möglichkeiten zur Reflektion der täglichen Arbeit oder dem Gefühl der Unzulänglichkeit gegenüber den sogenannten Kopfarbeiterinnen.” (Kreyssig, 1990, S. 37)

Folgerungen

Diese beschriebenen Produktionsbedingungen erklären die Widersprüche, auf die wir beim Blick auf die Lage der Literatur zum Themenkomplex ”Frauen und Sucht” stoßen: Es scheint viel Literatur zu geben, aber es steht wenig zur Verfügung, da die Beiträge oft nur kurz sind und nur begrenzt veröffentlicht wurden. Es gibt viele Praxisdarstellungen, aber sie treten in Form von Berichten auf und sind wenig verdichtet und kaum vertieft. Es gibt viele konzeptionelle Überlegungen und Arbeitserfahrungen mit frauenspezifischer Arbeit, aber sie werden selten in Form von Evaluationen (also systematischer Auswertung von Erfahrungen) ausgewertet. Es gibt eine entwickelte Fachdebatte, aber sie wird in ihren Potenzialen für die Fachpolitik durch die mangelnde Auseinandersetzungsbereitschaft anderer Institutionen allzu leicht erstickt. Insgesamt zeigt sich meines Erachtens, wie sehr die Lage der Literatur die Bedingungen der Frauen-Sucht-Arbeit widerspiegelt. Die frauenspezifische Betrachtung von Suchtarbeit, Arbeiten und Forschungen über diesen Bereich bildete keinen gesicherten, generellen Standard in Theorie und Praxis, sondern ist eine von den engagierten Praktikerinnen, ehrenamtlich arbeitenden Frauen und wenigen Forschenden getragene Aktivität. Es wird deutlich, wie sehr die Auswertung und Weiterentwicklung der vorhandenen Erfahrungen und Möglichkeiten von Ressourcen wie institutioneller Förderung und Absicherung abhängig ist. Die bisherige Forschung wird oft ”ehrenamtlich” geleistet, beispielweise durch wissenschaftliche Abschlussarbeiten von Frauen, die ehemals Mitarbeiterinnen in Frauen-Sucht-Einrichtungen waren (z.B. Hella Wintermeyers Studie über Frauen in stationärer Therapie). Anke Flügel und Christa Merfert-Diete fassen den Stand so zusammen:

”Absolut defizitär ist es um den Bereich der wissenschaftlichen Arbeit in der frauenspezifischen Suchtkrankenhilfe bestellt. Die theoretischen Kenntnisse basieren vorwiegend auf den Erfahrungen der im frauenspezifischen Bereich tätigen Praktikerinnen. Neben der generellen Forderung nach geschlechtsspezifischen Statistiken ist die fundierte wissenschaftliche und praxisbegleitende Forschung unerlässlich. Selbst 1992 wurden diese notwendigen Bereiche bei der Erarbeitung der

ansonsten auf dem neuesten Stand stehenden datenverarbeitenden Programme für den stationären Bereich ignoriert.” (Flügel, Merfert-Diete, 1994, S. 57)

2.3.2. Zugzwänge der Praxis: Reduzierungen und Dramatisierungen von Geschlecht

In den *Thematisierungen* der Geschlechterfrage durch die wenigen Theoretikerinnen und die engagierten Praktikerinnen ging es um einen umfassenden Zusammenhang mit Geschlechterverhältnissen und Gesellschaft. Sie postulierten einen Zusammenhang von Suchtentwicklungen bei Frauen mit Unterordnung und einschränkenden Lebensbedingungen. Die Selbstveränderung der Frauen, so forderten sie, solle mit einer Kritik ihrer Lebensbedingungen einhergehen. Die *Praxis* jedoch war geprägt von der alltäglichen Arbeit in den Einrichtungen mit ihren Hierarchien und den Bedingungen der bundesdeutschen Suchtkrankenhilfe, in deren Dynamik der geschlechtsdifferenzierende – zunächst frauenbezogene – Fokus seine Potenziale kaum entfalten konnte. Aus verschiedenen Gründen blieb es bei dieser einseitigen Bezugnahme auf Frauen, die in den Zugzwängen der Praxis zugleich die Form einer Reduzierung annahm.

Die Reduzierung der Kategorie “Geschlecht“ auf Frauen: die einseitige Vergeschlechtlichung

Wie bereits ausgeführt, wurde Geschlechtsspezifität zunächst vor allem als Frauenspezifität durchdacht. Doch war darin vom Potenzial her eine Gender-Orientierung auf Frauen *und* Männer angelegt. Jeder der Aspekte, die frauenbezogenen durchdacht wurden, birgt ja – gegen eine androzentrische Geschlechtsinsensibilität – auch die Frage nach den Spezifika der Suchtmittelabhängigkeit bei Männern. So schrieb Ute Schönherr bereits in der Erstaufgabe²¹ der vielgelesenen Veröffentlichung von Merfert-Diete und Soltau (1991) unter dem Titel “Chancen und Utopien“:

“Ich stelle mir vor, wie viele neue Ansätze das Thema ‘Mann und Sucht’ – geschlechtsspezifisch betrachtet – erbringen könnte. Was wird z.B. aus der Geschlechtsidentität eines jugendlichen Fixers, der sich, ohne homosexuell zu sein, prostituieren muß? Wie wird ein süchtiger Mann mit dem Gefühl fertig, ein Versager zu sein, weil er seiner Rolle als “Familiernährer” nicht nachgekommen ist? Welche Auswirkungen hat es für einen Alkoholiker, jahrelang ohne befriedigende sexuelle Beziehungen gelebt zu haben? Wie kann ein Mann Selbstbehauptung und Durchsetzung seiner Interessen lernen, ohne immer den ‘Starken’ markieren zu müssen und dadurch gegen andere (und gegen sich selbst) destruktiv zu werden?“ (Schönherr, 1991, S. 223)

Doch diese Impulse wurden von Forschung und Praxis bis Ende der 1990er Jahre nur wenig aufgegriffen. Formen und Kontexte der Sucht bei Männern blieben zwar auf Grund

²¹ Die Erstaufgabe dieses Buches erschien 1984.

der einseitig androzentrischen Betrachtung die Basis der allgemeinen Konzeptionen und Evaluationen in der Suchtkrankenhilfe, aber sie blieb es auf unthematisierte und damit *unsichtbare und nicht diskutierbare* Art und Weise. Darauf weisen z.B. Vogt (1994) für Analysen und Behandlungsvorstellungen von Alkoholismus, oder Helfferich (1994) für entwicklungspsychologische Konzepte im Bereich der Suchtprävention hin. Michael Meuser (1998) kennzeichnet diese Form der Unsichtbarkeit als Bestandteil eines Systems der „hegemonialen Männlichkeit“ (Connell, 2000)²² als (nicht bewusste) Strategie, die er als „Invisibilisierung“ bezeichnet.²³ Mannsein sei stärker als Frauen unreflektierte Praxis sie bedürfe einer stärkeren Bewusstheit auch im Suchtbereich, schreibt Arnulf Vosshagen (1996, S. 101), der sich als einer der wenigen mit dem Thema Männer und Sucht beschäftigt. Die Folge war, dass Frauen vergeschlechtlicht – als Frauen – thematisiert wurden, die Männer jedoch ein allgemeiner und scheinbar ungeschlechtlicher Normalfall blieben, so dass wir es bis heute häufig mit einer *einseitigen Vergeschlechtlichung* von Frauen zu tun haben.

Die Reduzierung frauenbezogener Arbeit auf einen Zusatz

Doch auch der frauenbezogene Blick konnte sich nur begrenzt entfalten. In den meisten Beratungs- und Entwöhnungseinrichtungen führte er nicht zu einer umfassenden Reflektion der Betreuungs- und Behandlungsangebote unter geschlechtsspezifischen Aspekten. Die Mitarbeiterinnen-Befragungen von Stahr, Barb-Priebe und Schulz (1993) zu Erfahrungen mit der Umsetzung von frauenbezogener Arbeit in Einrichtungen der Suchthilfe zeigen beispielhaft, dass diese häufig am mangelnden Interesse oder am Widerstand von KollegInnen und/oder Einrichtungsleitungen scheiterten. Was Mitarbeiterinnen geschlechtsheterogener Einrichtungen jedoch im Laufe der Jahre oft zu installieren gelang, waren einzelne Angebote an Frauen, etwa offene Frauengruppen, ein Frauenfrühstück oder ein Müttertreff in Beratungsstellen, oder Frauengruppen als ergänzende Angebote in therapeutischen Einrichtungen.

So lässt sich rückblickend feststellen, dass frauenbezogene Arbeit den Charakter von etwas „Zusätzlichem“ neben dem allgemeinen - und eigentlichen - Angebotsspektrum annahm. Dabei wurden frauenspezifische Angebote selten fest im konzeptionellen Profil und den Prioritäten der Einrichtungen verankert: Oft wurden Kapazitäten in "engen" Zeiten gerade aus diesen Bereichen abgezogen, oder Angebote für Frauen wurden gestrichen, wenn sie

²² „Hegemonial“ bedeutet, dass eine Denkweise oder Vorstellung auf eine Weise dominant ist, dass die Individuen ihr zustimmen und sie für selbstverständlich und natürlich halten. Ihre Bedeutungen werden nicht mehr als eine von mehreren Denkmöglichkeiten wahrgenommen.

²³ Ein eindrucksvolles Beispiel einer solchen Invisibilisierung ist ein im September 2005 ausgestrahlter Film über Jugend und Alkohol, der während des gesamten Filmes als „Jugendliche“ ausschließlich junge Männer, ihre Treffpunkte auf der Straße und ihre Besäufnisse im Rahmen eines Fußball-Fanclubs vorführte, ohne dies ein einziges Mal als Formen jugendlicher Praxis von *Jungen* zu thematisieren. Es tauchten lediglich drei Mädchen auf: Eine war die Freundin eines trinkenden Jungen, die ihn vom Alkohol „wegbrachte“, und zwei Mädchen waren ehrenamtliche Helferinnen bei einer suchtpreventiven Veranstaltung – eine Aktion namens „Nachtfußball“ –, an der wiederum ausschließlich Jungen teilnahmen (Bittner, 2005).

an einer einzigen engagierten Mitarbeiterin hingen, die krank wurde oder die Einrichtung verließ.²⁴

Der Charakter der “Zusätzlichkeit“ belastete auch die geschlechtshomogenen Einrichtungen für Frauen, sie mussten sich ganz besonders legitimieren, um ihre weitere Finanzierung dauerhaft zu sichern. Die zuständigen Kostenträger (Länder und Kommunen für z.B. Beratungsstellen, vor allem Rentenversicherer für therapeutische Einrichtungen²⁵) sollten ja die Einrichtungen anerkennen. Diese Probleme wurden auch in den Expertinneninterviews von Heinrich (1995) deutlich. Eine Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle resümiert:

“Wir haben uns schon oft gefragt: Wie legitimieren die anderen Träger ihre Angebote für Frauen? Es ist offensichtlich, daß diese Träger ohne einen geschriebenen Satz, ohne ein inhaltlich konsequentes Konzept die Finanzierung absichern können, während wir die Notwendigkeit der Frauenberatungsstelle und unsere Qualifikation ständig legitimieren müssen und letztlich nicht dauerhaft abgesichert sind. (Heinrich, 1995, S. 152)

Damit einher ging ein hoher Druck, Präsenz zu zeigen:

“Ich denke schon, dass wir unser Projekt (...) die nächsten zwei Jahre sicher haben, aber was dann ist, wissen wir nicht. Und das macht Druck, uns zu bewähren. Überall müssen wir erscheinen, überall reden, uns vorstellen, damit uns alle kennen.“ (Heinrich, 1995, S. 149)

Dadurch entstehen erhöhte Anforderungen an die Einsatzbereitschaft der Mitarbeiterinnen. “Die Zeit und Kraft, die wir für die Arbeit mit den Frauen bräuchten,“ so eine Interviewpartnerin von Gisela Heinrich, „wird durch die vielen Termine in Gremien und Arbeitskreisen eingeschränkt“ (Heinrich 1995, S. 149). Durch die Abhängigkeit von der Unterstützung durch Einrichtungsleitungen und vor allem durch den beschriebenen Legitimationsdruck gegenüber den Geldgebern wurden geschlechtsbezogene Themen der Suchtarbeit²⁶ in diesen Verfahren nicht nur reduziert, sondern auf wenige, dramatische Aspekte zugespitzt, sodass von einer spezifischen “Dramatisierung“ gesprochen werden kann, die sich nachhaltig auf die Debatte auswirkte.

“(…) die Begründung läuft immer darüber, daß sie [Frauen-Sucht-Arbeit. F.S.] wichtig sei, weil süchtige Frauen extrem sexuell mißbraucht wurden und sehr heftige Gewalterfahrungen haben. Diese Argumentation wird immer erwartet. (...) Sicher ist es einer der Gründe, warum Frauen-Sucht-Arbeit notwendig ist, aber wirklich nicht der einzige und auch nicht derjenige, der allein die Frauenarbeit legitimieren darf. Es

²⁴ Vgl. die Auswertungen von Erfahrungen von Mitarbeiterinnen der Suchtkrankenhilfe in NRW von Stahr, Barb-Priebe, Schulz 1993, S. 52ff.

²⁵ Einige therapeutische Einrichtungen wurden jedoch aufgrund ihres Modellcharakters ebenfalls von Ländern oder Kommunen finanziert – eine zunächst günstige, aber langfristig riskante Arbeitsgrundlage, da dies eine freiwillige Finanzierungsleistung und kein Angebot der Regelversorgung darstellte.

²⁶ Für die vielfältigen Aspekte normalen Frauenlebens vgl. die Aufzählung bei Heinrich (1991).

gibt tausend andere Gründe. Leider ist es so, daß die politische und taktische Schiene immer nach dem Muster geht: Frauen sind mißbraucht, Frauen sind Opfer von Gewalt, Frauen brauchen Raum und Zeit – und nur mit denen kann im Moment Frauenarbeit durchgesetzt werden.“ (Ebd., 1995, S. 154)

“Probleme von Frauen werden reduziert auf sexuelle Gewalt. Andere Probleme werden als Begründung für Frauenarbeit gar nicht anerkannt.“ (Ebd., 1995, S. 154)

Diese dramatisierende Zuspitzung bezieht sich jedoch nicht nur auf die Legitimation von Fraueneinrichtungen, sondern auch auf individuelle Beschreibungen von Klientinnen in ihrer Therapiesituation. Brauchen sie längere Aufenthaltszeiten, als der Kostenträger vorsieht, müssen Anträge auf Verlängerung gestellt werden. Es sei schwierig, die Begründungen hier lediglich aus dem herzuleiten, was die Frauen bräuchten, erzählte eine Interviewpartnerin von Gisela Heinrich:

“Der Widerspruch dabei ist ja: Je dramatischer und schlimmer die Erfahrungen der Frau sind, desto eher kriegt sie eine Verlängerung.“ (Ebd., 1995, S. 151)

Durch die so immer wieder unter dem Legitimationszwang nahegelegte Auswahl der dramatischsten aus den verschiedenen Möglichkeiten, die Situation und den Bedarf der Klientinnen darzustellen, wird – wie hier im Einzelfall, aber auch auf der Ebene von Einrichtungsangeboten – ein Prozess der *Etikettierung* in Gang gesetzt. Dieses Vorgangs sind sich die Mitarbeiterinnen schmerzlich bewusst – sie stehen vor dem Widerspruch, Frauen einerseits darin zu unterstützen, sich von gesellschaftlichen Festschreibungen gerade auch auf die Opferrolle zu befreien, und andererseits genau diese Festschreibungen zu reproduzieren.

Fassen wir die beschriebenen Phänomene zusammen: die einseitige Vergeschlechtlichung von Frauen, die Reduzierung auf zusätzliche Angebote neben den Regelangeboten in geschlechtsheterogenen Einrichtungen, die reduzierende Dramatisierung, die Einengung auf die krasseren Kontexte der Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit vor dem Hintergrund des Legitimationsdruckes gegenüber Kostenträgern; alles in einer Dynamik, die die Vergeschlechtlichung als “Zusatz“ zum “Allgemeinen“ formiert – das führt zu einem Diskurs von *Besonderung*, in dem Frauen “besondere“ Probleme unterstellt werden – und eben nicht spezifische Probleme im Unterschied zu spezifischen Problemen von Männern. Das wirkt sich auch auf die Wahrnehmung der Angebote durch die Klientinnen und Klienten aus – wer solche Angebote nutzt, muss wohl besondere Probleme haben – eine Sichtweise, in der Abwertung mitschwingt.²⁷

²⁷ Auf einer Fachtagung des Diakonischen Werkes in Düsseldorf/Kaiserswerth 2003 wurde z.B. von einer KlientInnenbefragung in einer stationären Suchthilfeeinrichtung berichtet, um Reaktionen, Bedarf und mögliche Nachfrage nach einer Frauengruppe zu erheben: Es kamen lauter Antworten im Sinne von „wenn einige Frauen das nötig hätten“, „für Frauen mit besonders schweren Problemen wäre es sicher gut“ oder „gut für Frauen, die sich nicht trauen, in der Gesamtgruppe zu sprechen“. Angesichts dieser einrichtungsöffentlichen Meinung ist es sicher nicht leicht für Betroffene, ein solches Angebot dann auch zu nutzen.

Frauenarbeit in eigener Trägerschaft ermöglicht eine neue Perspektive: Hier ist das gesamte Angebot in allen Bereichen auf Frauen zugeschnitten; auf das, was Frauen ausmacht und beschäftigt, dies stellt sich nun nicht mehr als etwas Zusätzliches, als Sonderthema dar, für das es besondere Gruppen gibt. Möglich wird hier, den ganzen Alltag darauf abzustellen, welche Strukturen Frauen für Lernprozesse und Veränderung brauchen. Das Frau-Sein wird in einer Fraueneinrichtung in ganz anderer Weise fokussiert: nicht als zusätzlicher, problematischer Aspekt gegenüber dem Allgemeinen, scheinbar Normalen. Es ist eine besondere Qualität, wie auch ein Paradoxon reiner Fraueneinrichtungen, dass sie einerseits das Frau-Sein in seiner Bedeutung für den Suchtmittelkonsum beleuchten, aber es andererseits ermöglichen, dass Klientinnen aus der Reduktion auf das Geschlecht auch heraustreten können, indem die Verschiedenheiten untereinander (und die Verschiedenheiten auch der Mitarbeiterinnen) sichtbar werden.

Geschlechtshomogene Angebote scheinen in starker Weise auf Geschlecht (Frau-Sein) zu fokussieren, in der Praxis dagegen bieten sie – indem die Abgrenzungen, Verdeckungen, Anpassungen oder Widerstandsstrategien in den Interaktionen einer geschlechtsheterogenen Gruppe wegfallen²⁸ - auch Raum für die gegenläufige Erfahrung: sich nicht in *Differenz zu Männern* als *Frau* wahrzunehmen, sondern als Individuum. Das drückt sich beispielsweise in der Therapieauswertung einer Klientin aus einer Fraueneinrichtung aus:

”Für mich das Wichtigste ist, glaube ich, daß ich mich irgendwie selber gefunden habe in meinen ganzen Rollen, die ich immer gespielt habe. Als ich angekommen bin, hatte ich ganz viele Gesichter, aber nur freundliche, nette und irgendwie passend für jede Gelegenheit und war so sehr anpassungsfähig. (...) Ich denke, daß das (die Veränderung F.S.) auch eben ganz viel mit der Gruppe zu tun hat. Erst mal habe ich es selber so richtig gemerkt, und das war halt ganz wichtig, daß ich das selber merke (...). Und weißt du, man probiert halt eben das dann so ganz langsam auch aus, halt eben mal nicht so zu funktionieren und sich mal nicht anzupassen, und was passiert dann und so (...) Halt ganz vorsichtig und das ging halt eben.“ (Neuwirth, 1996, S. 124)

Erfolge bei begrenztem Einfluss:

Frauensuchtarbeit als “Bottom-Up-Bewegung“

Die Debatte um die Berechtigung einer frauenspezifischen Sicht wurde fachlich und praktisch nicht „auf Augenhöhe“ geführt. Hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung und ihrer Durchsetzungsfähigkeit ist zu beachten, dass die in der Diskussion engagierten und daran interessierten Frauen zum großen Teil Mitarbeiterinnen und nicht Führungskräfte waren. So stand dem Engagement, das sich in den zahlreichen Forderungen, in

²⁸ Hier geht es stark um Dynamiken der Reproduktion von Geschlecht in Interaktionen, die in soziologischen Konzepten von Geschlechtertheorien unter dem Begriff des Doing gender diskutiert werden. Siehe dazu Kapitel 3.

Musterkonzeptionen und den Empfehlungen der damaligen Jahre äußerte, eine relative Machtlosigkeit entgegen, diese auch durchzusetzen. Man könnte dies als "Problem der Politik von unten" bezeichnen.²⁹

Geschlechter-Hierarchien finden sich nicht nur im Leben der Klientinnen, sondern häufig auch in den Angeboten von Einrichtungen und in den Strukturen der Institutionen und des Hilfebereichs insgesamt. Die eigene Trägerschaft eines Frauenprojekts verhindert strukturell eine Unterordnung weiblicher Kolleginnen. Das ist für die Entwicklung und Vertretung fachlicher Positionen wichtig, denn auch die institutionelle, sozialpolitische Praxis ist von den Geschlechterverhältnissen geprägt. Wie gut auch immer die Konzepte und Analysen von Frauen sein mögen, oft kommen sie nicht am männlichen Vorgesetzten vorbei. Erst eine eigene Trägerschaft ist ein Garant dafür, dass sie auch tatsächlich in die Institutionen und die Politik eingebracht werden können.

"Drogenpolitik ist derzeit ein hartes männliches Geschäft. Probleme mit den weiblichen Lebensbedingungen kommen nach meinen Erfahrungen überhaupt nicht vor. In Hamburg sind wir oftmals die einzigen Frauen, die in Gremien und politischen Veranstaltungen ihre Träger vertreten. Zumindest stimmt dies immer für die wirklich wichtigen Gremien. Eine Beurteilung der derzeitigen Drogenpolitik vom Standpunkt der Frauen aus steckt noch immer in den Kinderschuhen, und in den großen gemischten Trägern sind es in aller Regel Männer, die gestalterisch politisch mitwirken (...) Für die Versorgung drogenabhängiger Frauen auf allen sozialpolitischen Ebenen - und darum sollte es ja im Drogenbereich gehen - ist es unabdingbar, daß Frauen selbst sich in die politischen Tendenzen einmischen (...). Ein Verein, der von Frauen getragen wird und sich für Frauen stark macht, steht unmittelbar an dieser Nahtstelle." (Heinrich, 1993, S. 8)

2.3.3 Neue Fragen: Ausblick

Fassen wir zusammen: Nach einer "ungeschlechtlichen Phase" der Drogenarbeit wurden in den 1980er Jahren erstmals Frauen als Geschlecht artikuliert – die Geschlechterfrage begann also als Frauenfrage und thematisierte die Differenzen zu Männern.

Innovativ und praxisrelevant entwickelte die fachliche Debatte und die Praxis der Frauenarbeit sich zunächst im Bereich der Drogenhilfe, weil diese neu und mit einem politisierten Hintergrund entstand, statt an die Suchtkrankenhilfe anzuknüpfen. Sie weitete sich dann aber auch auf das Feld der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen aus. Die Debatte politisierte das Störungsbild Suchtmittelabhängigkeit bei den Betroffenen, sie politisierte die Behandlungsformen (Sozialtherapie, Demokratisierung, Entpathologisierung, Empowerment) und die Heilungsperspektiven (Gesundheit als

²⁹ Eine Reihe von Darstellungen dieser Probleme aus der Sicht von Mitarbeiterinnen aus Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe finden sich bei Stahr, Barb-Priebe, Schulz (1993) und den Expertinneninterviews bei Heinrich (1995) – insbesondere im Kapitel „Geschlechterhierarchien in der Drogenarbeit: Die Einrichtungen sind wie Familienstrukturen“ (Heinrich, S. 133ff.).

Emanzipation). Durch die Verknüpfung von Suchtmittelabhängigkeit mit Abhängigkeiten und Unterordnungen verschiedenster Art (gesellschaftliche Bedingungen, Sozialisation, Identitäten und Reproduktion dieser Aspekte in Einrichtungen) ging es stets auch um einen *emanzipativen* Impuls, wie Ute Schönherr es formulierte:

“Wir wollen dafür sorgen, daß unsere Grundposition öffentlich wird und Eingang findet in Überlegungen auf Veränderung und Verbesserung unserer Lebensqualität: die Grundposition, daß die Bekämpfung von Abhängigkeit sich nicht allein auf die Abhängigkeit von Suchtmitteln beschränken darf, sondern alle ihre Formen auf allen Ebenen unseres Lebens umfassen muß.” (Schönherr, 1991, S. 224)

Die Thematisierung von Geschlecht als Frauenfrage lief im Handlungs- und Forschungsfeld der Suchtkrankenhilfe in ähnlichen Phasen ab, wie sie für die Frauengesundheitsforschung insgesamt konstatiert wurden: Rossler (1993, zit. nach Maschewsky-Schneider, 2002) kennzeichnet die Phasen geschlechtssensibler Forschung so: 1: Frauen seien gar nicht präsent, 2. Frauen würden aus der Perspektive männlicher Normen berücksichtigt und beforscht, 3. es entstände eine Kritik an falscher Normierung aus feministischer Perspektive, 4. Es bildeten sich eigene Schwerpunkte von Frauengesundheit, und 5. Es fände eine Ausgleich statt mit einer Integration frauen- und geschlechtsspezifischer Fragen in alle Forschungsbereiche.

Die letzte Phase steht allerdings noch aus. Was hat sich in und seit den 1990er Jahren getan? Stehen wir tatsächlich vor einer solchen Integration?

Seit dem Beginn der Thematisierung von Frauen haben wir es in verschiedener Weise mit Formen “einseitiger Vergeschlechtlichung” zu tun: Frauen werden durch geschlechtsbezogene Arbeit als Geschlecht benannt, Männer aber nicht - obwohl also Männer im Suchthilfebereich die Mehrheit darstellen, und implizit Norm und Durchschnitt sind. Von der Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen – den Süchten, die die Öffentlichkeit vor allem beschäftigen, - sind andererseits deutlich mehr Männer als Frauen betroffen. Insofern ist es erstaunlich, dass nach über zwei Jahrzehnten Frauensuchtarbeit und -forschung so selten die Frage nach den speziellen Zusammenhängen und Aspekten hinsichtlich Männlichkeiten und Sucht gestellt wurde. Dieses Phänomen ist vermutlich eine Folge davon, dass die Behandlungspraxis der Entwöhnung sich lange zwar als geschlechtsneutral präsentierte, real aber auf Erfahrungen mit Männern abgestellt wurde. Fachtagungen beispielsweise zu Frauen und Männern gab es nur vereinzelt³⁰, erste gute Beiträge zum Thema “Männer und Sucht“, wie etwa Vossagen (1996), blieben zunächst relativ unbemerkt.

³⁰ Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen führte z. B. 1990 eine Tagung zu “Abhängigkeiten bei Frauen und Männern“ durch (noch unter dem alten Namen: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren), auch die Publikation “Frauen, Männer, Süchte“ (Fett, 1996) geht auf eine Fachtagung zurück.

Doch inzwischen sind Anzeichen einer geschlechtsbezogenen fachlichen Auseinandersetzung mit Suchtmittelabhängigkeit bei Männern zu sehen, beispielsweise mit Fachtagungen wie "Von 'Trunkenbolden' und anderen Männern im Rausch" in Oldenburg (vgl. Jacob, Stöver, 2004) oder "Brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe?" in Dortmund (vgl. Koordinationsstelle Sucht, 2004).

Suchthilfestatistiken, Gesundheitsberichterstattung und Studien weisen inzwischen zum Teil geschlechtsdifferenzierende Daten auf. Oft mangelt es aber an Vergleichsgruppen aus beiden Geschlechtern, um Hintergründe und Verläufe der Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen dezidierter beschreiben zu können.

Doch während es in den 1980er und 1990er Jahren im Handlungsfeld der Suchtkrankenhilfe darum ging, überhaupt eine Geschlechtsdifferenzierung zwischen Frauen und Männern in Forschung und Praxis einzuführen, gab es unter feministischen Wissenschaftlerinnen eine bewegte und sich verändernde Auseinandersetzung darüber, wie diese Differenzen genau zu fassen sind und welche Implikationen mit den jeweiligen Positionen verbunden sind. Diese Debatten sollen im nächsten Schritt genauer beleuchtet werden.

3 Ungleichzeitigkeiten: Verschiebungen in feministischen Theorien

3.1 Überlegungen zu einem geschlechtsreflexiven Blick in der geschlechtsbezogenen Suchtarbeit

Im Rückblick wurde deutlich, dass die Kategorie “Geschlecht“ trotz langjähriger Praxis und Diskussion durch die Frauensuchtarbeit noch immer nicht in den Mainstream der Suchtarbeit integriert worden ist. Das hat erhebliche Konsequenzen: Würde die Kategorie “Geschlecht“ konsequent in das Feld der Suchtkrankenhilfe integriert, würden eine Reihe von Verschiebungen und Widersprüche auftauchen, und damit Chancen für die theoretische und praktische Weiterentwicklung geschlechtsbezogener Suchtarbeit.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wird es darum gehen, die bislang verwandten Begriffe und Perspektiven innerhalb geschlechtsbezogener Suchtarbeit neu zu ordnen und die unter der Kategorie Geschlecht diskutierten Phänomene neu zu dimensionieren. Eine solche Neudimensionierung kann sich jedoch nicht allein auf eine rein theoretische, bzw. epistemische Bearbeitung der Kategorie Geschlecht stützen, sondern muss gesellschaftliche Wandlungsprozesse im Verhältnis der Geschlechter zueinander ebenso berücksichtigen wie soziale Veränderungen im Konsum von psychotropen Substanzen.³¹

Deshalb ist der hier zu entwickelnde soziologische Blick auf die Kategorie Geschlecht in der Suchtarbeit nicht an seiner theoretischen Innovation, sondern vorrangig an der praktischen Relevanz für das spezifische Handlungsfeld der geschlechterbezogenen Suchtarbeit zu prüfen. Die folgende Auseinandersetzung mit der Kategorie Geschlecht soll also mit dem Fokus auf ihren Nutzen für das Praxis- und Handlungsfeld der Suchtkrankenhilfe geführt werden und darin einen kritischen Blick auf geschlechterbezogene Phänomene ermöglichen. Das kritische Anliegen für das Feld der Suchtkrankenhilfe bezieht sich dabei auf zwei verschiedene Ebenen: Zum einen ist es nach wie vor erforderlich, Phänomene in ihrer geschlechtsbezogenen Ausprägung *sichtbar* zu machen. Zum anderen gilt es, die Kategorie Geschlecht für das Praxisfeld, das bedeutet für individuelle Klientinnen und Klienten, produktiv zu *bewegen*. Die spezifischen geschlechtsbezogenen Aspekte ihres Leidens, ihrer Suchtmittelabhängigkeit und ihrer psychosozialen Einschränkungen sollen stärker und vielschichtiger sichtbar gemacht werden können. Die Relevanz des zu entwickelnden Blicks auf die Kategorie Geschlecht bemisst sich an der Angemessenheit der Hilfsangebote dafür, die Handlungsmöglichkeiten

³¹ So ist beispielsweise darauf zu verweisen, dass seit den 1970er Jahren neue psychotrope Substanzen entwickelt worden sind, kulturelle Einbindungen des Konsums sich verändert haben und sich schließlich das konsumierende Klientel hinsichtlich sozialer Lage, Geschlecht und Generation verändert hat, wie im folgenden Kapitel 4.2. gezeigt wird.

süchtiger Frauen und Männer zu erweitern und dabei konzeptuell und praktisch bestehende Geschlechterverhältnisse *nicht zu reproduzieren*. Dieser Blick soll über die zur Zeit in Praxisfeldern populäre “Geschlechtersensibilität“ hinausgehen, welche im Praxisfeld durch ihre mangelnde theoretische Fundierung kontraproduktive Implikationen transportieren, d.h. theoretische Probleme reifizieren und soziale Ungleichheiten reproduzieren kann. Vielmehr schlage ich für die geschlechtsbezogene Suchtarbeit einen *geschlechtsreflexiven* Blick vor, welcher bestehende soziale Phänomene deskriptiv erfassen kann und es vermag, empirische Unterschiede nicht nur als geschlechterdifferent festzustellen und zu erklären, sondern zugleich auch soziale Wandlungsprozesse und Differenzen im Umgang mit der Kategorie selbst zu reflektieren.

Deshalb werde ich mich im Folgenden zunächst mit verschiedenen Etappen der Betrachtung von Geschlechterdifferenzen in der feministischen Forschung befassen, um daraus Kriterien für einen geschlechtsreflexiven Blick zu entwickeln. Ich möchte zeigen, dass die Verknüpfung dieser epistemologischen mit einer soziologischen Perspektive es erlaubt, gleichzeitig Differenzierungen wie Verschiebungen und Ungleichzeitigkeiten in den Geschlechterverhältnissen, wie sie gegenwärtige industrielle Gesellschaften charakterisieren, zu analysieren.

3.2 Gleichheit und Differenz als Dilemmata von Geschlecht

Gleichheit und Differenz gehören seit Beginn der ersten Frauenbewegung in Deutschland zu den Kernthemen politischer Debatten um Geschlecht³² (vgl. exemplarisch Knapp, 1988; für eine ausführliche Diskussion vgl. Rosenberger, 1996). Dies verwundert nicht, denn in der relationalen Beziehung zwischen Gleichheit und Differenz repräsentiert sich die widersprüchliche Spannung zwischen soziokultureller Konzeption von Geschlecht und sozialer und politischer Teilhabe der Geschlechter, d.h. sie gestaltet sich vor dem Horizont bestehender sozialer Ungleichheiten. Deshalb habe ich sie im Hinblick auf Sucht als Praxis- und Interventionsfeld zum Ausgangspunkt für einen geschlechtsreflexiven Blick gewählt.

Die feministische Debatte um Gleichheit und Differenz hat sich, wie ich im Folgenden zeigen werde, in drei zentralen historischen – wenn auch theoretisch höchst unterschiedlichen - Etappen vollzogen: Ausgangspunkt der Problematik Gleichheit/Differenz war die theoretische und politische Bewegung in den 1970er und 1980er Jahren, die die sozialen, politischen und ökonomischen Dimensionen der (empirischen) Geschlechterdifferenzen thematisierte (vgl. Kap. 3.2.1). Das bildet die

³² So spaltete bereits im 19. Jahrhundert die Frage nach Gleichheit und Differenz die Frauenbewegung: Das bürgerlich-liberale Lager trat für die Erschließung “wesensgemäßer Tätigkeitsfelder“ für Frauen ein, während der proletarische Flügel politisch und ökonomisch gleiche Zugangsrechte der Frauen zu den gesellschaftlichen Handlungsmöglichkeiten forderte.

Grundlage für die beiden zentralen metatheoretischen feministischen Debatten, die der sozialen Geschlechterdifferenz versus sexueller Differenz in den 1980ern und die um die (De-) Jahren Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit als radikale Historisierung und Politisierung von Geschlechterdifferenz in den 1990er Jahren. In der Reflexion beider Diskussionen wird sich zeigen, und dies entspricht dem aktuellen Stand der feministischen Diskussion (vgl. Rosenberger, 1996; Engel, 2002), dass es sich bei Gleichheit und Differenz weniger um entgegen gesetzte Pole, als vielmehr um komplementäre Konzepte handelt.³³ In aktuellen feministischen Konzepten tritt jedoch derzeit die Radikalisierung der Infragestellung einer Geschlechterdifferenz auf epistemologischer Ebene gegenüber der Analyse von *empirischen sozialen* Geschlechterdifferenzen in gegenwärtigen Gesellschaften in den Vordergrund. Deshalb werde ich im Hinblick auf das Praxisfeld Sucht einen “social (re)turn“ vorschlagen (Kapitel 3.2.2.).

Zum Abschluss möchte ich zeigen, wie sich das Verhältnis von Gleichheit und Differenz in der Bundesrepublik Deutschland momentan darstellt. Hier lässt sich eine Ungleichzeitigkeit in der Entwicklung kultureller Bilder mit der (im Vergleich zurückhängenden und dadurch konservativ wirkenden) strukturellen Seite gesellschaftlicher Institutionen ausmachen. So entsteht ein Verdeckungszusammenhang für reale Ungleichheit, den ich für die Felder der Berufswahl junger Frauen sowie der Gestaltung der Arbeitsteilung in heterosexuellen Paarbeziehungen näher beleuchte.

Diese Entwicklungen auf den Ebenen der Theoriebildung (hauptsächlich in der feministischen Debatte) sowie der Kategorien, um Verschiebungen in der Kultur und gesellschaftlichen Praxis zu erfassen, bilden den Hintergrund, mit dem ich deutlich machen werde, was für einen geschlechtsreflexiven Blick für das Handlungsfeld der Suchtarbeit wichtig ist.

3.2.1 Geschlecht als umkämpfte Kategorie – Historische Etappen der Dilemmata von Gleichheit und Differenz in feministischen Debatten um Geschlecht

Die Problematik der Verdeckung der Geschlechterdifferenzen

Verfolgt man die Debatten um Geschlecht aus historischer Perspektive, so ist zu beobachten, dass Geschlechter spätestens seit Mitte des 19. Jahrhunderts in neuen Vorstellungen von Differenz gefasst und diese Differenz naturalisiert wurde (vgl. hierzu ausführlich Honegger, 1991; Laqueur, 1996)³⁴. In der Bundesrepublik Deutschland und in den USA begann sich mit der Etablierung der zweiten deutschen Frauenbewegung eine

³³ Das verweist auf die politische und theoretische Mehrdeutigkeit von Gleichheit und Differenz. Für die Zusammenstellung und Diskussion der verschiedenen Bedeutungen von Gleichheit und Differenz vgl. Rosenberger (1996, v.a. S. 101-128).

³⁴ Für den Einfluss auf Leiblichkeit und den Umgang mit weiblichen Körpern vgl. exemplarisch Duden (1987).

Sichtweise herauszubilden, mit der diese Naturalisierung der Geschlechterdifferenz als soziales Phänomen kritisiert und damit politisch und theoretisch angefochten werden konnte. HistorikerInnen und SozialwissenschaftlerInnen argumentierten, dass mit der konzeptionellen Polarität von Geschlechtern nicht ihre (soziale und politische) Gleichheit verknüpft werden könne, vielmehr legitimierte diese die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Die Vorstellung von der Komplementarität und der Polarisierung von Geschlechtern ist somit bereits im Ansatz mit ihrer Hierarchisierung verknüpft (vgl. Hagemann-White, 1988). Historisch betrachtet, geht dies auf die hegemoniale Konzeption des männlich-bürgerlichen Subjekts der Neuzeit zurück, welche im Prozess der Industrialisierung verankert war. Mit dem Prozess der sukzessiven (imaginären) Naturbeherrschung konstituierte sich das männliche Subjekt als autonomes Subjekt, unter Abspaltung seiner Leiblichkeit und Naturhaftigkeit, die diese Autonomie potenziell zu bedrohen und zu untergraben drohte (vgl. Connell, 2000; Maihofer, 1995). Diese abgespaltenen Anteile von Naturhaftigkeit wurden gesamtgesellschaftlich auf Frauen projiziert, ihre Fähigkeit zur biologischen Reproduktion wurde zum Indiz für ihre Natur, diese wiederum zum charakteristischen Merkmal von Geschlechterdifferenz erhoben.³⁵

Auf diese Weise wurde eine Dichotomie zwischen Männlichkeit, Kultur, Geist und Erkenntnis einerseits und Weiblichkeit, Natur, Emotionalität und Körperlichkeit andererseits konzeptuell und sozial errichtet und verfestigt. Diese Konzeption wirkte als Legitimation der sich durchsetzenden bürgerlichen Geschlechtertrennung: Im sich zuspitzenden Antagonismus zwischen Unternehmern und Lohnarbeitenden stand es an, das Verhältnis zwischen Produktion und Reproduktion neu zu regeln. Die geschlechtliche Arbeitsteilung zwischen Erwerbsarbeit und Haus, d.h. zwischen Produktion und Reproduktion, bildete sich auf dem Boden ihrer örtlichen Trennung heraus, die sich mit der Industrialisierung durchsetzte. Die sozioökonomischen Transformationen, die damit einhergingen, erfassten Erwerbsleben, Familie, Erziehungswesen und den Arbeitsmarkt. Dabei waren Frauen nicht von vornherein ausgeschlossen, vielmehr wurde ihr Ausschluss aus Politik und Beruf von Sozialpolitikern vorangetrieben und durch zahlreiche Diskurse aus Medizin, Politik, Psychiatrie, Biologie und Philosophie unterstützt (vgl. u.a. Hausen, 1978).

Dieser Ausschluss ging, folgt man den historischen Arbeiten von Claudia Honegger und Thomas Laqueur, der Konzeption der „natürlichen“ Geschlechterdifferenz voraus. Er wurde vielmehr zunächst mit der Unvereinbarkeit von häuslichen Pflichten und Lohnarbeit

³⁵ Hierbei spielten die Naturwissenschaften eine herausragende Rolle (vgl. Laqueur 1996). Für die Rolle der Medizin vgl. Schmersahl (1998). Karin Hausen prägte in den 1970er Jahren hierfür den Begriff der „Geschlechtscharaktere“, der auf die Verknüpfung mit Persönlichkeitseigenschaften abhebt. Mit den historischen Forschungen von Laqueur, Honegger und Duden ist jedoch deutlich geworden, dass das Verständnis der Geschlechtskörper als different sich in einem allmählichen Prozess durchzusetzen begann, der bereits im 18. Jahrhundert seinen Ausgangspunkt nahm. Becker-Schmidt kritisiert darüber hinaus, dass der Begriff des „Sozialcharakters“ die Widersprüchlichkeit und Brüchigkeit des Geschlechterverhältnisses verstellt und dieses funktionalistisch verengt. Sie bezeichnet das als Überschuss an binär-klassifikatorischer Ordnung in der symbolischen Repräsentation des Geschlechtersystems (vgl. Becker-Schmidt, 1993, S.101).

und Politik begründet, während der Diskurs über die Natur von Frauen in Politik, Psychiatrie, Medizin, Biologie und Philosophie erst zu diesem Zeitpunkt entstand und im Nachhinein als Legitimationszusammenhang herangezogen wurde (vgl. Honegger, 1991, S. 30; Laqueur, 1996).

Der soziale Ausschluss von Frauen und ihre strukturelle Benachteiligung gerieten seit den 1970er Jahren zunehmend ins Kreuzfeuer wissenschaftlicher wie politischer Kritik. Feministische Wissenschaft und Politik der ersten Stunde setzten Erwerbsarbeit, Sexualität, sexualisierte männliche Gewalt und Familie als zentrale Themen auf die Tagesordnung – diese dominierten die feministische Theorie in der Bundesrepublik Deutschland noch bis Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre.³⁶ Sie machten deutlich, dass ein Teil der gesellschaftlichen Aufgaben und Erfahrungsbereiche aufgrund ihrer Zuschreibung zu Frauen unsichtbar gemacht und individualisiert wurden. Darüber hinaus würde, so die Mitarbeiterinnen des Tübinger Instituts für frauenpolitische Sozialforschung (2000), diese Verdeckung auf der Ebene von Symbolproduktion wiederholt und bestätigt: Sprache, Begriffsbildung, Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit würden zur Begründung und Absicherung dieser Zuschreibung zu Frauen herangezogen. Das Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung knüpft dabei an Becker-Schmidt und Knapp an, die die symbolische Ordnung neben ökonomischen und sozialpolitischen Strukturen als eine Ebene ansehen, über die sich das Geschlechterverhältnis reproduziert bzw. reproduzieren kann (vgl. Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung, 2000, S. 43). Gerade weil sich diese Verdeckungen im Sozialen und im Symbolischen gegenseitig verstärken, aber *nicht* ineinander aufgehen, und vielfältige Querverbindungen bestehen, versprechen die Mitarbeiterinnen des Tübinger Instituts für frauenpolitische Sozialforschung von einem “Verdeckungszusammenhang“ (ebd., 2000, S. 6, S. 44). Bei diesem Konzept handelt es sich um ein – potenziell – struktur- *und* handlungstheoretisches analytisches Instrumentarium, das dazu dient, die Lebensrealität von Frauen, ihre strukturellen Bedingungen und die Reproduktionsmechanismen als aufeinander bezogene Ebenen untersuchen zu können.

Dabei dient das Konzept des sozialen Geschlechts zunächst dazu, die Vorstellung biologisch unveränderbarer Geschlechtsunterschiede um eine soziale Ebene zu *ergänzen* (vgl. den Überblick bei Nicholson, 1994, S. 200). Das löste in den 1980er Jahren eine kontrovers geführte Debatte um Gleichheit und Differenz unter feministischen Wissenschaftlerinnen aus, bei der noch nicht primär die Annahme der biologischen Differenzen zwischen den Geschlechtern zur Disposition stand – vielmehr wurden Ausprägungen und Begründungen sozialer Geschlechterdifferenz sowie daraus resultierende politische Strategien zum Gegenstand von Auseinandersetzungen (ebd., S. 207).

³⁶ Für das Themenfeld Arbeit vgl. exemplarisch Bock, Duden, 1977; Ostner, 1978; Becker-Schmidt, 1982; für Sozialisation vgl. Belotti, 1975; Scheu, 1977.

Probleme der Geschlechterdifferenz: Das Dilemma zwischen Gleichheit und Differenz

In den 1980er Jahren gewann der Feminismus der sexuellen Differenz, der u.a. von Irigaray (1980) angeregt wurde, in Frankreich, Belgien, den Niederlanden, besonders aber in Italien an Bedeutung (vgl. Cavarero, 1990; Fischer, Franco, Longobardi, Mariaux, Muraro, Sanvitto, Zamarchi, Zamboni, Zanardo, 1993; aber auch Gilligan, 1984; Chodorow, 1985). Die "Politik des Unterschieds" (Erler, 1985), wie sie sich z.B. auch im "Müttermanifest" der Partei DIE GRÜNEN zeigte³⁷, löste eine heftige Debatte um feministische Politiken und Konzeptionen von Gleichheit und Differenz aus. Die Position des Feminismus sexueller Differenz vertrat paradigmatisch Cavarero, eine der prominentesten Vertreterinnen der italienischen Gruppe "Diotima". Cavarero begründet die politische Forderung nach "weiblicher Freiheit" mit biologischer, historischer und ontologischer Differenz zwischen Männern und Frauen (Cavarero, 1993, S. 99). Diese Differenz ist für sie unhintergebar, da sie auf genuinen geistigen und körperlichen Besonderheiten von Frauen fuße.³⁸ Cavareros Kritik an der empirischen Ausprägung von Geschlechterdifferenz als Auswirkung von Herrschaft, die von der „ursprünglichen Differenz“ (Fischer, Franco, Longobardi, Mariaux, Muraro, Sanvitto, Zamarchi, Zamboni, Zanardo, 1993, S. 44) zu unterscheiden ist, weist zahlreiche Übereinstimmungen mit egalitär ausgerichteten feministischen Analysen, Konzeptionen und Theorien auf. Auch die Vertreterinnen dieses Paradigmas sexueller Differenz kritisieren die herrschaftsförmige Verallgemeinerung des männlichen Subjekts, welche nur eine defizitäre, besondere Konstruktion und strukturelle Unterordnung von Frauen in politischen und sozialen Feldern zulässt (Cavarero, 1993, S. 67ff). Die starke politische Kritik an dem Paradigma der Gleichheit basiert jedoch im Gegensatz zu dieser empirischen Diagnose auf der Prämisse, dass Gleichheit ausschließlich als Angleichung und somit als Auslöschung von Besonderheit zu denken und zu praktizieren sei. Die politische Forderung nach Gleichheit würde die Herrschaftsförmigkeit der bürgerlich-männlichen Identitätsbildung unterstützen, statt sie zu unterlaufen. Deshalb kann Cavarero das Konzept sozialer Gleichheit und Befreiung als patriarchal ablehnen, da es auf die Teilhabe an politischer und ökonomischer Freiheit des Mannes abziele. Vor diesem Hintergrund schlägt sie alternativ vor, politisch auf die Autonomie beider Geschlechter hinzuwirken, um einen Ort weiblicher Freiheit und weiblicher Subjektbildung zu ermöglichen. Es geht für sie darum, „Geschlechterdifferenz dem Zugriff sexistischer Herrschaft zu entziehen“ (Fischer, Franco, Longobardi, Mariaux, Muraro, Sanvitto, Zamarchi, Zamboni, Zanardo, 1993, S. 45). Der "Ort der weiblichen Freiheit" könne deshalb nur in der Anerkennung einer grundlegenden Geschlechterdifferenz begründet sein, welche im Feminismus der sexuellen Differenz letztlich durch Leiblichkeit begründet ist. Das Konzept der Geschlechterdifferenz verliert jedoch – so die Position des Feminismus sexueller Differenz - dadurch seine

³⁷ Im "Müttermanifest" wurden Quotenregelungen für Mütter in der Politik, berufliche Teilzeitregelungen, Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Basiseinkommen usw. gefordert (vgl. DIE GRÜNEN, 1987, Pass-Weingartz, Erler, 1987).

³⁸ Das weibliche Subjekt wird dabei als ein utopischer, zu erreichender Ort begriffen (vgl. Cavarero, 1993, S. 74).

herrschaftsförmige Einbindung, dass sie aus dem relationalen Verhältnis zwischen Männern und Frauen (dem Geschlechterverhältnis) herausgelöst und als autonom im Hinblick auf eine "weibliche symbolische Ordnung" entworfen werden kann.

Aus der Perspektive des egalitären, auf Gleichheit zielenden Feminismus ist zu kritisieren, dass die positive Bewertung des Weiblichen selbst ein Produkt der kapitalistischen und geschlechtsbezogenen Spaltung der Gesellschaft ist (vgl. Prengel, 1990; Haug, Hauser, 1985; Haug, 1990). Klinger (1990) wendet darüber hinausgehend ein, dass die politische Begründung weiblicher Differenz in der geschlechtsphilosophischen Position der Gruppe "Diotima" schon allein deshalb unklar bleibe, weil "gelebte Erfahrung" zwar eine Fortführung von Selbsterfahrungskonzepten sei, aber als Begründung einer politischen Strategie ungeeignet wäre. Dadurch würden vielmehr gesellschaftliche und historisch gewordene Verhältnisse ontologisiert und die biologische Zweigeschlechtlichkeit zum allgemeinen Grundprinzip allen Denkens und Handelns erhoben.³⁹ Dieses "Differenzdilemma" (Knapp, 2002, S. 43) beinhaltet die Gefahr, dass gerade mit einer "Ikonisierung von Frauen" (Knapp) die Diskriminierung von Frauen durch Differenz fortgeschrieben wird.

Darüber hinaus führe das, so Klinger, trotz gegenteiliger Position des Feminismus sexueller Differenz (vgl. Cavarero, 1993, S. 98) dazu, dass eine tendenzielle Homogenität weiblicher Erfahrungen unterstellt würde, die die Differenzen unter Frauen einebnen. Das Differenzparadigma basiert damit ironischerweise darauf, dass es Differenzen (in Herrschaftsverhältnissen) negiert. Klinger konstatiert, dass das Konzept der Gleichheit hingegen je nach spezifischer Ausarbeitung wiederum die kapitalistische Trennung zwischen Privatheit und Öffentlichkeit reproduziert, indem es einseitig auf die Teilhabe an politischer Öffentlichkeit zielt. Durch die mangelnde Reflexion von Begriffen und Konzepten werde dabei noch in der Debatte um die Anerkennung von Hausarbeit als gesellschaftliche Arbeit Gleichheit als *Angleichung* transportiert, indem Maß und Mittelpunkt der Erwerbsarbeit unangetastet bleibt (vgl. Maihofer, 1990). Diese Position lässt sich mit Knapp als "Gleichheitsdilemma" bezeichnen: Es beinhaltet das Dilemma, dass die Gleichbehandlung von Ungleichen zur Fortschreibung von Ungleichheit führe (Knapp, 2002, S. 43).

Deshalb plädiert Klinger dafür, an dem Konzept von Differenz festzuhalten, da die wissenschaftliche und politische Bearbeitung der Besonderheit des geschlechtsbezogenen Unterdrückungsverhältnisses in Abgrenzung z.B. zum Klassenverhältnis (noch) erforderlich sei. Maihofer dagegen fordert eine Revision des Gleichheitsbegriffs, der aber nicht bei der inhaltlichen Bestimmung der Maßstäbe stehen bleiben dürfe. Er müsse ihre identitätslogische Bestimmung in eine plurale Fassung auflösen, die Differenzen unter

³⁹ Knapp bezeichnet die Prämissen des Feminismus sexueller Differenz sogar als ideologisch. Dadurch würde eine kritische Analyse des weiblichen Lebenszusammenhangs blockiert (vgl. Knapp, 1988, S. 13).

Menschen zulasse und diese als gleichberechtigt zu bewerten erlaube (vgl. Maihofer, 1990, 1995).

Prengel (1990) führte die Debatte weiter, indem sie Differenz und Gleichheit politisch und wissenschaftlich als unentscheidbares und unhintergebares Spannungsverhältnis sieht. Das fußt bei ihr, betrachtet man es vom heutigen Stand der feministischen Forschung aus, auf radikal anti-essentialistischen Prämissen. Sie verweist nicht nur auf die Geschichtlichkeit und Pluralität des Begriffsverhältnisses zwischen Gleichheit und Differenz (ebd., S. 120f), sondern argumentiert mit der historisch-sozialen Gewordenheit von Differenzen zwischen Männern und Frauen: „Differenzen zwischen Frauen und Männern sind strukturelle *kulturelle Differenzen*“ (Prengel, 1990, S. 122). Die Zuordnung der Differenzen – auch der körperlichen – zwischen Frauen und Männern zum Bereich der Kultur - statt der Natur, wie im Ansatz von Diotima – erlaube es, diese als prozesshaft und dynamisch zu denken.

„Lebensweisen und Symbolsysteme der Kulturen sind in *ständiger Veränderung* begriffen. Differenz bezeichnet *nicht* als statisch-gleichbleibend gedachte Phänomene, sondern dynamische Prozesse. Differenz beschreibt darum z.B. nicht unveränderlich gedachte Körperlichkeit, sondern meint kulturell ganz verschieden gestaltete und sich historisch ständig verändernde Körperbilder und Körpererfahrungen. In solchen Prozessen sind wir Geschöpfe *und* Schöpferinnen unserer Kultur.“ (Prengel, 1990, S. 122)

Vor diesem Hintergrund weist Prengel zwar, wie Klinger, Haug (1990) und Maihofer (1990), die Ontologisierung der Geschlechterdifferenz zurück, fordert jedoch die kulturelle Anerkennung sozial gewordener historischer Differenzen, auch zwischen Frauen, ein. Ihr „demokratisches Differenzkonzept“ (Prengel, 1990, S. 123) ist folglich politisch und nicht ontologisch begründet. Es beruht auf der Prämisse, dass Körper nicht natürlich, sondern veränderlich seien und deshalb zum Bereich der Kultur gehörten. Um dieses Verständnis der „sozialen Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit“ entspann sich in den 1990er Jahren eine heftige Kontroverse in der feministischen Forschung der Bundesrepublik Deutschland.

Probleme der Geschlechterdifferenz: (De-) Konstruktion und Politisierung der Klassifikation von Sex und Gender

Anfang der 1990er Jahre brach mit dem deutschen Erscheinen von Butlers Buch „Das Unbehagen der Geschlechter“ in der Bundesrepublik Deutschland eine hitzig geführte feministische Debatte um die Konstruktion biologischer Zweigeschlechtlichkeit aus. Theoretische Grundlagen der frühen Debatte bestanden in einem sozialkonstruktivistischer Strang, der sich auf Theoreme des Symbolischen Interaktionismus (Hagemann-White, 1984, 1988)⁴⁰ und die Ethnomethodologie (Garfinkel, 1967; Kessler, McKenna, 1978), der

⁴⁰ Goffman hat mit seiner Publikation über das Arrangement der Geschlechter einen noch weiterführenden Ansatz entwickelt. Sein Konzept der „institutionellen Reflexivität“ gilt jedoch nach Auffassung von Knapp (2002) vor allem für die historische Situation der 1950er/1960er Jahre.

Kulturanthropologie (z.B. Douglas, 1973) sowie der Phänomenologie stützte. Diesen Strang werde ich im Folgenden vereinfachend als "interaktionistisch" bezeichnen. Davon ist ein im weitesten Sinne poststrukturalistischer Strang (z.B. Butler, 1991; Engel, 2002) zu unterscheiden. Mit beiden theoretischen Strängen ist es möglich, Geschlechterdifferenz als ein Produkt von herrschaftsförmiger Differenzierung zu analysieren, d.h. die soziale und kulturelle Produktion der binären Klassifikation in Männer und Frauen steht zur Disposition.⁴¹ Dadurch wird die Debatte zwischen Differenz und Gleichheit bis in ihre Fundamente radikalisiert. So sprechen Regine Gildemeister und Angelika Wetterer von einem "Gleichheitstabu" zwischen Männern und Frauen, welches auf der strukturellen Binarität der Klassifikation basiere. Dieses Tabu behaupte seinen Geltungsbereich, auch wenn andere Tabus feministischer Kritik bereits zum Opfer gefallen seien (Gildemeister, Wetterer, 1992, S. 242).

Die interaktionistischen Theorien erklären Geschlecht als kulturelles Alltags-Produkt von Interaktionen, in denen ein komplexes Ineinanderspielen des "doing gender", also von Geschlechtsdarstellung, Geschlechtsattribuierung und sozialer Beziehung zwischen Akteuren binäre und zugleich "richtige" Geschlechter hervorbringe. Beide Studien legen dabei eine "Null-Hypothese" zugrunde, nach der es "keine notwendige, naturhaft vorgeschriebene Zweigeschlechtlichkeit gibt, sondern nur verschiedene kulturelle Konstruktionen von Geschlecht" (vgl. Hagemann-White, 1988, S. 230).⁴² Aber es handele sich – zumindest in westlichen Gesellschaften⁴³ – um ein omnirelevantes System, das sich nach interaktionistischem Verständnis im Alltag gerade dadurch reproduzieren kann, dass es unhinterfragt ist, die gesamte Lebensspanne umfasst, dichotom angelegt und nicht zuletzt biologisch legitimiert ist (vgl. Hirschauer, 1989; Garfinkel, 1967; Hagemann-White, 1984, 1988).

Butlers poststrukturalistische Dekonstruktion⁴⁴ der Klassifikation von Sex und Gender, hier verstanden als Geschlechtsidentität, setzt demgegenüber an der Kohärenz zwischen Gender-Kategorie, Geschlechtsidentität und dem geschlechtlichen Körper an (vgl. Butler, 1991, S. 14). Sie versteht Geschlechtsidentität dabei als

⁴¹ Zwar zeichnet es die Ethnomethodologie aus, dass sie soziale Strukturen in ihrer Beziehung zu sozialen Konstruktionen im/durch das Alltagshandeln vernachlässigt. Dennoch verweisen Kessler und McKenna mit ihrer Analyse der androzentrischen Struktur der sozialen Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit, die sich darin zeige, dass sich Weiblichkeit durch die Abwesenheit des ‚männlichen Zeichens‘ Penis herstelle, auf die Herrschaftsförmigkeit dieser Prozesse (vgl. Kessler/McKenna, 1978, S. 150).

⁴² Hinter dem Begriff ‚konstruktivistische Theorien von Zweigeschlechtlichkeit‘ verbirgt sich ein breites Spektrum sozialkonstruktivistischer, wissenssoziologischer, diskurstheoretischer und dekonstruktivistischer Ansätze, doch die Nullhypothese bildet den kleinsten gemeinsamen Nenner.

⁴³ Vgl. hierzu bereits Lang (1990).

⁴⁴ Butler verknüpft dabei die genealogische Perspektive Foucaults mit dem sprachtheoretisch-kritischen Vorgehen der Dekonstruktion, wie es von Derrida entwickelt wurde. Sie bezieht ihre Analyse auf theoretische Denkgebäude, in denen sie Strukturen westlichen Denkens repräsentiert sieht. Dagegen ist eingewandt worden, dass ihr die historische Gewordenheit der Denkstrukturen und die (widersprüchliche) Beziehung zu spezifischen sozialen und politischen Strukturen entgleitet (vgl. hierzu Feministische Studien, 1993; Knapp, 1994; Maihofer, 1995).

„sich ständig verschiebendes ... und kontextuelles Phänomen, [das nicht] ein substantiell Seiendes, sondern einen Schnittpunkt zwischen kulturell und geschichtlich spezifischen Relationen [bezeichnet F.S.]“ (Ebd., S. 28f)

Auf dieser Grundlage untersucht sie die Kategorie der Geschlechtsidentität darauf hin, wie sie die Intelligibilität der Person als geschlechtliche, d.h. die Kohärenz zwischen biologischem Geschlecht, Geschlechtsidentität, Begehren und sexueller Praxis stiftet und aufrecht erhält (ebd., S. 38)⁴⁵. Butler zeigt unter Aufnahme der Lacanschen Psychoanalyse auf, dass das kulturelle Inzesttabu die geschlechtliche Identifizierung und damit die binäre Klassifikation von Sex, Begehren und Geschlechtsidentität hervorbringe und reguliere. Das System der binären Zweigeschlechtlichkeit wird ihrer Analyse zufolge durch die implizite „heterosexuelle Matrix“ als normatives Ideal reguliert, welches in der Produktion zweier unterscheidbarer Geschlechtsidentitäten wirksam wird und die Binarität ihrer Kategorisierung aufrechterhält (vgl. hierzu auch Ott, 1998, Engel, 2002).

Beide theoretischen Stränge, den interaktionistischen und den poststrukturalistischen, verbindet die Kritik an der Essentialisierung von Geschlechterdifferenz durch die implizite Naturalisierung der Unterscheidung zwischen Sex und Gender⁴⁶ und der Vorschlag ihrer radikalen sozialen bzw. kulturellen Betrachtungsweise. Beide entziehen „dem verlagerten Biologismus“ der Geschlechterdifferenz, wie er nach Gildemeister und Wetterer durch die Zuordnung von Sex zum Bereich der Natur entsteht, wie auch dem „latenten Biologismus“, der auf die Annahme einer parallelen, genauer gesagt mimetischen Beziehung zwischen Sex und Gender (Gildemeister, Wetterer, 1992, S. 206ff., vgl. hierzu auch Butler, 1991, S. 23) zurückzuführen ist, den Boden. Dabei betonen ethnomethodologische Ansätze die Prozesshaftigkeit, Reflexivität und Kontextgebundenheit der Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit, zielen also über die Enthierarchisierung der Geschlechterdifferenz hinausgehend auf die Dekonstruktion der Differenz ab (vgl. Gildemeister, Wetterer, 1992). Paradigmatisch gesprochen, sind sie also auf den Pol der Gleichheit gerichtet (kritisch hierzu Maihofer, 1995).

Anders der poststrukturalistisch-dekonstruktive Ansatz Judith Butlers. Dieser zielt auf die strukturelle Organisation westlichen Denkens und westlicher Kultur ab, indem er das Begriffspaar Identität (= innere Gleichheit) und Differenz, bzw. die Kopplung von Identitätslogik und Binarität politisiert (vgl. Engel, 2002, S. 102-105). Butler verortet ihre Untersuchung ausdrücklich in der Debatte um die Hegemonie in der Repräsentation „der Frau“ als politisches Subjekt, welche ihre innere Kohärenz um den Preis gewinnt, dass sie

⁴⁵ Dieses Aufrechterhalten ist prozesshaft und prinzipiell störanfällig zu verstehen. Das bedeutet nicht, dass es beliebig ist. Um diesen Mechanismus von Reproduktion und Störanfälligkeit zu konzeptionalisieren, arbeitet Butler den Begriff der Performativität als „ritualisierte Wiederholung“ aus (vgl. hierzu ausführlicher Butler, 1994).

⁴⁶ Einen Überblick über theoretische Grundlagen des Sex-Gender-Systems bieten Gildemeister, Wetterer (1992).

Konstitutionen nach Klasse, Race⁴⁷ und Ethnie im Ansatz ausschließt. Diese Debatte wurde bereits seit den 1980er Jahren im angloamerikanischen Raum geführt (vgl. hierzu auch Gutterez-Rodríguez, 1999).⁴⁸ Auf diese Weise reproduziere die politische Repräsentation „der Frau“ letztlich Privilegien weißer Mittelklassefrauen (Butler, 1991, S. 34f). Entsprechend ist Butlers theoretische Analyse explizit auf die Veränderung hegemonialer Klassifizierung und Bedeutungsproduktion von Geschlechtern ausgerichtet. Sie vertritt die Auffassung, dass Theoriebildung *eine* Möglichkeit politischer Intervention ist, da sie als gesellschaftliche Praxis die Gegenstände mit hervorbringt, über die sie spricht (vgl. hierzu auch Lorey, 1998; Engel, 2002), während interaktionistische Ansätze sich auf die Analyse der Herstellungsmechanismen von Zweigeschlechtlichkeit konzentrieren.

Die Bedeutung des poststrukturalistischen Zugangs Butlers in der bundesrepublikanischen feministischen Debatte um Geschlecht als Auslöser für einen Paradigmenwechsel in der bundesrepublikanischen feministischen Forschung (vgl. Stephan, 2000; kritisch hierzu Knapp, 2002, S. 20) wird möglicherweise überschätzt. So betont Stephan (2000, S. 64) zu Recht, dass die Konzeption Butlers, die heterosexuelle Matrix als grundlegend für geschlechtliche Identität zu kritisieren und demgegenüber dafür einzutreten, Performativität und Differenz politisch zu nutzen, im Mainstream feministischer Wissenschaft Verwirrung gestiftet hätte (vgl. hierzu auch Feministische Studien, 1993). Demgegenüber sei jedoch, so Stephan, in der feministischen Wissenschaft gemeinhin akzeptiert worden, dass die Binarität der Geschlechter und die mimetische Beziehung zwischen Sex, d.h. dem körperlichen Geschlecht, und Gender erst in einem historischen und sozialen Prozess erzeugt würde.

Zudem kann der theoretische Perspektivwandel nicht als Indiz für den sozialen Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht (vgl. z.B. Heintz, 1993), d.h. als Zeitdiagnose westlich-industrieller Gesellschaften gewertet werden, denn, so Knapp, soziale Phänomene und historische Veränderungen in den sozialen Relationen zwischen den Geschlechtern könnten mithilfe konstruktivistischer Theorien nicht in angemessener Komplexität und Gewichtung reflektiert werden (vgl. Knapp, 2002). Vielmehr würden konstruktivistische Analysen von Geschlecht die objektiven Lebensverhältnisse und *Bedingungen* von Erfahrung unterschätzen und Herrschaftsverhältnisse aus dem Blick verlieren (vgl. Knapp, 1994, Knapp, 2002, S. 16f.). Die feministische Theoriebildung in der Bundesrepublik Deutschland habe es somit einerseits versäumt, die Grenzen der verwandten Theorien zu bedenken, und andererseits ihre gesellschaftstheoretischen Potenziale auszuloten (Knapp, 2002, S. 17).

⁴⁷ Ich ziehe die Kategorie Race (in Anlehnung an Klinger, 2003) deshalb dem Begriff der Hautfarbe vor, weil sie im angloamerikanischen Raum als politischer Begriff verwendet wird, während „Hautfarbe“ starke beschreibende Konnotationen hat.

⁴⁸ Diese Debatte hat in der Bundesrepublik Deutschland nur sehr zögerlich und verspätet eingesetzt.

Dabei wird der biologische Geschlechtskörper, wie von Prengel bereits in die Debatte um Gleichheit und Differenz eingebracht, in aktuellen feministischen Debatten als sozial konstruiertes und historisch veränderbares Phänomen betrachtet (vgl. hierzu Nicholson, 1994; Maihofer, 1995). Doch wie verhalten sich konstruktivistische Perspektiven in der Betrachtung und dem Verständnis von Geschlecht zu dem Dilemma zwischen Gleichheit und Differenz?⁴⁹

3.2.2 Gleichheit und Differenz als Spannungsverhältnis

Für Maihofer zeichnet sich sowohl im ethnomethodologischen "doing gender" als auch in der poststrukturalistisch-genealogischen Dekonstruktion von Zweigeschlechtlichkeit tendenziell eine Reduktion von „Geschlecht“ auf ein ideologisches Bewusstseinsphänomen ab (Maihofer, 1995, S. 48ff., S. 169). Sie würde sich aus der mangelnden Anerkennung der "gelebten Realität" der Geschlechterdifferenz speisen (ebd., S. 169ff). Ihres Erachtens bietet die konstruktivistische Perspektive auf Zweigeschlechtlichkeit deshalb keine politische Alternative für die gesellschaftlich notwendige Überarbeitung des Gleichheitsprinzips und die Notwendigkeit der Anerkennung von grundlegenden gesellschaftlichen Differenzen, von denen die Geschlechterdifferenz nur ein Faktor ist, weil sie auf der epistemischen bzw. idealistischen Ebene ansetzt, während sie die sozialen Erscheinungsformen, die die "gelebte Erfahrung" von Geschlechterdifferenz bedingen, vernachlässigt. Dabei ist es nicht entscheidend, ob eine teilweise De-Institutionalisierung des Systems von Zweigeschlechtlichkeit (vgl. Heintz, 1993) zu verzeichnen ist oder nicht. Ausschlaggebend ist nach Maihofer vielmehr, dass Geschlechterdifferenz zu den sozial hegemonialen Erfahrungen gehört. Für Maihofer resultiert daraus, dass die Struktur des Dilemmas der "Geschlechterdialektik der Aufklärung", nämlich politisch gleiche Rechte an *Gleichheit* zu knüpfen, nach wie vor einer politischen Bearbeitung unterzogen werden müsse (Maihofer, 1995, S. 170f). Die ungleiche Behandlung von Ungleichen muss nach dieser Auffassung nicht Basis für Diskriminierung sein oder Ungleichheit reproduzieren, sondern kann eine Grundlage für soziale Gerechtigkeit sein.

Auch Knapp kritisiert die fehlende soziale Dimension in konstruktivistischen Ansätzen. Der Differenzbegriff sei zunehmend diffus verwandt worden und changiere in den aktuellen Debatten zwischen dem Konzept "sexueller Differenz bzw. Geschlechterdifferenz", wie er in den 1980er Jahren diskutiert wurde, der Perspektive auf „soziokulturelle Differenzen“, also der Kritik an den Achsen von Ungleichheit auch unter Frauen, und der Verwendung im Sinne von "Formen der Differenzen in Individuen", die sich auf die Unmöglichkeit einer homogenen Identität des einzelnen Individuums bezieht (Knapp, 2002, S. 39). Damit sind ihrer Einschätzung nach Probleme der strukturellen Vernachlässigung der herrschaftsförmigen Verfasstheit von Gesellschaft in feministischer Theorie verknüpft, was sich beispielsweise darin zeige, dass die Analyse des

⁴⁹ Vgl. Maihofer (1995), Engel (2002), Knapp (2002).

Vermittlungszusammenhangs zwischen Klasse, Nationalität, Ethnie und Geschlecht unausgearbeitet bliebe, während die vorliegenden Arbeiten sich auf subjekt- und identitätsorientierte oder politisch-normative Fragestellungen konzentrierten (ebd., S. 40ff.; vgl. auch Klinger, 2003). Damit, so Klinger, sei ein *cultural turn* einhergegangen, in dessen Folge eine Verschiebung der politischen Forderung von Gerechtigkeit hin zu Anerkennung als Recht auf Differenz sowie von Interessen- zu Identitätspolitik erfolgt sei (vgl. Klinger, 2003, S. 15f.).

Diese Dilemmata sind für Knapp und für Klinger durch die Reflexionen und Analysen feministisch-konstruktivistischer Theorien selbst erzeugt worden: Sieht Klinger diese historisch mit dem Diskurs um Differenzen unter Frauen auftauchen (Klinger, 2003, S. 14), so führt Knapp ein Identitäts- und ein Dekonstruktionsdilemma an, welche sich beide um die Implikationen und Möglichkeiten verallgemeinernder Aussagen über Frauen drehen (vgl. Knapp, 2002, S. 43f.). Diese "neuen" Dilemmata zwischen Gleichheit und Differenz sind, so die übereinstimmende Einschätzung, ebenso wenig aufzulösen wie die Dilemmata der bundesrepublikanischen Debatte um Gleichheit und Differenz in den 1980er Jahren. Klinger sieht das als Indiz dafür, dass die anstehenden Probleme gesellschaftlicher Ungerechtigkeit sowie sozialer Ungleichheit in Rechten, Chancen und Gütern nicht im Rahmen der Debatte um Gleichheit und Differenz bearbeitet werden können. Beide Pole verweisen ihrer Einschätzung nach auf die theoretische und politische Unzulänglichkeit des jeweils anderen Pols (Klinger, 2003, S. 15ff.).⁵⁰ Aus diesem Grund halte ich es in Anknüpfung an Knapp und Klinger für produktiv, Gleichheit und Differenz nicht als dichotome Kategorien zu verwenden, sondern die Uneindeutigkeit der jeweiligen Pole und des Begriffspaares politisch und theoretisch nutzbar zu machen. Ich möchte mich hier der Forderung Klingers anschließen, dass es aktuell darum geht, Differenzierungen zu analysieren, die (z.B. im Rahmen von neoliberalen und neokonservativen Umstrukturierungen und Prozessen der Globalisierung) als *soziale Ungleichheiten* auftreten. Gleichheitspolitiken und -reformen müssten ihres Erachtens einer Analyse unterzogen werden, um ihre politische und theoretische Reichweite und Nutzbarkeit in aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen zu überprüfen (vgl. Klinger, 2003). Ich halte den Vorschlag von Klinger und Knapp, dem verbreiteten "cultural turn" einen "social (re)turn" (ebd., 2003, S. 24) entgegenzuhalten, für sehr anregend. Mit einer stärkeren analytischen Unterscheidung zwischen gesellschaftlichen Strukturen und Kultur könnten die Fragen der beiden Ebenen wieder stärker aufeinander bezogen und in aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen verortet werden (vgl. Knapp, 2002, S. 42f.).

Ein solches Vorgehen könnte die unauflösbar dilemmatische Struktur von Gleichheit und Differenz als Ausgangspunkt für einen geschlechtsreflexiven Blick aufnehmen. Das knüpft an Klingers historisches Erklärungsmuster der Debatte um Differenzen zwischen Frauen

⁵⁰ Deshalb ist Rosenberger zuzustimmen, dass eine politische und theoretische Weiterentwicklung nur dann möglich ist, wenn Aspekte und Erkenntnisse des jeweils anderen Begriffspols integriert werden (vgl. Rosenberger, 1996, S. 126).

an: Klinger argumentiert, dass die Debatte um Differenzen zwischen Frauen und die Kritik an dem Universalitätsanspruch des Subjekts Frau als Fortführung der feministischen Kritik an dem universalen männlichen Subjekt der Aufklärung zu verstehen ist. Die kritische Debatte um die Hegemonie weißer Frauen der Mittelklasse lebt ihrer Auffassung nach davon, dass das Ideal gesellschaftlicher Emanzipation nicht eingelöst wird und der Widerspruch zwischen Universalitätsanspruch (z.B. Subjekt Frau) und realer Partikularität (z.B. weiße Frauen der Mittelklasse) bestehen bleibt (Klinger, 2003, S. 21). Das sieht sie als Ausdruck der Reflexivität von Wissenschaft und Emanzipation in der Moderne, welche ihre eigenen Prinzipien auf sich selbst anwende (ebd., S. 17). Diese von ihr diagnostizierte (unvermeidbare) Reflexivität von Wissenschaft *und* Politik in der Moderne könnte als kritischer Blick von einer produktiven *geschlechtsbezogenen* Perspektive beständig auf sich selbst angewandt werden. Die selbstkritische Reflexion der Dilemmata würde sie so zu einer *geschlechtsreflexiven* Perspektive machen.

3.3 Sozialer Wandel und Ungleichzeitigkeiten im Geschlechterverhältnis

3.3.1 Soziale Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit und das Konzept des Geschlechterverhältnisses

Die Notwendigkeit eines geschlechterreflexiven Blicks begründet sich – wie ich im Folgenden ausführen möchte – nicht zuletzt in sozialen Wandlungsprozessen des Geschlechterverhältnisses in der Bundesrepublik Deutschland, welche in den letzten Jahrzehnten einen “structural lag“⁵¹ im Geschlechterverhältnis hervorgebracht hat. Das Konzept des *Geschlechterverhältnisses* bezieht sich auf die strukturelle Dimension sozialer Ungleichheit und die historisch gewordene Relationalität zwischen den Geschlechtern und ist insofern als Alternative zu interaktionistischen Ansätzen der Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit zu verstehen. So hat auch Gottschall darauf hingewiesen, dass Geschlecht mit dem Diktum der “sozialen Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit“ eher als Prozess-, denn als Strukturkategorie verstanden wird. Ihrer Auffassung nach würde die Vorstellung von Geschlechterverhältnis als einem sozialen Verhältnis auf eine ahistorische und ungesellschaftliche Kategorie reduziert (vgl. Gottschall, 2000, S. 292; ähnlich Krüger, 2002). In vergleichbarer Weise betont Becker-Schmidt, dass „'Geschlecht' (...) nicht einfach eine soziale Konstruktion [ist], sondern vielmehr etwas geschichtlich und gesellschaftlich Konstituiertes“ (Becker-Schmidt, 1998, S. 42).

In Abgrenzung zu einem (sozial)konstruktivistischen Verständnis basiert der Begriff des Geschlechterverhältnisses darauf, Bevölkerungsgruppen im Bezug auf die Prozesse ihrer sozialen Abhängigkeit zueinander in den Blick zu nehmen. Diese Abhängigkeit drückt sich

⁵¹ Der Begriff des “structural lag“ bedeutet, dass die strukturelle Ebene der kulturellen hinterher hinkt; beim “cultural lag“ verhält es sich umgekehrt.

in asymmetrischen Austauschprozessen zwischen Männern und Frauen als Genus-Gruppen aus, welche auf – durchaus widersprüchlichen – häuslichen und öffentlich-rechtlichen Macht- und Herrschaftsgefügen basieren. Die Perspektive des Geschlechterverhältnisses bezieht sich folglich – im Gegensatz zu dem Ansatz der klassifikatorischen Geschlechterdifferenz im Sinne einer Konstruktion binärer Zweigeschlechtlichkeit – auf die Ebene struktureller sozialer Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, welche in Beziehung zur gesellschaftlichen Organisation von Arbeit, Sexualität und Generativität steht. Ein Verständnis von Geschlechterverhältnis als objektivem Strukturzusammenhang ist, so Becker-Schmidt, die konzeptionelle Grundlage dafür, die verschiedenen Ebenen der Benachteiligung von Frauen gegenüber Männern *systematisch* aufeinander zu beziehen (ebd., S. 44).

3.3.2 Symbolische Ent-Traditionalisierung und strukturelle Tradierung: zur Entstehung eines neuen Verdeckungszusammenhangs

Ausgehend von der Diagnose, dass mit der konstruktivistischen Perspektive auf das klassifikatorische System binärer Zweigeschlechtlichkeit auch der Bezug auf strukturelle Benachteiligungsmechanismen von Frauen problematisch geworden zu sein scheint, haben sich neuere feministische Theorien damit befasst, Vermittlungsprozesse zwischen Symbolischem, Kultur und Struktur empirisch zu untersuchen. Dabei beziehen sie sich theoretisch und empirisch auf die Unterscheidung zwischen der strukturellen und der symbolischen Dimension des Geschlechterverhältnisses im oben skizzierten Sinn. Zur symbolischen Dimension rechnen sie Diskurse, Repräsentationen, z.B. im umfassenderen Sinn kulturelle Bilder und (Selbst-)Verständnisse, sowie sozialwissenschaftliches Wissen um das Geschlechterverhältnis (vgl. Wetterer, 2003, S. 289; Krüger, 2002). Ansatzpunkt dieser neueren feministischen Untersuchungen sind dabei Institutionen in ihrer Funktion als Schnittstelle zwischen Sozialstruktur und Kultur (Wetterer, 2003; Krüger, 2002)⁵². Der sozialkonstruktivistisch orientierte Ansatz Wetterers bezieht sich dabei auf Goffmans Konzept der „institutionellen Reflexivität.“ Es handelt sich dabei um einen räumlichen Begriff, insofern er Schnittstellen zwischen Gesellschaftstruktur und Interaktionsordnung bezeichnet, die sich in alltäglichen Interaktionen typischerweise ereignen, und zwar dort, wo

„(...) tief verankerte institutionelle Praktiken so auf soziale Situationen wirken, dass diese sich in Kulissen zur Darstellung von Genderismen⁵³ beider Geschlechter verwandeln.“ (Goffman, 2001, S. 150)

⁵² Während sich Wetterer auf habitualisiertes Alltagswissen bezieht, steht bei Krüger das Beharrungsvermögen der Institutionen im Vordergrund (vgl. Wetterer, 2003).

⁵³ *Genderism* oder *Genderismus* meint die durchgängige Relevanz von Geschlecht, die durch ein System paralleler Anordnungen, z.B. zwischen Herren- und Damentoiletten, Mädchen- und Jungenspielen etc. aufrecht erhalten wird und so ein geschlechtserzeugendes und -bestätigendes Verhalten systematisch hervorbringt oder zumindest nahelegt.

Genau dadurch wird "institutionelle Reflexivität" erzeugt, denn durch die (künstliche und) beständig reproduzierte Passgenauigkeit zwischen alltäglichen Interaktionen und Sozialstruktur entsteht erst der Effekt von Natürlichkeit und Selbstverständlichkeit. Konstitutiv für diese Passgenauigkeit, so Wetterer, ist ein Verdeckungszusammenhang, der dafür sorgt, dass Akteure ihre eigenen Konstruktionen von Zweigeschlechtlichkeit in systematischer Weise nicht durchschauen können. Vielmehr wird ein zirkulärer Prozess in Gang gesetzt, in dem die Gesellschaftsmitglieder die Effekte der Interaktionen für evident halten (vgl. Wetterer, 2003, S. 294f).

Diese Passgenauigkeit zwischen symbolischer und struktureller Ebene, dem Geschlechterverhältnis und Kultur sei in der gegenwärtigen Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland – nicht zuletzt unter dem Einfluss der Reflexivität (sozial)wissenschaftlichen Wissens um Geschlechterdifferenzen – nicht mehr gegeben (vgl. Wetterer, 2003; Krüger, 2002; Meuser, 1998).

So zeigt Krüger, dass Eigenlogiken von Institutionen und Synergieeffekte zwischen ihnen quasi hinterrücks das Handeln der AkteurInnen an tradierte Ungleichheitsstrukturen des Geschlechterverhältnisses binden (Krüger, 2001, Krüger, 2002). Nach Wetterer sind diese Prozesse dadurch gekennzeichnet, dass sich Struktur- und Kulturebene gegeneinander verschoben hätten (vgl. Wetterer, 2003) und in diesem Zuge das

„(...) alltagsweltliche Differenzwissen, das also, was die Gesellschaftsmitglieder über den Unterschied der Geschlechter und die soziale Bedeutung der Geschlechterdifferenz, über die Geschlechterordnung und das Verhältnis der Geschlechter wissen, ist (...) den Strukturen des Geschlechterverhältnisses und großen Teilen der sozialen Praxis ein ganzes Stück vorausgeeilt.“ (Wetterer, 2003, S. 289)

Dabei sind Wetterer und Krüger in Übereinstimmung mit gegenwärtigen Ergebnissen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen z.B. über die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder die geschlechtstypische Arbeitsmarktsegregation der Auffassung, dass sich die strukturelle Ebene des Geschlechterverhältnisses zwar differenziert und in Teilbereichen modernisiert, aber nicht in seiner strukturellen Ausprägung verändert hat. Vielmehr, so ihre Diagnose, ist durch einen Prozess, in dem kulturelle Prozesse eine Eigendynamik gegenüber strukturellen Bedingungen entwickelt haben, eine historisch neue und gesellschaftlich höchst folgenreiche Kluft zwischen symbolischer und struktureller Ebene entstanden. Das möchte ich im Folgenden exemplarisch an zwei Beispielen erläutern. Hierzu werde ich zunächst auf den Übergang von Schule und Beruf als "Ungleichheitspassage" von jungen Mädchen eingehen. Dieser Übergang ist insbesondere deshalb von Bedeutung, weil in der Teilhabe von jungen Mädchen und Frauen am Arbeitsmarkt Anzeichen für Tradierung oder Veränderung im Geschlechterverhältnis gesehen werden können und gleichzeitig die Spannung zwischen Handeln und Struktur hier besonders deutlich wird (vgl. Oechsle, Geissler, 1998). Als zweites Beispiel habe ich heterosexuelle Paarbeziehungen ausgewählt. Auch in diesem Lebensbereich lassen sich

neue Widersprüche (und die begrenzte Reichweite) gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse aufzeigen (vgl. Keddi, 2003, S. 114f.). Ich werde im Folgenden zeigen, dass beide Bereiche gegenwärtig durch eine spezifische Ausprägung der Kluft zwischen struktureller und symbolischer Ebene gekennzeichnet sind.

Von „ungleicher Gleichheit“ zu tradierter Ungleichheit: Gleichheit und Differenz im Übergang zwischen Schule und Beruf bei jungen Mädchen und Frauen

Zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen zufolge vertreten junge Mädchen und Frauen heutzutage selbstverständlich einen Anspruch auf Gleichheit zwischen beiden Geschlechtern. Schulische und berufliche Lebensperspektiven der beiden Geschlechter haben sich weitestgehend angeglichen (Deutsche Shell, 2004, S. 38; vgl. Oechsle, Geissler, 1998; Nissen, Keddi, Pfeil, 2003). Das wird unter anderem auf institutionelle Veränderungsprozesse, vor allem in der Sozialisationsinstanz Schule, zurückgeführt. So haben Mädchen bis zu den 2000er Jahren ihre Benachteiligung gegenüber Jungen im Bildungsbereich ausgeglichen, in oberen sozialen Klassen ist das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen sogar umgeschlagen. (Deutsche Shell, 2004, S. 62).⁵⁴

Dieser Befund lässt sich als Schub gesellschaftlicher Modernisierung (Oechsle, Geissler, 1998, S. 12) interpretieren und findet seine Bestätigung darin, dass der Lebensentwurf eines Großteils der jungen Mädchen eine aktive Doppelorientierung auf Familie und Beruf vorsieht, während tradierte Weiblichkeitsentwürfe als biografische Orientierungsmuster inzwischen an Verbreitung und Legitimität verloren haben (Bitzan, Daigler, 2001, S. 30, Oechsle, Geissler, 1998, Seidenspinner, Keddi, Wittmann, Gross, Hildebrandt und Strehmel, 1996). Hinter diesem quantitativen Befund verbirgt sich eine Vielfalt von Gewichtungen (Nissen, Keddi, Pfeil, 2003, Kühn, 2004) und ein breites Spektrum an Lebensthemen und biografischen Orientierungen, in die Beruf und Familie in unterschiedlicher Weise eingebettet sind (vgl. Keddi, Pfeil, Strehmel; Wittmann, 1999). Es zeigt sich etwa, dass persönliche Weiterentwicklung und Autonomie für einen Teil der jungen Frauen zu eigenständigen Orientierungsmustern der Lebensplanung geworden sind (vgl. Keddi, 2003). Dabei sind Ansprüche an Gleichheit im Erwerbsleben und in der Partnerschaft in den neuen Bundesländern noch stärker als in den alten Bundesländern im kollektiven Bewusstsein verankert (Oechsle, Geissler, 1998, S. 10; Nissen, Keddi und Pfeil, 2003), obgleich dort seit der Wiedervereinigung Frauen in starkem Maße vom Arbeitsmarkt verdrängt worden sind.

⁵⁴ Die Shell-Studie zeigt deutlich, dass die Bedeutung der Zugehörigkeit zu sozialen Klassen im Steigen begriffen ist. So bezeichnet sie den Anteil von Kindern aus Arbeiterfamilien, die das Gymnasium besuchen, als marginal. Der Schulabschluss spiegelt deshalb heutzutage in zunehmendem Maße den sozio-ökonomischen Status der Eltern, die Schulbiografie und die Zukunftsperspektiven der Eltern wider (Deutsche Shell, 2004, S. 64). Das zeigt sich auch darin, dass der prozentuale Anteil von Jugendlichen, die eine düstere Zukunftssicht einnehmen, mit geringeren persönlichen Aufstiegschancen und niedrigerem sozialen Status korrespondiert (vgl. ebd. S. 90) – eine Einschätzung, die sich angesichts der hohen Arbeitslosenquoten unter niedrig Qualifizierten als höchst realistisch erweist.

Nissen, Keddi und Pfeil haben jedoch in ihrer empirischen Untersuchung von Berufsfindungsprozessen junger Mädchen und Frauen herausgefunden, dass gegenwärtig im Bewusstsein der Bevölkerung Arbeit als knappes Gut verstanden wird und Mädchen die Erfahrung machen, dass sie den gewünschten Beruf nicht erlernen oder ausüben können. Das führe zu zwei unterschiedlichen Strategien: Einerseits verstärke das die Priorität beruflicher Existenz, wobei die Phase der Familiengründung zeitlich nach hinten verschoben würde (Nissen, Keddi, Pfeil, 2003, S. 13f.). Andererseits zeichne es sich ab, dass sich die sukzessive Verschärfung sozialer Ungleichheiten durch gegenwärtige soziale Umstrukturierungsprozesse darin niederschlägt, dass benachteiligte Mädchen und junge Frauen, z.B. erwerbslose Mädchen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss, in zunehmendem Maße traditionellere Lebensentwürfe anstreben (vgl. Nissen, Keddi, Pfeil, 2003). Dieses Muster in biografischen Orientierungen ist als (unbewusste) Selbstbeschränkung auf strukturell vorfindbare Beschränkungen zu interpretieren, ein insgesamt geschlechtstypischer Prozess im beruflichen Sektor, den das Gros der Mädchen und jungen Frauen im Übergang von Schule zu Beruf durchmacht. Die Statuspassage zwischen Schule und Beruf gewinnt jedoch im Zuge der strukturellen Veränderungen im Bildungssektor und auf dem Arbeitsmarkt⁵⁵ für die Lebensläufe junger Mädchen und Frauen verstärkt an Bedeutung (vgl. auch Nissen, Keddi und Pfeil, 2003).

Insgesamt zeigt sich, dass trotz steigender Erwerbsbeteiligung von Mädchen und Frauen strukturelle Ungleichheiten der geschlechtstypischen Arbeitsteilung fortbestehen. Obwohl Mädchen bessere Schulabschlüsse haben und neben inzwischen starker Leistungsorientierung eine höhere Motivation, Engagement, Sozialkompetenz und Zuverlässigkeit aufweisen (Bitzan, Daigler, 2001, S. 35; Nissen, Pfeil, Keddi, 2003, S. 16; vgl. auch Deutsche Shell, 2004), findet mit dem Eintritt ins Berufsleben ein geschlechtstypischer Segregationsprozess statt (vgl. auch Lemmermöhle, 1998). Dies bezieht sich sowohl auf Schultypen (so stellen Mädchen in den schulischen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen noch 80 %, vgl. Nissen, Keddi und Pfeil, 2003, S. 28, S. 38), als auch auf die Verteilung der Ausbildungsberufe. Junge Mädchen und Frauen wählen zu 85% nach wie vor die typisch weiblichen Berufe ohne Aufstiegsmöglichkeiten (Bitzan, Daigler, 2001, S. 35) im Dienstleistungs- und im kaufmännischen Bereich, während sie umgekehrt im Informations- oder Telekommunikationsbereich mit ca. 25 % deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Nissen, Keddi und Pfeil, 2003, S. 31).

Damit werden sozioökonomische Unterschiede tradiert, denn die Ausbildungsvergütung liegt in traditionell männlichen Ausbildungsberufen, wie z.B. Zimmerer/Zimmererin, Maurer/Maurerin deutlich höher, während Friseur/Friseurin oder Florist/Floristin am

⁵⁵ Z. B. durch den Abbau von Arbeitsplätzen, die Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen, der Etablierung eines Niedriglohnsektors vor allem im traditionell "weiblichen" Dienstleistungsbereich oder der Erosion des männlichen Erwerbsarbeitsmodells (vgl. hierzu Lemmermöhle, 1998; Krüger, 2002; Flecken, 2000).

anderen Ende der Skala rangieren (vgl. ebd.). Dadurch werden jedoch die Weichen für strukturelle Benachteiligungen im Lebenslauf gestellt: Eine eigenständige ökonomische Existenz ist mit vielen traditionellen Frauenberufen zu keinem Zeitpunkt im Lebenslauf zu sichern; zudem erschwert geringe Entlohnung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, da die Optionen von Teilzeitarbeit und Kinderunterbringung gleichermaßen finanziell ins Gewicht fallen. Ein ähnliches Muster wie in der Erwerbstätigkeit zeigt sich im Studium: So ist zwar der Anteil von Frauen unter den StudienanfängerInnen gestiegen, zugleich besteht aber eine tradierte Geschlechtstypik in der Studienfachwahl, indem naturwissenschaftlich-technische Fächer die geringsten Frauenanteile aufweisen, während Lehramtszweige, Sprach- und Kulturwissenschaften ungebrochen vorrangig von Frauen belegt werden.

In ihrer Analyse über die Unterrepräsentanz von Frauen im Technikbereich kommen Nissen, Keddi und Pfeil zu dem Schluss, dass diese weniger auf die fehlende Motivation von Mädchen, als vielmehr auf komplexe Mechanismen geschlechtstypischer Sozialisation und Arbeitsteilung zurückzuführen ist (Nissen, Keddi, Pfeil, 2003, S. 42).⁵⁶

Die formale Angleichung zwischen den Geschlechtern im Bildungsbereich ist also, anders als es in der Shell-Studie eingeschätzt wird (vgl. Deutsche Shell, 2004), weniger als Indiz für die zukünftige faktische Erosion der Differenzen innerhalb eines geschlechtstypischen Arbeitsmarktes anzusehen, als vielmehr in das Spannungsfeld von Gleichheit *und* struktureller Ungleichheit (also Differenz) zwischen den Geschlechtern einzuordnen.

Dabei werden strukturelle Ungleichheiten jedoch der Sichtbarkeit entzogen, weil sich in der Öffentlichkeit im Zuge der Individualisierungsprozesse ein Diskurs etabliert hat, mit dem die Zunahme von Handlungsoptionen für beide Geschlechter einseitig als Indikator für die reale Möglichkeit individueller Gestaltungsmöglichkeiten und Freiheit gewertet wird.

In dem Maße jedoch, wie strukturelle Ungleichheiten der Sichtbarkeit entzogen werden, kann Individualisierung dazu beitragen, gleichzeitig den Diskurs um Gleichheit der Geschlechter zu verstärken und die Symbolisierung struktureller Ungleichheiten auszulöschen. Im Verständnis von Bildungsinstitutionen hat sich die "Rhetorik der Gleichheit", wie Oechsle und Geissler es formulieren (Oechsle, Geissler, 1998, S. 24; vgl. auch Wetterer, 2003), befördert durch die bildungspolitische Konzentration auf individuelle Ressourcen (z.B. Lemmermöhle, 1998), bereits durchgesetzt (vgl. hierzu Bitzan, Daigler, 2001), während sie gleichsam unter der Hand strukturelle

⁵⁶ Sie haben in ihrer Studie verschiedene Faktoren herausgearbeitet: So schreiben Eltern ihren Töchtern ungeachtet der tatsächlichen Fähigkeiten vorrangig geschlechtstypische Berufseignung zu; die berufsberatende Tätigkeit setzt zu einem Zeitpunkt ein, zu dem Mädchen bereits ihre Fächerwahl in der Schule abgeschlossen haben; die Karrierechancen für Frauen in Technikberufen sind entsprechend der geschlechtstypischen Segregation auf dem Arbeitsmarkt sehr gering usw. (vgl. Nissen, Keddi, Pfeil, 2003).

Ungleichheitsmechanismen zwischen den Geschlechtern tradieren (vgl. exemplarisch Lemmermöhle, 1998; Nissen, Keddi und Pfeil, 2003). Das schlägt sich für Mädchen und Frauen beispielsweise darin nieder, dass separate Frauenräume an Attraktivität verlieren (vgl. Bitzan, Daigler, 2001, S. 28; Nissen, Keddi, Pfeil, 2003). Bitzan und Daigler kommen zu dem Schluss, dass beide, Mädchen wie Jungen, dies in zunehmendem Maße als subtile Form der Stigmatisierung durch Sonderangebote verstehen (vgl. Bitzan, Daigler, 2001). Widersprüchliche Erfahrungen und Befürchtungen von Mädchen sowie strukturelle Restriktionen und beschränkte Optionen, mit denen sie sich auseinandersetzen müssen, können im Diskurs der Gleichheit nicht thematisiert werden; hierdurch wird verstärkt, dass Mädchen und Frauen strukturelle Ungleichheiten entlang des dominanten kulturellen Erklärungsmodells in individuelle Erklärungsmuster und Handlungsanforderungen übersetzen (müssen) (vgl. hierzu z.B. Lemmermöhle, 1998).

Die Gleichheitsrhetorik trägt im Ergebnis dazu bei, dass die "ungleiche Gleichheit", wie Oechsle und Geissler die einseitige Notwendigkeit für junge Mädchen und Frauen bezeichnen, sich mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu beschäftigen (Oechsle und Geissler, 1998, S. 14), von einem überwiegenden Anteil junger Frauen und Mädchen trotz einer Doppelorientierung auf Beruf und Familie entlang geschlechtstypischer Muster der Arbeitsteilung gelöst wird (vgl. hierzu ausführlicher Geissler, 1998).⁵⁷ Daraus ist nicht etwa zu folgern, dass sich strukturelle Ungleichheitsrelationen zwischen den Geschlechtern über gesellschaftliche Strukturveränderungen hinweg ungebrochen tradieren, sondern die bestehenden (und sich verschiebenden) Brüche, Widersprüche und Ungleichzeitigkeiten werden durch die Rhetorik der Gleichheit verdeckt. Dieser Mechanismus zeigt sich, wie ich im Folgenden ausführen werde, in seinen konkreten Ausprägungen wie strukturellen Folgen insbesondere in heterosexuellen Paarbeziehungen.

Gleichheit und Differenz in heterosexuellen Paarbeziehungen⁵⁸: Die Paradoxie zwischen Gleichheitsdiskursen und geschlechtstypischer Arbeitsteilung in der Hausarbeit

Die Shell-Studie 2002 hat ergeben, dass die Orientierung an einer vertrauensvollen Partnerschaft bei jungen Frauen wie jungen Männern gleichermaßen wichtig ist (Deutsche Shell, 2004, S. 214); im Zuge von Individualisierungs- und sozialen Umstrukturierungsprozessen stehen intime dauerhafte Paarbeziehungen gesamtgesellschaftlich hoch im Kurs. Folgt man der Argumentation von Jurcyk (2001), so ist die hohe soziale Wertigkeit

⁵⁷ Geissler betont dabei die aktive Beteiligung von Frauen als Akteurinnen an der Herstellung geschlechtstypischer Hierarchien. Sie zeigt in ihrer empirischen Untersuchung über die Lebensplanung junger Frauen auf, dass eine Konvergenz zwischen privat gelebter Geschlechterdifferenz in der Balance zwischen Beruf und Familie und gesellschaftlicher Hierarchisierung von Frauenarbeit besteht (vgl. Geissler, 1998, S. 125).

⁵⁸ Es steht noch aus, die häusliche Arbeitsteilung zwischen gleichgeschlechtlichen Paaren zu untersuchen und die Ergebnisse systematisch auf die bisherigen Ergebnisse über Arbeitsteilung im Haushalt sowie die soziale Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit zu beziehen. Im Folgenden beziehe ich mich jedoch ausschließlich auf heterosexuelle Paare, die zusammenleben, ohne dass ich das im Einzelnen gesondert kennzeichnen werde.

individuellen Glücks darauf zurückzuführen, dass sich mit der Ent-Traditionalisierung von Lebensformen Zwänge, aber auch Bindungen lockern. In diesem Zuge gewinne die Gestaltung und die Gestaltbarkeit individueller Lebensläufe an Bedeutung und die Ansprüche an individuelles Glück, an ein gelungenes Leben, würden steigen.

Das zeigt sich auch in der Wertorientierung von jungen Mädchen und Frauen. Zunächst zeigen neuere empirische Untersuchungen, dass unabhängig von Region und Bildungsniveau intime dauerhafte Partnerschaften nach wie vor eine hohe Priorität im Lebenslauf einnehmen (vgl. Keddi, 2003). Das zeigt sich auch daran, dass allein lebende Frauen (und Männer) ihre Lebensform häufig nur als Notlösung betrachten. Die Ansprüche von Mädchen und jungen Frauen an die männlichen Partner haben sich jedoch verändert. Emotionale Werte wie Vertrauen, Offenheit, Akzeptanz, Treue (Nissen, Keddi, Pfeil, 2003; Keddi, 2003, S. 134), aber auch Reziprozität in Unterstützung und Austausch, in Zärtlichkeit und Wärme (vgl. auch Jurcyk, 2001) stehen gegenüber Ansprüchen an die Wohnung, aber auch an partnerschaftliche Arbeitsteilung im Vordergrund.⁵⁹

Dabei unterliegen partnerschaftliche und familiäre Lebensformen seit den 1960er Jahren einer zunehmenden Pluralisierung und Differenzierung (vgl. Keddi, 2003; Brüderl, Klein, 2003), wobei sich die Prozesse gleichermaßen auf die zeitliche Abfolge im Lebenslauf, die Entkoppelung von Partnerschaft und Elternschaft, die Geburtenraten sowie die Auffächerung optionaler und tatsächlich gelebter Lebensformen beziehen. Dabei konnte empirisch ein typischer Einschnitt bei Mädchen und Frauen im Alter von Mitte 30 ausgemacht werden, in der die Reproduktion eine zentrale Rolle spielt. Dominieren in der empirischen Längsschnittuntersuchung bei jungen Mädchen und Frauen unter 35 Jahren nichteheliche Partnerschaften und Alleinleben, so ist bei den über 35jährigen die Lebensform Ehe dominant (vgl. Keddi, 2003, S. 93ff).

Weder die Pluralität von Lebensformen noch die Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen zwischen Männern und Frauen oder sogar die Ähnlichkeit der Berufe schlagen sich in einem Wandel geschlechtstypischer Arbeitsteilung oder einem neuen innerfamiliären Geschlechtervertrag nieder. Vielmehr erweisen sich tradierte Formen geschlechtstypischer hierarchischer Arbeitsteilung in allen partnerschaftlichen Lebensformen als "deprimierend" (Krüger, 2002) resistent gegenüber sozialen Modernisierungsprozessen (vgl. hierzu exemplarisch Jurcyk, 2001; Lenz, 2001; Wetterer, 2003; Keddi, 2003). Institutionelle Prozesse greifen dabei erst verstärkt nach der Familiengründung (vgl. Krüger 2002), weshalb zu erwarten wäre, dass sich in der Lebensphase davor egalitäre Strukturen vorfinden ließen. Karl Lenz und Angelika Wetterer greifen aus mikrosoziologischer Perspektive diese Fragestellung auf und kommen zu dem Schluss, dass Paare in der alltäglichen Organisation ihres Alltags Lösungen finden,

⁵⁹ Regionale Unterschiede zwischen bayrischen (Gleichberechtigung durch Aushandeln und Autonomie) und sächsischen Frauen (Geborgenheit, Hilfe und Unterstützung) deuten dabei auf kulturelle und sozioökonomische Unterschiede hin (vgl. Keddi, 2003, S. 134f.).

welche die Ungleichverteilung zwischen den Geschlechtern reproduzieren (Lenz, 2001; Wetterer, 2003). Dabei zeigen empirische Studien, dass Frauen und Männer selbst in den modernisierten Milieus die anfallende Arbeit geschlechtstypisch aufteilen, indem sie unbewusst auf kulturelle Codes binärer Zweigeschlechtlichkeit zurückgreifen.

So haben Claudia Koppetsch und Günther Burkart (1999) in ihrer empirischen Studie über die Alltagsgestaltung heterosexueller Paare gezeigt, dass im individualistischen Milieu⁶⁰ zwar das Leitbild von Egalität und Autonomie dominiert, aber die Verteilung von Hausarbeit zwischen Männern und Frauen tradierten Rollenvorstellungen folgt,⁶¹ Ähnlich wie in den Studien Bourdieus über die algerische Gesellschaft (z.B. Bourdieu, 1958), so Koppetsch' und Burkarts Ergebnisse, folgt die Aufteilung der Hausarbeit zwischen den Geschlechtern dichotomen Codes von außen/innen, schwer/leicht, grob/fein, trocken/nass, alltäglich/außeralltäglich. Beispielsweise sind Männer in ihrer Studie eher für Tätigkeiten außerhalb des Hauses (Hof, Garage, Balkon, Auto, Müll wegbringen) zuständig, während Reinigung und Sauberkeit weiblich codiert sind, was sich darin zeigt, dass Frauen für die Reinigung von Badezimmern, Küche und Toilette zuständig sind (vgl. Koppetsch, Burkart, 1999, S. 203ff.). Dieses Muster bestätigt auch die Studie von Frerichs und Steinrücke zum Umgang mit dem Kochen im Alltag von heterosexuellen Paaren (Frerichs, Steinrücke, 1997).

Dabei ist es in hohem Maße bedeutsam, dass die Paare diese Tätigkeiten als gleichrangig codieren (können), während die faktische Verteilung demgegenüber nachrangig ist.⁶² Die "Illusion der Gleichheit" ist aufgrund des erheblichen symbolischen Gewichtes des Gleichheitsideals, welches das individualistische Milieu kennzeichnet, von zentraler Bedeutung. Die Praxis von Hausarbeit steht dabei normativ unter doppelten Vorzeichen der Moderne: Einerseits soll sie sich am Ideal der Gleichheit orientieren, also der gleichen Verteilung von Hausarbeit auf Männer und Frauen, andererseits dürfe sie keinen eigenen Stellenwert einnehmen, sondern insgesamt die Entfaltung von Berufsleben, persönlicher Autonomie, Selbstverwirklichung und Freizeitgestaltung nicht behindern (Koppetsch, Burkart, 1999, S. 203ff.). Die Paare lösen dieses Dilemma dadurch, dass Hausarbeit insgesamt – unter aktiver Mitwirkung von Frauen – eine Abwertung erfährt *und* gleichzeitig dem Paradigma von Individualisierung untergeordnet wird. Grundsätzlich folgt das Waschen, Putzen, Wäschsortieren, Bügeln etc. von Frauen und Männern des individualistischen Milieus den symbolischen Codes der Individualisierung, das bedeutet, sie werden als individuelle Vorlieben und Entscheidungen wahrgenommen und eingeordnet. In Folge lässt dieser symbolische Code die faktischen Tradierungen

⁶⁰ Daneben haben sie ein familistisches und ein traditionelles Milieu ausgemacht, die jedoch beide unter dem hier verhandelten Aspekt von Gleichheit und Differenz weniger interessant sind.

⁶¹ Männer wenden Keddi zufolge durchschnittlich ca. 10 Stunden/Woche für Hausarbeit auf, während das Zeitvolumen bei Frauen höchst variabel ist (Keddi, 2003, S. 104).

⁶² Notfalls werden, wie Koppetsch und Burkart zeigen, Tätigkeiten, wie den Hund auszuführen, umgewertet, damit sie als gleichrangig mit Putzen und Waschen behandelt werden können (Koppetsch, Burkart, 1999, S. 205-215).

geschlechtstypischer Arbeitsteilung, wie sie den Alltag aller heterosexuellen Paare auszeichnen, unsichtbar werden.

Jean-Claude Kaufmann (1994) sieht Hausarbeit in Anlehnung an Bourdieu (1987) als inkorporiertes Wissen, was sich daran zeigt, dass man nicht über sie nachdenkt, sondern sie gleichsam unbewusst automatisch verrichtet bzw. verrichten kann. Das Kapital von Frauen bezeichnet Kaufmann dabei als Verhaltenskapital; es ist in der Sozialisation erworben, wird jedoch in Paarbeziehungen genau durch den vermeintlichen Automatismus und die Selbstverständlichkeit als Negativkapital wirksam. Männer hingegen würden sich auf das negative Verhaltenskapital beziehen und genau durch ihre zur Schau gestellte Inkompetenz Mehrwert im Sinne eines geringeren Anteils an Hausarbeit erzielen (Koppetsch, Burkart, 1999). Gerade durch die Wirksamkeit des inkorporierten Wissens einerseits und die Codierung entlang der Individualisierungs-codes andererseits werden Tätigkeiten sukzessive aus dem Gleichheitsparadigma der Beziehung ausgeklammert und können es auf diese Weise stabilisieren (ebd., 215ff.; vgl. Kaufmann, 1994). Dabei ist das Schweigen über ein Unbehagen daran in den Paarbeziehungen symbolisch von höchster Bedeutung: Es dient dazu, die gelebte Praxis aus dem Diskurs und der Reflexion herauszuhalten, das egalitäre Beziehungsideal und die partnerschaftliche Harmonie aufrechtzuerhalten (vgl. Wetterer, 2003; zur Harmonie vgl. Keddi, 2003).

In gleicher Weise trägt das aktuelle kulturelle Skript des Aushandelns in Paarbeziehungen (Beck-Gernsheim, 1994) dazu bei, dass Paare noch dort Selbstverantwortung und rein individuelle Entscheidung sehen und leben können, wo Strukturbedingungen drastisch wirksam werden (vgl. hierzu Krüger, Born, 2000; Wetterer, 2003). Das zeigt sich beispielsweise darin, dass Frauen und nicht Männer mehrheitlich Erziehungsurlaub und Teilzeitarbeit in Anspruch nehmen (vgl. Nissen, Keddi, Pfeil, 2003; Wetterer, 2003), wobei Mutterschaft zunehmend in den Rang einer bewussten Entscheidung gehoben (vgl. Keddi, 2003, S. 100) und Lösungsstrategien zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf als individuelle bzw. Paar-Präferenzen umgedeutet werden (vgl. Krüger, Born, 2000).

Dabei findet eine symbolische und diskursive Auslöschung gelebter Hierarchie und Differenz zwischen den Geschlechtern statt, die als Folge der Hegemonie des Individualisierungstheorems interpretiert werden kann. Dem Code der Individualisierung folgend, setzen sich diejenigen (potenziell) als "nicht autonom", "wenig durchsetzungsfähig" einerseits und "hierarchisierend" andererseits ins Unrecht, die die Lasten der Ungleichheiten zu tragen haben.⁶³ So kollidieren geschlechtertypische Ungleichheiten mit dominanten symbolischen Mustern wie dem Selbstverständnis, den

⁶³ Genau genommen handelt es sich um zwei Prozesse, die unterschieden werden müssen: Zum einen können Ungleichheitserfahrungen als Folge fehlender Autonomie- und Selbstbestimmungsfähigkeit gedacht werden. Zum anderen sind weder die Wahrnehmung unterschiedlicher Belastungen als strukturelle Ungleichheit noch ihre Thematisierung im herrschenden Diskurs intelligibel.

Partnerschaftsansprüchen und dem Ansehen in der Öffentlichkeit (vgl. Wetterer, 2003, S. 299, S. 308).⁶⁴

Die hier skizzierten Prozesse haben insgesamt zur Folge, dass der entlang tradierter Strukturen ungleich gestaltete Beziehungsalltag hinter der Rhetorik der Gleichheit verschwindet - Wetterer zufolge ein relativ neues Phänomen (vgl. Wetterer, 2003, S. 302). Darin kommt zum Ausdruck, dass "Harmonie der Paarbeziehung" im Alltag ein größeres Gewicht hat, als die Bewältigung dieses Alltags konflikthaft auszuhandeln. Die Traditionalisierung von Ungleichheit bei gleichzeitiger Rhetorik der Gleichheit kann auch als komplexe Strategie zur Lösung intrasubjektiver und struktureller Widersprüche und Ungleichzeitigkeiten zwischen Selbstverwirklichung, Autonomie und Freiheit einerseits sowie arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Strategien zur kostensparenden Rückverlagerung öffentlicher, familienunterstützender Dienstleistungen in die Familie andererseits interpretiert werden (vgl. hierzu auch Krüger, 2002, S. 75).

Dabei bedarf es interpretativer Anstrengungen der Beteiligten, damit die "Illusion der Gleichheit" zwischen den Geschlechtern beibehalten bzw. hergestellt werden kann. Nur die Ent-Thematisierung struktureller Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern ermöglicht es, gleichzeitig die symbolische Gleichheit und die strukturellen Ungleichheiten aufrecht zu erhalten. Widersprüche, Ungleichzeitigkeiten und Brüche durchziehen also die Individuen und schaffen Konvergenzen zwischen Individuen und Institutionen (vgl. Geissler, 1998), welche jedoch im Zuge von Modernisierungsprozessen ein Stück weit optional geworden sind (vgl. Wetterer, 2003, S. 315).

*Zur Besonderheit des „neuen Verdeckungs Zusammenhangs“:
Structural Lag und die Eigendynamik von Kultur*

Die theoretische Unterscheidung zwischen symbolischer/kultureller und struktureller Ebene hat gezeigt, dass soziale Modernisierungsprozesse seit den 1960er Jahren zu einer Pluralisierung und Differenzierung von Lebensformen und Lebensläufen geführt haben. So strebt die Mehrheit der Mädchen und jungen Frauen nicht mehr das Familienmodell an, sondern eine aktive Verbindung zwischen Familie und Beruf. Mädchen und junge Frauen sind nicht nur leistungsorientierter als je zuvor in der Geschichte, sondern haben auch ihren historisch tradierten Bildungsnachteil aufgeholt. Heirat und Familiengründung haben ihren schicksalhaften Status verloren, Lebensformen sind optional geworden.

Zugleich zeigt sich jedoch, dass gegenüber der Pluralisierung der Lebensformen von Frauen und Müttern (allein Erziehende, Verheiratete, in Wohngemeinschaften Lebende) sich das Leben von Männern in heterosexuellen Partnerschaften (noch) stärker entlang

⁶⁴ Meuser (1998) zeigt, wie unterschiedlich Veränderungen und neue Verdeckungsbeziehungen sich auch bei Männern entwickeln. Alters- und schichtspezifisch sehen die Formen des männlichen "Habitus" durchaus unterschiedlich aus, er wird aber als solcher auch von jungen Männern nicht in Frage gestellt.

tradiert Formen des Geschlechterverhältnisses gestaltet. Diese Tradierung wird, wie deutlich geworden ist, besonders in der Organisation der anfallenden Hausarbeiten wirksam. Hier bringen Frauen wie Männer inkorporiertes Wissen zum Einsatz, das den Modernisierungsansätzen im Sinne größerer Gleichberechtigung hartnäckig widersteht und den Männern einen Mehrwert verschafft. Besonders einschneidend wirkt der Zeitpunkt der Familiengründung: Unter der Hand werden besonders hier tradierte Muster geschlechtstypischer Ungleichheit reproduziert, indem die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu Lasten von Frauen gelöst wird.

Es tradieren sich also strukturelle geschlechtstypische Ungleichheiten, während – wie bis hierher deutlich geworden ist – die kulturelle und symbolische Ebene des Geschlechterverhältnisses im Zuge von Modernisierungsprozessen eine deutliche Transformation erfahren hat. So haben Individualisierungsprozesse dazu geführt, dass heterosexuelle Paarbeziehungen nicht mehr dem kulturellen Skript einer Versorgungsinstitution folgen, sondern kulturell partnerschaftlich als „Aushandlungsinstanz“ für die Interessen zweier unabhängiger Subjekte angesehen werden (können). In milieuspezifisch unterschiedlicher Weise haben Freizeitgestaltung, Selbstverwirklichung, Autonomie und Gleichheit zwischen den Geschlechtern symbolisch ein sehr hohes Gewicht bekommen (vgl. Koppetsch, Burkart, 1999). Zumindest im individualistischen Milieu, so zeigte ihre Studie, dominiert das Ideal der Gleichheit zwischen den Geschlechtern. Daran zeigt sich eine gravierende Veränderung der Partnerschaftsbilder, die mit einer Pluralisierung der Bilder kulturell intellegiblen Weiblichkeiten und (auch) Männlichkeiten korrespondieren. Diese kulturellen Bilder sind jedoch, wie Wetterer ausführt, den stukturrellen Bedingungen vorausgeeilt und haben dabei eine kulturell und strukturell höchst bedeutsame Eigendynamik entwickelt. So haben die Untersuchungen zur Institutionenstrukturiertheit des Lebenslaufs (Krüger, 2001, 2002) gezeigt, dass Institutionen eine Eigenlogik besitzen und sich durch ihre Verflechtung (z.B. Arbeitsmarkt, Kinderbetreuung, Familienformen) Synergieeffekte herausbilden, welche in ihrem Zusammenspiel wirksam werden, wenn auch im Einzelfall Modernisierungsprozesse Strukturen einer Institution differenziert und verändert haben. Vor diesem Hintergrund ist die optimistische Einschätzung von Oechsle und Geissler, dass Frauen die Haupt-AkteurInnen in einem gesellschaftlichen Modernisierungsprozess seien, der durch den Legitimationsverlust traditioneller Weiblichkeitsbilder, Familienmodelle und Rollenvorgaben in Gang gesetzt würde und zu einem qualitativen Sprung im Sinne einer Abkehr von gesellschaftlichen Strukturprinzipien führe (Oechsle, Geissler, 1998) anzuzweifeln. Krüger kann durch ihre empirische Arbeit zeigen, dass institutionelle Verflechtungen trotz flexiblerer Gestaltungsmuster als *Zwangslogik* im Sinne einer „Verflechtungsakrobatik mit und zwischen anderen Lebensläufen, zur Abstimmungs-/ Einpassungs-/ Abgleichungsbiographie“ (Krüger, 2001) in der Strukturierung des Lebenslaufs⁶⁵ von Frauen wirksam werden (Krüger 2001, 2003).

⁶⁵ Für die Entfaltung und Diskussion einer strukturorientierten Lebenslaufforschung vgl. Krüger, 2001.

Die hierdurch tradierten geschlechtsbezogenen Muster sozialer Ungleichheit können jedoch, da kulturelle und symbolische Veränderungen ihnen vorausgeeilt sind, nicht mehr sichtbar gemacht werden. Ungleichheiten hinsichtlich der Berufswahl, der Organisation der Verbindung von Familie und Beruf, der Verteilung der anfallenden Haushaltsarbeiten, erscheinen in dem Maße als individuelle Präferenzen, wie sich symbolisch das Ideal der Gleichheit von Individuen durchsetzt.

Dieses Ideal ist damit verknüpft, dass Autonomie, Selbstverwirklichung, Freiheit und Gleichheit ungeachtet sozialer Strukturierungen biografisch individuell gestaltet und verwirklicht werden *können*. Dass dieses Ideal kulturelle Wunschvorstellungen transportiert, aber an sozialen Erfahrungen wie Haushaltsarbeit oder Berufswahl beständig scheitert, schmälert seine symbolische Attraktivität für Selbstkonzepte und Partnerschaftsvorstellungen nicht.

Gelebt wird das von den Individuen durch eine Verschiebung von einer Selbstverständlichkeit geschlechtstypischer Arbeitsteilung hin zu einer Aushandlungslogik, die diese Prozesse verschleiert, indem sie suggeriert, dass ein egalitärer Einigungsprozess zwischen zwei Individuen unter gleichen Bedingungen, frei von Machtbeziehungen, stattfindet. Insofern zeigt sich die gesellschaftliche Modernisierung in manchen Aspekten eher als "rhetorische Modernisierung" (Wetterer), in der strukturelle Probleme und die Stagnation institutioneller Prozesse verdeckt werden.

Wenn nun inzwischen diskutiert wird, ob der Geschlechterbegriff im Sinne des Geschlechterverhältnisses gegenwärtig als historisch überholt gelten könne (vgl. Knapp, 2002), und dass z.B. Heintz für eine Verabschiedung der Geschlechterontologie des "klassischen Feminismus" plädiert (Heintz, 1993, S. 37), so wird dagegen auf dem Hintergrund des oben erläuterten Verdeckungszusammenhangs deutlich, dass man damit Gefahr läuft, das gleiche Dilemma zu wiederholen. Während auf symbolischer – auch auf wissenschaftlicher – Ebene "Geschlecht" als überholt in Frage gestellt werden mag, ist doch auf struktureller Ebene noch genügend Tradiertes wirksam, um für ein Beibehalten des Blicks auf "Geschlecht" einzutreten.

Im folgenden Kapitel möchte ich daher meinen Vorschlag für einen geschlechterreflexiven Blick darlegen, um ihn dann exemplarisch auf das Feld der Suchthilfe mit seinen aktuellen Trends in Stoffen, Konsum und Hilfenutzung sowie auf suchtrelevante Aspekte im Leben der KonsumentInnen anzuwenden.

4 Kontinuitäten und Wandel: Suchtmittelabhängigkeit und Hilfesystem unter geschlechtsbezogener Perspektive

4.1 Überlegungen für einen geschlechtsreflexiven Blick für das Handlungsfeld Suchtkrankenhilfe

4.1.1 Prämissen eines geschlechtreflexiven Blickes

Meine Ausgangsfrage lautete, wie die Hereinnahme der Kategorie Geschlecht in den Mainstream der Suchtarbeit aussehen kann. Die bisherigen Thematisierungen von Geschlecht bergen, wie ich gezeigt habe, Gefahren und Einseitigkeiten, aber auch Chancen und interessante Widersprüche. Ich habe in den vorigen beiden Kapiteln die epistemologischen und zeitdiagnostischen Grundlagen gesichtet, um die unter "Geschlecht" diskutierten Phänomene aus ihren Selbstverständlichkeiten herauszulösen. Nun geht es mir darum, auf dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen eine "geschlechtsreflexive" Sichtweise einzunehmen, die eine geschlechtsdifferenzierende Forschung und reflexive Interpretation (und eine entsprechende Betreuungspraxis mit suchtmittelabhängigen Frauen und Männern) ermöglicht, ohne Differenzen festzuschreiben oder zu reproduzieren.

Im vorigen Kapitel wurde ausgeführt, dass von Seiten feministischer Theoretikerinnen zwar der Gebrauch der Kategorie Geschlecht problematisch ist, weil er die Gefahr einer Reproduktion der Zweigeschlechtlichkeit beinhaltet und Frauen (und Männer) homogenisiert. Doch die Ausführungen zu Prozessen kultureller Modernisierungen bei struktureller Stagnation, die neue Verdeckungszusammenhänge hervorbrachten, machen zugleich deutlich, wie wichtig geschlechtsbezogene empirische Analysen sind und bleiben. Im Handlungs- und Forschungsfeld Sucht zeigt sich, dass es in vielerlei Hinsicht an geschlechtsbezogenen Daten und Forschungen fehlt. Viele Erhebungen sind nach wie vor geschlechtsneutral oder aber, wenn sie geschlechtsbezogen arbeiten, meist ausschließlich auf Frauen bezogen. Ohne genaue Erhebung geschlechtsbezogener Daten laufen wir Gefahr, unsichtbare, verdeckte Geschlechterdifferenzen zu übersehen – und damit zu reproduzieren. Methodische Bedingungen einer Forschung, die die verschiedenen Formen von Geschlechterverzerrungen (Gender Bias)⁶⁶ verhindern, werden z. B. von Jahn (2002) für die Gesundheitsforschung ausführlich beschrieben.

⁶⁶ Ursachen des Gender-Bias liegen in zwei Annahmen: die Annahme einer Gleichheit/Ähnlichkeit von Frauen und Männern, wo sie nicht vorhanden ist, und die Annahme von Unterschieden zwischen Männern und Frauen, wo (möglicherweise) keine existieren (vgl. Jahn, 2002).

Jahn stellt – in Anlehnung an Eichler – verschiedene Formen von Gender Bias vor: Androzentrismus, Geschlechterinsensibilität, Geschlechterdichotomie (darin: Familialismus), doppelter Bewertungsmaßstab, Geschlechtsverklärung und Überverallgemeinerung (Jahn, 2002, S. 148).

Aus den vorherigen Kapiteln ergeben sich eine Reihe von Kriterien, die hier als *Prämissen eines geschlechtsreflexiven Blickes* formuliert werden können.

- Verdeckte geschlechtsbezogene Aspekte von Suchtentstehung, Alltag und Ausstieg sollten sichtbar gemacht werden, ohne die Geschlechter bzw. die Gruppe der Männer und der Frauen jeweils zu homogenisieren (also ohne die Konstruktion einer "Identitätslogik").
- Liegt die Differenz im *Gegenstand* der Verarbeitung der Frauen oder der Männer – oder liegt die Differenz in der *Verarbeitungsform*? Haben Männer und Frauen (oder Frauen oder Männer untereinander) gleiche Probleme oder Erfahrungen und verarbeiten sie sie nur in unterschiedlicher Weise, oder liegen die Unterschiede bereits im Gegenstand der Verarbeitung?
- Geschlechtsbezogene Aspekte werden so formuliert, dass sie nicht essentiell den Geschlechtern zugeordnet werden, sondern als historisch-gesellschaftliche, kontext- und lebensbedingungsbezogene und damit veränderbare Aspekte sichtbar werden (also ohne die Konstruktion einer "biologischen Fundierung").
- Eine "geschlechtsreflexive Perspektive" überprüft die Verschränkungen von Geschlecht mit anderen Dimensionen, etwa Generation, soziale Lage bzw. Schicht usw., ist also offen für weitere Differenzierungen.
- Die theoretische Herangehensweise widerspricht nicht dem aktuellen Erkenntnisstand und der Datenlage im konkreten Feld der Suchtforschung und der Suchthilfe (also ohne eine Verfehlung oder Verdeckung der bekannten und erfassten empirischen Lage). Der Blick prüft immer, ob ein Gender Bias vorliegen könnte.
- Interpretationen von geschlechtsdifferenzierten Daten werden so in anwendungsorientiertes Handeln übersetzt, dass die AkteurInnen einen "empirischen Blick" behalten. „Reflexivität“ betont hier das Prozessurale und die Notwendigkeit einer offenen Haltung, die ständig neu "entdecken" muss und die die ihrem Vorgehen zugrunde liegenden Annahmen im Einzelfall überprüft (also gegen eine Verfehlung oder Verdeckung der jeweiligen konkreten empirischen Situation).
- Geschlechtsbezogene Aspekte werden zwar berücksichtigt, aber nicht als solche (als Differenz) stehen gelassen, sondern in der Perspektive möglicher Erweiterungen betrachtet ("konservierende" versus "zu verändernde" Differenz).

Im Folgenden möchte ich den vorgeschlagenen geschlechtsreflexiven Blick auf das Handlungsfeld Suchtkrankenhilfe richten. Ich werde zum einen suchtmittelbezogene Trends in Bezug auf drei Kategorien von Stoffen (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente) vorstellen und sie unter verschiedenen geschlechtsbezogenen Blickwinkeln kurz beleuchten (Kapitel 4.2). Hier gehe ich außerdem auf die Frage der Komorbidität sowie auf die Rolle von Angehörigen ein. Und zum zweiten werde ich vier suchtrelevante lebensweltliche Aspekte mitsamt den verfügbaren geschlechtsrelevanten Daten vorstellen

und exemplarisch geschlechtsreflexive Ansätze zum Weiterdenken aufführen (Kapitel 4.3).

Da, wie erläutert, bereits die vorhandene Forschungs- und Datenlage äußerst unbefriedigend ist, stellt mein Überblick geschlechtsbezogener Befunde für das Suchthilfefeld einen ersten Schritt dafür dar, um überhaupt geschlechtsreflexive Überlegungen anstellen zu können. Dieser Prozess steht, wie bereits eingangs gesagt, erst am Anfang; weitere Fragen und methodische Kriterien können nur im Wechselspiel mit fortschreitenden inhaltlichen und praktischen Weiterentwicklungen entstehen.

4.1.2 Zu den Fragen und Daten

Ziel des folgenden Kapitels ist, die Datenlage zu den aktuellen Trends für die verschiedenen Suchtmittel, ihre Konsumformen sowie die Nutzung der Suchtkrankenhilfe mit einem geschlechterbezogenen Blick zu untersuchen. Damit möchte ich – so weit es die verfügbaren Daten zulassen – zumindest die Voraussetzungen für einen geschlechtsreflexiven Blick schaffen.

Fragen von Gesellschaft, Kultur, Suchtmittelkonsum und Gender sind historisch auf das engste miteinander verwoben, wie schon die Einführung in die Rückblicke (Kapitel 2.1) zeigte (vgl. auch Legnaro, 1991). Zu prüfen ist also auch, ob in der Entwicklung der letzten Jahrzehnte prägnante Veränderungen in den geschlechtsbezogenen Bewertungen von Konsum und Suchtmittelabhängigkeit eingetreten sind. Gemäß den Ausführungen zum sozialen Wandel (Kapitel 3) könnten dabei sowohl Kontinuitäten als auch neue Differenzierungen in Bezug auf die sozialen Schichten/Lagen und Generationen auftreten. Wenn man die Veränderung von Bewertungen solcherart untersucht, erhält man ein Bild mit interessanten Unterschieden und Verschiebungen. Welche Veränderungen lassen sich anhand des aktuellen Standes von verfügbaren psychoaktiven Substanzen, Suchtentwicklungen und Hilfenutzungen skizzieren, und was bedeuten sie für die Geschlechter und die unterschiedlichen Generationen?

Im Folgenden möchte ich einzelnen Daten, Trends, Veränderungen und Differenzierungen nachgehen. Wie sehen die aktuellen geschlechtsbezogenen Entwicklungen bei Suchtmittelkonsum und Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und Männern derzeit aus? Welche Kontinuitäten und Veränderungen sind dabei in Bezug auf die Geschlechter festzustellen? Zur besseren Übersichtlichkeit soll dies getrennt nach den Gruppen “illegale Drogen“, “Alkohol“ und “Medikamente“ erfolgen. Ich möchte jede Gruppe in drei Dimensionen unterteilen:

1. Da auch die psychoaktiven Substanzen in Form und Verfügbarkeit Veränderungen unterworfen sind, möchte ich jeweils in einem ersten Schritt die aktuellen *Substanzen* skizzieren.

2. Im zweiten Schritt sollen aktuelle Daten zu *Suchtmittelabhängigkeit und Nutzung des Hilfesystems* vorgestellt werden. Dazu liegen in der BRD einige zentrale – regelmäßig durchgeführte – Erhebungen vor. Dies sind zum einen die Daten der „Deutschen Suchthilfestatistik für Deutschland“. Sie werden vom Institut für Therapieforschung (IFT) in München erstellt und herausgegeben. In dieser Statistik werden jährlich – soweit als möglich – die dokumentierten Betreuungs- und Behandlungsdaten der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zusammengeführt und ausgewertet.⁶⁷ Dabei wird zwischen ambulantem und stationärem Hilfesystem differenziert.⁶⁸ Ich greife im Folgenden auf die vollständigen Original-Tabellenbände zurück, die das Institut für Therapieforschung (2004a und 2004b) regelmäßig heraus gibt, da sie eine Vielzahl von geschlechtsdifferenzierten Auswertungen enthalten und durch den Abdruck auch der Rohdaten eigene Umrechnungen ermöglichen.

Doch die Angebote der Suchtkrankenhilfe werden nur von einem Bruchteil der suchtmittelabhängigen Frauen und Männer genutzt, diese Zahlen lassen darum keine Rückschlüsse auf das Ausmaß tatsächlich vorliegender Abhängigkeit unabhängig von Hilfenutzungen zu. Eine Annäherung an die Verbreitung von starkem Konsum und vorliegender Abhängigkeit in der Bevölkerung bietet die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“, herausgegeben von Ludwig Kraus und Rita Augustin. Sie wird seit 1980 in mehrjährigen Abständen durchgeführt⁶⁹, die aktuell vorliegenden Daten (Kraus, Augustin, 2005a) beruhen auf einer repräsentativen Befragung von Frauen und Männern zwischen 18 und 59 Jahren. Ich greife im Folgenden auf einige ihrer Daten zu Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und illegalen Substanzen zurück. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Forschungen dieser Art zum Substanzgebrauch und zu möglichen Abhängigkeiten, selbst wenn die Freiwilligkeit und Anonymität der Befragten gegeben sind, stets nur Annäherungen an die Wirklichkeit sein können. Soziale Unerwünschtheit und Stigmatisierung von starkem Konsum und Sucht – insbesondere bei illegalen Drogen – und eine eventuelle Verdrängung des eigenen problematischen Konsums führen häufig zu einem verzerrenden Antwortverhalten.⁷⁰

⁶⁷ Zur Problematik der Erfassung und Vereinheitlichung der Daten angesichts verschiedener Dokumentationssysteme und verschiedener Formen von Datensätzen vgl. Kalke, Raschke, Martens (2003).

⁶⁸ Das ambulante Hilfesystem umfasst (neben anderen Einrichtungen und Angeboten) im Schwerpunkt Beratungsstellen (95%), 11% der erfassten Einrichtungen führen auch ambulante Therapie, die sogenannte „medizinische Rehabilitation“, durch. Insgesamt werden derzeit in der Statistik 707 Einrichtungen erfasst. Das stationäre Hilfesystem umfasst vor allem Einrichtungen der stationären Suchttherapie („stationäre medizinische Rehabilitation“), dies sind 84% der 106 erfassten Einrichtungen.

⁶⁹ Einen Überblick über die Entwicklung und die methodischen Veränderungen des Surveys im Laufe der Jahre bieten Kraus und Augustin (2005b).

⁷⁰ Dieses Phänomen ermittelten Kraus und Augustin hier bei einem Methodenvergleich. Die Angaben zum Alkoholkonsum aus telefonischen Interviews erwiesen sich im Vergleich mit Angaben in schriftlichen Fragebögen als Unterschätzung (Kraus/Augustin, 2005b, S. 8).

Erhebungen zum Konsum psychotroper Substanzen bei Jugendlichen bietet „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004“, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln. Diese ist eine in mehrjährigen Abständen durchgeführte Repräsentativerhebung zum Gebrauch von Alkohol, Zigaretten und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 12-25 Jahren.

3. In einem dritten Schritt soll es um *kulturelle und soziale Aspekte* der Trends gehen. Betrachtet man Suchtmittelkonsum (und Suchtentwicklung) nicht unter der Perspektive von gesundheitsriskierendem Verhalten, sondern unter der Perspektive einer kulturellen Praxis, werden andere Dimensionen sichtbar. Auf Substanzkonsum und -abhängigkeit können soziale Differenzierungen einwirken, veränderte Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit und Differenzierungen zwischen und innerhalb der Geschlechter.

Meine These ist, dass es für Männer historisch und durch die verschiedenen Generationen hindurch eine relative Kontinuität hinsichtlich ihres Substanzkonsumes, vor allem bei Alkohol, gibt.

Für Frauen dagegen lassen sich meines Erachtens sehr unterschiedliche Bewertungen, Kontexte und Bilder von Substanzkonsum feststellen, die mit den großen Veränderungen der letzten Jahrzehnte zu tun haben, indem sich mit den Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen, der Modernisierung, neuen Differenzierungen und kulturellen Bildern Frauenleben und auch Fragen der Suchtmittelabhängigkeit stark verändert haben. Neben dem Geschlecht ist damit die Generation ein wichtiger Faktor, denn wir haben es gegenwärtig in der Gesellschaft wie auch in der Suchtkrankenhilfe mit drei Generationen gleichzeitig zu tun – in denen sich jeweils Geschlecht unterschiedlich ausgestaltet.

Im Anschluss an die Darstellung dieser drei Schritte für die drei Drogenbereiche Illegale, Alkohol sowie Medikamente gehe ich noch kurz auf die Aspekte des kombinierten Konsums, auf Komorbidität sowie auf die Rolle von Angehörigen für den Suchtbereich ein und führe für sie die aktuellen Trends auf, soweit die verfügbaren Daten es zulassen.

Generell werden wir in diesem Kapitel immer wieder feststellen, dass es an geschlechtersensiblen Erhebungen und Daten aus dem Suchthilfebereich, mehr aber noch in Bezug auf die Grundgesamtheit in unserer Gesellschaft fehlt. Und da, wo es z.B. Daten in Bezug auf Frauen gibt, oder wo sich hinter einer scheinbar allgemeinen Studie eine männlich dominierte Untersuchungsgruppe verbirgt, fehlt meist „die andere Hälfte“. Die Voraussetzungen für einen geschlechterreflexiven Blick sind demnach erst in sehr kleinen Ausschnitten gegeben.

Wie sehen nun die Daten zu Suchtmittelabhängigkeit von Frauen und Männern aus, und inwieweit nutzen sie das Hilfesystem? Insgesamt lässt sich feststellen, dass Frauen generell sehr viel weniger als Männer in Angeboten der Suchtkrankenhilfe auftauchen: Von den erfassten rund 141.100 Betreuungen⁷¹ im Rahmen der ambulanten Suchtkrankenhilfe sind 73% Männer und 27% Frauen (also ein Verhältnis zwischen Männern und Frauen von knapp 3:1), von den erfassten rund 23.600 Behandlungen im Rahmen der stationären Hilfe sind es 78% Männer und 22% Frauen (also ein Verhältnis von knapp 4:1).⁷²

Bei der mittleren und der jüngeren Generation lassen sich nun hinsichtlich des Gebrauchs psychotroper Substanzen einige Angleichungen zwischen Frauen und Männern feststellen. Das liegt vor allem an der Zunahme des Konsums bei Frauen. Dieses Phänomen wird gegenwärtig unter dem Begriff der "Konvergenz" diskutiert. Doch was steckt dahinter? Ist hier von einer Neutralisierung, einer Abnahme geschlechtsbezogener Phänomene zu sprechen? Ein genauerer Blick zeigt sehr verschiedene Teilbewegungen.

4.2 Aktuelle Trends in Bezug auf Konsum, Suchtentwicklung und Nutzung der Suchtkrankenhilfe

4.2.1 Illegale Drogen: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte

Zu den Substanzen

Auf dem Markt der Drogen hat es in den letzten Jahrzehnten große Veränderungen gegeben. Seit Jahren wird in Schlagzeilenmanier diskutiert, welche Drogen "in" und welche "out" seien (vgl. exemplarisch Büro für Suchtprävention, 1998), doch Ende der 1990er Jahre ließ sich endgültig konstatieren: Unser Substanzmarkt ist davon gekennzeichnet, dass es eine Vielfalt von Substanzen und damit auch Wirkweisen gleichzeitig gibt.⁷³ Neben altbekannten Substanzen wie Cannabis, Heroin und verschiedenen Psychopharmaka haben manche Drogen einen neuen Aufschwung erlebt, etwa psychogene Pilze, Kokain und seine aufbereitete Form Crack (vgl. Heckmann, 1998). Es gibt alte und neue als "Designer-Drogen" bezeichnete Mittel, z.B. Mischungen aus Halluzinogenen und Amphetaminen usw. und seit kürzerer Zeit auch Mittel der

⁷¹ Damit sind hier nur Personen mit eigener Abhängigkeitsdiagnose gemeint, nicht Angehörige, die Beratung suchen.

⁷² Vgl. Institut für Therapieforschung 2004a und 2004b, eigene Umrechnungen der Tabellen 1.2. der zwei Tabellenbände. Im Folgenden werden bei Zitierungen die Nummern der Tabellen genannt, da der Tabellenband keine Seitennummerierung aufweist.

Wirkstoffgruppe der Entactogene, Ecstasy (vgl. Wilkens, 1997)⁷⁴. Daneben tauchen auch Narkosemittel wie GHB und Ketamin (meist fälschlicherweise unter dem Namen “liquid ecstasy“ genannt) auf den Drogenmärkten auf. Diese Substanzen sind sehr unterschiedlich in ihren emotionalen und physiologischen Wirkungen, ihren biochemischen Funktionsweisen, und schließlich auch in ihren potentiellen Gefahren (vgl. Sauer, Weilemann, 2000).

Mit den synthetischen Produktionsweisen vervielfältigten sich auch die Drogenmärkte bzw. die legalen und illegalen Quellen der Substanzen. Neben organisch entstehenden und importierten Drogen aus Südamerika, Asien usw. kommen andere aus der legalen oder aus der illegalen europäischen Pharma-Industrie.⁷⁵ Das führt zu neuen Dealerkreisen und zu gewaltigen Gewinnspannen. Damit wachsen auch die Gefahren: Gemixte und synthetische Mittel sind schwer kalkulierbar, sie können sich in Dosierungen und Zusammensetzungen bis hin zu extrem hohen Potenzen ständig ändern. Man kann also nicht mehr, wie bei organischen Substanzen zumindest ansatzweise möglich, auf Erfahrungswerte zurückgreifen, so dass beim Konsum sehr viel mehr Vorsicht nötig ist.⁷⁶ Nach neuen Einschätzungen (wie etwa durch Amendt, 2004) ist längerfristig gesehen mit einer hohen Steigerung rein synthetischer Substanzen gegenüber den organischen zu rechnen.

Alle diese Substanzen sind nicht nur gleichzeitig auf dem Markt, sondern sie werden oft auch gleichzeitig konsumiert. Typische Formen von Mischkonsum sind Alkohol und Cannabis, oder Mischungen von Alkohol mit Narkosemitteln (GHB oder Ketamin), auf Parties kommt “Punsch“ vor (MDMA⁷⁷, Pilze, LSD). Eine andere Form von Mischkonsum stellt das “upper-downer-System“ dar. Man putscht sich tagsüber mit stimulierenden Substanzen hoch, um sich abends mit beruhigenden Substanzen wie z.B. Cannabis wieder “runterzurauchen“. Ein solcher Umgang mit sich, gleichsam wie mit einem “Chemiebaukasten“, birgt Probleme wie uneinschätzbare Drogennotfälle oder ungewollte gegenseitige Verstärkungen (z.B. bei den Kreuztoleranzen zwischen Alkohol und den Narkosemitteln in “liquid ecstasy“).

Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems

Zunächst stelle ich die Nutzungszahlen vor. Hinsichtlich der Abhängigkeit von illegalen Drogen wird der Männeranteil im Allgemeinen auf 60% und der Frauenanteil auf 40% der

⁷⁴ Sehr gute Informationen zu Zusammensetzungen, Wirkungen und Gefahren und bebilderte Auflistungen der häufigsten und auffälligsten Tabletten gibt die Informationszentrale gegen Vergiftungen der Universität Bonn (2002) heraus.

⁷⁵ Eine Reihe der Substanzen kann man inzwischen sogar über das Internet bekommen (vgl. Riechmann, 2000).

⁷⁶ So wird beispielweise auf dem Markt ein Fentanyl-Derivat gehandelt, das die 500fache (!) Wirkung von Morphin hat (vgl. Wilkens, 1997, S. 36).

⁷⁷ Die gängigste Form von Ecstasy (vgl. Informationszentrale gegen Vergiftungen der Universität Bonn, 2002).

Betroffenen geschätzt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003a), also auf ein Verhältnis von 1,5:1 zwischen Männer und Frauen.

Nach der Erhebung von Kraus und Augustin (2001, Tab. 4, S. 29) besteht eine Abhängigkeit von illegalen Drogen bei 0,6% der Bevölkerung, bei 0,9% der Männer und 0,4% der Frauen. Hier finden wir ein Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 2,2:1 bzw. 69% zu 31%.⁷⁸ Wie sieht es in den Angeboten der Suchtkrankenhilfe aus? Findet sich dieses geschätzte Verhältnis von 1,5 bis 2,2:1 dort wieder?

Die Vielfalt illegaler Drogen wird in der Suchtkrankenhilfe in folgende Hauptdiagnosen eingeteilt: Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene und "andere psychotrope Substanzen". Die in der Suchtkrankenhilfe dominierenden illegalen Drogen sind dabei Opioide (mit 14,9% aller Hauptdiagnosen⁷⁹ im ambulanten und 6,3% im stationären Bereich) und – seit jüngerer Zeit – auch Cannabinoide (7,2% aller Hauptdiagnosen im ambulanten und 1,2% in stationären Bereich). Die anderen Substanzen treten nur marginal als Hauptdiagnose auf.⁸⁰

Im ambulanten Hilfesystem sind 25,7% der Hauptdiagnosen illegale Drogen, im Geschlechterverhältnis 80,3% zu 19,7% oder 4,1:1⁸¹. Im stationären Hilfesystem machen illegale Drogen 8,8% der Hauptdiagnosen aus, mit einem Verhältnis zwischen Männern und Frauen von 82,6% zu 17,4% oder 4,7:1 (Eigene Umrechnung der Tabelle 1.2. vom Institut für Therapieforschung, 2004a und 2004b).

Das bedeutet, ausgehend von Schätzungen und Erhebungen in der Gesamtbevölkerung, dass Frauen deutlich weniger als Männer (gemäß ihrem Anteil an Süchtigen) die Angebote des Hilfesystems nutzen.

Cannabis erfährt seit jüngerer Zeit europaweit eine starke Verbreitung und wesentliche Steigerungen bei den Prävalenzraten und problematischem Konsum. Nach Kraus, Augustin und Orth (2005, Tab. 2, S. 24) liegt in der BRD (vor allem in der Gruppe der 18 bis 24jährigen) bei insgesamt 1,7% der Männer und 0,4% der Frauen eine Cannabisabhängigkeit vor, mit einem Verhältnis zwischen Männern und Frauen von rund

⁷⁸ Hier musste auf den Survey 2001 zurückgegriffen werden, da in 2005 nur Abhängigkeitsdaten zu Cannabis und Kokain vorkamen. Instrument der Feststellung von Abhängigkeit war hier das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM IV).

⁷⁹ Man unterscheidet zwischen der "Hauptdiagnose", die die leitende Diagnose für die Beratung und Behandlung ist, und den "Einzeldiagnosen", die weitere konsumierte Substanzen bezeichnen. KlientInnen können also neben ihrer Hauptdiagnose noch mehrere Einzeldiagnosen haben.

⁸⁰ Sie habe dagegen ein große Bedeutung als Einzeldiagnosen, denn viele KonsumentInnen nehmen regelmäßig mehrere Substanzen, ein Phänomen, das man „Politoxikomanie“ nennt.

⁸¹ Die Zahlen bezeichnen hier jeweils 1. Männer und 2. Frauen. Das Verhältnis 4,1:1 ist also zu lesen als "4,1 mal so viele Männer wie Frauen".

4,2:1.⁸² Abhängige tauchen nunmehr auch zunehmend in Angeboten der Suchtkrankenhilfe auf.

Auch hier sind weniger Frauen als Männer (gemäß ihrem Anteil an Abhängigen) in der Suchtkrankenhilfe repräsentiert. Ambulant beträgt das Verhältnis (berechnet auf der Grundlage des Instituts für Therapieforchung, 2004a und 2004b) 5,6:1, stationär drifft es auseinander zu 7,3:1.

Kulturelle und soziale Aspekte

Illegalen Drogenkonsum und die Herausbildung von entsprechenden subkulturellen Szenen gab es in der BRD seit den 1970er Jahren, wie bereits im Rückblick (Kapitel 2.1 und 2.2) dargestellt wurde. Meines Erachtens lassen sich hier deutlich zwei Generationen mit Veränderungen im Konsumverhalten und Konsumkontexten finden, mit nachhaltigen Veränderungen auch für das Geschlechterverhältnis darin.

Zur ersten Generation: Von Beginn an waren Mädchen und Frauen in diesen Konsumkulturen deutlich weniger vertreten als Jungen und Männer. Zwei Aspekte scheinen für diesen Sachverhalt von großer Bedeutung zu sein: Zum einen wurden illegale Drogen von Jugendlichen stets vorwiegend in Cliques und Peer-Group-Zusammenhängen außerhalb des familiären Rahmens und der Wohnung konsumiert. Mädchen und junge Frauen waren jedoch, wie die Sozialisationsforschung der 1970er und 80er Jahren herausarbeitete, in ihrem Freizeitverhalten familiennaher und auch mit ihren FreundInnen zusammen mehr auf Treffpunkte zu Hause orientiert – während die Peer-Groups auf den Straßen oder öffentlichen Plätzen vorwiegend aus Jungen bzw. jungen Männern bestanden. Klaus Kraimer (1992) belegte den deutlichen Zusammenhang dieses Aspektes mit Suchtmittelkonsum- und Suchtmittelbelastung. In seiner Studie mit StudentInnen zeigte sich, dass die jungen Frauen und Männer, die in den letzten Jahren überwiegend außerhäusliche Treffpunkte mit Gleichaltrigen hatten, deutlich mehr Suchtmittel konsumierten. Das galt für die Frauen in besonderem Maße: Bei ihnen verdoppelte sich die Suchtmittelbelastung gegenüber denjenigen Frauen, die sich in den letzten Jahren überwiegend zu Hause trafen (ebd., 1992, S. 129ff.). In diesem lebensweltlichen Aspekt steckt zudem ein kultureller. Cornelia Helfferich arbeitet in ihrem Konzept der “kulturellen Körperpraktiken“ (1994) als alternative Untersuchungsperspektive von gesundheitsriskierendem Verhalten und damit auch Suchtmittelkonsum heraus, dass soziale Gruppen in ihren Konsum- und Drogenstilen zugleich auch Geschlechterstile entwickeln (vgl. auch Helfferich 1999). Auf der Ebene symbolischer Ausdrucksformen sei “Härte“ für Jungen relevant, identitätsstiftend und funktional, nicht aber für Mädchen. Diese würden vorsichtiger konsumieren aus Angst vor Kontrollverlust, der für sie Gefahren von Verletzbarkeit des weiblichen Körpers und der weiblichen “Ehre“ beinhaltet.

⁸² Das methodische Instrument war die “Severity of Dependence Skala“ (SDS): Von Abhängigkeit wird gesprochen, wenn drei der fünf Items positiv erreicht wurden (Gossop u. a., 1995, zit. nach Kraus, Augustin, Orth, S. 20).

Damit erklärt Helfferich das Phänomen: Je mehr bestimmte Substanzen und die dazu gehörende Konsumkultur als "hart" gelten, desto weniger Mädchen und Frauen sind darin vertreten. Hier finden wir also eine Form des Doing Gender. Die Bedeutung der männlichen Konnotation der "harten" Drogenszenen kann aber zugleich die Folie auch der *gegenteiligen* individuellen Wege sein, einer widerständigen Form gegen Gender. Eindrucksvolle Beispiele finden sich z. B. in den Interviews von Gisela Heinrich (1995). Eine ehemals drogenabhängige Frau erzählt:

„Ich bin in die politische Linke und Demo-Szene gegangen, und da spielten Drogen auch eine ganz wichtige Rolle. Sie waren auch ein Mittel, um Widerstand leben zu können und natürlich auch, um die Gefühle unten zu halten. Und dann natürlich sind Drogen auch ein Mittel, Anerkennung zu bekommen. Also in einer gewissen Clique eben. Und da dann auch so was wie Solidarität zu erfahren. Und bei mir waren sie auch wichtig dafür, mehr aus der Frauenrolle auszusteigen. Weil, ich hatte illegale Drogen hauptsächlich durch Männer kennengelernt. Die wurden von Männern genommen, das war eine Männersache, und das Dazugehören war auch eine Rebellion gegen das Frau-Sein.“ (Heinrich, 1995, S. 65)

Hier zeigt sich Widerstand gegen Bilder und Lebensperspektiven von Frauen. Aber diese biographisch gewählte Form des Widerstandes kann zugleich auch in eine neue Einfügung in eine männerdominierte Kultur führen. Diese Entwicklung findet sich bei einer zweiten Interviewpartnerin:

„Bevor bei mir Drogen aktuell geworden sind, habe ich mich zu der Punk-Bewegung hingezogen gefühlt. Das war für mich: nicht rumzulaufen wie andere Frauen, die sich chic gemacht haben usw. Das war der reine Widerstand, den ich hatte. Und der andere war dann Drogen. Und da war es auch kein Zufall, daß ich irgendwann Heroin genommen habe, denn damit begeben sich in die Illegalität und habe auch gar nicht mehr den Anspruch, der Gesellschaft zu gefallen und zu funktionieren. (...) Ich bin auch dazu noch in einem Dorf aufgewachsen, wo die Wege von ganz vielen Frauen eh schon vorgezeichnet waren, da war es für zwölfjährige Mädels schon ganz klar, daß sie später mal heiraten werden und auch in dem Dorf wohnen bleiben, und vielleicht lernen sie zwischendurch noch Friseurin oder so – und das war für mich erstmal eine Möglichkeit, mich ganz klar abzugrenzen. (...) Daß in der Punk-Bewegung auch sehr patriarchale Strukturen sind, ist schon klar. Aber für mich war das erstmal: nicht schminken, nicht nett aussehen und mich von den diesbezüglichen Normen für Frauen abschotten.“ (Heinrich, 1995, S. 65)

Doch in den 1990er Jahren traten verschiedene Veränderungen auf, die für die jüngere Generation neue Konsumkontexte hervorbrachten.

Erstens haben sich die Substanzen aus stabilen und über lange Zeiträume geltenden kulturellen Feldern gelöst (z. B. Heroin als Straßendroge, Kokain als Künstlerdroge,

Alkohol als Substanz der Punks). Sie werden vielmehr zu einem "kulturellem Rohstoff", denn die Drogenszenen sind vielfältig, schillernd und veränderlicher geworden.⁸³

Zweitens ist festzustellen, dass Frauen nicht mehr wie in der mittleren Generation im Vergleich zu Männern mehr betäubende Substanzen wie Opiate konsumierten. So finden wir sie heute auch als Konsumentinnen von Kokain, Amphetaminen usw. (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004). Hier finden sich erste Hinweise auf veränderte Mädchen- und Frauenbilder: Besonders die erlebten Wirkungen von Kokain (aber auch der Amphetamine) scheinen aktuellen Mädchenbildern sehr zu entsprechen und der Konsum somit ein Mittel des gegenwärtigen Doing Gender zu sein. So ist von Mädchen in Suchtpräventionsveranstaltungen zu hören, unter Kokain seien sie genau das Mädchen, das sie immer sein wollen - selbstbewusst, cool, flotte Sprüche auf den Lippen. Man könnte also ironisch sagen, Kokain ermögliche eine "biochemische Inkarnation" aktueller Mädchenbilder (vgl. Schwarting, 2004, S. 11).

Drittens gab es in den 1990er Jahren ein neues Phänomen, das sowohl die Substanzen als auch die Kultur der Konsumszenen illegaler Substanzen prägte. Es begann zunächst in Großbritannien mit der neuen Subkultur der Raves (eine spezifische große Form von Party mit der neuentstandenen Techno-Musik) und Ecstasy-Konsum, und entwickelte sich dann zu einer in Westeuropa breit vorhandenen, kommerzialisierten neuen Partyszene (vgl. Meueler, 1997), auf der inzwischen sehr viele verschiedene illegale Substanzen verkauft und konsumiert werden. Die oben bereits genannten alten und neuen Substanzen firmierten als "Partydrogen", die Party wurde eine häufige Form einer Drogenszene. Somit entstand eine Szene, die den Mädchen und jungen Frauen in ganz anderer Weise entgegenkommt, die große Affinitäten zu ihnen zeigt, indem sie kulturell ein "weicherer" Image hat. Parties haben einen weniger maskulinen Stil als frühere Szenen, das Tanzen steht im Zentrum, die Kultur ist öffentlich und per Eintritt zugänglich und wenig exklusiv. Wie offensichtlich hier eine kulturelle Veränderung stattfand, die die Bilder der Geschlechter veränderte, ist merkwürdigerweise sehr wenig bearbeitet worden. Vor allem Angela McRobbie (1997) weist auf diesen Sachverhalt hin. In der Partyszene, vor allem den frühen Raves der Techno-Szene, wäre zwar nach wie vor die übliche Arbeitsteilung zu finden (Veranstalter, DJs etc. sind Männer). Aber die sozialen Beziehungen und kulturellen Praktiken, die die Szene ausmachen, passen zu den Bedürfnissen der Mädchen und Frauen gut. Verändern tun sich vielmehr die Formen von Männlichkeit: Sie erscheine nun viel eher als unaufdringliche Freundlichkeit denn als ungestümes Draufgängertum. Für Mädchen sei es angenehm, dass Jungen hier aggressive Formen ablegten.

„Die Ironie besteht darin, daß diese Entwicklung dem Gebrauch von Ecstasy mehr zu verdanken hat als der feministischen Kritik. Sie verlassen ihr Dasein als Einzelgänger

83 Auch das Image ändert sich ständig: Auf Suchtpräventionsveranstaltungen mit Jugendlichen ist zu erfahren, dass Heroin inzwischen oft als Droge der "Looser" und Verelendeten gilt, manche Ecstasy-KonsumentInnen finden Alkoholkonsum „proletenhaft“, andere meinen, Alkohol mache "gehirnkrank", wohingegen Cannabis oder halluzinogene Pilze "bio" seien, wieder andere fassen Cannabis überhaupt nicht als Droge (vgl. Schwarting, 2004).

und gehen zum Weichen, Geschmeidigen und Geselligen über. Durch den beinahe suchtartigen Charakter des Tanzens treten sie in eine sinnlichere, weniger auf sexuelle Befriedigung abzielende Beziehung zum eigenen Körper.“ (McRobbie, 1997, S. 199)

Das “Raven“, also langes, rauschhaftes Tanzen auf diesen Parties, erlaube den Mädchen körperliche Hingabe in Gegenwart anderer ohne sexuellen oder romantischen Anlass. Da Tanzen, seit jeher schon Mädchendomäne, nun zum zentralen Motivationsgrund und Zentrum der gesamten Subkultur wird, hätten sie mehr Selbstvertrauen und eine hervorgehobenere Stellung. Zudem würden sie die Kontrolle behalten, andererseits könnten sie sich in Tanzen und Musik verlieren und hingeben. Der Körper stehe so für Geselligkeit und Unabhängigkeit. Der kulturelle Stil fungiert nach McRobbie auch als sexueller Schutz.

Zugleich gibt es neue Substanzformen: Viele der populären harten Drogen kommen in “weicher“ Form daher! Früher waren Mädchen bzw. Frauen beim Konsum harter Drogen weniger vertreten. Doch mit der populären Drogenform der bunten “Pille“ löst sich die Trennlinie von Drogen und Medikamenten stark auf. Medikamente wiederum sind Mädchen vertraut: Das Pillenimage (sauber, aus dem Labor, kann man einfach schlucken) vieler harter Drogen senkt bei Mädchen die Schwelle zum Konsum.

Die neue Form der Parties als Konsumszene illegaler Drogen und die bunte Pillenform sind also Phänomene, die Mädchen und Frauen kulturell entgegenkommen, und eher Veränderungen männlicher kultureller Formen mit sich bringen. Ein ähnliches Phänomen könnte bei dem steigenden Cannabis-Konsum vorliegen: Früher eine Droge eher des gymnasialen und studentischen Milieus (vgl. Helfferich, 1994), wird es heute (auch) von unteren sozialen Schichten, und vor allem auch von jungen Männern sehr stark konsumiert (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004; Kraus, Augustin 2005.) Auch hier wären Untersuchungen hilfreich, die die aktuellen geschlechtsbezogenen kulturellen Konnotationen und Konsumkontexte analysieren.

4.2.2 Alkohol: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte

Zu den Substanzen

In diesem Suchtmittelbereich handelt es sich um deutlich bekanntere Stoffe. Man unterscheidet weiche Alkoholika (Bier, Wein, Sekt) und harte Alkoholika (Spirituosen). Sie sind legal, werden von der Industrie vermarktet und durch Werbung propagiert. Auch in diesem Bereich finden sich verschiedene Moden. In den 1980er Jahren waren z.B. Fruchtschnäpse (“Mr. Cox“, “Mr. Persiko“), in den 1990er Jahren Flachmänner wie “Kleiner Feigling“ populär. Gegenwärtig fallen zwei Veränderungen auf: Zum einen gibt es eine Reihe neuer Bierprodukte wie Alster bzw. Radler, die nun fertig gemischt verkauft werden, alkoholfreie und neue “helle“ Biere (“Becks Gold“ usw.). Zum zweiten sind die

sogenannten “Alkopops“ inzwischen stark verbreitet (vgl. Kraus, Augustin, 2005). Es sind Mischgetränke aus Spirituosen mit Limonade und Zucker. Sie schmecken dadurch weniger alkoholisch, wirken aber gerade durch den Zuckergehalt sehr stark. Die Alkopops haben schnell einen großen Marktanteil gewonnen. Nach Angaben der deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure (2003, zit. nach Kraus, Augustin, 2005) stieg der Absatz von spirituosenhaltigen Mischgetränken von 2001 nach 2002 um 340%.⁸⁴

Da Alkopops vor allem von Jugendlichen konsumiert werden, wurden von Seiten der Regierung Maßnahmen ergriffen: Durch höhere Besteuerung und verstärkte Anwendung des Jugendschutzes bei Einkauf von Getränken sind derzeit erste Rückgänge des Konsums zu verzeichnen.⁸⁵ Die Industrie reagiert jedoch bereits mit alternativen Mischgetränken aus weichen Alkoholika.

Suchtentwicklungen und Nutzung des Hilfesystems

Das Verhältnis von Frauen und Männern bei den Alkoholabhängigen wird auf ein Verhältnis von 1:3 oder 1:2 (bei 1,6 Millionen vermuteten Betroffenen) geschätzt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003a). Wie viele tatsächlich abhängig sind, ist schwer zu bestimmen. Mit Augustin, Kraus (2005) liegen verschiedene Zahlen vor: Gemäß dem Screeningverfahren nach AUDIT, einem Früherkennungsinstrument der WHO⁸⁶, haben 22,7% der AlkoholkonsumentInnen (also nicht aller Befragten) einen problematischen Konsum - 34,7% der Männer und 9,1% der Frauen, wir finden also ein Verhältnis von 3,8:1. Gemäß einem anderen Verfahren, das sich an Mengen des Alkoholkonsums orientiert⁸⁷, ergibt die Addition der Angaben zu “gefährlichem Konsum“ und “Hochkonsum“, dass 2,8% aller Befragten darunter fallen, und zwar 4,1% aller Männer und 1,3% aller Frauen; das entspricht einem Verhältnis von 3,2:1. (Eigene Umrechnung der Tabelle 1 von Augustin, Kraus, 2005, S. 32)

Im Hilfesystem ist Alkohol die wichtigste psychotrope Substanz mit 45% der Hauptdiagnosen im ambulanten und 80% im stationären Bereich. Wie sehen die Geschlechterdifferenzierungen hier aus? Für Männer wie für Frauen stellt

⁸⁴ Vgl. z.B. Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure (BSI), 2003: Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn (zit. nach Kraus, Augustin, 2005, S. 35).

⁸⁵ Gemäß dem Gesetz des deutschen Bundestages vom Sommer 2004 (AlkopopStG) wird seit dem 2.8.2004 auf spirituosenhaltige Alkopops eine Sondersteuer erhoben und seit dem 1.1.2005 müssen alle Flaschen, wenn Branntwein enthalten ist, den Hinweis “Keine Abgabe an Personen unter 18 Jahren“ aufweisen. Vgl. dazu den Drogen- und Suchtbericht 2005 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005a, S. 12).

⁸⁶ In den “Alcohol Use Disorders Test“ (AUDIT) gehen neben den Konsummengen und Konsummustern wie exzessive Trinkanlässe zusätzlich Abhängigkeitssymptome und alkoholbedingtes abweichendes Verhalten ein (vgl. Augustin, Kraus, 2005b, S. 31).

⁸⁷ Der international übliche “Frequenz-Menge-Index“ errechnet aus Angaben zur Häufigkeit des Konsums, Getränkeart sowie konsumierten Mengen eine durchschnittliche Tagesmenge reinen Alkohols in Gramm. Daraus ergeben sich folgende Konsumformen: Abstinenz, risikoarmer Konsum, riskanter Konsum, gefährlicher Konsum, Hochkonsum.

Alkoholabhängigkeit die häufigste Hauptdiagnose⁸⁸ dar: In der ambulanten Suchtkrankenhilfe beträgt das Verhältnis von Männern und Frauen bei den Alkoholabhängigen 77,2% zu 22,8% bzw. 3,4:1. In stationären Einrichtungen beträgt es 77% zu 23%, also 3,3:1.

Kulturelle und soziale Aspekte

Nach wie vor konsumieren Männer mehr Alkohol als Frauen. Kontinuität in Hinsicht auf Trends zeigen auch die unterschiedlichen Getränkevorlieben der Geschlechter. Ein Beispiel: Befragt, wovon sie in den letzten 30 Tagen mindestens ein Glas tranken, antworteten mit „ja“ bei Bier: 78,7% der Männer und 38,8% der Frauen, bei Wein/Sekt: 53% der Männer und 68,6% der Frauen, bei Spirituosen: 41,6% der Männer und 24,7% der Frauen. (Kraus/Augustin, 2004, Tab. 2, S. 33). Wir finden hier also wie bereits bei den illegalen Drogen geschlechtsbezogene Affinitäten zu „harten“ und „weichen“ Substanzen.⁸⁹

Ähnlich verhält es sich hinsichtlich stärkerer Betrunkenheit. Zur Häufigkeit des Rauschtrinkens befragt (mehr als 5 Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen), antworteten „1-3mal“ 25,2% der Männer und 11% der Frauen, bei der Antwort „4-mal oder häufiger“ waren es noch 19,4% der Männer und 5,3% der Frauen (Augustin, Kraus, 2005, Tab. 3, S. 33).

Frauen stehen sowohl dem mäßigen Trinken als auch der Trunkenheit insgesamt kritischer gegenüber.⁹⁰ Befragungen, die wie diese ganz allgemein nach dem Verhältnis zum Alkoholkonsum fragen, geben aber keinerlei Hinwies darauf, wie die befragten Frauen und Männer antworten würden, wenn sie zum Konsum spezifisch bei Männern und Frauen befragt würden.

Hier gibt es deutliche Differenzen: Betrunkenheit wird bei Männern und teilweise bei jungen Frauen toleriert, Trunkenheit bei älteren Frauen stößt allerdings auf Ablehnung. In einem europäischen Vergleich von Trinkkulturen wird sogar ein Zusammenhang zitiert

⁸⁸ Man unterscheidet zwischen der „Hauptdiagnose“, die die leitende Diagnose für die Beratung und Behandlung ist, und den „Einzeldiagnosen“, die weitere, konsumierte Substanzen bezeichnen. KlientInnen können also neben ihrer Hauptdiagnose noch mehrere Einzeldiagnosen haben.

⁸⁹ Dazu passt allerdings weniger, dass Bier als die alkoholärmste der drei Substanzen ein ausgesprochenes Männergetränk ist. Die oben erwähnten neuen Bierprodukte zielen auch deutlich darauf, Frauen als Konsumentinnen für Bier zu gewinnen. Hier dürften also noch andere kulturelle Assoziationen neben „hart“/„weich“ wirksam sein.

⁹⁰ Der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland stellt hier Ergebnisse einer Studie vor, die die deutlich positivere Einstellung von Männern gegenüber Alkohol zeigt: „Mäßig trinken darf man so oft man will“, meinten 40% der Frauen und 51% der Männer. „Party ist langweilig ohne Alkohol“: 23% der Frauen, 39% der Männer. „Ich habe immer Alkoholika zu Hause“: 30% der Frauen, 42% der Männer. „Ein Schwips ist sehr angenehm“: 23% der Frauen, 34% der Männer. „Es ist nicht schlimm, sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird“: 26% der Frauen, 39% der Männer (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002a, S. 205).

zwischen dem Rauschtrinken der Männer und der Erwartung, dass Frauen für Mäßigung Sorge zu tragen hätten (Institute for Medical Informatics, Biostatistics & Epidemiology, 1999, S. 60, zitiert nach: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002a, S. 200).

In dem Hinweis auf Toleranz gegenüber Trunkenheit bei Männern und zum Teil bei jüngeren Frauen klingt an, dass geschlechts- und generationsbezogene Änderungen hier verflochten auftreten. In den letzten Jahrzehnten sind hier große Veränderungen aufgetreten, so dass die Erfahrungen und Ansichten der drei gegenwärtig lebenden Generationen sehr unterschiedlich ausfallen. Diese drei Generationen (bzw. die Zeiträume ihrer Jugend und Jungerwachsenenzeit, die für den Umgang und die Sicht von Alkoholkonsum prägend sind) werde ich im Folgenden getrennt skizzieren.

Die ältere Generation

Die geschlechtsbezogenen Trinknormen und –gewohnheiten, mit der diese Generation aufgewachsen ist, sind für Frauen und Männer so unterschiedlich, dass sie zu recht als “zweigeschlechtlich” bezeichnet werden können. Erstens betrifft das die *Konsumorte und das “richtige Maß“*: Männer dürfen mehr, öffentlich, bis zum starken Rausch trinken, Frauen dagegen wenig und weniger öffentlich. Es gibt hier unterschiedliche Formen von Angemessenheit, wie folgende Aussage deutlich zeigt:

„Besonders betrüblich ist es, wenn etwa bei Festen in nächtlicher Stunde kreischende Frauenstimmen sich ins Gejohle betrunkenener Männer mischen!“ (Odermatt-Sury, 1965, S. 7, zit. nach Reinke, 1980, S. 109)

Der Alkoholkonsum taucht häufig auch als Mittel der Initiation ins männliche Erwachsensein sein auf; in folgendem Beispiel eingeführt durch den Vater:

(...) bei diesem gesamtfamiliären Oktoberfestwiesenbesuch aus Anlaß meines sechzehnten Geburtstages (...) machte mein Vater den (...) durch und durch fürsorglich gemeinten Vorschlag, ich, der nunmehr Sechzehnjährige, solle statt mit den Kleinen raufen, mit den Großen saufen, und begeistert von diesem seinem Vorschlag wiederholte er wieder und wieder diese seine Worte, statt mit den Kleinen raufen, mit den Großen saufen, und er bestellte auf der Stelle bei der Oktoberfestwiesenbedienung für sich und für mich jeweils eine große Maß Oktoberfestwiesenbier (...). (Georg M. Oswald, *Das Loch*, 1997, S. 110, zit. nach Kruse, Körkel, Schmalz, 2000).

Zweitens entsteht eine zweigeschlechtliche Sprache, die die Unterschiedlichkeit der Normen spiegelt: Männer sind angetrunken oder “besoffen”, Frauen sind “beschickert” oder haben einen “Schwips“.

Drittens ist ein unterschiedliches *Erscheinungsbild* von Trunkenheit zu konstatieren, den man vielleicht als *Habitus* bezeichnen könnte: Grölen, Torkeln, Lautstärke der Stimmen usw. wird mit Männern verbunden.

Viertens ist Alkoholabhängigkeit – als “Zuviel“ – per se eine *Abweichung*. Bei Männern kam und kommt sie häufig vor. De facto sind bzw. waren auch eine Reihe von Frauen der älteren Generation alkoholabhängig, aber – wie Legnaro und Zill (1983) in ihrer Studie unterscheiden – stellt das eine *unerwartete* Abweichung dar. Die Stigmatisierung, die sich durch diese Zweigeschlechtlichkeit der Trinknormen und des Alkoholismus ergibt, führte in dieser Generation besonders stark zu einem Doppelstandard in der Diagnose: Bei Frauen wurde (und wird) von der Umgebung bereits früher der Konsum problematisiert oder Alkoholismus angenommen als bei Männern, wie die Studie von Irmgard Vogt (1994) zeigt. Die Stigmatisierung führe zu einem Phänomen mit zwei Seiten: Während ein Teil der Frauen durch die stärkere Reaktion ihres Umfeldes in einem früheren Stadium in die Suchthilfeeinrichtungen kam als Männer, kamen die besonders heimlich Trinkenden besonders spät. Auch die Studie von Aldo Legnaro und Gerda Zill zeigt das zweigeschlechtliche Maß: Sie heben besonders hervor, dass Ehemännern sehr früh der Konsum ihrer Frauen als “zuviel” erscheint.⁹¹

Die beschriebenen unterschiedlichen kulturellen Formen auch in der Alkoholabhängigkeit zeigen sich eindrucksvoll in dem Gruppeninterview von Gudrun Reinke (1980), in dem sie Frauen zwischen 30 und 50 Jahren während einer Entziehungskur befragte. Ihre Trinkformen schilderten sie als unsichtbar, sie tranken (mit einer Ausnahme) immer allein und in ihrer eigenen Wohnung – oft während der Hausarbeit oder abends vor dem Fernseher. Bevorzugte Getränke waren Wein und – sozusagen in Vorwegnahme der späteren Alkopops - Cognac mit Brause oder Korn mit Brause. Solche Beschreibungen finden sich auch bei Legnaro und Zill sowie in veröffentlichten Biografien, z.B. von Vera Roos (2002).

Auch unter den alten Frauen (und Männern) sind nicht wenige alkoholabhängig. Doch für sie gibt es kaum Angebote, Ansprache oder Literatur. Martin Beutel und Matthias Baumann (2000, S. 156) weisen auf die Vernachlässigung dieser Gruppe hin: Bei den über 60jährigen läge Alkoholmissbrauch bei 10-20% der Männer und 5-10% der Frauen vor, eine Alkoholabhängigkeit bei 2-3% der Männern und 0,5-1% der Frauen. Die mangelnde Behandlungsdichte vor allem im stationären Bereich sei auch strukturell bedingt, da Suchtkliniken überwiegend von den Rentenversicherungsträgern (mit Bedingung der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) belegt würden, und darum überwiegend PatientInnen im erwerbsfähigen Alter behandelten. Dass es auch anders ginge, zeigen die (noch recht seltenen) Möglichkeiten der Behandlung in altershomogenen Gruppen. Es gibt gute Erfahrungen sowohl mit einem gerontologisch spezialisierten, milieuthérapeutisch

⁹¹ Geschlechtsbezogene unterschiedliche kulturelle Bilder und Trinkmuster wirken sich auch auf subjektive und objektive Vorstellungen aus, bei welchen Anzeichen eigentlich Alkoholismus vorläge. In älteren Selbsttests zu Alkoholismusgefährdung gab es zum einen Items, die die Diagnose für Frauen mindern und für Männer steigern (Wann war das letzte Trinkgelage? Waren Sie an Autounfällen beteiligt? Haben Sie jemanden verletzt? usw.) und zum anderen solche Items, die wiederum die Diagnose für Frauen steigern und für Männer mindern (Haben Sie sich für das Trinken geschämt?). Aktuell gebräuchliche Tests sind offener für verschiedene Trinkmuster (vgl. Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 52ff.).

ausgerichteten Konzept mit altershomogenen Gruppen, als auch mit einem integrierten Konzept von Mehrgenerationsgruppen.

Die mittlere Generation

Für die mittlere Generation von Frauen haben sich die Lebensmöglichkeiten und auch die gesellschaftlichen Bilder von konsumierenden Frauen schon deutlich geändert und erweitert, was z.B. auch in der Werbung sichtbar wird.

Zum einen nimmt starker Konsum bei Frauen in höheren beruflichen Positionen und Leitungsstellen zu. Das könnte damit zu tun haben, dass es hier eine Angleichung in der Trinkkultur zu Männern gibt und der Konsum bei Frauen eher toleriert und weniger stigmatisiert wird, es könnte aber auch auf starke Belastungen und Widersprüche hinweisen, mit denen Frauen in solchen Positionen häufig zu tun haben.

Kruse, Körkel und Schmalz rücken den zunehmenden Konsum bei Frauen in einen Zusammenhang mit "Wohlstandsalkoholismus". In Erinnerung an den "Armutsalcoholismus" zu Beginn des Industriezeitalters sagen sie:

„Umgekehrt kann man heute vom Wohlstandsalkoholismus sprechen, insofern belegt wurde, dass z. B. bei Frauen der Alkoholkonsum linear mit dem Einkommen zunimmt. Eine erfolgreiche Geschäftsfrau, Rechtsanwältin, Unternehmerin scheint also besonderen Gefährdungen unterworfen zu sein.“ (Kruse, Körkel, Schmalz, 2000, S. 27)

Zwei Aspekte sind hier wert, hinterfragt zu werden:

Erstens ist höheres Einkommen eine rein materielle Voraussetzung, die benannten Lebenssituationen der Geschäftsfrau, Rechtsanwältin usw. sind aber zugleich für Frauen qualitativ ein neuer sozialer Ort und Status. Ginge es nur um das verfügbare Geld, könnten ja auch die Ehefrauen von Geschäftsmännern, Rechtsanwälten usw. im vergleichbaren Maße trinken. Das Einkommensargument greift insofern zu kurz, als die AutorInnen die Frauen als Berufstätige und Erfolgreiche ja auch kulturell beschreiben. Es könnte also auch um neue Bilder des Konsums von Frauen gehen. Dennoch steht die Frage an, inwieweit sich hier eine nach wie vor zweigeschlechtliche Moral mit unterschiedlichen Normen und Bewertungen je nach Schicht/Lage verschränkt. Zum zweiten ist die Schlussfolgerung, diese Frauen unterlägen "besonderen Gefährdungen", problematisch und spekulativ.

Auf eine etwas andere Art, nämlich mit der *Modernität* der Gesellschaft, interpretieren Gallus Bischof und Ulrich John diese Konvergenz (2002, S. 344). Sie berichten von den Ergebnissen des "Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project" (Fillmore, Golding, Leino, Motoyoshi, Shoemaker, Terry, Ferrer, 1997, zit. nach Bischof, John, 2002, S. 344). Dieses Projekt machte eine zusammenfassende Analyse von Daten aus 38 Längsschnittstudien aus 15 Ländern, vorwiegend in Europa und Nordamerika, aus dem Zeitraum 1928-1984. Die AutorInnen untersuchten mit ihrer Metaanalyse die Konsistenz von

Geschlechterdifferenzen über verschiedene Stichproben, Epochen und Gesellschaften. Die Ergebnisse zeigen: Frauen trinken konsistent weniger Alkohol als Männer, wobei die Konsummengen länderabhängig variieren. Die nationale Herkunft sowie kulturelle Faktoren beeinflussen, wie viel und wie oft Männer und Frauen in unterschiedlichen Altersgruppen konsumieren. Als eine zentrale kulturelle Einflussgröße des Trinkverhaltens bei Frauen gilt die "Modernität" einer Gesellschaft, die sie anhand des Prozentsatzes berufstätiger Frauen operationalisierten. Frauen in Gesellschaften mit modernen Rahmenbedingungen sind seltener abstinent und weisen höhere Konsumraten auf. Kurz: Der direkte Einfluss von Geschlecht auf den Alkoholkonsum hänge mit der Modernität der Gesellschaft zusammen.

Modernität, Erwerbstätigkeit und kultureller Wandel sind also die zentralen Momente der sogenannten Konvergenz. Aber die Folge, vermehrter Konsum (somit mehr Sucht, also mehr Gefährdung), kann unterschiedlich diskutiert und fokussiert werden. Schaut man vom Objekt der Verarbeitung, vom *Gegenstand* der Bewältigung/Belastung her, so käme man zu der These, Frauen würden, soweit sich ihre Lebenslage durch die Modernisierung verändert, mehr belastet. Schaut man jedoch von der Form der Verarbeitung her, so käme man zu der These, durch den kulturellen und gesellschaftlichen Wandel gäbe es eine größere Normalität von Alkoholkonsum, und dadurch zu einer nun auch bei Frauen auftretenden Form der problematischen Verarbeitung. Es ist von zentraler Bedeutung, welche der zwei Dimensionen hier fokussiert wird, denn sie führen sonst zu merkwürdigen Widersprüchen und Ideologisierungen, wie sie beispielsweise in den 1980er Jahren von Konservativen polemisch (Emanzipation mache Frauen suchtkrank) geäußert wurden.⁹² Hatten Legnaro und Zill (1983) Anfang der 1980er Jahre noch von Alkoholismus – als Abweichung gesehen – als für Männer von einer *erwarteten* Form der Abweichung und für Frauen von einer *unerwarteten* Form der Abweichung gesprochen, so könnten wir heute sagen: Mit zunehmend gängigem, normalem Konsum wird Alkoholismus auch für Frauen eine "normalere", eine *erwartete* Abweichung.

Für Frauen auch dieser mittleren Generation bleibt die Konnotation des Sexuellen, die als Gefährdung auftaucht: Paul Willis (1991, 125ff.) zeigt in seiner Studie zu Jugendstilen, wie unterschiedlich die Bedeutungen von Konsum und Trunkenheit bei Frauen und Männern ausfallen. Bei den Männern geht es um Härte, Unverletzlichkeit und körperliche Entgrenzung – und um Erfahrungen damit unter Männern. Diese Konnotationen können, z. B. bei Schlägereien - in Gefühlen "besinnungsloser Stärke" gipfeln, wie bei folgendem Interviewpartner beschrieben:

„Ich hab´ gemerkt, wenn ich besoffen bin, bin ich stärker. (...) Wenn man besoffen ist, merkt man auch nicht, daß es weh tut (...) man merkt seine Kraft, aber man merkt

⁹²Aber auch die Gegenposition, vor allem traditionelle Abhängigkeiten machten Frauen suchtkrank, wurden unter diese Frage kritisch reflektiert (vgl. Vogt, 1990).

nicht, daß es weh tut. Es ist ein irres Gefühl, ziemlich schrecklich und ziemlich phantastisch. (...) Du kannst viel länger reingehen.“ (Willis, 1991, S. 133)

Bei Frauen der untersuchten Gruppe gelte Trinken dagegen weder als sozial noch habe es Wettbewerbscharakter und würde auch nicht von der Gruppe ermutigt. Übermäßiger Alkoholkonsum unterstreiche zwar auch bei Mädchen die öffentliche Geschlechtsidentität, aber in einer Weise, die als negativ angesehen werde, vor allem, wenn man dabei mit einer unbarmherzigen und sexistischen Umgebung zu tun habe (vgl. Willis, 1991, S. 127). Er zitiert eine Interviewpartnerin, die von einer Situation auf einer Party erzählt:

„Es ist nicht weiblich, übermäßig zu trinken. Meine Freundin wurde mal betrunken und ich hab sie einfach sitzenlassen. Die hat sich bloß noch zur Schau gestellt. Ich hab dann einfach, ich hab zu ihr gesagt, ‚wenn du dich so gehen läßt, dann ist das dein Problem.‘ Und ich bin einfach weggegangen.“ (Willis, 1991, S. 128)

Interessant ist hier die Einschätzung, es sei “nicht weiblich, übermäßig zu trinken“. Für Mädchen gibt es offensichtlich ein Maß, bei Männern dagegen Grenzenlosigkeit.

Die junge Generation

Zwischen 1998 und 2003 ist der Anteil jugendlicher Konsumenten von Alkopops deutlich gestiegen, man kann also vermutlich von einem veränderten Konsumverhalten bei Jugendlichen und Jungerwachsenen sprechen. (Kraus, Augustin, 2005, S. 35)

Wie bereits beschrieben, werden derzeit “Alkopops“ stark konsumiert, bunte flotte Misch-Getränke, die in ihrem Outfit und der werbeästhetischen Darstellung mit tanzenden und fröhlichen Gruppen besonders Mädchen stark ansprechen. Wir finden hier große Ähnlichkeiten zur Entwicklung bei illegalen Drogen, die ja auch mit “weichem Image“ zunehmend in Party- und Tanzkontexte eingebunden sind, wie McRobbie (1997) ausführt. McRobbie analysiert diese Konsumszenen auch vor dem Hintergrund veränderter Mädchen- und Frauenbilder, die sich zwar in einer “diskursiven Explosion“ (ebd., S. 193) modernisiert, und vervielfältigt hätten, aber ganz widersprüchlich seien. In den neuen Bildern von Weiblichkeit ständen Vorstellungen von Freundschaft, Gleichheit *und* Differenz, Liebe, Sex und Vergnügen gleichzeitig nebeneinander – erst in der gelebten Praxis würden einige der Wünsche problematisch. Ihres Erachtens bieten neue Party- und Konsumszenen kulturelle Formen an, in denen diese Bilder - symbolisch - gelebt werden können. Diese Überlegungen bilden eine anregende Ergänzung zu den Ausführungen über rhetorische Modernisierung und neue Verdeckungszusammenhänge, die in Kapitel 3. vorgestellt wurden. Es wäre sehr anregend, hier weitere Untersuchungen zu den Verarbeitungen auf der Ebene der kollektiven Kulturen anzustellen.

Bei den jungen Männern entwickelten sich - in Ausdifferenzierung unterschiedlicher Konsummuster - parallel auch “härtere“ Konsummuster wie “binge-drinking“, und sowohl bei jungen Frauen wie Männern finden sich zunehmend jüngere Abhängige.

Die Befunde bei den jungen Mädchen und Jungen zeigen: Hier konsumieren inzwischen mehr Mädchen, es gibt eine weitere Angleichung an die Jungen. Doch ein Blick auf die Kontexte und Szenen zeigt, dass dieser Effekt durch spezifische, genderrelevante Veränderungen zustande kommt. In den Prävalenzen zeigt sich zwar die Annäherung von Mädchen an Jungen – in der Entwicklung der Substanzform und der Konsumszenen jedoch wird deutlich, dass die Jungen sich kulturell auf die Mädchen zubewegt haben (durch die “weiche” Substanzform und die offenere, weichere Szene). Das heißt, dass die Konsumzahlenannäherung der Mädchen an die Jungen das Ergebnis einer kulturellen Annäherung der Jungen an die Mädchen ist, mit Szenen, in denen die Geschlechterverhältnisse und Formen sich eher für Jungen und Männer ändern. Dennoch konsumieren nicht etwa die Jungen weniger, sondern die Mädchen mehr Alkohol.

Die Dynamik scheint, ähnlich wie bei den Frauen mit gehobeneren beruflichen Positionen der mittleren Generation, so zu sein, dass Mädchen bzw. Frauen nun überhaupt oder leichter als früher Zugang zu den öffentlichen Orten des Trinkens finden und dadurch auch mehr konsumieren.

Erfahrungen aus der Arbeit mit Mädchen zeigen auch, dass weiterhin zweigeschlechtliche Normen wirksam sind, wobei der Alkoholkonsum jedoch in anderer Weise – ganz strategisch – eingesetzt wird:

“Aus den Begründungen der Mädchen lassen sich in der Regel die Bedeutungen nicht einfach erschließen. (...) Erst durch das Nachfragen erschließen sich die geschlechtsspezifischen Lebensverhältnisse. Die Begründung für Schnaps ‚Mal was Verbotenes wagen‘, entschlüsselte sich uns folgendermaßen: das ‚Verbotene‘ war das Küssen mehrerer Jungen auf einer Party. Der Mißachtung, ‚eine zu sein, die es mit jedem tut‘, konnte das Mädchen mit Alkohol als Legitimation entkommen und trotzdem ihr Bedürfnis (sich und die Jungen auszuprobieren) befriedigen. (Ein Junge, der mehrere Mädchen küssen möchte, muß sich vielleicht Mut antrinken, aber nicht als Abwehr seiner Mißachtung als Junge.)” (Herschelmann, Peine, 1996, 149f.)

In diesem Zusammenhang wären biografische und kulturbezogene Forschungen von großem Interesse, um konkretere Erkenntnisse zum Zusammenhang von Suchtmittelkonsum und veränderten Mädchen- und Jungenbildern zu gewinnen.

4.2.3 Psychoaktive Medikamente: Substanzen, Suchtentwicklung und Nutzung des Hilfesystems, kulturelle und soziale Aspekte

Bei den Medikamenten handelt es sich um einen Bereich mit ganz spezifischer Problematik. Die Abhängigkeit entsteht hier häufig in einem ganz anderen Kontext als beim individuellen Gebrauch von Suchtmitteln zum Zweck des Genusses, nämlich im Rahmen von medizinischer Behandlung. Der Konsum von Medikamenten ist damit im medizinischen System angesiedelt, sei es in Form ärztlicher Verordnungen oder von

Selbstmedikation. Neben auffälligeren Suchtentwicklungen („High-Dose-Dependency“) tritt häufig auch eine Niedrigdosisabhängigkeit („Low-Dose-Dependency“) auf, nicht selten im Rahmen ärztlicher Verordnungen.

In diesem Bereich wirkt sich besonders stark das Forschungsproblem der mangelnden Erfassung älterer Menschen aus, die generell vom Suchthilfesystem fast völlig vernachlässigt werden (vgl. die Ausführungen im Abschnitt zu Alkohol). In der Repräsentativerhebung z.B. werden Ältere überhaupt nicht erfasst, die untersuchte Altersgruppe ging von 18 bis 59 Jahren. Nicht nur, aber verstärkt bei älteren Menschen ist zu vermuten, dass diese Form von Sucht gar nicht erst als Problem wahrgenommen wird, so dass die Suchtkrankenhilfe auch keine adäquaten Angebote dafür schafft.

Suchtentwicklungen und Nutzung des Hilfesystems

Die wenigen erfassten Konsumdaten finden wir in der aktuellen Repräsentativerhebung. Bei 4,3% aller Befragten lag ein problematischer Konsum vor, bei 3,2% der Männer und 5,5% der Frauen, also ein Geschlechterverhältnis von 1:1,7. (Augustin, Semmler, Rösner, Kraus, 2005, Tabelle 3, S. 52)⁹³

Die Konsumzahlen steigen mit höherem Alter von 2,9% der 18-20 Jährigen auf 8,5% der älter als Fünfzigjährigen. (Tabelle 3, S. 52)

Interessant ist besonders, wie in der Repräsentativerhebung die Bedeutung von Medikamenten zur Lebensbewältigung eingeschätzt wird.

- „Ohne Medikamente als halber Mensch“ fühlten sich 5,8% der Männer und 7,6% der Frauen,
- nicht wissen, wie sie „den Tag ohne Medikamente durchstehen“ sollen, tun 7,9% der Männer und 10,9% der Frauen,
- „in manchen Situationen nicht auf Beruhigungs- und Schmerzmittel verzichten können“ 5,5% der Männer und 8,8% der Frauen (Augustin, Semmler, Rösner, Kraus, 2005, S. 53).

Die Höhe dieser Zahlen erschreckt, doch ist zugleich schon ein zentrales Problem bei der Interpretation von Medikamentenkonsum und -abhängigkeit berührt: Die Aussage „den Tag nicht durchstehen“ kann auch chronisch Kranke, Schmerzkranken u.a. betreffen. Die Abgrenzung zwischen krankheitsbedingter Einnahme und als Sucht einzustufender Einnahme von Medikamenten ist schwer zu treffen.

⁹³ Die Daten wurden mit Hilfe dreier Instrumente erhoben. Der verwendete Kurzfragebogen zum Medikamentenmissbrauch (KFM) enthält elf Items und stellt ein Screening-Verfahren dar, das den (nur) „problematischen“ Medikamentenkonsum bereits mit einigen Symptomen von Abhängigkeit verbindet (positiver Befund ab 4 Items), ohne schon ICD 10/DSM IV zu entsprechen (S. 10). Gefragt wurde auch nach Einschätzungen, welche Bedeutung Medikamente bei der Lebensbewältigung haben (ebd., S. 52).

Die Repräsentativerhebung (ebd., Tabelle 5, S. 54) zeigt für die Substanzen deutliche Konsumtrends⁹⁴ in drei besonderen Problemgruppen: Schmerzmittel nahmen 10,6% der Männer und 15,6% der Frauen, Schlaf- und Beruhigungsmittel nahmen 3,1% der Männer und 4,7% der Frauen und Antidepressiva 2,4% der Männer und 3,4% der Frauen. Interessant erscheint mir auch folgender Nebenbefund in Bezug auf Schmerzmittel: Wegen ihrer anregenden Wirkung nehmen 3,5% der Männer und 3,3% der Frauen Schmerzmittel. Sie haben häufig Koffein oder Codein als Bestandteile. Laut Glaeske (2003) haben 20% der nichtrezeptpflichtigen Schmerzmittel Koffein als Bestandteil.

Die Autorinnen der Repräsentativerhebung problematisieren gerade Schmerztabletten: Bedenkt man, dass 23,4 % der Männer und 29,9% der Frauen bei Kopfschmerzen sofort Tabletten nehmen (Augustin, Semmler, Rösner, Kraus, 2005, Tabelle 4, S. 53), dass weiterhin die Gesundheitsforschung zeige, dass viele Menschen an Kopfschmerzen litten und nur die Hälfte einen Arzt aufsuche, und dass die zentrale Nebenwirkung vom Schmerztabletten gerade Dauerkopfschmerzen seien, so sind zahlreiche fatale Missbrauchs- und Abhängigkeitsverläufe zu befürchten.

Auffallend an einem Vergleich der Substanzprävalenzen seit 1995 (ebd., S. 54) erscheint Folgendes: Während der Konsum bei anderen Medikamenten eher stabil blieb oder abnahm, ist der Konsum von Antidepressiva und Neuroleptika zumindest bei den Frauen leicht steigend, vor allem aber ist der Konsum von Schmerzmitteln bei Männern wie Frauen seit 1997 steigend. Für ärztliche Verordnungen gilt, dass sie für lang wirkende Benzodiazepine in den letzten Jahren stark abgenommen haben zu Gunsten neuerer Substanzen mit niedrigerem Abhängigkeitspotential.

Auch hier zeigt sich wieder ein Problem methodischer Art: Medikamente wie Benzodiazepine werden älteren Menschen häufiger verschrieben (Glaeske 2003), so dass mit wesentlich höheren Prävalenz- und Abhängigkeitswerten zu rechnen sei (Weyerer, Zimmer, 1997), wenn man die Altersgruppe der Untersuchten über die in der Repräsentativerhebung erfassten Altersstufen (18 bis 59 Jahre) hinaus erweitert.

Gängige Schätzungen gehen davon aus, dass das Verhältnis von Frauen und Männern hinsichtlich Medikamentenabhängigkeit etwa zwei Drittel zu einem Drittel hinsichtlich der rund 1,5 Millionen Abhängigen beträgt (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003a).

Obwohl man bei Schätzungen von ähnlichen Abhängigkeitszahlen wie bei Alkoholabhängigkeit ausgeht, tauchen Medikamentenabhängige im Suchthilfesystem fast gar nicht auf. Im Jahr 2003 machte Medikamentenabhängigkeit 0,7% der Hauptdiagnosen im

⁹⁴ Das erfragte Kriterium war hier „in den letzten 4 Wochen das Medikament mindestens einmal wöchentlich genommen“.

ambulanten Hilfesystem aus, bei 0,4% der Männer und 1,5% der Frauen (IFT, 2004a), das Verhältnis von Männern und Frauen beträgt 43,6% Männer zu 56,4% Frauen bzw. 1:1,3. In der stationären Entwöhnungsbehandlung bilden Medikamente 0,7% der Hauptdiagnosen (0,4% der behandelten Männer und 1,9% der Frauen (IFT, 2004b), ihr Verhältnis beträgt 40% zu 60% bzw. 1:1,5.

Brisant sind hier vor allem die hohe Selbstmedikation vor allem bei Frauen mit Schmerzmitteln und die durch ärztliche Verordnungen angestoßene Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Entgegen häufiger Annahmen ist hier der psychiatrische Bereich gar nicht zentral: Die Auswertung von Verschreibungsstatistiken zeigt vielmehr, dass Benzodiazepine zu 65% von AllgemeinärztInnen und zu 23% von InternistInnen verschrieben werden, jedoch nur zu 10% von NervenärztInnen (Glaeske, 1999). Aktuelle Zahlen und Hintergründe mitsamt sehr guten Handlungsempfehlungen finden sich in dem gerade erschienenen Abschlussbericht der Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" (2004), eine hilfreiche Bibliografie hat die Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW herausgegeben (Brunnett, 2004).

Eine Grauzone entsteht durch folgende Besonderheiten: Psychotrope Medikamente werden nicht als Droge, sondern als – oft von Ärztinnen und Ärzten verordnete – Heilmittel betrachtet; die Betroffenen fallen weder sozial noch durch starke Suchtsymptome auf, und schließlich überblicken sowohl die Akteure im Gesundheitswesen wie auch die Frauen (und Männer) selbst oft nicht, was ihnen eigentlich fehlt, was sie quält und dass ihr Konsum schon längst zur Abhängigkeit geworden ist.

Beim Thema Medikamentenabhängigkeit geht es, obschon eine Vielzahl von Substanzen ein Abhängigkeitspotential besitzen (vgl. Glaeske 2003), vor allem um die Abhängigkeit von zwei Substanzgruppen:

- von den "leichteren" der Schmerzmittel (Kombinationspräparate z.B. mit Koffein, Codein), die meist frei erworben werden, und
- von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepine), die gemäß Verschreibungsstatistiken zu Zweidritteln von Allgemeinärztinnen und -ärzten verschrieben werden (vgl. Glaeske 1999).

Kulturelle und soziale Aspekte

In Bezug auf die verschiedenen Generationen von Konsumierenden gibt es vor allem Erkenntnisse über das Verhalten von Frauen. Die Hintergründe von Medikamentenabhängigkeit bei Männern sind dagegen kaum erforscht.

Ältere Frauen:

Eine Gruppe von Betroffenen sind die älteren Frauen. Sie leiden häufig unter belastenden Lebensbedingungen wie Einsamkeit, Mangel an Kommunikation, Zuwendung und

Anregung, was oft zu diffusen Symptomen, in der Folge zu Benzodiazepin-Verordnungen und dadurch oftmals auch zu Abhängigkeitsentwicklungen führt. Studien zur Verschreibungsquote bei alten Frauen in unterschiedlichen Heimen zeigen, dass es hier Handlungsspielräume gibt (Krock 2002; Weyerer, Zimber 1997) und dass derzeit folgenschwere Über- und Fehlversorgungen häufig vorkommen.

Jüngere Frauen:

Während Alkohol und illegale Drogen eher zur Regulierung von Gefühlen und zur Verringerung von Spannungen konsumiert werden, erhoffen Frauen sich von Medikamenten vor allem die (Wieder-) Herstellung der eigenen Funktionsfähigkeit (vgl. Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink, Witte, 2001). Als Hintergründe für den Konsum und die Suchtentwicklung bei jüngeren Frauen wird in der Literatur (Brunnett, 2004) eine hohe Beanspruchung bei gleichzeitig wenig Gestaltungsmacht über Lebens- und Arbeitsbedingungen genannt, wie dies z.B. bei Alleinerziehenden, Frauen aus sozial benachteiligten Lagen und in belastenden Berufsfeldern mit wenig Einflussmöglichkeiten (Krankenpflege, Schichtdienste usw.) häufig anzutreffen ist. Auch private Belastungen, etwa durch eine zu stark ausgeprägte Helferinnenrolle, Pflege von Angehörigen, bei Gewalt in Beziehungen, bei unverarbeiteten Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit oder Alkoholismus des Partners, spielen hier oft eine Rolle.

Ein gemeinsamer Hintergrund der Suchtentwicklung dieser verschiedenen Gruppen liegt darin, dass Überforderungen, Isolation oder nicht erlaubte Gefühle und Bedürfnisse *somatisiert* werden, sich also als diffuse Beschwerden wie Unruhe, Konzentrations- oder Schlafstörungen äußern. So kommt es auch zu den so genannten "Verlegenheitsmedikationen", zum Teil als Lösung ratloser Ärztinnen und Ärzte, zum Teil aber auch auf heftiges Drängen betroffener Frauen, die sich von Arztbesuchen und Medikamentenverordnungen Aufmerksamkeit und Sicherheit versprechen. Die Betroffenen landen dann in einem fatalen Zirkel: Die – z.T. sehr gefährlichen – Entzugserscheinungen gleichen oft den Gründen des Konsums (Unruhe, Angst, Kopfschmerzen usw.), so dass der Missbrauch fortgesetzt wird. Der Preis sind die Chronifizierung der Ursachen (gesundheitliche Probleme bzw. psychosoziale Belastungen) und gesundheitliche Folgeschäden. Bei Schmerzmittelmissbrauch sind hier irreparable Nierenschäden bis hin zur Notwendigkeit einer Dialyse und Dauerkopfschmerzen zu nennen, bei Benzodiazepin-Abhängigkeit und Fehlmedikationen werden bei älteren Frauen Verwirrungen und motorische Störungen mit Stürzen beobachtet.

Forschungen, Modellprojekte und Erfahrungen zeigen, dass abhängige Frauen auf die herkömmlichen Angebote der Suchtkrankenhilfe kaum reagieren, weil diese nur das globale Thema "Sucht" ansprechen. Statt dessen sind neue Angebote und Formen der Zusammenarbeit von Medizin, Psychotherapie und Suchthilfe gefragt, die an den stark somatisch erlebten Problemen der Frauen ansetzen und darüber hinaus Informationsangebote an Akteurinnen und Akteure aus Gesundheit, Pflege und Prävention

entwickeln (vgl. Latta, 1995). Der Handlungsbedarf, der sich im Rahmen einer frauengerechten Gesundheitsversorgung ergeben könnte, wird in den Empfehlungen des gerade erschienenen Berichtes der Enquetekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW" des Landtags Nordrhein-Westfalen (2004, S. 85ff.) hervorragend dargestellt. Wie schon erwähnt, fehlen entsprechende Überlegungen für männliche Konsumenten noch völlig.

4.2.4 Spezifische Formen von Mehrfachabhängigkeit: "Alkohol plus" und "Polysüchtige"

Zusätzlich zu den oben dargestellten Konsumsparten Illegale Drogen, Alkohol und Medikamente ist vor allem bei Frauen ein häufiger Beikonsum oder aber ein Nacheinanderkonsum von Medikamenten neben der Hauptdiagnose Alkohol oder Opiaten zu finden.

In Biographien und Interviewstudien kommt die Kombination so derartig oft (und oft ganz nebensächlich und darum bisher nicht genug beachtet) vor, dass ich hier eine größere Gruppe und ein spezifisches Konsummuster vermute.

Bekanntermaßen nehmen viele Drogenabhängige auch psychotrope Medikamente, z.B. das Benzodiazepin Rohypnol der Firma La Roche, das jedoch ein Bestandteil des illegalen Marktes ist (bekannt unter dem Kürzel „Rosh“). Auffallend ist aber, dass es bei Frauen, die von illegalen Drogen abhängig sind, nicht selten einen Einstieg über Medikamente in ganz anderen Lebenskontexten gab. So erzählt eine junge Frau aus einer Drogentherapieeinrichtung in einem Interview:

„Mit dreizehn, vierzehn hab´ ich mit Tabletten ang´fangen, ne. Davor war´s ja au´ immer: Ich hab´ die Pillen holen müssen für meinen Vater und für meine Mutter. Mein Vater hat ja au´ immer so Schlaftabletten genommen. Und ich hab´ die auch gekriegt. (...) Und wie er dann schon tot war ein Jahr, bin ich immer hin und hab´ au´ die Storodorm dann halt für meine Mutter. Weißt. (...) Valium und wie se alle heißen. Dimitren und so Zeugs. War ich halt immer gut drauf in der Schule.“ (Egartner, Holzbauer, 1994, S. 134)

Auch bei alkoholabhängigen Frauen gibt es oft parallel oder nacheinander Medikamentenkonsum. Wenn dieser nicht in Zusammenhang mit einer möglichen Abhängigkeit gebracht wird, und den Betroffenen nicht bekannt ist, dass ein Großteil der Substanzen eine Kreuztoleranz⁹⁵ zu Alkohol haben, kann die Medikamentenabhängigkeit die Erkenntnis einer Alkoholabhängigkeit verdecken und so eine Behandlung verhindern. Einen solchen Fall beschreibt beispielweise Christa Jähnicke (1995) in ihrer Biografie. Lange sei ihr ihre Alkoholabhängigkeit gar nicht bewusst gewesen:

⁹⁵ Kreuztoleranz bedeutet, dass zwei psychoaktive Mittel ähnliche Wirkstoffe enthalten bzw. die Wirkstoffe sich ersetzen bzw. verstärken.

„Einige Trinkpausen hatte ich schon hinter mir. Einmal hatte ich es sogar drei Jahre lang geschafft. (...) Heute verstehe ich, warum ich mir mit dem erneuten Abgleiten in die manifeste Sucht so viel Zeit lassen konnte (...) Die ganze Zeit über hatte ich Tabletten geschluckt, von Trockenheit konnte also nicht die Rede sein. Das wäre mir damals nicht im Traum eingefallen, denn Tabletten hatten für mich nichts – fast nichts – gemein mit der Droge Alkohol. Die waren ärztlicherseits sanktioniert. Sicher, ich machte etwas zu großzügig Gebrauch davon, dessen war ich mir durchaus bewußt, aber das war noch vertretbar, galt noch nicht als anrühig.“ (Jähnicke, 1995, S. 67f)

Auch Alexa Franke, Karin Mohn, Franziska Sitzler, Andrea Welbrink und Maibritt Witte (2001) stoßen auf dieses Phänomen. In ihrer Studie zu Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen wollten sie diese Abhängigkeitsformen vergleichen, stellten aber fest, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Frauen entweder im Verlaufe ihres Lebens oder aktuell gleichzeitig sowohl von Alkohol als auch von Medikamenten abhängig waren. Darum fassten sie sie für die Studie als dritte eigene Gruppe zusammen – neben der Gruppe der Alkoholabhängigen und der Gruppe der Medikamentenabhängigen (vgl. ebd., 2001, S. 81). Diese Gruppe sei zwar in ihren Konsummustern sehr heterogen, aber die Gleichzeitigkeit der Substanzen sei für Hilfsangebote und die therapeutische Praxis von großer Bedeutung. Rechnet man ihre Tabelle 4.13 (ebd., S. 81) um, so verteilen sich die ehemals oder aktuell suchtmittelabhängigen Frauen wie folgt: alkoholabhängig sind 59,3%, medikamentenabhängig, 22,7% und alkohol- und medikamentenabhängig 18%.⁹⁶

Wie häufig tauchen diese Formen derzeit in der Suchtkrankenhilfe auf? Anhand der Tabellenbände des Instituts für Therapieforchung (2004a und 2004b) ging ich der Frage nach, wie häufig Medikamentenabhängigkeit als Zusatzdiagnose neben der Hauptdiagnose Alkohol (F10) und Opiate (F11) auftaucht. Interessanterweise sind die Werte bei Polytoxikomanie (F19) für beide Geschlechter recht niedrig. Eigene Umrechnungen erbrachten folgende Ergebnisse:

Im ambulanten Hilfebereich gilt: Während bei 1,2% der alkoholabhängigen Männer auch eine Medikamentenabhängigkeit vorlag, betrug der Anteil bei alkoholabhängigen Frauen 2,8%. Bei opiatabhängigen Männern betrug der Anteil an einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit 15,3%, bei Frauen nur 5,9%. Im stationären Bereich liegen die Anteile für Frauen bei beiden Hauptdiagnosen höher als bei Männern: Die Zusatzdiagnose Medikamentenabhängigkeit lag hier bei 3,9% der Männer mit Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose vor, jedoch bei 8,3% der Frauen. Eine Medikamentenabhängigkeit bei der

⁹⁶ Diese Zahlen können nur relativ und nicht als repräsentativ für die Bevölkerung interpretiert werden, da für die Studie gezielt in Suchteinrichtungen geworben wurde. Auch die Frage der Operationalisierung von Sucht wird hier anders als im ICD 10 gehandhabt. Interessant ist, dass auch hier Konsumentinnen als Medikamentenabhängige vorkommen, die sich vorher nicht so eingeschätzt hätten. Dies weist darauf hin, dass es vermutlich viele Medikamentenabhängige gibt, die sich selbst nicht als solche einstufen. Meines Erachtens stützt dies die These der Unsichtbarkeit, die mangelnde Erfasstheit dieser Gruppen.

Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit hatten 47,1% der opiatabhängigen Männer, jedoch 52,4% der Frauen.⁹⁷

Hinweise auf die Häufigkeit des Nebeneinanderkonsums finden sich auch in einer breit angelegten bayerischen Studie, die 2387 Patienten umfasst, die sich zwischen 1998 und 2000 einer Entzugsbehandlung in einem der 11 bayerischen Bezirkskrankenhäusern unterzogen (Erbas, Jaedicke, Tretter, 2003). Einbezogen waren hauptsächlich Drogenabhängige, aber auch Alkohol- und Medikamentenabhängige, die gleichzeitig Einzeldiagnosen hinsichtlich illegaler Drogen aufwiesen. Hier waren Benzodiazepine mit 40% der Diagnosen (nach 67% Heroin) die häufigste Abhängigkeitssubstanz. Frauen seien, so die AutorInnen, signifikant häufiger benzodiazepinabhängig als Männer (ebd., 2003, S. 190). Sie vermuten, dass eine solche starke zusätzliche Abhängigkeit [mit der möglicherweise dadurch erschwerten Entgiftung? F.S.] einer der Gründe dafür sein könnte, dass Frauen häufiger gegen ärztlichen Rat und als nicht abstinent (teilentgiftet) vorzeitig entlassen wurden. Erbas, Jaedicke und Tretter schlagen hier vertiefende Forschungen vor (2003, S. 194).

Auch Christel Zenker, Karin Bammann und Ingeborg Jahn (2002) stoßen in ihrer Studie zu Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen auf Probleme der Zuordnungen zu Suchtgruppen. Bei den 891 Frauen aus behandelnden Suchtfachkliniken im Jahre 2000, die sie untersuchten, fand sich auch eine häufige Medikamentenabhängigkeit. Ohne Berücksichtigung der Hauptdiagnose Medikamente fanden sich in 12% aller Fälle neben der Hauptdiagnose auch Medikamentenabhängigkeit, mit der Hauptdiagnose Medikamente addiert in 14% der Fälle.⁹⁸ Sie entwickeln aus verschiedenen Befunden heraus eine neue Einteilung in vier Abhängigkeitsgruppen (ebd., 2002, S. 35)⁹⁹:

1. Die Gruppe "Alkohol" (66,9% der Frauen),
2. Die Gruppe "Alkohol plus", d.h. Frauen, die eine Alkohol- und eine Medikamentenabhängigkeit (und/oder Essstörungen) haben (8,5% der Frauen),
3. "Illegale", d.h. Frauen, die von illegalen Drogen abhängig sind und Kombinationen mit Alkohol, Medikamenten oder Essstörungen zeigen (18,7%),
4. "Polysucht" (5,8% der Frauen). In Abgrenzung zum gängigen Begriff der Polytoxikomanie, der Beikonsum oder gleichzeitige weitere Abhängigkeiten bei Drogenabhängigen bezeichnet, ist hier gemeint, dass entweder mehrere qualitativ sehr

⁹⁷ Zu Grunde gelegte Daten IFT (2004a und 2004b): Absolute Zahlen zu den Hauptdiagnosen siehe Tabelle 2.4., die prozentualen Anteile einer Medikamentenabhängigkeit errechnete ich in Zusammenfassung der absoluten Zahlen aus den Rohdaten der Tabelle 2.5., wobei ich Barbiturate, Benzodiazepine und andere Sedativa/Hypnotika zusammenfasste.

⁹⁸ Eigene Umrechnung der Tabelle 4.2.1: Jetzige Entwöhnungsbehandlung (Diagnosen), S. 32.

⁹⁹ Sie begreifen "Essstörungen" hier ebenfalls als Suchterkrankung, was meines Erachtens problematisch ist, da sie nach ICD 10 keine Substanzabhängigkeit sind. Es ist aber berechtigt und anregend, Essstörungen systematisch – aber als komorbide Erscheinung – bei Abhängigkeitserkrankungen von Frauen zu berücksichtigen (siehe auch den folgenden Abschnitt "Komorbidität").

unterschiedliche Hauptdiagnosen gleichzeitig oder im Lebenslauf nacheinander vorlagen, so dass die Frauen weder von der Diagnose noch vom Kliniktyp her eindeutig einzuordnen waren.

Für die oben beschriebenen Phänomene der verdeckten Gleichzeitigkeit von Konsum und Abhängigkeit bei Alkohol und Medikamenten scheinen mir "Alkohol plus" und "Polysucht" geeignete und anregende Kategorien zu sein.

4.2.5 Komorbidität: zusätzliche psychiatrische Diagnosen von suchtmittelabhängigen Männern und Frauen

Viele Frauen und Männer weisen neben der Abhängigkeitserkrankung noch psychiatrische Diagnosen auf. Auch hier finden wir geschlechtsbezogene Unterschiede.

Die Daten der deutschen Suchthilfestatistik geben hierzu Auskunft mit Tabelle 2.6. "Einzeldiagnose und psychiatrische Diagnosen" (IFT, 2004a und 2004b), ich stelle sie im Folgenden tabellarisch dar. Sie können jedoch nur Tendenzen angeben, denn da es sich hier um psychiatrische Zusatzdiagnosen zu substanzbezogenen Einzeldiagnosen (und nicht Hauptdiagnosen) handelt, sind Mehrfachnennungen enthalten. Schon im ambulanten Bereich sind viele Zusatzdiagnosen aufgeführt, die Geschlechterunterschiede scheinen jedoch geringfügig zu sein.

<i>Ambulant</i>	<i>mind. 1 psychiatrische Diagnose</i>		<i>mind. 2 psychiatrische Diagnosen</i>	
	<i>Männer in %</i>	<i>Frauen in %</i>	<i>Männer in %</i>	<i>Frauen in %</i>
<i>Einzeldiagnose</i>				
<i>Alkohol</i>	5,6	6,7	2,2	2,2
<i>Heroin</i>	5,4	6,2	3,8	3,8
<i>Methadon</i>	8,2	8,7	6,3	6,0
<i>Cannabinoide</i>	5,3	6,7	3,4	3,9
<i>Benzodiazepine</i>	8,9	10,2	6,9	6,6
<i>Kokain</i>	6,1	7,4	4,6	5,5
<i>Amphetamine</i>	5,4	5,7	3,9	4,0
<i>MDMA</i>	6,2	7,1	4,6	4,1

Ein Problem ist dabei allerdings, dass es um Diagnosen nach dem ICD 10 geht – und im ambulanten Bereich, der vor allem aus Beratungsstellen besteht, wird erstens nicht immer eine Diagnostik durchgeführt, und zudem sind die meisten Mitarbeiterinnen nicht darin geschult.¹⁰⁰ Wie sieht es nun im stationären Bereich aus? Hier sind höhere Zahlen zu erwarten, einerseits, da hier eine ausführlichere Diagnostik durchgeführt wird, andererseits, da ja nur Personen mit schwerwiegenderen Einschränkungen und psychosozialen Problemen in eine stationäre statt in eine ambulante Behandlung kommen.

<i>Stationär</i>	<i>mind. 1 psychiatrische Diagnose</i>		<i>mind. 2 psychiatrische Diagnosen</i>	
	<i>Männer in %</i>	<i>Frauen in %</i>	<i>Männer in %</i>	<i>Frauen in %</i>
<i>Einzeldiagnose</i>				
<i>Alkohol</i>	59,3	65,1	28,6	34,2
<i>Heroin</i>	48,7	58,0	27,1	41,0
<i>Methadon</i>	41,9	53,8	24,3	39,3
<i>Cannabinoide</i>	48,2	61,1	26,6	40,6
<i>Benzodiazepine</i>	53,5	68,5	31,2	51,7
<i>Kokain</i>	43,7	56,7	24,0	40,1
<i>Amphetamine</i>	36,7	51,4	19,2	33,6
<i>MDMA</i>	34,2	49,6	18,3	35,3

Diese Zahlen sind frappierend. Sie zeigen eine sehr hohe Anzahl von psychiatrischen Diagnosen insgesamt. Und sie zeigen eine durchgängig deutlich höhere Belastung von Frauen durch psychische Probleme. Der Blick auf komorbide psychiatrische Störungen bei Suchtmittelabhängigkeit hat sich im letzten Jahrzehnt verändert: Die Recherche von Scherbaum und Merget zu psychiatrischen Störungen bei Opioidabhängigen (2002) macht zusammenfassend deutlich, wie sehr ihre Beachtung eine zentrale Voraussetzung von Rehabilitation und Wiedereingliederung darstellt und dass ihre Behandlung als

¹⁰⁰ Auf dieses Problem weisen Kalke, Raschke und Martens (2003) in ihrer Diskussion der Möglichkeiten und Grenzen des Deutschen Kerndatensatzes der Suchtkrankenhilfe hin. Sie sehen es kritisch als Reibung zwischen Dokumentationsansprüchen und Praxis. Es sei ein Risiko der Forschung, wenn durch die Dokumentationsvorschrift erzwungen würde, dass ein Diagnoseinstrument angewandt würde (S. 161).

Rückfallprophylaxe der substanzbedingten Störung zu bewerten ist (Scherbaum, Merget, 2002, S. 22).¹⁰¹

Nicht nur die Häufigkeit, auch die Formen von Komorbidität sind teilweise geschlechtsbezogen unterschiedlich. Während sich bei Männern häufiger antisoziale Persönlichkeitsstörungen finden, leiden Frauen häufiger an posttraumatischen Belastungsstörungen, oft im Zusammenhang mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt (s.u.).

Zenker, Bamman und Jahn (2002, S.97) finden in ihrer Befragung stationär behandelte süchtiger Frauen folgende Lebenszeitprävalenz von seelischen Störungen: Depressionen bei 48,3%, massive Ängsten bei 32,% und Panikattacken bei 16,4% der Frauen.

Nach Franke und Winkler (2001, S. 122) erfüllen etwa 40% der drogenabhängigen Frauen die Kriterien für die Diagnostik weiterer psychischer Störungen. Bei ihnen handele es sich meist um affektive Störungen und Angststörungen, bei Männern eher um antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Borderlinestörungen. Die bei Scherbaum und Merget vorgestellten Studien gehen in die gleiche Richtung. Insgesamt seien affektive und Angststörungen (ohne Berücksichtigung der Persönlichkeitsstörungen) die häufigsten Formen, vor allem bei Frauen.

Da Männer nicht als einzelne Gruppe unter diesem Aspekt betrachtet wurden, müssen wir hier einige "allgemeine" Studien heranziehen, insofern sie sich auf die Daten von Männern stützen. Ein Drittel der Abhängigen (in den vorgestellten Studien wurden fast ausschließlich Diagnosen von Männern ausgewertet) weisen hier Persönlichkeitsstörungen auf, vor allem Borderline, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörungen (Scherbaum, Merget, S. 14). Bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung finden sich in Einzelstudien z.B. Prävalenzen von 25% (ebd., S. 13) oder 38% (S. 20).

Eine besonders bei Frauen ausgeprägte Form sind die Essstörungen. Eine umfassende Recherche von Studien durch Raphaela Basdekis-Jozsa (2003, S. 59) zeigte z.B., dass Patientinnen mit Essstörungen, vor allem Bulimikerinnen, gleichzeitig hohe Prävalenzraten an Substanzabhängigkeiten von legalen wie auch von illegalen Drogen aufwiesen.

Es wird deutlich, dass einige Formen von Komorbidität geschlechtsbezogen unterschiedlich sind. Diese Ausführungen zeigen, wie wichtig die Beachtung und Berücksichtigung psychiatrischer Störungsbilder auch unter geschlechtsbezogenen Aspekten ist. Insgesamt sind für die Interpretation dieser Daten sicherlich verschiedene Aspekte zu beachten. Zum einen können sie die häufig vertretene These stützen, dass Frauen mehr als Männer Suchtmittel schon beim Einstieg in den Konsum im Kontext der

¹⁰¹ Dabei lässt sich die absolute Zahl nicht eindeutig feststellen, da die Daten hier in Bezug auf Einzeldiagnosen mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung erhoben wurde.

Bewältigung psychischer Probleme (z.B. durch Gewalterfahrungen) als Selbstmedikation nutzen. Zum anderen stützen sie die These, dass Frauen und Männer auf Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen mit geschlechtsspezifisch unterschiedlichen "Symptomen" reagieren.

Bischof und John stellen Studienergebnisse im Zusammenhang mit Alkoholismus vor, die belegen, dass - mit Ausnahme der antisozialen Persönlichkeitsstörung, die normalerweise in der Kindheit beginnt, - psychiatrische Komorbidität bei Männern zeitlich nach der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit lägen, während bei Frauen psychiatrische Diagnosen der Abhängigkeitsstörung zeitlich vorgelagert seien (ebd., 2002, S. 349). Das würde bedeuten, dass Frauen tatsächlich psychoaktive Substanzen von vornherein eher mit dem Motiv der Bewältigung psychischer Probleme konsumieren als Männer.

Zweierlei ist aber kritisch mitzudenken: Zum einen werden psychische Störungen Frauen kulturell bedingt möglicherweise immer noch leichter zugeschrieben als Männern (sowohl von der Seite der Professionellen als auch von der Seite der Betroffenen) bzw. fallen Störungen von Männern nicht so schnell als solche auf, wenn sie auf eine gleiche Erfahrung (z.B. Traumatisierung) oft mit anderen Symptomen, z.B. sozialen Verhaltensauffälligkeiten, reagieren. Auch an der geschlechtsbezogen unterschiedlichen Häufigkeit bestimmter Diagnosen könnten kulturelle Zuschreibungen beteiligt sein. Diagnostik muss also unter geschlechtsbezogener Perspektive kritisch genutzt werden.

Um einem geschlechtsspezifischen Gender Bias in der Diagnosestellung zu verhindern und kritisch zu reflektieren, schlagen Teunissen/Engels (2006) einige Fragen für die Fallbesprechung bei Diagnosestellungen im klinischen Arbeitsalltag vor.

„Hat das Geschlecht des Patienten/der Patientin eine Bedeutung für die diagnostische Einschätzung? Angenommen, der/die Betroffene hätte das gegenteilige Geschlecht, würden die Aussagen eine andere Richtung erhalten? Welche Rolle spielt das Geschlecht der zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten für den beobachteten Bewältigungsstil des jeweiligen Patienten/-in? Variiert das Verhaltensmuster je nachdem, ob es sich beim Gegenüber um eine Frau oder einen Mann handelt? Unterscheiden sich die diagnostischen Positionen des Therapeutenteams geschlechtsbezogen?“ (ebd., 2006, S. 134)

4.2.6 Frauen und Männer als Angehörige von Süchtigen

Während Frauen also nicht gemäß ihrem Anteil an Süchtigen das Hilfesystem aufsuchen, so kommen sie häufig aus einem anderen Grund. 6,4% aller Ratsuchenden kommen in Beratungsstellen der ambulanten Suchtkrankenhilfe nicht wegen ihrer eigenen Abhängigkeit, sondern wegen Problemen wichtiger Bezugspersonen. Interessant erscheint hier die umgekehrte prozentuale Verteilung zwischen Männern und Frauen: 18,9% der hilfesuchenden Frauen im Gegensatz zu 1,9% der Männer kamen 2003 in Beratungsstellen

wegen einer Symptomatik bei nahestehenden Bezugspersonen (IFT, 2004a, eigene Umrechnung von Tabelle 6.1.). Auch in absoluten Zahlen sind es sehr viel mehr Frauen als Männer, das Verhältnis der Hilfesuchenden beträgt hier 21,5% (der Männer) zu 78,5% (der Frauen), kurz 1: 3,6.

Die Art der Bezugspersonen dagegen unterscheidet sich nicht: Etwa die Hälfte der Männer wie der Frauen kommt wegen Problemen ihrer Partner, ein Viertel wegen Problemen ihrer Kinder und ein Viertel wegen Problemen ihrer Eltern (vgl. ebd., Tabelle. 6.2 (2)).

Das gleiche Verhältnis wie bei den in der Beratung Hilfe Suchenden findet sich auch in Angehörigen Gruppen von Hilfeeinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen: Sie bestehen meist zu 80-90% aus Frauen. Die Familienzusammenhänge süchtiger Männer werden häufig von Frauen aufrechterhalten.¹⁰² Man könnte also sagen, dass Frauen als Partnerinnen und Mütter gewissermaßen eine Ergänzung und Unterstützung der Suchtkrankenhilfe (und anderer psychosozialer Einrichtungen, z.B. Erziehungsberatungsstellen) darstellen. So stehen wir vor dem Widerspruch, dass Frauen einerseits - im Falle von Suchtmittelabhängigkeit - das Hilfesystem weniger als Männer als Ressource nutzen und erfahren, andererseits aber für eben dieses System selbst eine Ressource bilden. Thematisiert wird diese geschlechtsspezifische Erscheinung lediglich als sogenannte "Ko-Abhängigkeit" (vgl. z.B. Rennert, 1990). Viele Fachleute und Betroffene kritisieren die all zu schnell erfolgende Pathologisierung, die durch diese Diagnose erfolge (vgl. Werner, 2001, Appel 2001).

Galliker, Grivel, Klein und Schendera (2004), die in einer Studie Frauen mit Partnern mit einer Alkoholabhängigkeit und Frauen mit Partnern ohne eine Alkoholabhängigkeit verglichen, schlagen vor, statt von Ko-Abhängigkeit von *Partnerzentrierung* zu sprechen. Mit ihren Befunden bestätigen sie die Kritik:

„Die Zentriertheit von Frauen auf ihre Partner beschränkt sich nicht auf Partnerschaften mit substanzabhängigen Männern, sondern erstreckt sich auch auf Beziehungen, die durch keine Substanzabhängigkeit seitens des männlichen Partners belastet sind. Bei der untersuchten Abhängigkeit scheinen soziale bzw. sozialökonomische Faktoren wichtiger zu sein, als bisher angenommen wurde. Ein Begriff wie soziale Abhängigkeit oder sozioökonomische Abhängigkeit würde diesen Faktoren eher gerecht werden und könnte eine weitergehende Pathologisierung der Frauen süchtiger Männer verhindern.“ (Ebd., 2004, S. 119)

¹⁰² Dazu passen die Beobachtungen aus der Praxis der Jugendhilfe, dass viele Jugendliche in stationärer Unterbringung süchtige Mütter haben, denn erst in diesem Falle zerbrechen die Familiennetze ganz.

4.2.7 Fazit

Wir finden im Vergleich zwischen den Geschlechtern und in den sozialen Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppen sowohl Kontinuitäten als auch Wandel; es zeigen sich deutliche Veränderungen zwischen den Generationen, vor allem bei den Frauen.

Einerseits finden wir Kontinuitäten: Nach wie vor sind hinsichtlich Alkohol- und Drogenabhängigkeit weniger Frauen als Männer abhängig und hinsichtlich Medikamentenabhängigkeit mehr Frauen als Männer. Dabei sind die Frauen im Hilfesystem, im Verhältnis zu ihrem Anteil an den Süchtigen, unterrepräsentiert. Auffallend ist die sehr unterschiedliche Verteilung zwischen Männer und Frauen, wenn es um die Ratsuche wegen einer Suchtproblematik bei nahestehenden Bezugspersonen geht.

Andererseits finden wir auch Anzeichen von Wandel: Seit den 1970/80er Jahren gibt es zunehmend gesellschaftlich-kulturelle Veränderungen in den Weiblichkeitsbildern, auch hinsichtlich des Konsums. Inzwischen gibt es mehr Frauen, die legale und illegale Substanzen konsumieren. Die Konvergenzdiskussion zeigte auf, dass dies der gesellschaftlichen Modernisierung geschuldet ist. Diese wirkt sich aber sozial differenziert aus. So steigt der Konsum bei erwerbstätigen Frauen, vor allem bei Berufen mit höherem sozialen Status. Beim Konsum von Medikamenten wiederum finden sich eher Hausfrauen und Frauen mit Berufen mit wenig Einfluss und Gestaltungsmöglichkeiten. Die Modernisierung bewirkt aber nicht nur eine größere Normalität von Substanzkonsum und Präsenz von Frauen in männlich konnotierten Konsumkulturen, sondern auch eine Veränderung der Konsumkulturen selbst. Neue Partyszenen, neuen Pillenformen, neue Alkoholprodukte gehen mit veränderten und vervielfältigten Bildern von Weiblichkeit und vermutlich auch von Männlichkeit einher. Zu diesem Zusammenhang wären Forschungsarbeiten von großem Interesse.

Es gibt aber auch alte und neue Formen von Verdeckungen: Nach wie vor ist die Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten (und die Mehrfachabhängigkeit, die wir als "Alkohol plus" bezeichneten) eine nicht nur für die Gesellschaft und das Suchtkrankenhilfesystem verdeckte Abhängigkeitsform, sondern auch für die Betroffenen selbst. Vor allem die *Somatisierung* ist eine fatale Verarbeitungsform, da sie die Suche nach angemessener Hilfe verhindert und stattdessen in einen Teufelskreis aus Nebenwirkungen und deren weiterer "Bekämpfung" mit Medikamenten führen kann.

4.3 Geschlechtsbezogene Phänomene, Probleme und Bewältigungsformen: einige Beispiele

4.3.1 Berufliche Perspektiven

Das Vorhandensein einer beruflichen Perspektive ist in mehrfacher Hinsicht zentral für die Behandlung von Suchtmittelabhängigen. Der Aufbau oder Erhalt eines Berufes bzw. einer Ausbildung ist von größter Bedeutung, denn eine berufliche Perspektive ermöglicht ein Einkommen und damit eine unabhängige Lebensbasis. Das beinhaltet auch Erfahrungen des Nützlichseins, der eigenen Fähigkeiten und Produktivität und damit auch eine Weiterentwicklung und ein höheres Selbstvertrauen der Person.

Arbeitslosigkeit und berufliche Perspektivlosigkeit stellen wichtige Aspekte im Rahmen von Suchtverläufen und Ausstiegsprozessen dar. Suchtprobleme werden durch Arbeitslosigkeit häufig verstärkt und nach einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung erhöhen Arbeitslosigkeit und unklare Perspektiven die Rückfallquoten (vgl. z.B. Hidién, 2001). Die Frage der Erwerbsarbeit ist also ein zentrales Thema der Suchtkrankenhilfe, vor allem in der stationären medizinischen Rehabilitation. Zudem ist die Behandlung schon von vornherein (wie auch bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung) als Maßnahme "medizinischer Rehabilitation" definiert und wird von den Rentenversicherern mit der Hauptzielsetzung der "wesentlichen Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit" finanziert (vgl. Kulick, 2002).¹⁰³

Vor allem in der stationären Behandlung stellt die Frage der Arbeitsfähigkeit und das Schaffen von Voraussetzungen für die Aufnahme oder Fortsetzung von Erwerbsarbeit eine zentrale Dimension dar, die mit verschiedenen Mitteln wie z.B. sozialmedizinischer Diagnostik, Belastungserprobungen durch einrichtungsinternes Arbeitstraining, Praktika usw. verfolgt wird (vgl. z. B. Heide, 2001).

Welche Dimensionen des Themas sind von Geschlechteraspekten berührt? Inwiefern gibt es in den Voraussetzungen der beruflichen Integration geschlechtsbezogene Unterschiede?

Werfen wir zunächst einen Blick auf die Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik. Die Dokumentation der ambulanten Einrichtungen (IFT, 2004a, Tabelle 1.8.) weist folgende Zahlen auf: Einen Sonderschulabschluss haben 1,8% der Frauen und 3,1% der Männer; einen Hauptschulabschluss haben 39,9% der Frauen und 50,6% der Männer; einen Realschulabschluss/Polytechnikum haben 36% der Frauen und 26,5% der Männer; Fachabitur/Abitur haben 8,7% der Frauen und 5,8% der Männer und einen Hochschulabschluss haben 4,5% der Frauen und 3,2% der Männer.

¹⁰³ Zu den Zielen und Maßnahmen aus der Sicht der Rentenversicherer vgl. auch von Lutzau (2001).

In irgendeiner Form von Erwerbstätigkeit sind 48,8% der Frauen und 55,5% der Männer (addierte Werte aus den Einzelrubriken Auszubildende/r, (Fach-) ArbeiterIn, Angestellte/r, Beamte/r und Selbstständig/FreiberuflerIn), ohne Erwerbstätigkeit sind 35% der Frauen und 32,1% der Männer (addierte Werte aus den Einzelrubriken arbeitslos, Hausfrau/-mann und sonstige Erwerbslose).¹⁰⁴ Gemäß Tab. 5.4. (berufliche Integration) war am Ende der Betreuung ein Arbeitsplatz vorhanden bei 49,8% der Frauen und 54,2% der Männer (ebd., 2004a).

Als Tendenzen zeigen sich also leicht höhere Bildungsabschlüsse der Frauen gegenüber den Männern und eine häufigere Erwerbstätigkeit der Männer gegenüber den Frauen.

In stationären Einrichtungen, in denen Männer und Frauen mit schwereren Beeinträchtigungen auch ihres Lebensumfeldes behandelt werden, finden sich im Verhältnis von Männern und Frauen etwas andere Zahlen, aber ähnliche Trends (IFT, 2004b). Auch hier haben Frauen im Vergleich zu den Männern höhere Schulabschlüsse (Tabelle 1.8): Einen Sonderschulabschluss haben 1,4% der Frauen und 3,5% der Männer; einen Hauptschulabschluss haben 46,7% der Frauen und 56,1% der Männer; einen Realschulabschluss/Polytechnikum haben 33,6% der Frauen und 22,2% der Männer; Fachabitur/Abitur haben 8,6% der Frauen und 7,1% der Männer und einen Hochschulabschluss haben 4,5% der Frauen und 3,7% der Männer. Einer Erwerbstätigkeit gingen 42,1% der Frauen und 49,4% der Männer nach (addierte Werte aus den Einzelrubriken Auszubildende/r, (Fach-) ArbeiterIn, Angestellte/r, Beamte/r und Selbstständig/FreiberuflerIn), ohne Erwerbstätigkeit waren 47,8% der Frauen und 43,6% der Männer (addierte Werte aus den Einzelrubriken arbeitslos, Hausfrau/-mann und sonstige Erwerbslose; eigene Summierung der Rubriken und Umrechnung der Tabelle 1.8, IFT, 2004b). Nach Tabelle 5.4 zur beruflichen Integration war am Ende der Betreuung für 40,2% der Frauen und 48,4% der Männer ein Arbeitsplatz vorhanden (ebd.).

Was sagen diese Zahlen aus? Erstens zeigt sich geschlechterbezogen der gleiche Trend wie in der Gesamtbevölkerung: Frauen haben etwas höhere Schulabschlüsse, sind aber weniger häufig erwerbstätig und stärker von Arbeitslosigkeit betroffen.

Zweitens wird deutlich, dass suchtmittelabhängige Frauen und Männer sich auch innerhalb der Geschlechtergruppen nach Bildungsstand und Vorliegen einer Erwerbstätigkeit differenzieren und sich daraus verschiedene Problemlagen ergeben. Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass es Unterschiede zwischen den Abhängigkeitsgruppen gibt: Während Alkohol- und Medikamentenabhängige oft Ausbildungen haben und auch während der Abhängigkeit noch ihrem Beruf nachgehen können, haben die meist jüngeren Drogenabhängigen seltener eine Ausbildung oder eigene Arbeitserfahrungen.

¹⁰⁴ Eigene Umrechnung der Tabelle 1.8 des IFT, 2004a.

Und drittens wird deutlich, dass ein dramatisch hoher Anteil der betroffenen Frauen und Männer ohne Erwerbstätigkeit und damit ohne Möglichkeit einer eigenständigen Lebensabsicherung ist. Und selbst bei vorhandener Erwerbstätigkeit lassen die Angaben keine Schlüsse über Teilzeit und Vollzeit, beruflichen Status, Einkommensverhältnisse und die entsprechenden Auswirkungen für eine dauerhafte lebensabsichernde und sinnerfüllte Berufsperspektive zu. Dies stellt eine methodische Schwäche der Erhebungen dar, wie auch Kalke, Raschke und Martens kritisch anmerken: Es

“(…) kann nicht codiert werden, ob jemand voll- oder teilzeitbeschäftigt ist oder nur einen Gelegenheitsjob hat. Schließlich können Berufsausbildung und Schuldenituation der Klienten nicht abgebildet werden. All dies sind Informationen, die für eine Beschreibung der Lebenssituation der Klienten unerlässlich sind und eine praktische Relevanz für die tägliche Arbeit der Mitarbeiter haben.” (Ebd., 2003, S. 161)

Einen auf den ersten Blick etwas differenzierteren Eindruck vermitteln die Daten von Zenker, Bammann und Jahn (2002) für Frauen, die in Fachkliniken behandelt wurden. Sie fragten in ihrer Studie nach den Einkünften der Frauen. In den letzten fünf Jahren¹⁰⁵ lebten zwar 89% der Frauen (auch) von eigenen Einkünften (wobei nicht zwischen ihren eigenen und denen eines etwaigen Ehemannes unterschieden wurde), aber 32% aller Frauen hatten (auch oder ausschließlich) “unterstützende Einkünfte” und 15% “Einkünfte aus illegalen Handlungen oder Prostitution”¹⁰⁶ (ebd., 2002, S. 89f.). Doch auch diese Angaben vermitteln kein genaueres Bild, da es in der Fragestellung um “mindestens ein halbes Jahr” ging, bezogen auf die letzten fünf Jahre.

Berufliche Perspektiven sind auch Voraussetzung einer tragfähigen Schuldenregulierung. Nach Zenker, Bammann und Jahn (2002, S. 90) hatten 23% der befragten Frauen, die im Jahr 2000 in Deutschland in stationärer Suchtbehandlung waren, Schulden von mehr als 5000 DM. Die Hamburger Basisdatendokumentation weist für den ambulanten Hilfebereich im Hamburger Raum aus, dass von den Alkohol- und Medikamentenabhängigen 71% der Männer und 60% der Frauen Schulden haben, und von den Drogenabhängigen 81% der Männer und 78% der Frauen (Bado, 2005, S. 78).¹⁰⁷

Dimensionen von Erwerbstätigkeit bei Frauen

Die arbeitsbezogene Rehabilitation kann sich nicht umstandslos auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit beschränken. Hier ist auch eine subjektive Seite zu berücksichtigen,

¹⁰⁵ Mehrfachnennung waren möglich, die Nennungen bezogen sich auf Zeiträume von “mindestens einem halben Jahr” (vgl. Zenker, Bammann, Jahn., 2002, S. 89f.).

¹⁰⁶ Unter “eigenen Einkünften” werden hier Erwerbstätigkeit, Arbeitslosenunterstützung, Krankengeld und Rente gefasst, unter “unterstützenden Einkünften” Sozialhilfe, Jugendhilfe, Unterhaltszahlungen und finanzielle Unterstützung durch Verwandte. (Ebd., 2002, S. 89)

¹⁰⁷ Diese Schulden bezogen sich auf sehr unterschiedlich hohe Summen. Einzelne Angaben sind hier nicht sinnvoll, weil ein knappes Viertel der Befragten die Höhe der Schulden gar nicht angab (vgl. Bado, 2005).

etwa das Fehlen positiver Arbeitserfahrungen und der Mangel an Reflexion über den Stellenwert von Berufstätigkeit sowie Fragen der persönlichen Entwicklung, die über "einen Job machen" hinausgehen (vgl. z.B. Rüniger, 2002). Ein Teil der Frauen, so zeigt sich in der Praxis der Suchtkrankenhilfe, muss als ersten Schritt daran arbeiten, Berufstätigkeit überhaupt als qualitativ wichtiges Element für ihre Lebensperspektive zu begreifen. Dagmar Rüniger berichtet von den Erfahrungen eines Berliner Arbeitsprojektes für drogenabhängige Frauen davon, wie wichtig die Auseinandersetzung mit folgenden Fragen ist:

"Konkrete Fragen sind z.B.: Was sind die Werte für mein Leben? Welchen Stellenwert gebe ich Arbeit und Beruf? Wie viel will ich mich engagieren? Was bin ich bereit einzusetzen? Erstaunlich finden wir immer wieder, dass sich einige Frauen trotz langjähriger Therapieerfahrung noch nie mit diesen Fragen auseinandergesetzt haben bzw. ihre berufliche Entwicklung völlig unabhängig davon sehen. Sie kennen eben nur: "einen Job machen". Dass dies ohne Suchtmittel langfristig gefährlich werden könnte, wird vielen erst nach und nach klar (...) Einmal reflektiert und ins Bewusstsein gerufen, ist dies eine wichtige und tragfähige Hilfe für den Entscheidungsprozeß." (Ebd., S. 105)

Neben der Gruppe der Frauen, die Beruf gar nicht als Teil ihrer Lebensperspektive ernst nehmen, gibt es auch andere Problemkonstellationen. So findet z.B. Irmgard Vogt (1994) bei den von ihr interviewten Alkoholikerinnen sehr unterschiedliche Haltungen zu und Erfahrungen mit Erwerbstätigkeit. Auch bei ihr gibt es eine Teilgruppe, die Erwerbsarbeit als unausweichliche Notwendigkeit ansieht, ihr aber wenig Befriedigung abgewinnen kann. Daneben gibt es Frauen, die eigentlich ehrgeizig sind und sich gern z.B. noch weiter qualifiziert hätten, aber deren Wünsche von einer tiefen Verunsicherung gebrochen sind. Diese Frauen könnten sich nur schwer selbst richtig einschätzen und bräuchten mehr Sicherheit durch Resonanz von anderen.

Für einige Frauen stellt Erwerbstätigkeit eine sehr unmittelbare Form der Vergewisserung des eigenen Werts dar. Diese Haltung kann einen angemessenen Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen erschweren:

"Ich war jemand, der seine oder ihre Arbeit sehr sehr gerne gemacht hat, der gefordert wurde bis an die Grenzen der Belastbarkeit."

"Ich hab´ mich denn zu sehr reingekniet, war zu ehrgeizig, hab´ die Leute verwöhnt, und nachher konnte ich nicht mehr, und die Leute haben natürlich verlangt, ja, sonst haben Sie das auch gemacht, und da fühlte ich mich überfordert. Ich hab´ mich immer in diese Situation hineinlaviert."

"...und ansonsten wurde mir so sehr das Gefühl vermittelt, ja, gebraucht zu werden." (Vogt, 1994, S. 52)

Den Beruf als Form der Vergewisserung des eigenen Werts zu leben, kann bis zu dem Extrem gehen, das eigene Existenzrecht in Frage zu stellen. Diese Verknüpfung findet sich

auf fatale Weise vor allem in helfenden Frauenberufen. Eine junge Frau aus einer drogentherapeutischen Einrichtung erzählt z.B.:

“Und dann hab´ ich Krankenschwester g´lernt. Ja, und da bin ich aufgegangen in dem Beruf erst´ mal, ge. Weil da war ich so wichtig und da konnt´ ich nur helfen und da wurd´ ich gebraucht und da hab´ ich mir unheimlich viel Bestätigung g´holt auch. Und des gab´ mir´ ne Berechtigung, dazusein. Also auf der Welt zu sein, mein´ Platz gefunden zu haben. Und – ja, irgendwo auch ´ne wertvolle Aufgabe zu haben, ge.” (Egartner, Holzbauer, 1994, S. 105)

Hier findet sich die Verknüpfung des Gefühls der eigenen Wertlosigkeit mit der Suche nach einer wertvollen Tätigkeit – und die findet sich in einem traditionellen weiblichen (Helferinnen-) Beruf. Ursprünglich hatte für diese Frau gerade die Rebellion gegen die ihr zuge dachte Frauenrolle zu dieser beruflichen Weichenstellung geführt. Dieser Interviewpartnerin war Ausbildung und Beruf nämlich insofern sehr wichtig, weil sie ein anderes Leben als ihre Mutter führen wollte, die sie immer auf Heirat und Familiengründung orientierte. Sie wollte selbständig sein. Doch diese Lösungsstrategie scheitert und verkehrt sich gegen sie selbst:

“Also, ich hab´ dann davor schon g´merkt so in der Klinik, ich schaff´ des nicht mehr ganz. Also ich kann net lieb und nett und freundlich sein jeden Tag zu die Leut´ und – total einsteigen auf die. Da hab´ ich dann halt auch ang´fangen, Schmerzmittel und Aufputscher zu nehmen. Weil mit denen konnt´ man ja früh immer noch lächeln und nett sein und freundlich sein und sich selber wegmachen. Weil ich war dann zum Teil ja total ausg´laugt und so konnt´ ich ja net in die Arbeit gehen, ge.” (Ebd., S. 108)

Dahinter steht eine besondere Dynamik, angetrieben durch die hohe Relevanz, die sie dem Motiv beimisst, für andere da sein zu wollen:

“Weil ich dacht´ mer, ich kann net leben, solange´ so viel Leid auf der Welt is´ und solange´ so viel Schmerz da is´ und allen geht´s doch so schlecht und keiner tut was und – ja, und des einzigste, was mir da Befriedigung geben könnt´ auf der Welt, also is´ für mich Helfen, Heilen. Weil ich hab´ a´ nur Antennen g´habt für sowas, ge. Ich hab´ a´ nur Schmerz g´sehn und Leid g´sehn und – wie kaputt alles is´ und – ja, was gibt´s denn da Größeres wie so´n Beruf zu lernen, ge.” (Ebd., S. 105)

Eva Egartner und Susanne Holzbauer arbeiten dies als eine Form der Verschiebung des eigenen Leidens heraus, das nach außen verlagert und dort bekämpft wird. Man kann diese Verarbeitung/Strategie der Interviewpartnerin, die vorher ausführlich ihre Einsamkeit, ihre Verletzungen und ihre Bedürftigkeit in einem gewaltvollen und lieblosen Familienzusammenhang beschrieb, auch als *Verkehrung der eigenen Bedürftigkeit und Bedürfnisbefriedigung in die Bedürftigkeit und Bedürfnisbefriedigung von anderen* bezeichnen. Das Geben soll das Bedürfnis nach Bekommen/Nehmen befriedigen, heilen, kompensieren.¹⁰⁸ Doch diese Verkehrung “erfüllt” nicht, sondern “leert”:

¹⁰⁸ MitarbeiterInnen aus der Suchtkrankenhilfe berichten oft davon, dass diese Motivlage ebenfalls häufig in einem starken Kinderwunsch von Klientinnen zu finden sei.

“Und ich hab´ dann halt immer mehr g´merkt, (...) wie ich immer leerer und leerer wurde und mir kam´s so vor, als ob die Leute alle dahingen und alle was gebraucht ham und ich gegeben und gegeben und gegeben hab´ und – ja, es war immer noch net genug, es war net genug, es kamen immer mehr” (Ebd., S. 177)

Insgesamt wird in diesem Fallbeispiel deutlich, in wie vielfältiger Weise hier unterschiedliche Dimensionen ineinander greifen: ein geschlechtssegmentierter Arbeitsmarkt mit Frauenberufen und ihren spezifischen Anforderungen und Zumutungen, die eigene Sozialisation mit ihren Verknüpfungen von Widerstand und Anpassung, und die besonderen Problemlagen durch eine individuelle Lebens- bzw. Familiengeschichte, die für diese Frau zu besonderer Bedürftigkeit und Gefühlen von Wertlosigkeit führte. Ich habe dieses Beispiel hier ausführlich dargestellt, weil diese Verknüpfungen und Dynamik beispielhaft für die Problematik einer großen Zahl von Frauen mit Suchtproblemen stehen kann.

Ein besonderes Problem in Bezug auf Erwerbstätigkeit stellt sich für Frauen mit Kindern. Hier möchte ich auf den hohen Anteil suchtkranker Frauen verweisen, die Kinder haben (vgl. Kapitel 4.3.4).

Eine Studie zeigt, dass Frauen mit Kindern Leistungen beruflicher Rehabilitation weniger in Anspruch nehmen, wenn die Angebote wohnortfern und ganztägig sind (vgl. Röckelein, 2001).

Alexa Franke und Klaudia Winkler (2001) kritisieren an der Diskussion dieses Themas, dass die Berufstätigkeit von Frauen und die bei berufstätigen Müttern stets beschworene Doppelbelastung oft monokausal als Risiko für Substanzmissbrauch und Suchtentwicklungen betrachtet würde. In einer umfangreichen Studie (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink, Witte, 2001) werden das Maß an Belastungen und die zu mobilisierenden Ressourcen in den verschiedenen Lebensbereichen von medikamenten- und alkoholkonsumierenden bzw. alkoholabhängigen Frauen differenzierter untersucht. Die Autorinnen kommen zu dem Ergebnis, dass Berufstätigkeit an sich oder die Gleichzeitigkeit von Berufstätigkeit und Familie nicht per se als Belastung bzw. Doppelbelastung problematisch sind, sondern vielmehr das Maß an *Gestaltbarkeit* der Anforderungen. Sie skizzieren zwei Gruppen, die eine mit Alkohol-, die andere mit Medikamentenkonsum.

Entscheidend für Alkoholkonsum und die entsprechende Suchtentwicklung sei das Maß an *Konsistenz* der für die einzelne Frau relevanten Lebensbereiche. Es geht darum, ob die Anforderungen überschaubar sind, es Klarheit in Bezug auf die an eine Person gestellten Erwartungen gibt und in wie weit klare Zuständigkeiten und geregelte Abläufe existieren. Die Diffusität von Anforderungen stellt also hier den Belastungsfaktor dar.

Für die Gruppe mit problematischem Medikamentenkonsum gilt, dass sie häufiger mangelhafte Schul- und Ausbildungsabschlüsse hätten und Erwerbstätigkeiten mit einem geringen Grad an Autonomie nachgingen. Diese Frauen litten vor allem unter einem Ungleichgewicht der *Belastungsbalancen* (ebd., S. 182f.).

Dimensionen von Erwerbstätigkeit bei Männern

Der Bereich der Erwerbstätigkeit nimmt im Leben und für die Identitätsbildung von Männern traditionell einen hohen Stellenwert ein. Er sei eng an das männliche Selbstwertgefühl geknüpft, das sich vergleichsweise weniger auch aus anderen Quellen speise, etwa der Übernahme häuslicher Verantwortung oder der Vaterrolle, wie Vosshagen bereits 1996 in einer geschlechtsreflexiven Perspektive formuliert. Arbeitslosigkeit sei – als Verunsicherung und Entwertung auch der männlichen Identität – bei einem Teil der Männer bereits Mitursache der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Außerdem würden suchtkranke Männer im Arbeitsbereich einen größeren Belastungsfaktor sehen als suchtkranke Frauen, die für sich eher Partnerschaft oder soziale Beziehungen als zentrale Problembereiche sähen. Das bestätigen zum Beispiel Erfahrungen aus bundesdeutschen psychosozialen Männerberatungsstellen, bei denen Probleme in der Erwerbsarbeit (Überforderung, Konkurrenz, Mobbing usw.) zu den wichtigsten Themen ihrer Klienten gehören (vgl. die Recherche in 14 Beratungsstellen bei Hahn, 2000).¹⁰⁹

Diese Dominanz der Erwerbsarbeit für die Identität und die Lebensgestaltung wird für suchtkranke Männer in mehrerlei Weise problematisch. Zum einen ist die Chance der beruflichen Reintegration durch die allgemeine Arbeitsmarktlage erschwert. Neben erhöhten Anstrengungen bei der Arbeitsplatzsuche sind sie auch mit der Notwendigkeit konfrontiert, sich auf eine vielleicht längere Zeit der Arbeitslosigkeit einzurichten. Das stellt für die Betroffenen eine große Schwierigkeit dar, begründet sowohl durch kulturelle Männerbilder als auch durch mangelnde Erfahrungen, aus anderen Lebensbereichen Bestätigung zu ziehen.

Für den Behandlungsbereich der beruflichen Rehabilitation ist also auch männerbezogen der gesamtgesellschaftliche Hintergrund mitzudenken. Thomas Heinemann, ein klinischer Psychologe in einer Psychosomatischen Klinik, formuliert es so:

“Im psychosozialen Bereich sind sowohl die geschlechtsspezifische Sozialisation als auch männerspezifische Konflikte, beispielsweise in der Berufstätigkeit mit Brüchen in der Lebensgestaltung, in der Karriere, ökonomische Schwierigkeiten (...) zu hinterfragen. Es geht also auch um eine Korrektur der bisherigen männlichen Sicht von Lebenszusammenhängen, in der neben den krankmachenden Faktoren in der individuellen Geschichte auch die Situation des Mannes im gesamtgesellschaftlichen

¹⁰⁹ Erfahrungen aus in Fachkliniken angebotenen und ausgewerteten Arbeitspraktika weisen z.B. darauf hin, dass Männer oft Konflikte mit Autoritäten bekommen (vgl. Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2004a).

Rahmen und den real existierenden Abhängigkeits- und Machtverhältnissen gesehen wird.“ (Heinemann, 2000, S. 219)

Gemäß den Daten des Instituts für Therapieforschung (2004a und 2004b) sind 0,2 der Männer und 12,3% der Frauen im ambulanten Suchthilfebereich Hausfrauen/männer, im stationären Bereich sind dies 0,2% der Männer und 14% der Frauen (Tabelle 1.9). Dies zeigt, was sich vermutlich auch gesamtgesellschaftlich wiederfinden würde, nämlich dass es für mehr haushalts- und familienbezogene Lebensweisen für Männer noch sehr wenig praktische Vorbilder und Erfahrungen gibt, auf die sie zurückgreifen könnten.

Zusammenfassung

In der sich durchaus geschlechtsneutral präsentierenden Systematik der beruflichen Rehabilitation¹¹⁰, gekennzeichnet von Anstrengungen zum Steigern der persönlichen Belastbarkeit und der individuellen Fähigkeiten der KlientInnen, gibt es unsichtbare geschlechtsbezogene Aspekte.

Die Förderung der Berufstätigkeit als eine Säule der Rehabilitationsbehandlung fokussiert die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Voraussetzung der Reintegration. Für Frauen lässt sich sagen, dass einige Lebensaspekte hinter diesem Fokus Erwerbsarbeit tendenziell verschwinden oder zu “Zusatzfragen” gerinnen. Hier wäre ein zusätzlicher und genauerer Blick auf z.B. die lebenspraktischen Seiten von Mutterschaft (Wege, Kinderbetreuungszeiten usw.) ebenso wichtig wie eine höhere Sensibilität für die Auswirkungen, die eine bestimmte Berufswahl für Abstinenzprozesse haben kann (z. B. systematische Verlockung zur Selbstüberforderung in helfenden Berufen).

¹¹⁰ Es gibt einen Unterschied zwischen beruflicher Rehabilitation, deren Kostenträger die Rentenversicherer sind, und beruflicher Reintegration, deren Kostenträger die Agentur für Arbeit ist. Während Reintegration meint, eine Person “in Lohn und Brot” zu bekommen, und daher an der Schnittstelle von Person und Arbeitsmarkt ansetzt, steht Rehabilitation rein dafür, die individuellen Voraussetzungen auf der Ebene der persönlichen körperlichen und psychischen Stabilität und der allgemeinen Fähigkeiten herzustellen. Inhaltlich sinnvolles Ziel aller in diesen Bereichen Arbeitenden und erwünschtes Ziel der in der Suchthilfe behandelten KlientInnen ist aber über die individuelle Vorbereitung hinaus die tatsächliche Reintegration der KlientInnen in den Arbeitsmarkt. Doch durch die organisatorische und finanzielle Trennung der beiden Bereiche fehlen im Bereich der Rehabilitation wesentliche Elemente, die für eine Reintegration nötig wären (Information, Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, Vermittlungshilfen usw.). Hidién (2001) schlägt als mögliche kleine Lösung des durch diese Trennung entstehenden Problems ein Modell der “Reintegrationsberatung” vor. Versuche der Verbindung werden immer wieder gemacht, sind aber aufgrund der Trennung oft nur durch Kooperationen vor Ort zu machen und haben Probleme hinsichtlich der Finanzierbarkeit. (Vgl. beispielsweise zum Berliner Projekt “berufliche Integration, Beratung, Training und Gruppen zum beruflichen Einstieg” (Rünger, 2002). Diese innere Zielstellung der Reintegration, die eben auch für den Bereich der beruflichen Rehabilitation gilt, wirft angesichts des derzeitigen Arbeitsmarktes große Motivationsprobleme auf, denn schon die nicht-suchtkranken Erwerbslosen sind ja zunehmend schwer in diesen Markt zu (re-) integrieren. Die Entwicklung des Arbeitsmarktes, Reformen und Einschnitte in der Arbeitsförderung spitzen diese Probleme zu. Manche MitarbeiterInnen der Suchtkrankenhilfe kommen bereits zu dem Schluss, oft ginge es statt um Rehabilitation oder gar Reintegration vielmehr um eine Vorbereitung auf den Sozialhilfe- bzw. ALG II-Bezug.

Aus einem Thema der Frauen, nämlich der Wichtigkeit von Balancen verschiedener Lebensdimensionen, ließen sich Anregungen zur Unterstützung der Männer gewinnen. Sie wären vermehrt zu Überlegungen anzuregen, wie sie ihr Berufsleben im Verhältnis zum Leben mit Familie, Kindern und anderen sozialen Zusammenhängen gestalten könnten. Diese unterschiedlichen Aspekte würden es erfordern, dass die einzelnen Behandlungssegmente im Rahmen einer Einrichtung inhaltlich kooperierten. Wenn Fragen des Selbstwerts und der Identität mit denen der beruflichen Perspektiven und Bedingungen verknüpft sind, sind Teilfragen der arbeitsbezogenen Rehabilitation in der Psychotherapie zu bearbeiten und umgekehrt.

4.3.2 Sexueller Missbrauch und Gewalt

Gewalt in verschiedenen Formen, insbesondere sexueller Missbrauch, spielt eine wichtige Rolle im Rahmen der Suchtentwicklung – das zeigten bereits die Erfahrungen der Frauen in der Frauensuchtarbeit (vgl. Kapitel 2).

Ich benutze im Folgenden den Begriff „sexueller Missbrauch“ statt „sexualisierte Gewalt“. Zur Frage dieser Begrifflichkeiten gibt es seit längerem eine Debatte (vgl. Bange, 2002; Woltareck, 1994).¹¹¹ Man stößt auf eine Vielfalt von Bezeichnungen in der Fachliteratur, die Birgit Woltareck (1994) als „Ausdruck einer beginnenden Suche nach einer exakten sprachlichen Bezeichnung vor dem Hintergrund einer jahrhundertelangen kulturellen Sprachlosigkeit und Tabuisierung der Problematik“ begreift (ebd., S. 35). Dirk Bange (2002) fasst die Debatte kurz zusammen:

„Für die Verwendung des Begriffs sexueller Missbrauch sprechen drei Argumente: Erstens wirkt er jeglichen Assoziationen entgegen, die eine Verantwortung der betroffenen Kinder an den Geschehnissen beinhalten. Zweitens entspricht er der juristischen Terminologie und drittens hat es sich in der (Fach-)Öffentlichkeit durchgesetzt (...) Kritisiert wird an diesem Begriff, dass die Wortbedeutung ‚Missbrauch‘ die Möglichkeit eines ‚richtigen‘ bzw. legitimen (sexuellen) Gebrauchs von Kindern suggeriere. Außerdem habe der Begriff eine stigmatisierende Wirkung, die die Betroffenen schmutzig erscheinen lasse. Schließlich spiegle er ihre Gefühle nicht wider.“ (Ebd., S. 48)

Auch in der Suchtkrankenhilfe wurde die Bedeutung von Erfahrungen von sexuellem Missbrauch lange nicht erfasst. Ein wichtiger Meilenstein für die Fachdiskussion war das Buch „Sucht“ von Marion Mebes und Gabi Jeuck (1993), das in seiner ersten Auflage 1989 in der „Schriftenreihe sexueller Missbrauch“ des Verlages Donna Vita erschien. Sie

¹¹¹ In aktuellen Veröffentlichungen tauchen die Begriffe in verschiedenen Kombinationen auf. Im Handbuch gegen sexuellen Missbrauch (Enders, 2001b) sind in den verschiedenen Titelüberschriften die Begriffe „sexuelle Gewalt“, „Formen der sexuellen Ausbeutung“ und „Opfer sexualisierter Gewalt“ zu lesen.

stellten erstmals zusammenhängend das Konzept von Sucht als Überlebensstrategie von Frauen nach Erfahrungen von sexuellem Missbrauch dar.¹¹²

In verschiedenen Studien und Berichten aus der klinischen Praxis variieren die Angaben zur Häufigkeit von Missbrauchserfahrung bei suchtmittelabhängigen Frauen zwischen 30% bis 80%, Frauensuchteinrichtungen berichten von einer Betroffenheit von 70% der Frauen (vgl. Franke, Winkler, 2001; Kreyszig, 1996).¹¹³ In der Studie von Zenker, Bammann und Jahn (2002) gaben 34% der befragten Frauen aus stationären Einrichtungen der Suchtbehandlung "unfreiwillige sexuelle Erfahrungen"¹¹⁴ in Kindheit und Jugend an.¹¹⁵

Bei der Diskussion solcher Zahlen ist zu bedenken, welchen methodischen Schwierigkeiten die Forschung bei diesem Thema gegenübersteht. Solche Themen sind für die betroffenen Frauen schmerzhaft, oft schambesetzt, bei manchen wurden sie auch abgespalten und der Erinnerung entzogen, viele haben diese Erfahrungen in ihrem Leben bisher komplett verschwiegen. Beispielsweise sagten in der Studie von Zenker, Bammann und Jahn 70% der Betroffenen, sie hätten vor der Behandlung noch nie darüber gesprochen. Bei Interviews ist darum nicht von einer umstandslosen Wiedergabe des Sachverhaltes auszugehen. Es ist auffallend, wie selten AutorInnen solcher Studien das als Problem diskutieren oder methodische Folgerungen daraus ziehen.¹¹⁶

¹¹² Zur Geschichte des Verständnisses von Drogenkonsum als Selbstheilungsmittel vgl. auch Krausz, Lucht und Freyberger, 2000, S. 323f.

¹¹³ Hedrich (1989) fand Prävalenzen von 33%, Hanel (1988) von 41%. Überwiegend waren die Täter Väter, Onkel oder Brüder. Dagegen machten 8% der Männer Missbrauchserfahrungen.

¹¹⁴ Der Begriff der "Freiwilligkeit" ist problematisch. Gerade sexuelle Übergriffe auf kleine Kinder werden häufig als Spiel getarnt, oder die Kinder stimmen aus Angst vor Strafe den Handlungen zu. „Im Einzelfall ist die Willensbekundung eines Mädchens/Jungen oftmals nur ungenau einzuordnen, denn im Sinne einer Überlebensstrategie erklären viele Opfer, sie hätten ‚es‘ ja auch gewollt. Mit dieser Aussage versuchen sie, ihre eigene Machtlosigkeit und das sie verletzende Verhalten des Täters (der Täterin) umzudeuten.“ (Hermann, 1994, S. 141; vgl. auch Bange, 2001, S. 21)

¹¹⁵ Die Autorinnen differenzierten zudem zwischen unfreiwilligen sexuellen Berührungen und unfreiwilligen sexuellen Handlungen. Unfreiwillige sexuelle Berührungen gaben 27% und unfreiwillige Handlungen 12% der Frauen an. An den folgenden Zahlen wird deutlich, dass sich diese Erfahrungen sehr unterschiedlich auf die aufgrund der Forschung gebildeten Abhängigkeitstypen verteilen. Unfreiwillige sexuelle Berührungen bis zum 16. Lebensjahr hatten 46% der Polysüchtigen, 39% der Illegalen, 23% der Alkohol plus, 22% der Alkohol-Frauen erfahren. Unfreiwillige sexuelle Handlungen bzw. Geschlechtsverkehr hatten 24% der Polysüchtigen, 18% der Illegalen, 16% der Alkohol plus und 8% der Alkohol-Frauen erfahren.

¹¹⁶ Eine rühmliche Ausnahme sind beispielsweise Lind-Krämer und Timper-Nittel (1992, S. 233ff.). Methodische Überlegungen etwas allgemeiner zum Umgang mit schambesetzten Themen in Interviews stellt Vogt (1994, S. 13ff.) an. Sie entscheidet sich hinsichtlich des methodischen Vorgehens aus diesem Grund für einen Leitfaden, der sich auf eine Grobstrukturierung der Gespräche beschränkt, um Nachfragen und offene Gewichtungen zu ermöglichen. Insbesondere beim Thema Gewalt und Missbrauch (ebd., S. 131ff.) wird deutlich, dass die Interviewpartnerinnen davon in offener Erfahrungsrekapitulation gar nicht gesprochen hätten. Die erdrückenden Tatsachen wurden überhaupt erst durch genaues und tastendes Nachfragen der Interviewerin erzählt.

Allgemeine Zahlen zu sexuellem Missbrauch in der Jugend

In einer aktuellen Gewaltstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Schröttle, Müller, 2004) werden die Ergebnisse einer Befragung von 10.000 Frauen im Alter von 16-85 Jahren vorgestellt. Abgefragt wurden Ausmaß und Verbreitung von Gewalt gegen Frauen in Deutschland, konkreter: körperliche, sexuelle und psychische Übergriffe.

13% der befragten Frauen hatten sexuelle Gewalt seit dem 16. Lebensjahr und in strafrechtlich relevanter Form, d.h. Vergewaltigung bzw. versuchte Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, erlitten. Rechnet man schwere Formen sexueller Belästigung hinzu, steigt der Anteil auf 34%. Rund 20% der Befragten haben körperliche oder sexuelle Übergriffe (oder beides) durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt (ebd., S. 24).

Dirk Bange (2001) gibt einen Überblick über den allgemeinen, nicht auf den Bereich Sucht bezogenen, aktuellen Forschungsstand. Dabei seien die Zahlen nur begrenzt vergleichbar, da die Studien von unterschiedlichen Definitionen ausgingen und zudem methodische Probleme bestünden. Generell gebe es Zahlen in Deutschland erst seit Anfang der 1990er Jahre. In einer Untersuchung, die auf einer repräsentativen Stichprobe basierte und die 1992 durch das kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführt wurde, wurden als Prävalenzen 18,1% der Frauen und 6,2% der Männer genannt. Ein Forschungsprojekt zum Thema Jugendsexualität der Abteilung für Sexualforschung des Universitätskrankenhauses Eppendorf/Hamburg erhob "mittelschwere" Formen von Missbrauch an 29% der Mädchen und 4% der Jungen, "schwere" Formen bei 8% der Mädchen und 1% der Jungen. (Ebd., S. 25f.)

Die Zuverlässigkeit, mit der sich in den Zahlen wiederholt, dass hauptsächlich Mädchen und Frauen Opfer von sexuellem Missbrauch auftauchen, führte bisher dazu, dass dieses Thema vorrangig in Bezug auf Mädchen und Frauen untersucht worden ist. Ich gehe im Folgenden auf die mir vorliegenden Quellen und Untersuchungen ein und behandle daher hauptsächlich Phänomene und Dynamiken in Bezug auf Frauen. Neuerdings gibt es auch Thematisierungen des Themas Missbrauch in Bezug auf männliche Opfer. Ich komme weiter unten darauf zurück.

Zum "Opfer-Täter-Kontext"

Nach Bange (2001, S. 13) kommen im Feld des sexuellen Missbrauchs die Täter in der Regel aus dem Lebensumfeld des Opfers. Mädchen werden zu einem Drittel von Tätern aus der Familie missbraucht (Stiefväter, Väter, Brüder der Mütter, im Haushalt lebende Großväter). Der größte Teil nicht-verwandter Täter kommt aus dem außerfamilialen Nahbereich (Verwandte, Pädagogen, männliche Jugendliche, Babysitter). Männliche Opfer werden meist von Bezugspersonen aus dem außerfamilialen Nahraum (Trainer, Lehrer usw.) sexuell ausgebeutet, nur 10-20% der Täter kommen aus der Familie. Die Täter sind

meistens Männer (auf die Rolle von Frauen und Mütter komme ich weiter unten zurück). Laut Lenz (2000, S. 27) stammen bei etwa dreiviertel der betroffenen Jungen die Täter nicht aus der Familie, dagegen nur bei einem Fünftel der betroffenen Mädchen. Auch die Gewaltstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend stellt fest, dass unbekannte Täter bei sexueller Gewalt gegenüber Frauen auch nach dem 16. Lebensjahr nur in 15% der Fälle vorkämen (Schröttle, Müller, 2004, S. 25).

In der Studie von Zenker, Bammann, Jahn (2002, S. 76) bestätigt sich das auch für suchtmitte labhängige Frauen. Soweit die befragten Frauen, die von sexuellem Missbrauch betroffen waren, Angaben über die Täter der von ihnen erfahrenen sexuellen Gewalt machten, nannten 48,8% ausschließlich einen oder mehrere Täter innerhalb der Familie, 14,7% benannten Familienmitglieder *und* Nicht-Familienmitglieder als Täter, und 36,4% gaben einen oder mehrere Täter außerhalb der Familie an. In 63,5% der Fälle seien demnach Familienmitglieder am sexuellen Missbrauch beteiligt gewesen.

Psychosomatische Folgen von sexuellem Missbrauch

Sexueller Missbrauch löst bei den betroffenen Frauen Gefühle von Angst, Ekel, Unverständnis und Schuld aus (vgl. z. B. Zenker, Bammann, Jahn, 2002, S. 79). Längerfristige Folgen sind z. B. somatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen, gynäkologische Beschwerden verschiedenster Art, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen, Essstörungen, Zwangshandlungen mit exzessiven Waschen, erhöhte Ängste, Niedergeschlagenheit, Schreckhaftigkeit, stark sexualisiertes Verhalten oder gerade stark entsexualisierendes Verhalten, Selbstverletzungen und Selbstmordversuche und schwere Beeinträchtigungen des Selbstwert- und des Körpergefühls (vgl. auch Hagemann-White, 2001).¹¹⁷

Mögliche Missbrauchsfolge: Viktimisierung

Ein wichtiger Risikofaktor für Entstehung von Gewalt bzw. für eine höhere Gewaltbetroffenheit von Personen im Erwachsenenalter scheinen frühere Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend der Betroffenen zu sein. Die Studie des Bundesministeriums zur gesundheitlichen Situation von Frauen ermittelte:

„Die Untersuchungsergebnisse zeigen auf, dass Frauen, die ab dem 16. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt haben, in deutlich höherem Ausmaß Gewalt bereits in der Herkunftsfamilie entweder als Zeuginnen elterlicher Gewalt oder durch

¹¹⁷Carol Hagemann-White (2001) macht deutlich, dass gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen zunehmend als Frage von Gesundheit begriffen werden. Indem Übergriffe und Verletzungen von Männern gegen Frauen ein geschlechtsspezifisches Gesundheitsrisiko für Frauen darstellen, sei Gewalt im Geschlechterverhältnis ein Thema auch für den Gesundheitsbereich. So enthalte nun auch der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002a) ein Kapitel zu Gewalt im Geschlechterverhältnis. Ein solches Herangehen entsteht, wenn sich ein lebensweltliches Verständnis von Gesundheit (mit Blick auf Belastungen und Ressourcen) gegenüber einem krankheitsbezogenem Verständnis durchsetzen kann.

körperliche Züchtigung der Eltern erlebt haben und relevant häufiger durch sexuellen Mißbrauch in Kindheit und Jugend betroffen waren. Frauen, die in Kindheit und Jugend körperliche Auseinandersetzungen zwischen ihren Eltern miterlebt haben, haben später mehr als *doppelt so häufig* selbst Gewalt durch (Ex-)Partner erlitten wie Frauen, die keine körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern erlebt haben. Befragte, die in Kindheit und Jugend selbst häufig oder gelegentlich Gewalt durch Erziehungspersonen erfahren haben, waren *dreimal so häufig* wie andere Frauen von Gewalt in Paarbeziehungen betroffen. Frauen, die Opfer von sexuellem Mißbrauch vor dem 16. Lebensjahr geworden sind, wurden mehr als *doppelt so häufig* später Opfer von Gewalt durch (Ex-)Partner, und sie wurden unabhängig vom Täter-Opfer-Kontext – *viermal häufiger* Opfer von sexueller Gewalt ab dem 16. Lebensjahr.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 28)

Wie kommt es dazu, dass Missbrauch sich auf so nachhaltige und tiefgreifende Weise auf die Opfer auswirken kann? Hierzu möchte ich im Folgenden nur einige kurze Gedanken skizzieren – dem Umfang dieses Themas mitsamt seiner komplexen sozialen und psychischen Dynamik kann ich in diesem Rahmen nicht annähernd gerecht werden. Dennoch lassen sich auch in einem kurz angerissenen Überblick schon geschlechterreflexive Aspekte entdecken.

Sucht als Überlebensstrategie

Marion Mebes (1993) stellt auf der Basis der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen mit Missbrauchserfahrungen Erscheinungen wie das Entwickeln von Krankheiten, Erinnerungslücken usw. als konkrete Strategien des Umgangs mit der Gewalterfahrung dar, als “Schutzmechanismen“ oder “Schutzkompetenzen“ (ebd., S. 35).

Mebes führt mit dem Bild der “inneren und äußeren Grenze“ aus, wie Frauen, um ihr Inneres, das Selbst zu schützen, Schutzschichten bilden, um sich weniger verletzbar zu machen. Beispiele für diesen Mechanismus seien Verhärtung, Versteinerung, dies könne auch bis zur Spaltung zwischen Körper und Empfindungen gehen. Das Selbst und der Körper seien dann nicht mehr identisch, das Selbst ziehe sich soweit zurück, dass der äußerliche Missbrauch des Körpers keine solche Verletzung mehr darstellen könne, was der Frau eine Illusion der Kontrolle über sich selbst suggeriere. Dauerhaft verselbständigten sich diese Strategien oft, so dass Frauen “Knoten“, “Steine“, “Eisklötze“ in sich spürten, oder etwas innerlich explodieren könnte. Als Verarbeitungsform von Missbrauch gebe es auch die Spaltung in zwei Persönlichkeitsperspektiven. Z.B. beschreibt eine Frau eine Erinnerung, in der ein Ich auf dem Bett liege, während das andere Ich das erste von außen beobachte. Eine andere Frau hat dies als “Verschließen eines inneren Kerns“ beschrieben: „(...) es wuchs ihr eine dicke, lederartige Haut über das Bewußtsein, und innerhalb dieser Haut war sie frei.“ (Ebd., S. 40)

„Das Bemühen um Schutz spielt sich auf der äußeren Seite ab, während im Inneren all dies abgeschottet wird, wenn es für das Überleben hinderlich ist. Dies geschieht in der Regel ‚automatisch‘ und ist von den Mädchen meist nicht steuerbar. Wie schon angedeutet, verliert sie ganz oft auch den Kontakt zu sich selbst und das Wissen um ihre Realität, kann sich eigene Verhaltensweisen nicht erklären und empfindet sich als verrückt oder hat Angst, irre zu sein oder zu werden.“ (Ebd., S. 45)

Das führt oft zu dem klinischen Störungsbild der sogenannten “Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS)¹¹⁸ als Folge eines als traumatisch erlebten Ereignisses, das von den Betroffenen nicht in den eigenen Erfahrungskontext integriert werden kann (vgl. z.B. Lehmann, 2005). Daraus entstehen z.B. Abspaltungen der Erfahrungen, sogenannte Dissoziationen.

„Dissoziation umschreibt den Prozess der Abspaltung, Separation und Isolation bestimmter innerer Vorgänge oder Wahrnehmungsinhalte (z.B. innere Bilder, Gedanken, Gefühle etc.) vom normalen Tages-Wach-Bewusstsein. Zwar hat dieses eine Schutzfunktion insofern, als belastende Inhalte ferngehalten oder abgemildert werden, jedoch unterliegen die abgespaltenen Inhalte nicht mehr der bewussten Kontrolle der Person. Eine der häufigsten Folgen sind dissoziative Teil- oder Vollamnesien.“ (Ebd., S. 11)

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann bei der Bewältigung solcher Erfahrungen helfen, und zwar in ganz verschiedenen Funktionen. Er kann Erleichterung schaffen und Empfindungen “wegmachen“. Er kann auch Gefühle ermöglichen, die die Mädchen und Frauen sich sehr wünschen, aber aufgrund ihrer Schutzstrategien nicht mehr aus sich selbst heraus leben können. (vgl. Mebes, 1993, S. 45f). Psychoaktive Mittel können heftige Gefühle neutralisieren, oder regulieren, indem sie zum “Dampf ablassen“ genommen werden, wenn die Betroffenen vor Wut platzen könnten. Mebes beobachtet hier zwei Strategien. Erstens werden Drogen als “Fluchthelfer“ genutzt, wie eine Betroffene es in einem Interview prägnant darstellt:

„Ich war 11 Jahre alt, als ich das erste Mal entdeckte, dass Drogen diese furchtbare Welt um mich herum verschwinden lassen konnten. (...) Drogen wurden mein großer Fluchthelfer, es gab nichts, was ich nicht ausprobiert hätte, um ‚high‘ zu sein. Ich wußte nie, wie ich mich fühlen würde, wenn ich mit unterschiedlichen Menschen zu tun hatte – aber unter Drogen konnte ich sein, was immer ich wollte. Ich konnte mir meine eigene Realität zurecht machen: ich konnte schön sein, eine tolle Familie haben,

¹¹⁸ Das PTBS gilt als die schwerwiegendste Folge von traumatischen Erfahrungen. Es ist eine Reaktion auf Ereignisse, die außerhalb des Rahmens normaler menschlicher Erfahrungen liegen, die die körperliche und seelische Unversehrtheit bedrohen und die seelische und körperliche Bewältigungsfähigkeit des Opfers extrem überfordern (vgl. Hermans, zit. nach Heinemann, 1993). PTBS ist diagnostiziert worden in der Reaktion von Opfern auf Naturkatastrophen, Gewalterlebnisse, z.B. durch Krieg, aber auch auf direkte und indirekte Gewalterlebnisse im persönlichen und beruflichen Bereich (Verkehrsunfälle, Raubüberfälle), und auf sexuellen Mißbrauch. Die Störung kann auch Folge sehr früher gewaltsamer Verluste primärer Bezugspersonen oder extremer defizitärer Erziehung sowie von Heim- und Gefängnisaufenthalten sein. Auch die direkte Konfrontation mit schweren Belastungssituationen, in denen das eigene Leben oder die körperliche Integrität bedroht sind, kann PTBS auslösen (Heinemann, 1993, S. 215). Die Schwere ist unterschiedlich, je nachdem, ob die Belastung auf das reife Ich eines Erwachsenen oder auf die noch unreife Ich-Struktur von Kindern oder Pubertierenden trifft.

einen netten Vater, eine starke Mutter – und glücklich sein. Unter Drogen fühlte ich mich gelöst, glücklich, das Leben fest in der Hand.“ (Mebes, 1993, S. 54)

Die zweite Strategie ist dem genau entgegengesetzt. Der Substanzkonsum taucht hier auf als Möglichkeit, bestimmte Gefühle zu erleben, als “Ausdruckshelfer“:

„Trinken brachte mir meinen Schmerz zurück, es erlaubte mir, meine Wut zum Ausdruck zu bringen (...). Ich bin abgefahren auf meine depressiven Gefühle; darauf, meine beschissene Kindheit unter die Lupe zu nehmen und wie einsam ich als Kind war. Wenn ich betrunken war, spielte ich traurige Platten und weinte hemmungslos. Wenn ich trank, stieg mein Maß an Selbsterstörung. Ich konnte mehr körperlichen Schmerz ertragen, wenn ich betrunken war: ich hatte getrunken, als ich meine Arme verbrannte und bei verschiedenen Selbstmordversuchen. Unter Alkoholeinfluß konnte ich meine Wut zum Ausdruck bringen, absichtlich fing ich mit meinen Freunden an zu streiten, die mich dann verprügelten. Mein Gefühl war, daß ich es verdiente. Ich erinnere mich auch, daß ich mich nach menschlicher Nähe sehnte, körperlichem Kontakt jeder Art – Hauptsache ich wurde beachtet.“ (Mebes, 1993, S. 55)

So sehr diese Strategien zum Gefühl unmittelbarer Entlastung führen, so sehr verhindert doch die Suchtentwicklung schließlich, dass Frauen die nötige therapeutische Hilfe bei PTBS in Anspruch nehmen bzw. führt sie dazu, dass sie aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit in keine entsprechende Klinik können. Und diejenigen, die es schaffen, auf die Droge zu verzichten, sind dann wieder stärker von Intrusionen, Alpträumen, Ängsten gequält. Dies bildet in Folge einen eigenständigen Problemkreislauf.

„Das anfangs Lustvolle beim Konsum psychotroper Substanzen, die Reduktion von Spannung, Schmerz und Angst, die Betäubung – vielleicht die Distanz zur eigenen Geschichte, der Abstand zur Erinnerung, zur traumatischen Verletzung – wird sehr schnell zur dysfunktionalen Selbstbetäubung und schließlich zum sich selbst aufrechterhaltenden System der Abhängigkeit. Lust spielt schließlich keine Rolle mehr in der Sucht, es dominiert der Versuch der Reduktion von Leid“. (Krausz, Lucht, Freyberger, 2000, S. 332)

Mebes nennt ein weiteres Problem, das “Überlebensstrategien“ erfordere: Der Vater bzw. nahestehende Täter negiere normalerweise die Realität des Missbrauchs und tue so, als wäre nichts. Das lässt das Mädchen an seinen eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen zweifeln, bis hin zur völligen Abwertung und Verleugnung des eigenen Empfindens und Bewertens von Situationen, so dass die Mädchen verwirrende Gefühle erleben. Dramatisch an der Verleugnung und Heimlichkeit sei zudem, dass Väter häufig die Verantwortung nicht nur für die Tat, sondern auch noch die Verantwortung für die Familie und das soziale Umfeld auf die Töchter abwälzen. Das geschehe mit Worten oder sei für viele Mädchen schon allein aus der Atmosphäre innerhalb der Familie klar. In dieser beklemmenden und aus der Sicht der Mädchen nicht veränderbaren Situation entstehen so verschiedene Strategien. In einer davon, den “Kleinen Fluchten“ beispielsweise, versuchen Mädchen, durch Erkrankungen ins Krankenhaus zu kommen, oder sich durch andere Wege möglichst wenig zu Hause aufzuhalten. Eine weitere Strategie sind die Versuche der “Selbstbearbeitung“. Es handelt sich um Versuche der Kontrolle der eigenen Person bzw.

des eigenen Körpers, wenn schon das Umfeld nicht mehr gestaltbar ist: durch Dickwerden, durch “Spalten“ der Person oder durch eine Spaltung zwischen Person und Körper.

Es gibt aber auch Versuche, sich zur Wehr zu setzen. Diese – seltene – dritte Strategie könnte man von außen betrachtet als realitätsangemessenste bezeichnen, doch sie birgt die Gefahr, dass die beschriebene Verantwortungszuschreibung an das Opfer des Missbrauchs tatsächlich akut wird. Ein Beispiel:

In den biografischen Interviews von Egartner und Holzbauer schildert eine Klientin aus der Drogentherapie (“Rebecca“), welche Folgen ein Angriff auf ihren Vater hatte, einen Alkoholiker, der sie seit Jahren sexuell missbrauchte:

„Ich bin halt auf meinen Vater losgegangen (...) mit´m Messer. Kam au´ Polizei. Weil mein Vater lag ja auf´m Boden und war au´ verletzt. Und meine Mutter hat halt g´meint, ich sollte halt ins Heim, sie wird mit mir nich´ mehr fertig. (...) In (...) war des, Kinder- und Jugendpsychiatrie. (...) Acht oder neun Jahre war ich. Und dann kam se irgendwann, hat mich abgeholt. Ja, aber auch, weißt: Was Du uns angetan hast und deinem Vater! Weißt, des war alles so, ich hab´ des net verstanden, weil – ich denk´ mer, ich hab´ mich da nur gewehrt. Also in dem Moment hab´ ich´s net verstanden, weißt. Ich hab´ halt irgendwie gedacht, ich werd´ nur bestraft für was. ... Ja und ich hab´ dacht´, warum sin´ alle so bös zu mir, weißt als Kind, is´ ja klar, da schnallst des ja a´ no net.“ (Egartner, Holzbauer, 1994, 129f.)

Hier kann von einer “Opfer-Täter-Verkehrung“ gesprochen werden, die in diesem Fall ihre institutionelle Fortsetzung fand:

„Einen Freund, wo ich hab´ hingehen können, war eigentlich nich´. Außer die vom Jugendamt is´ dauernd gekommen, also zu meiner Mutter, weißt und irgendwie, vor der hab´ ich immer Schiß gehabt, also vor der hab´ ich immer Angst gehabt. Die kannt´ ich schon als Kind. Wo´s bei uns unmöglich war mit Streitigkeiten und so, kam se halt au´ immer an, da war die begeistert, ne, von unserer Wohnung. Also von, weißt, jedes Kind hat ´n Zimmer gehabt und irgendwie (...) ich hab´ halt immer des G´fühl g´habt, alle lassen uns im Stich. Weißt, die holen zwar die Bullen, wenn mein Vater rumgetobt hat in der Wohnung, aber irgendwie, keiner hilft uns. Wer hilft *mir*? So hab´ich des g´sehn und ich konnt die vom Jugendamt überhaupts net leiden. Weißt. Die hat auch mit meiner Mutter, hat sich hingesetzt und Kaffee gesoffen, weißt – und hat meiner Mutter halt zugestimmt, wenn se g´sagt hat, sie wird nicht mehr mit mir fertig. Ab ins Heim und so. Weißt, ich hab´mich halt total verarscht gefühlt.“ (Egartner, Holzbauer, 1994, S. 131, Hervorhebung im Original).

Ob sich für missbrauchte Jungen ähnliche oder noch andere Strategien und Erfahrungen finden lassen, muss der dringend einzufordernden weiteren Forschung überlassen werden.

Zum Zusammenhang dieser problematischen Verläufe und Sucht

Nicht Missbrauch führt zu Sucht, sondern seine mangelnde Verarbeitbarkeit und Tabuisierung. Eine Suchtentwicklung ist nicht als Kausalzusammenhang zu sehen. Es ist nicht der Missbrauch selbst, der zu einer Suchtgefährdung führt, sondern die

Möglichkeiten der betroffenen Frau oder des Mädchens, ihn zu verarbeiten und zu bewältigen. So besteht bei Kindheitstraumata ein sehr hohes Risiko, chronische Traumafolgen zu entwickeln.

Es gibt Faktoren, die eine Bewältigung und Erholung nach einer traumatischen Erfahrung begünstigen – ein sicherer Ort, die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen, jemand zur Unterstützung an der Seite zu haben, entlastende, aber nicht bedrängende Gespräche führen zu können, und nicht zuletzt Informationen über die eigenen unverständlichen Reaktionen zu erhalten. Diese Faktoren bestehen bei fortgesetztem Missbrauch nicht. Im Gegenteil müssen Opfer sich rechtfertigen, ihnen wird nicht geglaubt oder ihnen wird zusätzlich Schuld zugeschoben.

„Ob die Verarbeitung gelingt und es zum Erholungsprozess kommt, hängt in erheblichen Maß davon ab, ob in der Verarbeitungsphase zusätzliche Schutzfaktoren (z.B. Verurteilung des Täters, stützendes Umfeld, materielle Entschädigung) oder Belastungsfaktoren wirksam werden. Dazu zählen z.B. Bagatellisierung des Geschehens; Infragestellung des Opferstatus bis hin zur Opferbeschuldigung; (...) insbesondere unkontrollierter und unbegleiteter Täterkontakt.“ (Lehmann, 2005, S. 10)

Auch Hagemann-White (2001) beschreibt diesen Zusammenhang:

„Gerade sexualisierte Gewalt besteht nicht in vereinzelt Handlungen, deren Bedeutung und Wirkung sich aus einer „*Tatbeschreibung*“ ergeben. Es hängt von vielen Faktoren ab, welche Folgen eine mit Nötigung oder Gewalt verbundene Handlung, eine bedrängende Kette von Übergriffen oder eine ausbeuterische oder repressive Beziehung haben wird: Schwere der Übergriffe, Ausmaß des erlebten Kontrollverlustes, Art und Dauer der Beziehung, Reaktion der Umwelt und vieles mehr. Wichtig ist, welche sozialen Ressourcen verfügbar sind: Vertrauensvolle Beziehungen z.B., in denen über das Geschehene mit allen begleitenden Gefühlen gesprochen und Solidarität erfahren werden kann, erschließen ganz andere Möglichkeiten, eine Verletzung einzuordnen und zu bewältigen, als dies unter Bedingungen der Isolation bzw. bei durch Abhängigkeit vom Täter erzwungenem Schweigen der Fall ist.“ (Ebd., S. 10f.)

Marion Mebes und Gabi Jeuck (1993), die ausführlicher über ihre Arbeit mit süchtigen, sexuell missbrauchten Frauen schreiben, verweisen darauf, wie schwer es ist, solche Erfahrungen zu verarbeiten, vor allem, je jünger die Mädchen sind, je näher der Mann ihnen emotional stand und je länger die Zeiträume des Missbrauchs waren. Das wird beispielsweise durch den bei Mebes (1993) vorgestellten Abgleich mit einer Vergleichsgruppe nichtsüchtiger, missbrauchter Frauen erhärtet. Der entscheidende Unterschied zwischen den beiden Gruppen lag darin, dass jene mit anderen über ihre Erfahrungen sprachen und nicht so isoliert waren wie die Süchtigen. Insofern ist gerade Missbrauch durch Täter aus dem eigenen Familienzusammenhang, bei Mädchen die häufigste Form, der ja stark tabuisiert wird, besonders schwer zu verarbeiten.

„Dem Leugnen der Existenz von Mißbrauchern (Mißbraucherinnen) im eigenen Bekanntenkreis steht der Dämonisierung der Fremdtäter gegenüber. Vergreift sich ein Fremder an einem Mädchen oder Jungen, so stellen sich meist Eltern, Freunde und Bekannte schützend vor das Opfer – nicht jedoch, wenn der Täter (die Täterin) zum Familien- oder Bekanntenkreis gehört. Väter und Mütter versuchen in vielen Fällen den Lebenspartner, die Lebenspartnerin, den Sohn, den besten Freund, Bruder, Schwager, Nachbarn, Lehrer des Kindes, Pfarrer oder die Babysitterin zu entschuldigen.“ (Bange, 2001, S. 19)

Die Verarbeitungsmöglichkeiten, das Recht zu sprechen und sich zu empören, die Nicht-Tabuisierung scheinen die entscheidenden Punkte zu sein. Sexueller Missbrauch ist eine sehr extreme Erfahrung davon, dass körperliche und seelische Grenzen verletzbar sind, und dass diese Überschreitungen nicht klar als Gewalt und Überschreitung benannt und erkannt werden.

Zenker, Bammann und Jahn (2002, S. 80) befragten in ihrer Studie Frauen, die sich gerade in einer Suchtbehandlung befanden und die von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend betroffen waren, danach, ob sie damals darüber sprechen konnten und ob ihnen geglaubt wurde. 18% konnten es erzählen und ihnen wurde auch geglaubt (bei zwei Dritteln von ihnen hörten die unfreiwilligen sexuellen Kontakte dann auch auf). 11% haben es anderen erzählt, ihnen wurde aber nicht geglaubt, und 71% haben es nie jemandem erzählt.

Zusammenhänge: Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung

Bei Suchtmittelabhängigen, so zeigen Praxis und Forschungen, ist es in den meisten Fällen nicht allein sexueller Missbrauch, der den Konsum von Suchtmitteln und eine Suchtentwicklung begünstigt, sondern es liegen hier häufig zusätzlich auch körperliche Misshandlungen und soziale Vernachlässigung vor (vgl. den Überblick über Studien und Fallbeispiele bei Krausz, Lucht, Freyberger, 2000). Sexueller Missbrauch tritt bei süchtigen Frauen sehr oft zusammen mit körperlichen Misshandlungen und einem Klima der Vernachlässigung auf. Die Täter, gerade Väter, sind oft selbst Alkoholiker; die Mütter sind z.T. auch suchtmittelabhängig, sei es von Alkohol oder z.B. in verdeckter Form von Medikamentenmissbrauch. Es finden sich Hinweise bei Mebes, dass 50-60% der missbrauchten Mädchen aus Familien kämen, in denen Drogen, Medikamente und Alkohol an der Tagesordnung seien. „Die Familienstrukturen, in denen sexueller Missbrauch begangen wird und Suchtmittel ihren Platz haben, überschneiden und bedingen sich.“ (Mebes, 1993, S. 61). Die unausgesprochenen Familienregeln seien sowohl hinsichtlich Missbrauch als auch Sucht eines Elternteils gleichlautend „nicht vertrauen, nicht fühlen, nicht sprechen“ (ebd., S. 61f., S. 65). Solche Hinweise auf Substanzkonsum im Elternhaus ziehen sich durch viele Studien und Interviews. Die Hamburger Basisdatendokumentation erhebt regelmäßig auch das und findet, dass rund die Hälfte aller Betreuten einen süchtigen

Elternteil hat, und dass bei rund einem Drittel dieser Gruppe beide Elternteile ein Suchtproblem haben! (Bado, 2005, S. 76)

Beispiel einer Studie zum Zusammenhang von Missbrauch und Sucht

In der kleinen Studie von Michael Krausz und Peer Briken (2002) hatten 41,3% der befragten opiatabhängigen 75 Frauen sexuelle Missbrauchserfahrungen. Die Antworten wurden auf diese zwei Gruppen der süchtigen Frauen mit Missbrauchserfahrung und der süchtigen Frauen ohne Missbrauchserfahrung hin vergleichend ausgewertet.

Zum einen zeigt sich ein deutlich höherer Grad an auch physischer (90% versus 59%) und emotionaler Misshandlung (97% versus 66%) in ihrem Leben insgesamt; deutlich zeigt sich auch die bereits geschilderte "Viktimisierung" von Frauen mit Missbrauchserfahrung hinsichtlich *aktueller* physischer (32% versus 9%) und emotionaler Misshandlung (42% versus 26%) (ebd., S. 181). Dabei sind diese Zahlen aber überhaupt für opiatabhängige Frauen auch in der Vergleichsgruppe bedrückend hoch.

In dieser Studie zeigt sich auch, wie sehr diese Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in Verbindung mit anderen Lebensbereichen stehen. Die betroffenen Frauen haben weniger Berufsausbildungen (32% versus 46%), sind länger arbeitslos (66,5 Monate versus 34 Monate), haben häufiger Kinder (49% versus 23%) und gehen sehr viel häufiger der Prostitution nach (55% versus 25%) (ebd., S. 180).

Eindeutig zeigte sich, dass Frauen mit Erfahrungen sexuellen Missbrauchs wesentlich häufiger Eltern mit Suchtproblemen hatten, wobei insgesamt der Anteil an Suchtproblemen und psychischen Problemen bei den Eltern der befragten Frauen sehr hoch ist: Alkoholprobleme der Mutter gaben 19% an (versus 21%), Drogenprobleme der Mutter 29% (versus 9%), psychische Probleme der Mutter 32% (versus 32%), Alkoholprobleme des Vaters 65% (versus 23%), Drogenprobleme des Vaters 16% (versus 4,5%) und psychische Probleme des Vaters 26% (versus 25%). Sehr große Unterschiede finden sich also dahingehend, dass die Mütter missbrauchter Frauen sehr viel häufiger drogenabhängig sind und bei den Vätern dreimal so häufig problematischer Alkoholkonsum vorliegt.

Zwei weitere signifikante Unterschiede zeigten sich darin, dass die missbrauchten Frauen häufiger von gewollten Überdosierungen (also Suizidversuchen) und von Krankenhausaufenthalten wegen körperlicher Probleme berichteten.

Die Frauen mit Missbrauchserfahrungen haben in stärkerem Maße psychische Probleme, was sich auch in Diagnosen nach ICD-10 zeigt: Nach Krausz und Briken litten an affektiven Störungen (F3) 55% (versus 36%), phobischen Störungen (F40) 68% (versus 34%), dissoziativen Störungen (F44) 16% (versus 4,5%), an neurotischen, Belastungs- und

somatoformen Störungen (F4) 74% (versus 41%) und an Essstörungen (F5) 13% (versus 4,5%).

Als Gesamtergebnis sei hier das Fazit der Autoren aufgeführt: Die Ergebnisse zeigten deutliche Unterschiede in den verschiedenen Fragedimensionen. Dabei würde deutlich, dass der Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Opiatabhängigkeit komplex sei und durch verschiedene andere Traumata und elterliche Suchterkrankungen beeinflusst würde. Es handele sich um eine Gruppe mit besonderen Risikokonstellationen, die den Einbezug in Behandlungskonzepte und besondere Behandlungsstrategien erforderlich machen würden.¹¹⁹

Männer als Opfer

Erst in den letzten Jahren wird thematisiert, dass auch Jungen/Männer Opfer sexueller Gewalt sind. Die Missbrauchenden sind auch hier mehrheitlich Männer. Lenz, einer der wenigen Autoren, die dieses Thema für Männer aufgreifen, stellt fest, wie schwer ein solcher Sachverhalt in unserer Kultur überhaupt zu denken ist:

„Entweder ist jemand ein Opfer oder er ist ein Mann. Beide Begriffe scheinen unvereinbar zu sein.“ (Lenz, 2000, S. 56)

Es scheint für Männer generell unvorstellbar zu sein, eine Opfererfahrung zu machen. Dies wird noch kompliziert, wenn sie zudem durch eine weibliche Täterin ausgeübt wurde. Ein Mann, der als 12-Jähriger von einer erwachsenen Frau missbraucht wurde, erzählte als Erwachsener rückblickend, warum er seine Erfahrung zum Zeitpunkt der Tat nicht offen legen konnte:

„Ich hätte es niemandem erzählen können. Meine Freunde hätten gesagt, dass ich sagenhaftes Glück hatte, dass sie mich rangelassen hat. Mein Vater hätte gesagt, ich hätte ihr eine scheuern sollen.“ (Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2001, S. 12).

Hier werden die Auswirkungen der traditionellen kulturellen Bilder von Männern als Begehrenden und Frauen als Begehrten deutlich: Völlig unabhängig vom individuellen

¹¹⁹ Es liegt auf der Hand, dass das Thema „Missbrauch“ sich als Hauptargument für die Schaffung von Fraueneinrichtungen geradezu aufdrängte und demnach in der bisherigen Entwicklung der geschlechtsspezifischen Drogenhilfe auch vordringlich verwendet wurde (vgl. Kapitel 2). So erzählte eine Frau, die von illegalen Drogen abhängig war, aus ihrer Zeit in einer gemischtgeschlechtlichen therapeutischen Einrichtung: „Ich hab’s da einfach nicht ausgehalten. Das ging soweit, daß die Typen was von mir wollten und ich ja nicht wollte, verstehste, und die haben dann angefangen, so über mich herzuziehen – diese Reden (...) und dann bin ich abgehauen. Diese ganzen Belästigungen – die sind auch handgreiflich geworden, die haben mir einfach auf den Arsch gehauen und dann noch so Sachen gesagt wie ‚Kannste wohl nimmer‘, ‚Bist wohl verbraucht‘. Dann sind mir die alten Geschichten hochgekommen. Eigentlich alles, vom Anschaffen bis zur Vergewaltigung. Daß ich abgetrieben hab’ und (...) Und es ist nirgends ein Platz gewesen, es gab keine Frauengruppe bei uns.“ (Jeuck, 1993, S. 74)

Alter und realem Machtverhältnis dieses Falles wird der Junge als mächtig konstruiert und als aktiv, was die Thematisierung der Missbrauchserfahrung für ihn verunmöglicht.¹²⁰

Auch Heinemann (2000), der als klinischer Psychologe mit traumatisierten Männern arbeitet, weist darauf hin, wie groß die Wahrnehmungsblockaden für Männer als Opfer aufgrund der gesellschaftlichen Männerbilder seien.

„Interessanterweise schien die Beschäftigung mit Männern als Opfer von Gewalterfahrungen erst zu dem Zeitpunkt möglich, als erstmalig männliche Patienten mit Symptomen eines Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTSB) stationär in der Klinik aufgenommen wurden.“ (Ebd., S. 214)

Vor dem gesellschaftlichen – patriarchalen – Hintergrund zeigen sich weitere Spezifika männlicher Opfer (meist durch männliche Täter), nämlich die “doppelte Traumatisierung“:

„Das patriarchale Männerbild steht im Widerspruch zu den Folgen dessen, was vielfach an gewalttätigen Übergriffen durch Männer erlebt wird. Wesentlich ist hierbei der geschlechtsspezifische Unterschied, daß bei männlichen Opfern in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu vermuten ist, daß der/die Täter dem eigenen Geschlecht zugehörig sind. Als Folge eines derartigen grenzüberschreitenden Verhaltens erleben Männer eine Erschütterung ihres inneren Abbildes, das heißt ihrer männlichen Identität, dessen, was sie bisher als ihre Männlichkeit sahen. Daraus resultiert ein doppeltes Trauma. Das äußere Trauma (Gewaltereignis) erwächst zum “inneren Trauma“, zum Konflikt zwischen dem verinnerlichten Bild von Männlichkeit, das Verletzbarkeit ausschließt, und dem Erleben eben dieser “unmännlichen“ Gefühle.“ (Ebd., 2000, S. 214)

Für Männer ist es aufgrund dessen nicht umstandslos möglich, in einer Therapie solche Erfahrungen zu bearbeiten, da die Thematisierung bei ihnen selbst und bei anderen erneut Vorgänge von Abwertung von Männlichkeit hervorrufen kann. Therapeutische Arbeit mit Männern bedingt so stets Notwendigkeit der Analyse der Widerstände, die sich seitens der Betroffenen, aber auch der Helfer zeigten, wie Heinemann ausführt:

„Diese Widerstände begegnen uns insbesondere in Form des “Helfer-Opfer-Konfliktes“, das heißt, der nicht immer ausreichend erfolgten, jedoch notwendigen Wahrnehmung eigener, individueller Erfahrungen des Opferseins, der “Schwächen“, z.B. im Vermeiden eigener sogenannter weiblicher Werte und in Form einer kulturspezifischen Homophobie (d.h. nicht integrierter eigener Anteile gleichgeschlechtlicher Zuwendung) als eine mögliche Irritation in der Gruppenarbeit. Eine weitere Form des Widerstandes ist eine unbewußte Ablehnung des männlichen Opfers, da es insbesondere verdrängte und abgelehnte Anteile im Verständnis von eigener Männlichkeit intendiert. Interessant erscheint uns, inwieweit in diesem Zusammenhang, auch in der Reaktion betroffener Patienten, vermeintliche Schwächen und Unterlegenheitsgefühle möglicherweise gewalttätig kompensiert werden, und welche Rolle das Bild der eigenen “männlichen“, verunsicherten Sexualität hier spielt.“ (Ebd., S. 215)

¹²⁰ Ein Teil der männlichen Opfer wird – anders als bei Frauen – später selbst zum Täter. Nach Enders (2001b, S. 42) reagieren 30-40% der Betroffenen in dieser Weise. Dafür gibt es den Begriff der “Opfertäter“ (vgl. Bentheim, Kruse, 2000, S. 269).

Auch der geschlechtsspezifische Aspekt der helfenden Personen dürfe nicht vernachlässigt werden, da sich aufgrund der eigenen Sozialisation und gesellschaftlichen Erfahrung in der therapeutischen Situation in einer Mann-Mann-Konstellation andere Widerstände und Übertragungen als in einer Frau-Mann-Konstellation ergäben. Die Gemeinsamkeit der Widerstände bestände darin, dass sie mittelbare und unmittelbare Folgen der patriarchalischen Gesellschaft seien. Personen, die mit Männern arbeiten (medizinisches Personal, Pflegekräfte und TherapeutInnen), müssten das reflektieren.

Frauen als Täterinnen

Ein anderes Tabu – ebenfalls bedingt durch gesellschaftliche Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit – liegt darin, dass es auch weibliche Täterinnen gibt. Nach neuerer deutscher Forschung stellen sie 10-25% der TäterInnen, sie missbrauchen vor allem Mädchen, die Opfer seien meist nahestehende Kinder (vgl. Enders, 2001a; Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, 2001). Bis zu 50% dieser Frauen begannen damit unter dem Zwang von männlichen Tätern, führten ihn dann aber freiwillig weiter aus – viele Frauen machen also eine “Täterinnenkarriere“ durch, in der sie von Mittäterinnen zu Initiatorinnen des Missbrauchs würden (insbesondere in den sogenannten “multiinzestuösen“ Familien). Täterinnen gibt es auch unter Pflagemüttern, Betreuungspersonen in Heimen usw.

Ein zusätzliches Problem für die der Verarbeitung durch die Betroffenen entsteht auch hier durch die starke Tabuisierung und ein Nichtglaubenfinden der Opfer, da der Missbrauch vom gesellschaftlichen Frauenbild her nicht für möglich gehalten wird. Für die Opfer ist dies vor allem schwer, wenn es sich um die eigene Mutter handelt. Für Mädchen ist das erlebte Gefühl oft Grenzenlosigkeit, sie fühlen sich als körperliche und psychische Verlängerung der Mutter, ohne sich abgrenzen zu können. Zenker, Bammann und Jahn finden in ihrer Befragung von süchtigen Frauen in Fachkliniken heraus, dass in 1,9% der Fälle von sexuellem Missbrauch bei den befragten Frauen die Mütter die Täterinnen waren (ebd., S. 76).

Nachdem es schon schwer fiel und immer noch fällt, männliche Verwandte und Vertrauenspersonen als Täter für möglich zu halten, zeigt das Beispiel der weiblichen Täterinnen, wie stark gesellschaftliche und kulturelle Normen den Blick verstellen können. Auch dieses Thema steht also in seiner gesellschaftlichen Wahrnehmung, ganz zu schweigen seiner Erforschung, noch am Anfang.

Zusammenfassung

Obwohl ja in Kapitel 2 die Gefahr aufgezeigt wurde, dass die Thematisierung von sexuellem Missbrauch bei Frauen eine Dramatisierung und Verfestigung von Opferbildern zur Folge haben kann, zeigen die Daten, dass sie weiterhin wichtig bleibt. Der geschlechtsreflexive Blick führt hier dazu, wahrzunehmen, dass dieses prominente

Phänomen zum einen nicht für alle Frauen gilt, und zum anderen auch auf Männer zutreffen kann. Hier ist dann ein Blick auf kulturelle Kontexte nötig, um einen Umgang mit den verschiedenen Verarbeitungsweisen entwickeln zu können.

4.3.3 Partnerschaften

Suchtmittelabhängige Frauen und Männer haben in unterschiedlichem Maß feste Partnerbeziehungen, bei KlientInnen der ambulanten Suchtkrankenhilfe 58% der Frauen und 44% der Männer (IFT, 2004a, Tabelle 1.4), bei KlientInnen der stationären Suchtkrankenhilfe 56% der Frauen und 46% der Männer (FT, 2004b, Tabelle 1.4).¹²¹

Dieser Sachverhalt wird gelegentlich als größere Beziehungsfähigkeit dieser Frauen gedeutet. In der Praxis der Suchtarbeit wird aber immer wieder deutlich, wie sehr Frauen an belastenden und nicht selten gewaltvollen Beziehungen festhalten, wodurch eigene Veränderungsprozesse gefährdet oder verhindert werden.

Insgesamt sind die Erfahrungen in und die Auseinandersetzungen innerhalb der Partnerschaften für sehr viele suchtmittelabhängige Frauen von großer Bedeutung: Das wird nicht nur in Interviewstudien mit Frauen deutlich, sondern auch, wenn man veröffentlichte Biographien von ehemals süchtigen Männern und Frauen liest. In Büchern von Christa Jähnicke (1995), Vera Roos (2002) oder Caroline Knapp (1998) z. B. nehmen Probleme, Hoffnungen, Konflikte, Episoden des Beziehungsgeschehens und dadurch bedingte Krisen einen sehr großen Raum ein und ziehen sich durch die ganze biografische Erzählung. Blickt man dagegen z. B. in Biografien von Ernst Herhaus (1977) oder Mel Ash (1997), finden sich Erwähnungen der Beziehungen bzw. Partnerinnen selten und beschränken sich auf lakonische Äußerungen dazu, dass ihre Frau die Situation nicht mehr aushalte oder dass sie sie verlassen hätte.

Probleme in Partnerschaften können auch eine *Ursache* der Suchterkrankung von Frauen darstellen: In der umfangreichen Studie von Zenker, Bammann und Jahn (2002, S. 116) nannten 26% der befragten Frauen unter anderem (Mehrfachnennungen waren möglich) "Partnerproblematik" als eine der Ursachen ihrer Suchterkrankung (29% der alkoholabhängigen, 26% der alkohol- und medikamentenabhängigen, 22% der polysüchtigen und 17% der drogenabhängigen Frauen).

Bisher wurde in Forschungen kaum systematisch erhoben, wie suchtmittelabhängige Männer und Frauen ihre Beziehungen erleben. In dieser Studie, in der ausschließlich

¹²¹ Zahlen zum Familienstand berücksichtige ich hier absichtlich nicht, da Faktoren wie "ledig" und "verheiratet" meines Erachtens keinerlei hilfreiche Aussagen zu Partnerschaften ermöglichen (vgl. im nächsten Kapitel zu Gender Mainstreaming, wo Vogt kritisiert wird, wenn sie die Zahlen zum Familienstand als Belege sogar in einen Zusammenhang mit Beziehungsfähigkeit stellt).

Frauen befragt wurden, erfahren wir Genaueres. Sie nahmen folgende Bilanzierung ihrer (aktuellen und vergangenen) Partnerschaften vor:

- Ich fühle mich in meinen Partnerschaften geborgen: 48,4%
- Ich fühle mich verstanden: 38%
- Meine Partnerschaften sind von körperlicher Gewalt geprägt: 14,5%
- Meine Partnerschaften sind von seelischer Gewalt geprägt: 23,3%
- Meine Partnerschaften sind von sexueller Gewalt geprägt: 5,5%
- Mir wird wenig Aufmerksamkeit geschenkt: 22,9%
- Meine PartnerInnen haben Suchtprobleme: 31%
- In meinen Partnerschaften gebe ich den Ton an: 18,8%
- In meinen Partnerschaften geben meine PartnerInnen den Ton an: 28,5%
(ebd., S. 101).¹²²

Sucht des Partners

Ein besonderer Aspekt - der gewöhnlich nicht evaluiert wird, - besteht in der Tatsache, dass süchtige Frauen häufig ebenfalls süchtige Partner haben. Bei Zenker, Bammann und Jahn gaben 48% der polysüchtigen, 68% der drogenabhängigen, 21% der alkoholabhängigen und 21% der alkohol- und medikamentenabhängigen - also insgesamt 31% der Frauen - an, dass auch ihr Partner Suchtprobleme habe (ebd., S. 101).

Die Hamburger Basisdatendokumentation für den ambulanten Bereich erfasst als einzige der regelmäßigen Dokumentationen diese Frage und legt auch Zahlen zu Männern vor: Von den Alkohol- und Medikamentenabhängigen hatten 13,7% der Männer und 32,8% der Frauen Partner/innen mit Suchtproblemen, von den Drogenabhängigen 21,9% der Männer und 57,7% der Frauen (Bado, 2005, S. 76).

Die oben genannten Ergebnisse werfen ein interessantes Licht auf die Tatsache, dass süchtige Frauen häufiger in Partnerschaften leben als süchtige Männer.

Die Sucht des Partners kann für die süchtigen Frauen auf verschiedene Weise problematisch sein. Sie kann z. B. auf die eigene Suchtentwicklung verschärfend wirken, den Ausstieg aus der Sucht erschweren oder Partnerschaftsprobleme zuspitzen.

¹²² Zur besseren Verständlichkeit habe ich hier die vollständige Formulierung der Fragen aus dem Anhang der Studie abgedruckt.

Problematische Beziehungsdynamiken

Die Beziehungsmuster süchtiger Frauen sind häufig von Abhängigkeit vom Partner, mangelndem Selbstwert, Selbsthass oder Schuldgefühlen geprägt. Der negative Blick auf die eigenen Fähigkeiten und die eigene Person scheint in der Partnerschaft reproduziert und verstärkt zu werden. Dies kann allerdings nicht einseitig auf das Verhalten der Männer zurückgeführt werden. Zum Teil initiieren oder fördern die Frauen selbst eine Dynamik, die ihre Selbstachtung und Autonomie immer weiter schwächt. Hier ist auch an den Begriff der "Partnerzentrierung" (Galliker, Grivel, Klein, Schendera, 2004) zu erinnern.

Auf Kränkungen oder Nicht-Beachtung durch den Partner, oder auf dessen Dominanzverhalten, reagieren einige Frauen, wie Interviewstudien und Biographien eindrucksvoll zeigen, häufig nicht mit Kritik, Auseinandersetzungen oder Forderungen. In der Überzeugung, selbst für das Verhalten des Partners verantwortlich zu sein, versuchen sie – bis hin zur Selbstaufgabe – ihm immer mehr Zuwendung und Liebe zu geben. Eine ehemals drogenabhängige junge Frau erzählt:

"Und hab´ mehr gedacht, wenn ich ihm viel geb´, dann wird es wieder. Also, umso mehr ich ihm mach´: Ich dacht´ mer, des liegt alles nur an mir. Nur ich kann die Beziehung wieder ganz machen. Und ich hab´ halt dann erst versucht, so, ja, ihm heimlich viel rüberzubringen. Total viel Liebe rüberzubringen. Die ganze Liebe, die ich, glaub´ ich, für mich gebraucht hätte, hab´ ich versucht ihm rüberzubringen." (Egartner, Holzbauer, 1994, 179f.)¹²³

Indem die Interviewpartnerin die Verantwortung für das Verhalten des Partners sich selbst zuschreibt, wird die Kritik am Partner unsichtbar und das Geben kriterien- und grenzenlos. Es entsteht ein Kreislauf von innerer Leere, Abhängigkeit und Anpassung an die Beziehung. Erneut zeigt sich hier eine Form der *Verkehrung*¹²⁴, hier als fast magisch anmutende Vorstellung, durch das einseitige Geben von Liebe erreichen zu können, dass die Beziehung stabil bleibt und der Partner sich liebevoller verhält. In Biografien und Interviewstudien finden sich zahlreiche ähnliche Beispiele – unabhängig davon, von welchen Suchtmitteln die Frauen abhängig waren bzw. sind.

Die Studien verdeutlichen, dass Partnerschaften sehr unterschiedliche Funktionen haben können. So taucht der Partner beispielsweise als *Mittel zur gesellschaftlichen Integration* auf. Egartner und Holzbauer beschreiben in ihrer Studie zu drogenabhängigen Frauen eine Fallgeschichte, in der die Abhängigkeit vom Partner im Zusammenhang mit der Aufgabe von Beruf und der Reduktion anderer sozialer Beziehungen steht. Die Interviewpartnerin erzählt:

¹²³ Hier findet sich eine Parallele zu dem Beispiel der Frau, die in ihrem helfenden Beruf bis zur totalen Erschöpfung immer mehr und mehr gibt, vgl. dazu Kapitel 4.3.1.

¹²⁴ Wir fanden bereits eine Täter-Opfer-Verkehrung im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt, und die Verkehrung von großer eigener Bedürftigkeit in den Wunsch zu helfen im Zusammenhang mit Berufstätigkeit.

”Und ich glaub´, so irgendwie hab´ ich bloß noch Schutz von ihm g´habt. Daß ich irgendwo in der Gesellschaft noch hab´ existieren können. So ein Schutz oder so ´ne Stütze. Des, an Arthur´s Seite funktioniert´s halt immer noch irgendwie.” (Ebd., S. 186)

Die Suche nach einem geschützten Ort beim Partner, die bei dieser Interviewpartnerin mit zunehmendem Kräfteverlust durch die Abhängigkeit von Heroin zunimmt und zum Ende der Berufstätigkeit führt, und schließlich das Zusammenziehen mit ihm in eine gemeinsame Wohnung, spitzt die destruktive Beziehungsdynamik immer mehr zu:

”Und des war einfach so krass, so die Zwiespälte, in denen ich war. Irgendwo total hilflos und dann irgendwie wieder ganz an Arthur geklammert. (...) Ja, wie ich dann ganz bei ihm war, dann wurd´ s noch schlimmer, also da hat er echt sein´ Macker total raushängen lassen. Ich: Nur noch funktionieren, er: Macht über mich. Ich konnt´ mich a´ kaum mehr wehren (...). Ich war ja nix mehr. Der konnt´ mit mir tun und lassen, was er wollte. Ich hab´ zu allem Ja und Amen g´sagt so. Dacht´ mer halt, na ja, ich baller´ mir halt was.”¹²⁵ (Aus: Egartner/Holzbauer, 1994, S. 185)

Gewalt in Partnerschaften

Wie bereits im Kapitel zu sexuellem Missbrauch und Gewalt erwähnt, erleben süchtige Frauen ein erhöhtes Ausmaß an Gewalt in ihren Partnerschaften.

Vogt ermittelt z. B. in ihrer Alkoholikerinnenstudie (1994) – von heute aus gesehen also Frauen der älteren Generation –, dass 27 der 37 befragten Frauen in der Zeit, als sie Alkoholikerinnen wurden, von ihrem Ehemann oder anderen Familienmitgliedern geschlagen wurden, also 73% der Gesamtgruppe.¹²⁶ Vogt schließt aus den Interviews, dass Gewalt in Form von Schlägen und erzwungenem sexuellen Verkehr für eine Teilgruppe von süchtigen Frauen geradezu zur Ätiologie der Sucht gehöre (ebd., S. 131f). Die Gewalttätigkeiten gegen die Frauen nähmen mit der Etablierung der Krankheit an Ausmaß und Intensität zu. Das Trinken sei in diesen Fällen eine Reaktion auf die Gewalt.¹²⁷

Dabei unterscheidet sie zwei Formen von Verläufen: Grundsätzlich gewalttätige Familien bzw. Partner, bei denen Gewalt ganz unabhängig vom Alkoholkonsum der Frau vorkommt, und Familien, in denen Gewalt sich erst dann gegen die Frauen richtet, wenn Bezugspersonen den Alkoholkonsum als bedrohlich erleben. Häufig entschuldigen die

¹²⁵ ”Ballern” ist ein gängiger Szenebegriff und bedeutet, sich Heroin (oder andere Substanzen) intravenös zu spritzen.

¹²⁶ Bei Zenker, Bammann und Jahn (2002) finden sich eher geringe Zahlen zu Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und Gewalt bei den Frauen, seitdem sie erwachsen sind. Diese Unterschiede sind nicht ohne Weiteres zu klären. Sie könnten möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass es - wie schon beim Thema sexueller Missbrauch ausgeführt – auch ein Problem von Offenheit angesichts schwieriger Themen geht.

¹²⁷ Sehr eindrucksvoll wird eine solche Entwicklung im Interview ”A18“ (S. 132ff.) gezeigt: nach einer Zeit von körperlicher Gewalt und erzwungenem Geschlechtsverkehr durch ihren trinkenden Ehemann nutzte die Interviewpartnerin Alkohol, um die Situation auszuhalten: „(...) ich hatte ja dann eben so getrunken, daß mir´s dann egal war. Ob geschlagen wurde oder nicht geschlagen.“ (Vogt, 1994, S. 135).

Frauen die Gewalt der Männer, die angesichts ihres eigenen Alkoholkonsums “verständlich“ sei.

“Wenn ich mich in die Situation so richtig reinversetze, war’s eigentlich so, daß ich es erniedrigend fand, meine ganze Situation, betrunken, geschlagen, daß das zusammenkommt. Also da steht mein Mann ganz außerhalb der Sache. (...) ich kann mir diese Ohnmacht vorstellen gegenüber dieser ganzen Situation. Mein Mann ist sensibel auf der einen Seite, sehr empfindlich, und er hätte es so gern schön gehabt, und wir könnten es schön haben, und dann hat er ´ne Frau, die immer wieder trinkt, mit ihr ist nichts anzufangen.” (Vogt, 1994, S. 140)

Auf der Grundlage langjähriger Forschung haben Stark und Flitcraft (1996, zit. nach Hagemann-White, 2001, S. 14) geschätzt, dass 45% aller alkoholabhängigen Frauen zu Beginn der Suchtentwicklung in Misshandlungssituationen lebten.

Die Gewalterfahrungen der Frauen können unterschiedlichen Charakter haben und sowohl physische als auch psychische oder sexuelle Formen von Gewalt beinhalten. Die folgende Feststellung aus der aktuellen Studie zu Gewalt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bezieht sich zwar nicht explizit auf süchtige Frauen, sondern auf (sozial übrigens ganz unterschiedliche Gruppen) gewaltbetroffene Frauen in Deutschland ganz allgemein, benennt aber wichtige Aspekte, die auch – oder sogar in verstärktem Maße – für abhängige Frauen gelten.

“Körperliche, sexuelle und psychische Formen von Gewalt wurden zum Teil als eng miteinander verwoben beschrieben und die Grenze, wo (welche Form von) Gewalt anfängt und als solche wahrgenommen wird, wurde als fließend eingeschätzt. Mitunter wurde die Leugnung von Gewalt durch Betroffene, durch Täter, aber auch durch Dritte, etwa die eigene Familie, aufrechterhalten, um den Schein einer glücklichen Familie nach außen hin zu wahren. Dies kann sowohl die Loslösung aus der Gewaltsituation als auch die Inanspruchnahme von Hilfs- und Unterstützungsangeboten behindern.” (Vgl. Schröttle, Müller, 2004, S. 32)

Unterstützung – Männer und Frauen im Vergleich

Suchtmittelabhängige Männer – vor allem Alkoholiker – werden oft jahrelang von ihren Partnerinnen versorgt. Laut entsprechender Studien erhöhen bestehende Partnerschaften und das Eingebundensein in eine Familie deren Heilungsquote (vgl. Vogt, 2005, S. 26). Suchtmittelabhängige Frauen finden dagegen seltener Unterstützung in ihren Beziehungen. Ihre Partnerschaften mit Männern sind häufig problematisch und umfassen mitunter auch Gewalterfahrungen.

Versuchen süchtige Frauen, einen Weg aus der Sucht zu finden und ihr Leben entsprechend zu verändern, reagieren Partner oft nicht hilfreich. Eine Mitarbeiterin einer Suchtberatungsstelle für Frauen berichtet in einem Interview von ihren Erfahrungen:

"Es kommt kaum vor, daß der Partner mal so richtig in den Veränderungsprozeß integriert war oder das auch gefördert hat. Vielleicht ganz am Anfang noch, aber wenn

sich die Frau im Prozeß noch mal ganz neu orientiert, nicht mehr. Überhaupt ist es eher so: Auch wenn die Partner davon wissen, kommen die Frauen aus eigenem Antrieb. Von einigen weiß ich, daß die Frauen sogar gegen den Willen der Männer gekommen sind. Die haben eher zu ihnen gesagt: ‚Was willst du da, was machst du da, die hetzen dich auf!‘ Die Männer befürchten, daß die Probleme offengelegt werden." (Schwartzing, 1998, S. 43)

Mit diesen Faktoren verknüpft ist der Mangel an Erfahrungen, gut für sich selbst sorgen zu können. Viele Frauen haben das Gefühl, sie seien es nicht wert, für sich selbst Zeit und Raum zu beanspruchen. Insofern wird eine Beratungsstelle nicht so leicht aufgesucht, oder aber mit dem Motiv, vor allem schnell wieder funktionieren zu wollen:

"In einer Beratung, die wir in der Klinik gemacht haben, sagte z.B. eine Frau, sie könne nur 8 Tage dort bleiben, dann müßte sie wieder im Betrieb arbeiten und müßte dann wieder funktionieren, und solange unterstützt der Partner das auch. Das hatte dann so was wie: Nun habe ich hier schon meine Auszeit, alle freuen sich auch, daß ich nicht mehr trinke, aber nun muß auch alles wieder gut werden." (Schwartzing 1998, S. 45)

Einige Frauen fühlen sich z. B. auch in der Familie oder bei der Mitarbeit in einer gemeinsamen Firma dafür verantwortlich, die Familiensituation nicht weiter zu verschärfen. Dieses Beispiel zeigt, dass es für längerfristige Veränderungen nicht ausreicht, überhaupt Motive für eine Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum zu entwickeln. Motive eröffnen nicht schon als solche einen Weg für Veränderungsprozesse, die die Person und deren Umfeld betreffen, wenn wie in diesem Fall das Funktionieren um jeden Preis sowohl eine Motivation für eine Veränderung als möglicherweise auch eine Funktion des Suchtmittelkonsums ist. Es ist ausgesprochen problematisch, wenn Bedingungen bzw. Kontexte des Konsums bzw. der Sucht zugleich den Rahmen einer tragfähigen Veränderung abstecken sollen.

Auch für drogenabhängige Frauen kann die Bedeutung von Partnerschaften sehr groß sein, sie beinhaltet – bedingt durch die Lebenswelt der Drogenszene – oft zusätzliche Aspekte.¹²⁸

Da der Partner für Frauen beispielsweise Schutzfunktionen in der Drogenszene haben kann, als Zuhälter fungiert oder als Dealer für die Beschaffung von Drogen wichtig ist, bedeuten Veränderungen in der Partnerschaft immer auch umfassende Änderungen der Szene- und Versorgungssituation. Angesichts der Reduktion sozialer Beziehungen auf die Drogenszene bekommt die Partnerschaft eine große Bedeutung. In biografischen Berichten von Betroffenen und Praxisberichten von MitarbeiterInnen der Drogenhilfe werden immer wieder solche schillernden Beziehungskonstruktionen deutlich – als Schutzverhältnis, als

¹²⁸ In einigen - allerdings älteren - Studien (Hedrich, 1989, Hanel, 1988) wird die große Bedeutung der Partnerbeziehung für drogenabhängige Frauen deutlich. Die befragten Frauen legen großen Wert darauf, die Beziehung aufrechtzuerhalten, z.B. auch über Gefängnisaufenthalte hinweg.

“väterliches“ Verhältnis eines älteren Freiers mit Rettungsambitionen zu einer sehr jungen Frau oder als Ausnutzungsverhältnis durch einen Zuhälter.

Zusammenfassung

Partnerbeziehungen sind hinsichtlich der Suchtentwicklung bei Frauen, den Behandlungsverläufen und auch Prognosen und Rückfällen insgesamt von großer Relevanz. Es zeigt sich, dass Partnerschaften sich für viele süchtige Frauen keineswegs als Unterstützung auswirken, sondern auf diversen Ebenen problematisch sein können. Das Phänomen einer Partnerzentrierung kann bei suchtmittelabhängigen Frauen aus unterschiedlichen sozialen Schichten auftreten, bei Frauen mit gehobenen Berufen¹²⁹ ebenso wie bei auch finanziell abhängigen Hausfrauen, also auch angesichts von sozialen Differenzierungen.

Partnerschaft spielt also in mehrerer Hinsicht eine Rolle: Probleme in der Partnerschaft können ein Teil des Entstehungszusammenhanges von Sucht sein; Probleme in der Partnerschaft beschleunigen oder verstärken die Suchtentwicklung; ein Teil der Frauen erlebt in den Partnerschaften auch unmittelbare Gewalt, was die Suchtproblematik zuspitzt; ein mangelndes Selbstwertgefühl ermöglicht Erfahrungen von Missachtung und Unterwerfung in der Beziehung und wird zugleich von ihnen reproduziert; Ausstiegsprozesse aus der Sucht werden bei einem Teil der Frauen durch den Partner nur wenig unterstützt.

Obwohl in der Suchtforschung nur einige wenige Studien dieses Thema bearbeiten, wird deutlich, wie wichtig die Dimension der Partnerschaft für Frauen ist und dass Beziehungskonzepte, Beziehungserfahrungen und Möglichkeiten der Gestaltung von Partnerschaften in der beratenden und therapeutischen Arbeit dringend berücksichtigt werden sollten. Beim Thema Partnerschaft wird aber auch erneut die Schieflage der “einseitigen Vergeschlechtlichung“ in der Forschung deutlich: Während Forscherinnen geschlechtsbezogenen Erkenntnisse zu Frauen vorlegten, gibt es keine Studien, die solche Fragen systematisch für suchtmittelabhängige Männer erheben.

¹²⁹ Siehe hierzu die schon erwähnte Biographie von Caroline Knapp (1998), die eine ökonomisch unabhängige Journalistin ist.

4.3.4 Elternschaft

Bei der Frage nach geschlechtsbezogenen Aspekten von Sucht spielt auch die Frage von Elternschaft und Alltag mit Kindern eine Rolle. Viele suchtmittelabhängige Frauen und Männer haben Kinder. Dieser Sachverhalt wurde in der Suchtkrankenhilfe lange vernachlässigt und wurde erst in den letzten Jahren thematisiert – allerdings vor allem unter der Frage der daraus resultierenden Belastungen für Kinder, was sich auch in der derzeitigen Häufung von Tagungen, Literatur und Forschungsprojekten zu Kindern aus suchtbelasteten Familien zeigt. Auch für diesen Fokus wäre natürlich sofort zu fragen, ob nicht ein geschlechterreflexiver Blick auf die Entwicklung der Mädchen und Jungen hilfreich wäre. Ich komme weiter unten kurz darauf zurück.

Wie viele suchtmittelabhängige Frauen und Männer tatsächlich Kinder haben, wie die elterliche Konstellation und die konkrete Lebenssituation mit Kind(ern) für sie aussieht, kann man aufgrund einer methodisch uneinheitlichen und verstreuten Daten- und Studienlage nur annähernd bestimmen.

Daten zu Elternschaft und der Lebenssituation mit Kind(ern)

In der deutschen Suchthilfestatistik tauchen Kinder nur unter der Frage nach der "Lebenssituation" auf: Die Suchthilfestatistik weist für den ambulanten Bereich aus, dass 36,2% der Frauen und 18,6% der Männer zum Zeitpunkt der Betreuung mit Kindern leben (IFT, 2004a, Tabelle 1.5.). Ein noch deutlicherer Unterschied zwischen Frauen und Männern findet sich, wenn wir innerhalb dieser Gruppe danach differenzieren, ob sie zugleich mit einem Partner leben: 92% der Männer, die mit Kindern leben, leben auch mit einer Partnerin zusammen, 8% ohne. Dagegen leben 65% der Frauen mit Kindern im Haushalt auch mit einem Partner zusammen, und 35% ohne.¹³⁰ Hier wird ein methodischer Mangel deutlich, der damit zusammenhängt, dass nicht Elternschaft, sondern nur das Zusammenleben mit Kindern erfasst wurde. So bleibt unklar, wie viele Kinder sie tatsächlich haben (die z.B. bereits älter sind oder in anderer Weise untergebracht), und ob die Kinder, mit denen sie leben, auch ihre eigenen sind.¹³¹

Die Hamburger Basisdatendokumentation, die suchtrelevante Daten für den Hamburger ambulanten Bereich erhebt, ist hier in der Erhebung differenzierter. Kinder haben von den Alkohol- und Medikamentenabhängigen 44% der Männer und 56% der Frauen, im eigenen Haushalt leben sie bei 36% der Männer und 48% der Frauen. Von den Drogenabhängigen haben Kinder 36% der Männer und 47% der Frauen, im eigenen Haushalt leben sie bei 30% der Väter und 47% der Mütter (Bado, 2005, S. 76). Noch prägnanter sind geschlechtsbezogene Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Alleinerziehenden.

¹³⁰ Eigene Umrechnung der Tabelle 1.5. anhand der Rohdaten (IFT, 2004a).

¹³¹ Insbesondere bei drogenabhängigen Frauen ist der aktuelle Partner oft nicht der Vater des Kindes, wie z.B. Daten aus dem Modellprojekt VIOLA (Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001) zeigen.

Alleinerziehende sind – gemäß der Hamburger Daten – bei Abhängigen von Alkohol und Medikamenten 30% der Mütter und 3% der Väter, bei Drogenabhängigen 36% der Mütter und 5% der Väter (ebd., S. 77f.).

Wie sieht es im stationären Bereich aus? 28,7% der Frauen, aber nur 17,9% der Männer lebten zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme mit Kindern zusammen (IFT, 2004b, Tabelle 1.5.). Die Differenzierung innerhalb der Gruppen ergibt, dass von den Männern mit Kindern im Haushalt 92% zugleich mit einer Partnerin zusammen leben und nur 8% ohne. Von den Frauen mit Kindern im Haushalt leben 60% zugleich auch mit einem Partner zusammen, 40% ohne. Auch hier lässt sich deutlich auf einen sehr hohen Anteil von Frauen als Alleinerziehende schließen.¹³²

Nach Zenker, Bammann und Jahn (2002, S. 30) waren 70% der im Jahr 2000 während ihrer stationären Suchtbehandlung befragten Frauen Mütter.¹³³ 84% der Mütter haben bis zum (max.) 16. Lebensjahr der Kinder mit ihnen zusammengelebt.¹³⁴ Dabei stellt sich die Verteilung je nach Art der Hauptdiagnose sehr unterschiedlich dar; Frauen, die von illegalen Drogen abhängig oder polysüchtig sind, leben (bzw. lebten) deutlich seltener mit ihren Kindern zusammen als die Alkoholikerinnen.¹³⁵

Was zeigen die Zahlen? Ein deutlich größerer Anteil der Frauen als der Männer hat Kinder, ein enorm viel höherer Anteil der Mütter lebt mit ihren Kindern zusammen, und wesentlich mehr Mütter als Väter sind Alleinerziehende. Das bedeutet, dass insgesamt Elternschaft vor allem für süchtige Frauen eine große Bedeutung hat, in ihrer Lebensgestaltung, ihren Gefühlen, Hoffnungen und Belastungen, in ihrem Selbstbild, und nicht zuletzt auch im Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit und hinsichtlich der Möglichkeiten und Hindernisse zur Nutzung des Hilfesystems.

Das Thema Elternschaft ist von mehreren Dimensionen durchzogen: Erstens berücksichtigt die Suchtkrankenhilfe Elternschaft, und vor allem – wie wir angesichts der Zahlen zuspitzen können – Mutterschaft mehr unter dem Aspekt der Prävention von Kinderschädigungen, aber weniger als Betreuungs- und Behandlungskontext der Frauen. Es bleibt also allzu leicht unerkannt, ob und gegebenenfalls wo sich ein Widerspruch

¹³² Ähnliches zeigt sich in der Studie von Martina Tödte (2004) von Frauen und Männern mit Erfahrungen in stationärer Drogentherapie: 48% der Frauen und 29% der Männer hatten Kinder, ein Drittel der Mütter und nur ein Fünftel der Väter lebte mit ihnen zusammen.

¹³³ Aufgegliedert nach Alter waren es 23% der Frauen unter 25 Jahren, 60% der 26-35 Jährigen, 75% der 36-45 Jährigen, 80% der Frauen über 45 Jahren (Zenker, Bammann, Jahn, 2002, S. 30). Diese Unterschiede bergen zwei Aspekte: Frauen der mittleren Generation wurden durchschnittlich noch häufiger Mutter als Frauen in den jüngeren Generationen, die sehr jungen Frauen andererseits stellen sich die Kinderfrage oft erst später in ihrem Leben.

¹³⁴ 57% der 17-25jährigen, 74% der 26-35jährigen, 81% der 36-45jährigen, 91% der über 45jährigen Mütter (vgl. ebd.).

¹³⁵ Das lässt sich deutlich folgern aus dem Vergleich von Tabelle 4.1.8. (S. 30: zum Zusammenleben mit Kindern nach Behandlungsalter) und Tabelle 4.2.3. (S. 36: Suchterkrankung nach Behandlungsalter).

zwischen Kindeswohl und Wohl der Mutter auftritt. Zweitens werden im Falle schwangerer Frauen oder Frauen mit Kindern, die abhängig sind, wie wir noch sehen werden, die Zuständigkeiten unterschiedlicher Hilfesysteme durchkreuzt. Geburtshilfe, Krankenhäuser, Suchthilfe und Jugendämter haben ihre je eigenen Systematiken und "zerschneiden" und verkennen die Lebenssituation der Frauen mit Kindern oder blenden sie in ihren spezifischen Problemen und Bedürfnissen aus.

Über diese ersten Zahlen hinaus gibt es sehr wenige Erkenntnisse über Phänomene im Zusammenhang mit Vätern und Sucht. Daher gehe ich im Weiteren zunächst auf die Daten und Erkenntnisse ein, die vorliegen, und die sich im Schwerpunkt mit Müttern befassen.

In welcher Weise spielt also Elternschaft nun konkret - vor allem für Frauen - eine Rolle im Rahmen von Suchtmittelabhängigkeit?

Zum Doppelcharakter von Mutterschaft hinsichtlich der Nutzung von Hilfeangeboten

Ein erster wichtiger Aspekt ist die Bedeutung der Mutterschaft für den Umgang von Frauen mit ihrer eigenen Suchtmittelabhängigkeit. Die Mutterschaft verändert das Verhältnis zur eigenen Sucht und zum Hilfesystem, sie kann dabei in beide Richtungen – Suche von Hilfe und Vermeidung von Hilfe – wirken. Für Frauen mit Kindern tritt in besonderer Weise das Problem der Offenlegung ihrer Abhängigkeit auf. Die Betroffenen haben oft starke Schuldgefühle, Angst vor Stigmatisierungen als "schlechter Mutter" und vor dem Verlust der Kinder durch das Eingreifen des Jugendamtes. Zudem werden sie von Beratungsstellenangeboten gewöhnlich gar nicht explizit als süchtige Mütter angesprochen. So ist es häufig mit großer Angst verbunden, die Abhängigkeit offen zu legen und eine Beratungsstelle aufzusuchen, da die Betroffenen moralische Verurteilungen und Sanktionen befürchten und ihre oft starken Schuldgefühle dadurch noch verdoppelt würden. Eine Mitarbeiterin einer Suchtberatungsstelle berichtet in eine Interview:

"Den Frauen, die Kinder haben, ist es ja noch mal peinlicher zu kommen und zu sagen: ‚Ich trinke, und meine Kinder kriegen womöglich noch was mit.‘ Das ist eine Hemmschwelle höher. Ich glaube, daß diese Frauen viel länger brauchen, um eine Beratungsstelle aufzusuchen. Das ist für sie eine Hemmschwelle und auch die Angst, wir melden das weiter." (Schwartzing, 1998, S. 43)

Für sie ist es wichtig, zum einen als Mütter angesprochen zu werden, zum anderen aber auch Hilfe für sich erwarten zu können und nicht nur Verurteilung und Druck. Kinder sind auf diese Weise oftmals ein Grund für die Mütter, Veränderungsprozesse hinauszuzögern und den Konsum so lange wie möglich zu verheimlichen.

Der andere Fall, gerade wegen der Kinder Veränderungen zu wollen, ist genauso häufig anzutreffen. Er kann jedoch in zwei Formen auftauchen. Einerseits erleben süchtige Mütter

einen erhöhten Druck, angemessen zu funktionieren, wie in der Aussage einer Suchtberaterin anklingt:

„Gerade bei Frauen, die verheiratet sind und Kinder haben, ist oft ganz viel Druck da: ‚Du mußt das jetzt hinkriegen! Du mußt das jetzt schaffen! Du mußt aufhören zu trinken!‘ Und der Mann unterstützt sie auch, damit sie wieder funktionieren auch ohne Alkohol, auf der Ebene läuft es ganz viel.“ (Schwarting, 1998, S. 55)

Ein solcher Druck muss sich nicht unbedingt produktiv auswirken, wie Erfahrungen von MitarbeiterInnen aus Suchtberatungsstellen zeigen. Wichtig ist, ob die Betroffene von sich aus bzw. auch für sich selbst eine neue Perspektive sucht, wie es in einem anderen Bericht über eine Klientin anklingt:

„Ich habe eine Klientin, die ganz massiv trinkt und einen Sohn hat, er ist vier Jahre alt. Sie sagt, sie muß jetzt unbedingt was tun, sie hat große Angst, daß ihr das Kind weggenommen wird, daß sie es nicht mehr richtig versorgen kann, daß es auffällig wird, daß andere es merken, oder daß es im Kindergarten auffällt und daß es ihr weggenommen wird. Und sie merkt selbst, daß sie ihn, wenn sie betrunken ist, nicht mehr richtig versorgen kann, und daß er das Trinken auch bemerkt. Er sagt dann auch schon mal: ‚Geh doch da vorn in die Kneipe und trink ein Bier, ich gehe auf den Spielplatz spielen.‘ Sie merkt für sich, daß das aufhören muß, für sich und für das Kind. Sie plant jetzt, in die Entgiftung zu gehen, und möchte prüfen, ob stationäre Therapie mit Kind ein gutes Angebot für sie wäre.“ (Schwarting, 1998, S. 44)

Hier zeigt sich Druck in einer positiven Auswirkung. Wenn nun suchtkranke Frauen mit Kindern aktiv werden, können auch im weiteren Verlauf Schuldgefühle entstehen, wenn sie sich Zeit und Raum für eine Therapie nehmen und sich dabei von ihrem Kind trennen – obwohl sich das sogar vorteilhaft auf die Situation des Kindes auswirkt. Eine alkoholabhängige Frau, die sich in eine Entwöhnungsbehandlung begeben hat, berichtet darüber:

„Ich hänge sehr an ihr, und jetzt ist sie auch eingeschult, das war für mich eine schlimme Woche und, und im Oktober hat sie Geburtstag, da kann ich auch nicht dabei sein. Und da kommen auch sehr Selbstvorwürfe bei mir zum Vorschein, das hat sich schon gebessert, zu Anfang war das ganz ganz schlimm.“ (Vogt, 1994, S. 89)

Kinder als Belastung und Überlastung – Suchtmittelkonsum als Versuch, zu funktionieren

Neben dem psychischen Druck liegt eine Dimension des Themas Elternschaft darin, dass die Mutterschaft auch ganz *praktisch* in ihren alltäglichen Anforderungen eine Belastung darstellen kann, angesichts derer der Konsum von psychotropen Substanzen einen Versuch darstellen kann, zu funktionieren. Dieses Phänomen finden wir insbesondere bei Medikamenten, die - wie Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink und Witte (2001) zeigen -, häufig mit der Motivation des Erhalts der Funktionsfähigkeit genommen werden.

Im Folgenden möchte ich einige weitere Aspekte von Sucht und Elternschaft vorstellen, und zwar getrennt nach den Hauptdiagnosen der Frauen und Männer. Ich tue dies zum einen, weil sehr unterschiedliche Daten und Studien dazu vorliegen, und zum anderen,

weil die Lebenssituation bei Drogenabhängigkeit anders und zugespitzter gelagert ist als bei Abhängigkeiten von legalen Suchtmitteln.

Alkoholabhängige Frauen, Männer und Kinder

Die Beziehung von Alkoholabhängigen zu ihren Kindern kann sehr unterschiedlich aussehen. Vogt (1994) befragte in ihrer Interviewstudie zu Alkoholikerinnen Frauen in Behandlung auch nach der Geschichte und dem Verhältnis zu ihren Kindern. Dabei arbeitet sie drei unterschiedliche Typen von Beziehungen zu und Sichtweisen der alkoholabhängigen Frauen von ihren Kindern heraus.

Die Frauen der ersten Gruppe hätten innige Beziehungen zu ihren Kindern und könnten ein gutes Verhältnis durch die Zeit der Abhängigkeit hindurch aufrecht erhalten. Diese Gruppe war relativ klein.

Bei der zweiten Gruppe gäbe es handfeste Störungen in den Beziehungen zwischen Müttern und Kindern, die zum Teil schon in die Zeit der Zeugung und Geburt zurückreichten. Einige hätten vor allem distanzierte Gefühle zu ihrem Kind bzw. ihren Kindern. So erzählt eine Interviewpartnerin rückblickend:

“(…) das war so (…) als ich mich überhaupt nicht damit anfreunden konnte, so. Ich wußte nicht genau, ob ich das Kind will oder nicht. Ich wußte es nicht. Ich bekam es einfach.” (Vogt, 1994, S. 148)

Bei einigen hätte dieses Gefühl sich verändert, bei anderen nicht. Wenn zudem noch der größte Teil der Erziehungsarbeit auf ihnen lastete oder sie sich durch Erziehungs- und Erwerbsarbeit überfordert gefühlt hätten, hätten diese Frauen das Kind vorwiegend als Last erlebt. Solche Störungen oder distanzierte Gefühle würden mit der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit dann stärker – so dass einige Frauen die Kinder zu Großeltern oder in Heime gäben.

Bei der dritten Gruppe seien die Störungen in der Beziehung zwischen Mutter und Kindern Teil der Alkoholkrankheit selbst, und zwar umso massiver, je mehr die Kinder in den Krankheitsprozess verwickelt würden und von den männlichen Partnern der Frauen als kleine Kontrolleure missbraucht würden, die die Mutter tagsüber ausspionieren, kontrollieren, versteckte Alkoholvorräte suchen usw. (Vogt, 1994, S. 152ff.).

Kinder über ihre süchtigen Eltern

Um etwas über alkoholabhängige Frauen und Männer als Eltern zu erfahren, können wir auch Studien nutzen, die nach den Sichtweisen und Beurteilungen der Kinder fragen. Michael Klein und Claudia Quinten (2002) untersuchten die Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern, in der sie die jungerwachsenen

Kinder von Alkoholabhängigen nach ihren Erfahrungen mit ihren Eltern fragten. So lässt sich auch nach Unterschieden im Familienleben zwischen süchtigen Vätern und Müttern bzw. bei Abhängigkeit beider Elternteile fragen. In 62% der Fälle waren nur Väter Alkoholiker, in 24% der Fälle nur die Mütter, in 14% der Fälle beide Eltern (vgl. Klein, Quinten, 2002, eigene Umrechnung von Tabelle 2, S. 236). Das heißt, mehr als ein Drittel der behandelten Mütter hat einen süchtigen Partner und etwas über ein Fünftel der Väter eine süchtige Partnerin.

Ein wichtiges geschlechterbezogenes Ergebnis betraf das Vorkommen von körperlicher Gewalt. Väter übten sehr viel häufiger körperliche Gewalt aus als Mütter. Addiert man die Kategorien "mehr als 5 mal monatlich" und "täglich", so wurde körperliche Gewalt ausgeübt durch 15% der Väter, 0 % der Mütter und 9% durch beide Elternteile, wenn diese beide süchtig waren. Nie Gewalt ausgeübt wurde dagegen von 41,8% der süchtigen Vätern, 71,4% der süchtigen Mütter und 45,5% beider suchtkranker Eltern (ebd., S. 236). Es ist ein interessantes Ergebnis, dass Gewalt vor allem durch süchtige Väter ausgeübt wird, und zwar noch häufiger als bei einer Suchtmittelabhängigkeit beider Eltern.

Bei der Frage nach der Atmosphäre des Elternhauses sieht es anders aus: Die Atmosphäre als gewalttätig beschrieben 17% der Kinder eines suchtkranken Vaters, 0% einer suchtkranken Mutter und 30% bei zwei süchtigen Eltern. Die Autoren weisen zudem nach, dass bei süchtigen Müttern die Atmosphäre von den Kindern als weniger gewalttätig und weniger unfreundlich beschrieben wurde als bei süchtigen Vätern, sie aber instabiler und angespannter gewesen sei.

Opfer und TäterInnen – Zuspitzungen und Fortsetzungen von Gewalt in spezifischen Verflechtungen

In den Interviews bei Vogt (1994) finden sich einige Fälle, die bis zur Gewalttätigkeit der Kinder gegenüber der Mutter gehen. Es handelt sich dabei um eine Verlängerung des Gewaltverhältnisses in der Partnerschaft in die Mutter-Kind-Beziehung hinein (Vogt zeigte ja die Häufigkeit von Gewalt gegen die trinkenden Frauen, und ein Teil von ihnen trank gerade *wegen* der Gewalt, der sie ausgesetzt waren). Eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie von ihrem Sohn geschlagen wurde:

"Ja, mein Mann hat ihn ja damals förmlich dazu animiert. Wenn ich mal anderer Meinung war, auch wenn ich nicht getrunken hatte, also auch so, daß er gesagt hat, hau doch einfach drauf, was will die alte Kuh denn eigentlich. Und hinzu kam dann ja auch noch ganz massiv, daß mein Mann anschließend noch sagte, ich hätte seine Eltern umgebracht, und, und nicht, in seinem Säuferwahn, und das hat der Junge so richtig übernommen." (Vogt, 1994, S. 136)

Hier scheint auch der Partner zu trinken. In anderen Fällen werden die Frauen selbst zum Teil einer Gewaltspirale. Eine Mutter berichtet von ihrem Gefühl von Rivalität zu ihrer Tochter:

“ (...) das war dann nachher schon eine Rivalität. Ich arbeitete und mein Mann war immer mit der Deern zusammen. Ich hatte zu Hause überhaupt nichts mehr zu sagen. Die sind zusammen einkaufen gegangen. Sie waren an Musik interessiert, nachher, wo sie zwölf, dreizehn war, und immer nur sie, also ich war gar nichts. Ich kam abends nach Hause, war hundemüde, wollte mich in mein Bett legen, wer lag da? Meine Tochter neben meinem Mann. Und all solchen Heckmeck. Und so gab es denn eins zum anderen. Wenn ich was sagte, das kam dann so weit, daß meine Tochter mich schlug. Ja, und mein Mann saß daneben und lachte, der hat sich köstlich amüsiert. Und da stand ich alleine da auf weiter Flur.” (Vogt, 1994, S. 150)

In der Fußnote bestätigt die Autorin den Verdacht, den man als LeserIn hier sofort hat: Durch andere Teile des Interviews habe sich herausgestellt, dass der Mann (er war der Stiefvater) die Tochter sexuell missbrauchte. Die Interviewpartnerin empfand ihre Tochter jedoch als Rivalin und nicht als zu Schützende. Sie zieht den Mann nicht zur Verantwortung, sondern gibt die Tochter schließlich in ein Erziehungsheim. Die Form der Verarbeitung ihrer Unzufriedenheit und Verlorenheit gegenüber dem Partner ist hier *mit* beteiligt daran, gewalttätige Rahmenbedingungen für andere zu reproduzieren. Man kann also von einer Mittäterschaft solcher Mütter sprechen, die aus der Position der Unterwerfung in der Partnerschaft heraus zustande kommt.

Auch ein drittes – ebenfalls sehr extremes – Beispiel zeigt eine fatale Verflechtung von Gewalt und Unterwerfung in einer Partnerschaft, in der zunächst der Mann Täter ist und die Frau, aus einer unterworfenen Lage heraus als Opfer, ebenfalls zur Täterin wird: Michael Dothagen (2000) stellt in seiner Fallstudie einen jungen Mann mit zwei suchtmittelabhängigen Eltern aus seiner psychotherapeutischen Praxis vor.

Der Vater war Alkoholiker, die Mutter wird als oft stark betrunken und schmerzmittelabhängig beschrieben. Der Vater übte schwere körperliche Gewalt gegenüber den Kindern aus, und vergewaltigte den Sohn bereits im Alter von 4 Jahren. Hier richtete sich die Gewalt auch auf die Mutter, der Sohn erlebte (hörte oder sah) häufig brutale Prügel und Vergewaltigungen. Die Mutter entwickelte sich zwiespältig: Gelegentlich schützte oder tröstete sie den Sohn, zum anderen fühlte er sich stark für sie verantwortlich und in die umgekehrte Rolle gedrängt (sie sei “eigentlich meine Tochter”). Schließlich sexualisierte sie die Mutter-Sohn-Beziehung bis hin zum sexuellen Missbrauch und übte später auch körperliche Gewalt gegen ihren Sohn aus. Nach einer Flucht der Mutter mit den Kindern und einigen Jahren dazwischen tauchte später ein neuer Stiefvater auf, und Sohn erlebte, dass auch dieser die Mutter krankhausreif schlug.

Auch Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen verweisen immer wieder darauf, dass Kinder oft physische und manchmal sexuelle Gewalt von männlichen Partnern gegenüber ihren Müttern miterleben (vgl. Kreke, 2002).

Es zeigt sich mit krasser Deutlichkeit, dass das Verhältnis zu den Kindern in solchen Fällen stark mit der Unterworfenheit und der Gewalt in der Partnerschaft zusammenhängt,

und dass die Arbeit mit suchtmittelabhängigen Müttern *und* Vätern auch eine Auseinandersetzung mit dem Thema Partnerschaft umfassen muss – aber in je unterschiedlicher Weise.

Entscheidend ist dabei, dass diese Kontexte beachtet und bearbeitet werden müssen, weil sonst die Verantwortungen und Stigmatisierungen gerade der Frauen durch überfordernde Bilder von Mutterschaft, denen sie in ihren aktuellen Lebenskontexten in keiner Weise entsprechen können, einseitig verdoppelt werden.

Väter und Mütter, Töchter und Söhne: Formen von Vergeschlechtlichung

Wie bereits oben erwähnt, lohnt sich meines Erachtens nach auch bei einer Fokussierung der Kinder süchtiger Eltern die Frage nach einem geschlechtsreflexiven Blick. Beim Thema der Vergeschlechtlichung wird dies unmittelbar deutlich.

So werden Fragen der Geschlechtsidentität abhängiger Frauen und Männer auch aus der Sicht der Kinder spürbar, und Jungen und Mädchen werden dabei auch mit ihrem eigenen Geschlecht konfrontiert. Ein Beispiel, allerdings von einem amerikanischen Autor, Mel Ash, sei hier für Jungen vorgestellt:

„Die körperlichen Mißhandlungen eskalierten, als ich älter wurde; meine künstlerischen Abenteuer schienen dem Denken meines Vaters unmännlich zu sein. Er hatte unwissentlich mein Talent gefördert, denn es war meine Antwort auf meine von ihm geschaffene Umwelt gewesen. Und jetzt sollte ich wiederum daran leiden, daß ich Gebrauch davon machte. Ich hatte absolut keine Chance, zu gewinnen oder auch nur zu versuchen, zu werden, was auch immer ich werden sollte. Als ich dreizehn oder vierzehn Jahre alt war, entdeckte er eine Schulzeichnung, die ich unter der Matratze versteckt hatte, schlug mich heftig und verpaßte mir ein blaues Auge und schrie: ‚Du bist nicht mein Scheißsohn!‘ (...) Mein Vater ließ mich stundenlang auf der Couch sitzen, während er mir vors Schienbein trat, und ich mußte immer wieder sagen: ‚Du bist ein Mann, ich bin ein Junge.‘ (...) Ich erinnere mich daran, daß er mich besinnungslos schlug, als er herausfand, daß ich hinausging, um zu laufen, statt einen “ männlicheren“ Sport wie Basketball zu treiben.“ (Ash, 1997, S. 39f.)

Elvira Neupert-Eyrich (1996) kommt aufgrund einer Reihe von Fallgeschichten aus ihrer psychotherapeutischen Praxis zu dem Ergebnis, dass die Töchter süchtiger Frauen es sehr häufig mit Vätern zu tun haben, die selbst Frauen verachten und entwerten, so dass die Töchter sich häufig auch entwertet fühlen und sich nicht selten erneut frauenverachtende Männer suchen. Exemplarisch beschrieb sie eine Familie mit Familienbetrieb so:

“Der Vater hielt nicht viel von seiner Frau und auch nicht von seiner Tochter. Beide hatten zu funktionieren. Die Mutter begann in dieser Zeit, regelmäßig zu trinken. Konnte sie dann nicht mehr arbeiten, mußte Inge sie versorgen. Vater und Bruder sorgten dafür, daß das Geld hereinkam. Sie leisteten die angeblich höherwertige Arbeit. Frauen und Mädchen waren, wie sie immer wieder sagten, schwach, dumm und krank.” (Ebd., S. 149)

Diese Dimension des Themas taucht in der Literatur jedoch kaum auf. Hier könnten weitere Forschungen den notwendigen Differenzierungen der Rede von "Kindern" nachgehen.

Drogenabhängige Frauen

Insbesondere bei drogenabhängigen Frauen werden die Themen Kinderwunsch und Mutterschaft sehr stark tabuisiert und von den Frauen selbst und auch von den MitarbeiterInnen in den Beratungsstellen selten angesprochen (vgl. z.B. Kreke, 2002; Soltau, 2002). Während alkoholabhängige Mütter oft auch schon ältere Kinder haben, wenn sie mit dem Hilfesystem in Berührung kommen, und ihre Kinder zum Teil schon vor der Entwicklung einer Abhängigkeit bekamen, sind drogenabhängige Frauen meist bereits abhängig, wenn sie schwanger werden.

Mitarbeiterinnen aus der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen berichten, was für große Hoffnungen sich für viele Betroffene an einer Schwangerschaft festmachen: "Mit Kind wird alles anders, wird alles gut" (Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001, S. 30). Selten sei die Motivation zur Veränderung oder sogar zum Ausstieg aus der Drogenbindung so stark wie zu diesem Zeitpunkt. Es entwickelt sich jedoch, wie die Erfahrungen mit den betreuten Frauen zeigen, eine Reihe von Problemdimensionen. Renate Kreke, Mitarbeiterin eines Beratungsangebots für drogenkonsumierende Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft, skizziert die Hauptprobleme so (2002, S. 47ff.): Die Schwangerschaft werde oft erst im 5. oder 6. Monat bemerkt (durch den durch Drogenkonsum bedingten unregelmäßigen Zyklus), so dass die Vorbereitungszeit auf die Geburt und die neue Lebenssituation sehr verkürzt wäre. Demgegenüber seien die Informationsdefizite über Schwangerschaft und Geburt, Erziehung und Entwicklung von Kindern besonders groß. Die üblichen Vorsorge- und Beratungsangebote für Schwangere würden selten in Anspruch genommen. Die Schwangerschaft und die Veränderung stellen oft, trotz des großen Wunsches der Frauen nach Kindern und einem "normalen Familienleben", eine Überforderung für die Frauen dar: die körperlichen Veränderungen, Angst, dem Kind zu schaden, die nötigen Kontaktaufnahmen zu Ärztinnen und der Klinik, die vielen notwendigen neuen Fragen wie Umstieg in Substitutionsbehandlung, finanzielle Absicherung, Organisation des Lebens mit den Kindern. Die Frauen würden ihre Fähigkeiten oft falsch einschätzen und in Krisen geraten, wenn sie ihren eigenen hohen Erwartungen nicht gerecht würden. Durch solche Krisen greifen sie oft auf die bisherige Bewältigungsform des Drogenkonsums zurück und es entstände ein Teufelskreis von Überforderung, Versagensängsten, Rückfällen und schlechtem Gewissen. Hinzu käme die Angst, das Sorgerecht für das Kind zu verlieren. Durch die Illegalität der Drogen, gepaart mit der Angst vor Verlust des Sorgerechts, bestände viel Misstrauen und Vorsicht gegenüber Behörden und Institutionen. Das führe zu Heimlichkeiten, Isolation und einem Mangel an Nutzung von Angeboten.

Das führt nicht nur zu großen Problemen für die betroffenen Frauen, sondern auch für die Kinder, wie Kreke (2002) und Soltau (2002) ausführen: Neben der Gefahr körperlicher Beeinträchtigungen haben die Kinder durch die Isolation der Mütter wenig Kontakte, weniger Möglichkeiten zu altersgerechter Entwicklung und auch weniger Möglichkeiten, bei anderen Erwachsenen Entlastung von den Belastungen, die sie erleben, zu finden. Eine angemessene Erziehung ist oft durch die drogenbedingte mangelnde Wahrnehmungs- und Einfühlungsfähigkeit erschwert, und durch den unruhigen Lebenswandel der abhängigen Mütter haben die Kinder wenig stabile Schutzräume und Rahmen. Und nicht zuletzt ist ihr Leben auch von Armut geprägt, wenn die Mütter keine Substitutionsbehandlung nutzen und hohe finanzielle Mittel für die Suchtmittel brauchen.

Mutterwohl und Kindeswohl

Wie kann man nun mit Konflikten zwischen Interessen der Frauen einerseits und dem nötigen Schutz der Kinder andererseits umgehen? Zunächst einmal kommt es darauf an, zwischen diesen beiden Interessen überhaupt einen Unterschied anzuerkennen. Roswitha Soltau von extra e.V, einer Beratungsstelle in München, beschreibt die Arbeit mit Frauen und ihren Kindern unter diesem Aspekt als "Gratwanderung":

"Die Besonderheit des Konzeptes ist, dass "extra" sich zum obersten Ziel gesetzt hat, gleichermaßen auf das Wohl der Kinder und der Mütter zu achten. (...) Die Arbeit von "extra" verläuft in einem starken Spannungsfeld. Die Parteilichkeit nach beiden Seiten zwingt häufig zu einer Gratwanderung, die aber in der Kinderfrage unumgänglich ist. (...) Die Grundüberzeugung von "extra" ist, dass die gesundheitliche, soziale und seelische Stabilität der Mutter/Eltern die Basis für den Schutz und die altersgerechte Entwicklung der Säuglinge und Kinder und zugleich das Ziel und der Prozess für die persönliche Entwicklung der Frauen selbst und die Lösung aus ihrer Abhängigkeit ist. Die Verbindung von Kinderschutz und frauen- und suchtspezifischer Arbeit unter dem Aspekt auch der Elternfunktion – auch ihrer Partner – ist extra" ein besonderes Anliegen. Die Entwicklung und Förderung von Erziehungskompetenz geht nur durch eine gleichzeitige Persönlichkeitsentwicklung der Frauen." (Soltau, 2002, S. 56)

Kulturell ist das Thema Mutterschaft und Sucht dazu geeignet, schnell aus Sorge um die betroffenen Kinder Entsetzen, Sorge und Empörung bei allen anderen Beteiligten auszulösen. Dahinter verschwindet dann leicht das Leid der Frau selbst und damit auch die Hintergründe ihrer Suchtentwicklung. Fokussiert man hier ganz auf das Kindeswohl, erreicht man die Frauen schließlich gar nicht mehr. Wird in vielen Konzepten noch umstandslos von einer Unterstützung der Mütter allein zum Zweck der Verhinderung von Schäden der Kinder gesprochen, ist in Mütterangeboten der Frauenprojekte die Möglichkeit von Interessenkonflikten bewusster, es zeigt sich in Begriffen wie "Balancen", "Gratwanderungen", und es zeigt sich auch auf der Ebene von notwendiger Arbeit an der eigenen Haltung der Professionellen, um das bei den meisten Frauen schon stark zur Suchtdynamik besteuernde schlechte Gewissen nicht unwillentlich zu verstärken. Hier ist es sinnvoll, zur Versachlichung des Themas beizutragen (z.B. indem

konkretisiert wird, worin das Kindeswohl konkret besteht und was die Mutter dafür tun sollte), um es nicht im Hilfesystem selbst weiter zu moralisieren und die von den Frauen befürchtete oder schon erlebte Stigmatisierung nicht noch zu verdoppeln.¹³⁶

Wichtig zu beachten ist auch die unterschiedliche Dynamik in Familie und Partnerschaft der süchtigen Mütter: Die drogenabhängigen Frauen stehen eher allein mit ihrer Mutterschaft und fallen dann auf ihre Herkunftsfamilie zurück, die oft viele Aufgaben übernimmt, dafür aber auch Druck macht, die Frau tendenziell entmündigt und z.B. Kontakte verhindert. Bei Alkoholabhängigen ist dagegen oft ein männlicher Partner da, der aber häufig dominant wird und die Frau dadurch ebenfalls als Mutter unsicherer macht. An diesen kurzen Andeutungen zeigt sich auch, dass ein geschlechtsreflexiver Blick die vielfältigen Verschränkungen von Partnerschaften/Lebensformen, Suchtstoffen, Herkunftsfamilien usw. mitbedenken muss, um den verschiedenen Ausprägungen von Mutterschaft süchtiger Frauen gerecht werden zu können.

Der Hilfebedarf aus der Sicht der Betroffenen

Welche Anliegen und Probleme nannten die Frauen bei der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle für schwangere drogenabhängige Frauen und Mütter in Essen am häufigsten?¹³⁷ 50% wünschten sich eine Stabilisierung ihrer psychosozialen Situation, 40% kamen wegen Problemen mit verstärktem Beikonsum zur Methadonsubstituierung, 75% wollten Unterstützung bei der Entwicklung von Lebensperspektiven mit dem Kind (den Kindern), 50% wollten eine Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung mit der damit verbundenen psychosozialen Betreuung, 50% wünschten sich Hilfe beim Aufbau eines HelferInnennetzes vor der Entlassung des Kindes aus der Kinderklinik, und 90% (!!)

wünschten sich Unterstützung bei Partnerschaftsproblemen. Es ist allgemein wenig bekannt, ob und was sich drogenabhängige Frauen mit Kindern eigentlich an Unterstützung wünschen. Hinweise kann hier eine kleine Befragung geben, die in zwei Substitutionsmittelvergabestellen (Methadonambulanzen) mit drogenabhängigen Müttern (mit unterschiedlich alten Kindern) in Substitutionsbehandlung durchgeführt wurde (ebd., S. 46). Die Frage war, ob sie Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für das Zusammenleben mit ihren Kindern hätten. 82% der Frauen gab an, dass sie aktuell Unterstützung benötigen würden oder früher benötigt hätten. Vor allem wurde benannt: gemeinsame Aktivitäten mit anderen Müttern und Kindern (59%), Möglichkeiten der kurzfristigen Unterbringung des Kindes (45%), Hilfe bei Konflikten mit VermieterInnen, PartnerInnen u.ä. (32%), Informationsveranstaltungen (32%), und Hilfe bei lebenspraktischen Angelegenheiten (23%). (ebd., S. 46). Hier erscheint vor allem die

¹³⁶ Zur Versachlichung von "Kindeswohl" vgl. den Amsterdamer Kriterienkatalog sowie die Basiskriterien in der Kooperationsvereinbarung Essen (beides in: Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001, S. 6 der Kooperationsvereinbarung im Anhang). Zur Versachlichung des Kindeswohls und des angemessenen Handelns der Mütter gilt, konkrete Bedingungen formulieren, sich kümmern als Erlernbares zu fokussieren, Bewertungen oder Stigmatisierungen zu vermeiden und auf die nötige Unterstützung, gepaart mit transparentem Vorgehen, zu achten.

¹³⁷ Vgl. Landesstelle Frauen & Sucht, 2001, S. 29f. Mehrfachnennungen waren möglich.

hohe Zahl derjenigen interessant, die sagen, dass sie Unterstützung bräuchten. Auch wenn einer der stark vertretenen Wünsche der Frauen, nämlich die Möglichkeit zur kurzfristigen Unterbringung ihres Kindes, auf ein strukturelles Problem verweist und sicher nicht einfach zu lösen sein wird, so kann man doch vermuten, dass die Frauen, wenn Angebote entwickelt würden, die zu ihren geäußerten Bedürfnissen passen, diese Angebote auch vermehrt annehmen würden.

Zusammenfassung

Für das Thema Elternschaft ist festzustellen, dass erstens süchtige Frauen real mehr mit Kindern zu tun haben als süchtige Männer; und zweitens, dass wir in Bezug auf Väter und Sucht nicht auf die nötigen Daten und Erfahrungen verfügen, um spezifische Aussagen treffen zu können. In Bezug auf Geschlechterdifferenzierung ist wichtig festzuhalten, dass es einerseits richtig und wichtig ist, den Kontext Mutterschaft für die Frauen in Hilfsangeboten endlich sichtbar zu machen und zu berücksichtigen. Die Thematisierung von Mutterschaft ist wichtig, weil sie der momentanen Prävalenz (mehr Mütter als Väter) und dem Faktum der hohen Zahl alleinerziehender Mütter entspricht.

Modellprojekte wie "Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern, VIOLA" (Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, 2001) zeigten, wie wichtig es ist, diese Frauen mit Angeboten direkt anzusprechen, ihnen eine nicht stigmatisierende Haltung zu vermitteln, genauere Informationen über Hilfsmöglichkeiten zu vermitteln und mit anderen Hilfsangeboten bzw. Hilfesystemen (wie etwa der Jugendhilfe) zu kooperieren.

Als wichtiger Aspekt des Themas wurde die gesellschaftliche Idealisierung und moralische Erhöhung der Ansprüche an Mutterschaft ausgemacht. Sie wirkt durch Selbstvorwürfe bei den Frauen selbst und wird verstärkt durch Stigmatisierungen der süchtigen Mütter als "schlechte Mutter" aus ihrem Umfeld und durch Professionelle. Hier wurde vor allem eine Versachlichung des Themas eingefordert. Es kommt zunächst auf eine klare Differenzierung und Beachtung der beteiligten Interessen an. Das Wohl der Mütter als Frauen darf nicht hinter dem Blick auf das Kindeswohl verschwinden. Kinder sollten nicht anstelle, sondern neben ihren Eltern berücksichtigt werden. Frauen (und in Zukunft hoffentlich verstärkt auch Väter) müssen Informationen darüber erhalten, was eigentlich für das Wohl ihrer Kinder nötig und möglich ist, und darin unterstützt werden, dies aktiv zu verfolgen.

Im Weiteren wird angeregt, dass auch die Entwicklung von Kindern geschlechtsreflexiv untersucht werden sollte. Wie sich z. B. Prozesse sexueller Identitätsentwicklung im Zusammenhang mit süchtigen Eltern darstellen und welche spezifischen Angebote hier angemessen wären, wäre der Erforschung wert, auch, um den Aufbau weiterer Gewaltspiralen zu vermeiden.

Als wichtig zeigte sich, dass für Frauen das Thema "Partnerschaft" negativ auf ihr Verhältnis zu ihren Kindern auswirken kann.

Und weiterhin folgt aus einer geschlechtsreflexiven Betrachtung des Themas Elternschaft, dass man hier nicht nur Frauen als Mütter thematisieren und ihre Zuständigkeit für Kinder damit reproduzieren sollte, sondern Männer als Väter. Das muss jedoch von den MitarbeiterInnen im Hilfesystem ausgehen, weil Männer diesen Aspekt meist nicht von sich aus einbringen, zum einen aus allgemeinen historischen und kulturellen Gründen, zum anderen aber auch aus dem Grund, dass sie oft nichtsüchtige Partnerinnen haben bzw. hatten, die die Verantwortung für die Kinder anstelle der Männer übernahmen. Es sollte ein Bestandteil von Beratung und Behandlung sein, wie Männer ihre Vaterschaft sehen und leben, welche Verantwortlichkeiten sie haben, ob Unterhaltsschulden vorliegen usw. Es sollte, wie die Studien zeigen, in Beratung und Therapie bei Männern, die Kinder haben, gegebenenfalls auch um eine Auseinandersetzung mit gewaltvollem Verhalten gegenüber der Partnerin und den Kindern gehen.

5 Geschlecht als Querschnittsfrage - Suchtarbeit unter dem Aspekt des "Gender Mainstreaming"

5.1 Eine Einführung

Im Rückblick im zweiten Kapitel wurde ausgeführt, wie in den Dynamiken des Handlungsfeldes der Suchtkrankenhilfe geschlechtsbezogene Aspekte (dort bezogen auf Frauen) thematisiert wurden, die die Gesamtstrukturen der Gesellschaft und auch die Hilfeangebote durchziehen. Ich habe ebenfalls dargelegt, dass so die Folgen des gesellschaftlichen Arrangements sich für Frauen in den betreuenden Hilfe-Arrangements reproduzieren würden. Durch die Dynamik des Feldes wurde die frauenbezogene Arbeit auf eine Sonderfrage und ein spezifisches Defizit reduziert – ein Problem, das die Frauensuchtarbeit mit der Frauenpolitik teilte und teilt.

Seit den 1990er Jahren wird nun in der Bundesrepublik zunehmend die Strategie des "Gender Mainstreaming", die eine Antwort auf dieses Problem verspricht, als geschlechterpolitische Veränderungsstrategie für Politik und Organisationen diskutiert und in einigen Feldern auch eingesetzt. Dieser Vorschlag wurde in jüngster Zeit auch von einigen Aktivistinnen und Verbänden aus der Suchtkrankenhilfe aufgegriffen. Ich möchte im Folgenden diese institutionelle Strategie in ihrem Potenzial und ihrer Problematik kurz skizzieren und dann einige Texte diskutieren, in denen die Autorinnen versuchen, Gender Mainstreaming für die geschlechtsbezogene Suchtarbeit nutzbar zu machen. Daran wird deutlich werden, wie unterschiedlich mit der Kategorie Geschlecht bzw. Gender gearbeitet werden kann und dass dabei, je nach Zurechtlegung des Begriffes, gleiche Befunde (interessenbedingt) in sehr verschiedene Perspektiven führen können - die ich im Zusammenhang mit den Dilemmata der Kategorie Geschlecht als "konservierende Differenz" versus "zu verändernde Differenz" vorführte.

5.1.1 Der methodische Perspektivenwechsel

Gender Mainstreaming ist eine gegenwärtig viel diskutierte Strategie für Politik, Verwaltung und andere Institutionen bzw. Organisationen, die die Frage in den Vordergrund stellt, welche Auswirkungen Entscheidungen und Maßnahmen in Institutionen auf die spezifischen Lebenssituationen von Frauen und von Männern (im Sinne von "Gender" als sozialem und damit veränderbarem Geschlecht) haben und mit welchen Maßnahmen dabei Diskriminierung abzubauen und Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen seien. Die Europäische Union verpflichtete die Regierungen der Mitgliedsstaaten durch den Amsterdamer Vertrag 1997 auf die Anwendung, die Bundesrepublik Deutschland setzte das mit ihrem Kabinettsbeschluss der rot-grünen Koalition der Bundesregierung 1999 um, und neben einigen Bundesländern und

Kommunen setzen auch eine Reihe von Organisationen diese Strategie ein.¹³⁸ Gender Mainstreaming wird vom Europäischen Rat wie folgt definiert:

”Gender Mainstreaming besteht in der Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation von Entscheidungsprozessen in allen Politikbereichen und Arbeitsbereichen einer Organisation. Das Ziel von Gender Mainstreaming ist es, in alle Entscheidungsprozesse die Perspektive der Geschlechterverhältnisse einzubeziehen und alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar zu machen.” (zit. nach Stiegler, 2002, S. 6)

Mit einer solchen Fragestellung werden Aufgaben der Frauen- und Geschlechterpolitik wegbewegt von politischen “Zusatzfragen”, einem additiven Vorgehen, und zur Querschnittsfrage gewendet, indem nämlich in jedem Planungsvorgehen “die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen” seien (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002b, S. 5). Sie stellt damit sozusagen ein Verfahren zur “Genderfolgenabschätzung“ institutioneller Entscheidungen dar.¹³⁹

Gender Mainstreaming unterscheidet sich damit in seiner Anlage in vielerlei Hinsicht von bisherigen Formen von Frauenförderung und Frauenpolitik (vgl. z. B. die Überblicke bei Stiegler, 2002; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002b, 2004; Döge, 2002; Jung, 2003). Wurde dort Frauenförderung an spezifische Zuständige (z.B. Frauenbeauftragte) delegiert (oder gar nicht betrieben), so liegt hier die Verantwortung für die Berücksichtigung geschlechtsrelevanter Fragen bei den Entscheidungsträgern selbst, den Vorgesetzten und Leitungskräften (Prinzip des “Top-down“). Thematisch geht es nicht, wie in der Frauenförderung, um als “zusätzlich“ konstruierte Frauenfragen in Form von nachträglichen Einzelmaßnahmen, sondern zum einen auch um männerbezogene Aspekte und zum anderen um den Einbezug geschlechterbezogener Auswirkungen in alle Entscheidungen (Prinzip: Geschlechterfragen als Querschnittsfragen).

“Gender Mainstreaming“ bezeichnet nicht nur diese Ziele, sondern umreißt auch Mittel zu ihrer Erreichung, Fragestellungen, methodische Vorgehensweisen und Ebenen der Untersuchung (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004). Geschlechtsbezogene Aspekte im Rahmen einer Organisation können sich z. B. beziehen

¹³⁸ Zur Entstehung: Erste Diskussionen der Strategie gab es bereits 1985 auf der Weltfrauenkonferenz im entwicklungspolitischen Kontext, unter dem Begriff Gender Mainstreaming wurde sie im Rahmen der “Aktionsplattform“ der vierten Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking verabschiedet. Im Anschluss wurde Gender Mainstreaming in der EU-Strukturfondsverordnung als Kriterium der Mittelvergabe verankert. In der Bundesrepublik haben sich z.B. die Gewerkschaft ver.di und die Heinrich-Böll-Stiftung (vgl. Heinrich-Böll-Stiftung, 2003) mit dem Ziel der “Geschlechterdemokratie“ als Querschnittsaufgabe die Strategie zu eigen gemacht.

¹³⁹ Mainstream bedeutet Hauptstrom, insofern meint das substantivierte Verb Mainstreaming, eine bestimmte Frage oder Vorgabe, die bisher nicht das Handeln bestimmt hat, nun zu einem zentralen Bestandteil bei allen Entscheidungsprozessen zu machen.

auf die Präsenz von Männern und Frauen, auf ihre jeweilige Repräsentation auf den verschiedenen Entscheidungsebenen, auf die Verteilung von Ressourcen wie Zeit, Geld, Mobilität, Information, auf unterschiedliche Lebensbedingungen (Gewalt, Ausgrenzung usw.) und auf Normen und Werte (Leitbilder, Stereotypen, Vorverständnisse der MitarbeiterInnen einer Organisation).

Diese werden in Form einer Gender-Analyse (z. B. mittels geschlechterdifferenzierter Statistiken, Organisationsanalysen, Checklisten, Gleichstellungsprüfungen) untersucht.¹⁴⁰ Dabei werden drei Ebenen der Institution betrachtet: erstens strukturelle Rahmenbedingungen der Organisation, zweitens die Ebene der MitarbeiterInnen und drittens die Ebene der Produkte, KundInnen, Angebote oder Zielgruppen.

Wenn eine Organisation Gender Mainstreaming anwenden will, werden oft auch zur Sensibilisierung der MitarbeiterInnen Bildungsinstrumente wie Schulungen oder Gender-Trainings eingesetzt. Die Entwicklung von Strategien aus den erfolgten Analysen heraus kann z.B. mittels Konsultationsinstrumenten wie Lenkungs- und Steuerungsgruppen, Anhörungen erfolgen.

Dieses Vorgehen kann nun in der Praxis auf vielfältige Weise eingesetzt werden. Einige, bereits praktizierte Beispiele: Im Bereich der Personalpolitik kann eine Institution z.B. nach einer Analyse geschlechtsbezogener Differenzen anzielen, die Anzahl von Frauen in männerdominierten Bereichen und in Leitungspositionen zu erhöhen, und die Zahl der männlichen Mitarbeiter in von Frauen dominierten Bereichen zu erhöhen. Arbeitszeitregelungen oder Angebote von Qualifikationsmaßnahmen können darauf geprüft werden, ob sie durch ihren zeitlichen Rahmen vor allem für Frauen zu Ausschlüssen und Benachteiligungen führen. Städte und Kommunen können beispielsweise bei Entscheidungen der Verkehrspolitik oder der Sportförderung untersuchen, welche geschlechtsbezogenen Unterschiede es in der Nutzung (von Verkehrsmitteln, von Sportangeboten) gibt und die Budgets bzw. Fördermittel daraufhin gezielt anders einsetzen.

5.1.2 Chancen und Probleme des Ansatzes

Diese neue institutionelle Strategie scheint mit ihrer Anlage von Geschlechterfragen als Querschnittsfragen, der konkreten Analyse von verschiedenen Ebenen von Organisationen und der Verantwortung der Leitungsebenen ein großes Potenzial für Veränderungen zu beinhalten. Sie antwortet auf eine Reihe von Problemen, die ich auch für die geschlechtsbezogene Sucharbeit darstellte. Frauenbezogene Fragestellungen würden mit ihr ihren "Appendix-Status" (Döge, 2002) verlieren und um männerbezogene

¹⁴⁰ Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von Analyse- und Controlling-Instrumenten, z.B. die schwedischen 3-R-Methode (Repräsentation, Ressourcen, Realia), die 6-Schritte-Methode, die Gender-Budget-Analyse, das niederländische Gender Impact Assessment u.a. (vgl. den Überblick bei Döge, 2002).

Fragestellungen erweitert. MitarbeiterInnen müssten nicht länger geschlechtsbezogene Arbeit durchsetzen bzw. legitimieren, sondern die Leitungskräfte der Einrichtungen selbst würden sich für die Umsetzung einsetzen.

Nützlich scheint diese Strategie mit ihren analytischen Möglichkeiten auch angesichts der in Kapitel 3 beschriebenen Stagnation von Strukturen, die durch die gleichzeitige kulturelle Modernisierung neue Verdeckungszusammenhänge hervorbringt, zu sein.

Doch um die Ziele, die Inhalte und die Weichenstellungen der Strategie Gender Mainstreaming gibt es sehr kontroverse Diskussionen. Hier ist nicht der Platz, diese ausführlich darzustellen, aber einige zentrale Punkte sollen kurz skizziert werden.

Große Hoffnung versus begrenzte Zugriffe

Einige AutorInnen setzen große Hoffnungen darauf, dass Gender Mainstreaming radikale Veränderungen in patriarchalen Organisationen bewirken könne, in denen bisher

„ (...) der Mainstream, also der dominante Trend des organisatorischen Denkens und Handelns, traditionellen männlichen Denkschemata folgt. Solche Denkschemata blenden einerseits die geschlechtsgebundene Lebensrealität aus, denken z.B. bei Arbeit nur an Erwerbsarbeit und nicht an die unbezahlte Arbeit, und setzen andererseits Normen als generellen Standard, die nur zu einer typisch männlichen Lebensweise und Biographie passen, z.B. der 10-Stunden-Tag als selbstverständliche Anforderung in Führungspositionen.“ (Stiegler, 2002, S. 9)

Im Ansatz stecke das Potential, auch die privaten Bereiche und frauendominierten Bereiche zu verändern¹⁴¹. De facto fände sich in tatsächlichen Durchführungen von Gender Mainstreaming jedoch eine eher einseitige Richtung, wie Heike Weinbach (2001) kritisiert: Gender Mainstreaming beinhalte die Gefahr, durch seine institutionelle Logik zu einer einseitigen Verbesserung in Hinsicht auf geschlechtersegregierte Lebensbereiche einzuwirken. In ihrer Auswertung tatsächlich gemachter Gender Mainstreaming-Projekte in Europa und der Bundesrepublik kommt sie zu dem Fazit:

”Der ”Gender”-Begriff im Sinne eines Spiels mit Geschlechterrollen findet keinen Niederschlag in Projekten, welche z.B. sein könnten: Maßnahmen zur Rekrutierung von Männern in die häusliche Pflege, Männer zu Schreibkräften ausbilden (...). Anscheinend steht die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung nur soweit in Frage, als Frauen in Männerberufe rekrutiert werden oder Frauenarbeit aufgewertet werden soll.“ (Weinbach, 2001, S. 9)¹⁴²

¹⁴¹ Vgl. auch Peter Döge, 2002, der von der zu verändernden ”Reproduktionsvergessenheit“ öffentlicher Bereiche spricht.

¹⁴² Transsexuellen-, Lesben- und Schwulenprojekte finden sich laut Weinbach überhaupt nicht, ebenso wenig wie Projekte zu Behinderten oder Alten.

Da eine Institution bzw. ein Betrieb Veränderungen stets nur im Rahmen seiner eigenen Bedingungen anzielt, findet sich hier eine Wirkungs- und Perspektivenrichtung, die eher eine Integration der Frauen in die bestehende öffentliche Männerwelt bewirke. Das entspräche dann meines Erachtens allerdings der schon früher im Feminismus vieldiskutierten und kritisierten Politik der "Gleichheit" (vgl. die Ausführungen in Kapitel 3). Verbesserungen der Situation von Frauen mit Kindern beispielsweise würden so allzu leicht wieder auf Möglichkeiten der Vereinbarkeit durch Teilzeitarbeit hinauslaufen, ohne das reguläre Normalarbeitsverhältnis als solches auf betrieblicher und gesamtgesellschaftlicher Ebene in Frage zu stellen.

Entgegen den vielen Hoffnungen, die in die Strategie gesetzt würden, zeigt Weinbach in ihrer Recherche von Gender Mainstreaming-Projekten in Europa (Weinbach, 2002), dass diese sich erstens bisher zwar symbolisch, aber wenig materiell bzw. strukturell niederschlugen. So handele es sich bei vielen Maßnahmen, die von Regierungen umgesetzt wurden, vornehmlich um Bewusstseinsbildungs-, Informations- und Aufklärungspolitik. Zweitens stellt sie fest, dass die vorgefundenen Umsetzungen nicht auf eine nachhaltige Wirkung hinarbeiteten. Inhaltliche Veränderungen hätten – entgegen der inhärenten Querschnittslogik von Gender Mainstreaming-Konzepten – in der Praxis wieder eher nur eine Projektform, seien also – obwohl in sich querschnittsmäßig gedacht – erneut bloß additiv, zusätzlich, und nicht systematisch in die strukturellen Konzeptionen des Bereichs eingelassen. Entgegen dem strukturverändernden Potential des Gender Mainstreaming sei diese Art der Umsetzung also nicht nachhaltig.

Probleme des Begriffs von "Geschlecht"

Kritikerinnen verweisen darauf, dass bei der Propagierung von Gender Mainstreaming die Auseinandersetzung mit dem Geschlechterbegriff und den jeweiligen unterschiedlichen politischen Konsequenzen bestimmter Denkmodelle fehle, und die Differenz als solche ein zu hohes und vereinfachendes Gewicht bekäme. Vor der Gefahr einer dadurch entstehenden erneuten Festschreibung von Geschlecht warnt z.B. Christina Thürmer-Rohr. Sie fragt erstens, ob hier nicht (vor allem in der Perspektive von "Geschlechterdemokratie") Geschlecht als dauernde, feste und identitäre Kategorie weiter unterstellt würde, und zweitens, warum diese Kategorie so vorherrschend von anderen sozialen Kategorien abgehoben werden sollte. Bräuchten wir dann nicht auch Mainstreaming-Projekte für Ethnie, Klasse usw.? Ihres Erachtens sollten nicht (vermeintliche) Identitäten, sondern Interessen, die vielfältig sein können, die Grundlage demokratischer Politik sein.

“Wenn wir auf dem Unterschied aller von allen bestehen, auf dem ‚im Plural geschaffenen Menschen‘ statt den im Plural geschaffenen Geschlechtern, diesen zwei Sorten Mensch, wenn wir also an der Pluralität als Grundlage des Politischen festhalten und Pluralität auch für das zur Einheit gezwungene Geschlecht der Frauen

einfordern, dann werden die Grenzen und Fesseln von ‚Geschlechterdemokratie‘ und ‚Gender Mainstreaming‘ unabweisbar.“ (Thürmer-Rohr, 2001, S. 37)

Wirft man einen Blick auf die genaue Beschreibung der Instrumente, wird deutlich, dass “Gender“ im Konzept von Gender Mainstreaming ein völlig offener und ungefüllter Bezugspunkt ist, so dass man als AnwenderIn immer seinen Gender-Ansatz selbst präzisieren muss. Stiegler schlägt dazu ein öffnendes, ausgreifendes Verständnis von Gender vor:

„Gender meint (...) nicht das Geschlecht, das ein Individuum hat, vielmehr wird auf die kulturellen und gesellschaftlichen Mechanismen verwiesen, denen ein Individuum aufgrund seiner Kategorisierung gemäß dem ‚sex‘ unterliegt. (...) Das Verständnis in dieser (...) Form führt auch dazu, dass jede Form der Geschlechterherrschaft die Legitimation verliert. Wenn Geschlecht nicht mehr in dieser polaren und dualen Form gesehen wird, haben Hierarchisierungen, die auf der Differenz zwischen Mann und Frau basieren, jede Rechtfertigung verloren. Die einzelnen Personen werden durch ein solches Verständnis ermutigt, sich von zwanghaften und einschränkenden Zuschreibungen aufgrund ihres Geschlechts zu befreien. Entscheidender aber ist die Bedeutung eines solchen Verständnisses für die Beurteilung von Regelungen und Maßnahmen: Wenn sie irgendeine mit dem Geschlecht begründete Zuweisung von Arbeit, Orientierung oder Kompetenz beinhalten, müssen sie auf den Prüfstand.“ (Stiegler, 2002, S. 22f.)

Durch die prinzipielle Unbestimmtheit des Ansatzes können aber ganz verschiedenen Vorstellungen zugrunde gelegt werden. Damit wird die Gender-Analyse zu einem ganz zentralen Element eines Gender Mainstreaming-Prozesses, wie Stiegler (2002, S. 23) darstellt:

„Eine wichtige Komponente der Gender-Kompetenz ist die Befähigung, eine Gender-Analyse durchzuführen. Gender Mainstreaming-Prozesse erschöpfen sich nicht darin, dass eine Checkliste ausgefüllt wird, in der die Geschlechterrelevanz einer Entscheidung in Form einer Ja-Nein-Antwort abgefragt wird. Eine Gender-Analyse setzt ein angemessenes Verständnis von Gender voraus (..) und erfordert Wissen über Geschlechterverhältnisse. (...) Eine Gender-Analyse erfolgt in mehreren Schritten: 1. Klärung des Gender-Ansatzes und Formulierung der geschlechterpolitischen Zielsetzung. 2. Sammlung geschlechtersensibler Befunde. 3. Formulierung geschlechtersensibler Problemstellungen. 4. Vorläufige Schlussfolgerungen.“ (Stiegler, 2002, S. 23)

Der verwendete Gender-Begriff ist also ein Politikum, da er unterschiedlich ausfallen kann und entscheidend (in der Formulierung der Problemstellung usw.) die Maßnahme prägt. Es wird auch deutlich, wie wichtig Kompetenz im Sinne von Wissen ist - und wie strategisch wichtig die Auswahl der ExpertInnen ist. Zugleich liegt hier ein entpolitizierender Kunstgriff vor, denn ist ein “angemessenes Verständnis von Gender“ und “Wissen über Geschlechterverhältnisse“ ausschließlich eine Wissensfrage? Sind sie nicht auch eine Frage von Positionen durch verschiedene theoretische Konzepte, politische Interessen und unterschiedliche Blickwinkel?

So stehen wir erneut vor den Schwierigkeiten und Widersprüchen von Gleichheits- und Differenzlinien, von Gleichheit versus Gleichstellung, von der Betonung struktureller Mechanismen versus kultureller Unterschiede, die im dritten Kapitel bereits erörtert wurden. Ist in den Schriften von Stiegler (z. B. 2002) deutlich die Rede von "Hierarchien" und "Patriarchat", findet man in Formulierungen der Regierung nur noch Begriffe wie "Ungleichheiten" und "Benachteiligungen" (vgl. z. B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002b).

Es ist also weiterhin eine *politische Auseinandersetzung* zu führen, wenn es um Inhalte und Richtungen von Gender Mainstreaming geht. Die scheinbare Entlastung der bisherigen AktivistInnen von den harten Bottom-Up-Auseinandersetzungen verkehrt sich in ein neues Problem: dem Verlust der (auch vorher nicht sehr ausgeprägten) Definitionsmacht. Denn das Top-Down-Prinzip, so richtig es theoretisch sein mag, birgt in der Praxis ein Paradox: Mit welchen Motiven, mit welchem analytischen Wissen, mit welcher angezielten Tiefenwirkung und Nachhaltigkeit sollten sich die Leitungsebenen von Trägern, Organisationen, Institutionen nun für Ziele und ein Vorgehen einsetzen, das sie bisher nicht vertraten oder das sie sogar, wenn es als Anliegen ihrer MitarbeiterInnen, auftrat, gehemmt oder verhindert haben?¹⁴³

Ausblick: Gender Mainstreaming als "pragmatische Sprache der Macht"

Man kann, auch angesichts dieser Kritik, mit Stiegler (2002) jedoch auch den Punkt betonen, dass Gender Mainstreaming Debatten und Lernprozesse in Organisationen anregen kann.

„Die Frage, ob Gender Mainstreaming ein transformatorisches oder ein affirmatives Konzept ist, ob es also die bestehenden Geschlechterverhältnisse überwindet oder zementiert, ist zu generell und zu abstrakt. (...) Ohne eine starke Frauenpolitik wäre Gender Mainstreaming nie entwickelt worden, und deshalb bleibt das Gelingen des Prinzips auch weiter davon abhängig, dass Frauen und Männer Geschlechterverhältnisse kritisch sehen und die Macht haben, sie zu verändern. Gender Mainstreaming ist kein Zaubermittel zur Herstellung der Chancengleichheit oder zur Veränderung patriarchaler Strukturen. (...) Um die politischen Inhalte muß es eine demokratische Auseinandersetzung geben. Es ist jedoch schon als Fortschritt zu bewerten, wenn eine solche Debatte in Organisationen überhaupt beginnt.“ (Ebd., S. 35)

Sie betont hier den Prozess, also Möglichkeiten der Entwicklung und Chancen der Thematisierung. Als pragmatischen Impuls, der Diskussionen veranlasst, kann sich auch Thürmer-Rohr – grundsätzlich kritisch gegenüber diesem Verfahren eingestellt – die Nutzung von Gender Mainstreaming vorstellen:

¹⁴³ Vgl. Weinbach (2001), die auf die Interessensbedingtheit hinweist, die trotz angeblich neutraler Vorgaben und Instrumente von Gender Mainstreaming bestünde.

„Zugleich aber benötigen wir Sprachen der Macht, um ökonomische, kulturelle und politische Produktionen von Ungleichheit und Ungerechtigkeit erkennen und beseitigen zu können. „Geschlechterdemokratie“ und „Gender Mainstreaming“ könnten eine solche Sprache der Macht sein, aber eine vorläufige, eine, die aus der Not geboren ist. Sie könnten allenfalls ein pragmatischer Weg sein, eine vorübergehende Strategie, eine Inszenierung, Provokation und bewusste Verkehrung, nicht aber ein politisches Prinzip, eine Leitlinie, an der sich politisches Denken grundlegend und dauerhaft orientieren könnte.“ (Thürmer-Rohr, 2001, S. 37)

So stellen sich also einige Hoffnungen und Einwände in Bezug auf diese Strategie dar. Im Folgenden möchte ich untersuchen, wie Gender Mainstreaming im Bereich von Forschung und Praxis der Suchtarbeit aufgenommen wird. Zum Schluss stelle ich mir dann die Frage, ob und gegebenenfalls wie Gender Mainstreaming als Strategie in ihrem Nutzen für eine geschlechterreflexive Suchtarbeit genutzt werden kann.

5.2 Zur Anwendung von Gender Mainstreaming in Forschung und Praxis in der Suchtkrankenhilfe: Fünf Vorschläge

Während die Diskussion von Gender Mainstreaming in Institutionen bzw. bei Leistungsträgern des Gesundheitsbereichs schon länger stattfindet¹⁴⁴, steht die Auseinandersetzung mit Gender Mainstreaming im Bereich der Suchtforschung und Suchthilfeangebote gerade erst am Anfang. Sehr wenige Autorinnen und Verbände haben in den letzten Jahren Gender Mainstreaming als Strategie aufgegriffen, um Geschlechterfragen zu bewegen. Im Folgenden untersuche ich die fünf wesentlichen aktuellen Beiträge, die sich mit dem Thema Gender Mainstreaming im Bereich der Suchtkrankenhilfe auseinandersetzen, in welcher Weise „Gender“ in dieser Strategie gefasst wird, in wie weit Differenzierungen *innerhalb* der Geschlechtergruppen vorkommen. Zweitens interessiert mich in diesem Kapitel, welche neuen Fragestellungen, veränderten Herangehensweisen und Weichenstellungen diese Strategie in das Feld der Suchtkrankenhilfe bringen könnte. Ich frage darüber hinaus, wo sie Grenzen hat oder problematisch erscheint. In welcher Weise wird in den Beiträgen Gender Mainstreaming aufgenommen, welcher Nutzen und welche Probleme werden dabei deutlich?

¹⁴⁴ Vgl. z. B. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (2000), Sonntag (2002), Maschewsky-Schneider (2002), Döge (2004), Jahn (2002), Jahn, Kolip (2002).

5.2.1 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Aktionsplan Drogen und Sucht

Ein von seiner Bedeutung her wichtiger Beitrag ist der „Aktionsplan Drogen und Sucht“. Er wurde am 25. Juni 2003 vom Bundeskabinett beschlossen und als Publikation von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, 2003 herausgegeben. Darin werden die Strategien und Position der Bundesregierung vorgestellt, nach denen sich die Politik ausrichten sollte.

In der Einleitung kennzeichnet Caspers-Merk, die gegenwärtige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, das deutsche Suchtkrankenhilfesystem als „differenziertes Hilfesystem, das verschiedene Lebenssituationen, Krankheitsbilder, Geschlecht und Alter berücksichtige“ (ebd., S. 18). Es ist erfreulich, festzustellen, dass geschlechtsbezogene Aspekte an vielen Stellen des Aktionsplanes vorkommen, sei es als Forderung nach größerer Berücksichtigung des Missbrauchs psychoaktiver Medikamente vor allem bei Frauen und des Glücksspiels bei Männern, in der Forderung nach geschlechterbezogenen Präventionsmaßnahmen, in der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit der Entstehung von Sucht oder auch in dem Hinweis auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Förderung von Forschungsvorhaben.

Zudem wird die Strategie des Gender Mainstreaming ausdrücklich als wichtige Komponente des Aktionsplanes genannt. Zum einen benennt die Drogenbeauftragte Gender Mainstreaming als ein Teilziel zur Erreichung der allgemeinen Ziele der Suchtpolitik¹⁴⁵ :

„Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik umsetzen: Die Sensibilisierung gegenüber der Bedeutung des Geschlechts ist zu stärken, weil der Substanzkonsum in Verbindung mit kulturellen Mustern von Männlichkeit und Weiblichkeit sowie männlicher und weiblicher Entwicklung auch zu unterschiedlichen Konsummustern und unterschiedlichen Präferenzen für psychoaktive Substanzen führt. Geschlechtsspezifische Angebote in der Prävention und Suchthilfe sollen verstärkt berücksichtigt werden.“ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003, S. 23)

Sie konkretisiert dies in Kapitel 6 „Ziele und Beispiele für Maßnahmen zur Umsetzung“ und listet Teilziele auf, durch die sie „Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik umsetzen“ will. In diesem Kapitel werden konkrete Aktivitäten eingefordert und angekündigt, inklusive zeitlicher Fristen, Indikatoren zur Zielerreichung und Partnern

¹⁴⁵ Diese lauten: „1. Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern. 2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren. 3. Das Überleben zu sichern. 4. Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln. 5. Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen. (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003, S. 21)

für die Umsetzung. Diese werden genau ausgeführt. Als Maßnahmen in 2003 werden genannt "Öffentlichkeitsarbeit der Drogenbeauftragten, Streuung der Informationsmaterialien, Streuung der Publikation über die Fachtagung "Frauen und Sucht", Durchführung einer Tagung zum Thema "Kinder aus suchtbelasteten Familien", weitere Sensibilisierung von Schwangeren für das Nichtrauchen." Hauptindikator sei eine "verbesserte Informationslage in der Bevölkerung über Gender Mainstreaming und Einbeziehung des Konzeptes in die Leitlinien der Suchtkrankenhilfe." Als weitere Indikatoren gelten "Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft, Entstehung weiterer Hilfen für suchtbelastete Familien". Messinstrumente seien "Sichtung der Konzepte/Leitlinien." Als Partner, mit denen Aktivitäten in diese Richtung abgestimmt werden müssten, werden genannt: "Bund, Länder, BZgA, DHS, Bundesärztekammer, Medien."¹⁴⁶ (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003, S. 63)

Die Konkretion der Teilziele des Gender Mainstreaming löst aber einiges Erstaunen aus. Zum einen widerspricht sie der ersten Ausführung: Wird dort gerade auf eine stärkere Sensibilisierung für „kulturelle Muster von Männlichkeit und Weiblichkeit“ gedrängt, so wird im zweiten Zitat gerade die konventionelle Sicht auf Frauen als Mütter und Verantwortliche für Kinder erneut aufgenommen. An Stelle einer Operationalisierung des Gender Mainstreaming wird die Strategie hier nur funktionalisiert – ebenso wie die Frauen, denen sie doch dienen sollte -, denn die zweite Ausführung hätte größtenteils passender als Teilziel für die "Verbesserung der Situation von Kindern suchtbelasteter Frauen" firmieren können. In Rückgriff auf die Sozialwissenschaftlerin Eichler (zit. nach Jahn, 2002) können wir diese Indienstnahme von Frauen für die Belange von Kindern als ein Beispiel für "Familiarismus" bezeichnen.

Grundsätzlich ist positiv zu werten, dass die Drogenbeauftragte für die Sensibilisierung für Geschlechterfragen eintritt und hier auch konkrete Maßnahmen beschreibt. Der Zielhorizont "Sensibilisierung" allein wird allerdings sogleich als zu kurz greifender deutlich. "Sensibilisierung" allein ist zieloffen – sie kann gefordert werden, um dann die sensibel wahrgenommenen Unterschiede zwischen den Geschlechtern als unveränderlich festzuschreiben, genau so, wie sie die Grundlage für eine Veränderungsperspektive bilden kann. In ihren Umsetzungsvorschlägen stellt sich die Drogenbeauftragte hier auf einen eher konservierenden Standpunkt.

So nutzt sie auch die für Gender Mainstreaming vorgesehenen Ebenen (Organisation, MitarbeiterInnen, NutzerInnen) nicht. Die potenzielle Radikalität des Gender Mainstreaming als organisationsbezogener Ansatz müsste sich an zwei Stellen auch auf den Rahmen des Aktionsplanes selbst beziehen: Zum einen müssten sich bei "Partnern" für die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogenpolitik auch kompetente Personen oder Organisationen mit Genderwissen und Genderkompetenz

¹⁴⁶ Die BzG ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die DHS die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

finden (dies wird hier neutral offengelassen), zum zweiten müsste dieses Ausgreifen auf die Organisationsebene sich eigentlich als Planungs- und Controllingaspekt im Entwurf des zu gründenden nationalen Drogen- und Suchtrates niederschlagen, der die Umsetzung des Aktionsplanes begleiten soll. In diesem Rat "sollen alle gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen vertreten sein, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und den Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind." (Ebd., S. 20). Er hat die Aufgabe, die Ziele und Maßnahmen in ihrer Umsetzung zu begleiten und Ergebnisse zu evaluieren. Bund und Länder würden die Zusammensetzung nach Erstellung einer Rahmenkonzeption des Rates festlegen (ebd., S. 67). Dieser Hinweis fehlt jedoch.

An den Themen und Maßnahmen wird deutlich, dass die Drogenbeauftragte Gender Mainstreaming entweder falsch verstanden oder zumindest falsch genutzt hat. Der Gesundheitsschutz von Babys (Prävention von Alkoholembryopathie bei Kindern usw.) ist keine Maßnahme im Sinne der "Gleichstellung der Geschlechter bzw. Frauen". Hier finden wir vielmehr eine Funktionalisierung von Frauen für den Kinderschutz.

Wie schon gesagt, ist es erfreulich, wie viele geschlechtsbezogene Aspekte im Aktionsplan benannt werden. Auffällig ist allerdings, dass gerade in den am konkretesten gefassten Teilzielen, die unter einer besonderen Umsetzungs- und Evaluationsaufsicht des Drogenrates stehen sollen, Gender Mainstreaming nur funktional verkürzt erscheint ("Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft"). Bei den auf andere Ebenen zielenden Forderungen, wie etwa der "Einbeziehung des Konzeptes in die Leitlinien der Suchtkrankenhilfe", bleibt dagegen auffällig unkonkret, wer dies wann, wie und mit Hilfe welcher Partner in welche Leitlinien einbeziehen soll.

Sprachlich erscheint der Begriff "geschlechtsspezifische Angebote" ungünstig, da er ausschließlich auf Frauen bzw. Männer zielt. Besser wäre die Verwendung des Begriffs "geschlechtsbezogen".

Ein zweiter Beitrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2005b) besteht in einer Rede am Fachtag „Wie kommt Gender in den Mainstream? Frauen, Männer und Sucht“, den der Fachverband Drogen- und Rauschmittel am 9.5.2005 in Berlin veranstaltete, um die im Folgenden als dritte Quelle vorgestellte Expertise der Fachwelt zu präsentieren.

Laut Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung sollen frauen- und geschlechtsspezifischen Fragen in der gesundheitlichen Versorgung stärker Rechnung getragen werden. "Die konkreten Lebenslagen und Lebensphasen von Frauen und Männern müssen in der medizinischen Versorgung besser berücksichtigt werden. Und das bedeutet, das Prinzip des Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich zu implementieren," stellte die Drogenbeauftragte in ihrer Rede fest. Es gehe um eine bedarfsgerechte Versorgung, einen qualitativ besseren und effizienteren Einsatz der

vorhandenen Ressourcen und die Entwicklung der notwendigen Sensibilität aller Beteiligten für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung.¹⁴⁷

Welche Punkte werden in ihrer Rede darunter vorgestellt? Zentral scheint die Rolle der Frau in Schwangerschaft und Mutterschaft zu sein. Wie bereits im Aktionsplan Drogen und Sucht ist das Thema auch hier sehr problematisch formuliert und angelegt:

”Der Gedanke von Gender Mainstreaming zeigt sich (...) in zwei Aspekten: 1. Wir wissen, dass ein Großteil der suchtkranken Frauen aus einer Familie mit Suchtproblemen stammt. 2. Zur weiblichen Sucht gehören nicht nur das Suchtverhalten selbst, sondern auch besondere Gesundheitsgefahren für die ungeborenen oder neugeborenen Kinder. Die Rolle der Frau in Schwangerschaft und Mutterschaft ist eine Besonderheit, denn es sind zumeist die Mütter, die die Hauptlast der täglichen Sorge, Betreuungs- und Erziehungsarbeit tragen. Gerade suchtkranke Mütter sind in der Ausübung ihrer Mutterrolle zu unterstützen und es muss ihnen frühzeitig Hilfe und Unterstützung zukommen” (ebd., S. 2).

Diese Darstellung von Gender Mainstreaming, hier als *frauengerechte* Versorgung verstanden, birgt zwei perfide Verknüpfungen, die dem Ziel widersprechen: Zum einen werden die Situation der Frau und die ihres Kindes miteinander verschmolzen, statt sie offen als zwei unterschiedliche Interessen zu formulieren, die sich widersprechen können (”zur weiblichen Sucht gehören die Gesundheitsgefahren für das ungeborene Kind”). Da findet sich die in konservativer Politik häufig anzutreffende Verschmelzung von Frau und Kind in der ”Frauen- und Familienpolitik” wieder, die alle potenziellen Interessenkonflikte damit negiert. Hier wird Frauenarbeit zum Instrument für die Prävention von Kinderschädigungen funktionalisiert.

Zum zweiten: Nicht nur *deskriptiv*, sondern auch *normativ* bleibt die Mutter mit dem Kindeswohl verschmolzen, wenn als einziges Ziel genannt wird, sie sei in der Ausübung der Mutterrolle zu unterstützen. Dass Frauen ihre Mutterrolle zurückweisen könnten, taucht als Möglichkeit nicht auf. Meine Kritik gilt nicht dem wichtigen Versuch, dem Leiden und den Belastungen von Kindern gerecht zu werden, sondern seiner falschen Etikettierung als ”Frauenarbeit” oder ”Gender Mainstreaming”.¹⁴⁸

Unter einer geschlechtsreflexiven Perspektive wären, gerade wenn es um das Kindeswohl ginge, die süchtigen Väter zu thematisieren.

¹⁴⁷ Als Umsetzungsaktivitäten unter dem Dach des Gender Mainstreaming werden bei ihr die Unterstützungen von drei Fachtagungen, die Finanzierung von vier Studien zu Frauen und Sucht und die Förderung eines verstärkten Blickes für Geschlechtsspezifität bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), z.B. in verschiedenen Broschüren im Rahmen der Kampagne ”Rauchfrei” aufgeführt.

¹⁴⁸ Die gleiche Denkfigur findet sich gelegentlich in Präventionskampagnen zu Alkohol, wo die ”Punktprävalenz” Schwangerschaft besprochen wird für eine Orientierung von Frauen auf Abstinenz während der Schwangerschaft. Das ist in einem instrumentellen Verständnis von Geschlechtsspezifität korrekt, nicht aber als Bedarfsorientierung an den Frauen zu verkleistern.

Deutlich wird, wie zentral es für einen geschlechtsreflexiven Blick ist, zwischen deskriptiven und normativen Aspekten, Wahrnehmungen und Setzungen zu unterscheiden. Den vorgefundenen Differenzen zwischen Frauen und Männern wird hier mit einer Haltung der "konservierenden Differenz" begegnet, die Unterschiede deskriptiv korrekt benennt, sie aber als solche nicht in Frage stellt. Die Perspektive ist dann, die Unterschiede angemessen zu berücksichtigen und die damit verbundenen Nachteile zu verringern. Völlig fehlt hier die andere mögliche Perspektive einer "zu verändernden Differenz", die der gegenwärtigen, deskriptiv erfassten Sachlage gerecht werden will, und zugleich ihre Überwindung oder zumindest Lockerung ins Auge fasst.

Ferner werden als Themen unter Gender Mainstreaming genannt: Gewalt und sexuelle Gewalt sollen als Mitverursacher bei der Entstehung weiblicher Suchterkrankungen gesehen und stärker für Erkrankung, Diagnose und Behandlung berücksichtigt werden, dies auch durch Schulungen des Klinikpersonals, die gezielte Einstellung weiblicher therapeutischer Fachkräfte sowie die Einrichtung von geschützten Räumen in Kliniken. Bei diesem Thema werden also konkrete Ansätze zur Umsetzung benannt. Möglicherweise greift die Drogenbeauftragte hier Forderungen der Frauen-Sucht-Aktivistinnen auf.

Sie thematisiert weiterhin dringenden Handlungsbedarf in drei Feldern:

1. Prävention: Geschlechtssensible Arbeit hieße hier, die unterschiedlichen Konsumtrends zu beachten (beispielsweise bei Jungen Cannabis, bei Mädchen Alcopops).
2. Medikamentenabhängigkeit: Vor allem gering qualifizierte Frauen, die keiner Erwerbsarbeit nachgingen, wiesen einen auffälligen Konsum psychoaktiver Medikamente auf. Es sei wenig bekannt über die Beratungs- und Behandlungsnachfrage, "auch ist insgesamt das Wissen in diesem Bereich gering"(ebd., S. 4).¹⁴⁹ Der Aktionsplan habe das Ziel festgeschrieben, den „Missbrauch psychoaktiver Medikamente zu reduzieren und Früherkennung und Frühintervention zu fördern.“ Durch gezielte Aufklärung sollen insbesondere Frauen angesprochen werden, „auf psychische Befindlichkeitsstörungen und Belastungssituationen nicht mit dem Konsum psychoaktiver Arzneimittel zu reagieren.“ (ebd., S. 4) Sie verweist zudem auf das Selbsthilfeprojekt, das die DHS gemeinsam mit dem BKK Bundesverband initiierte und zu dem nun auch ein Handbuch erschienen sei.
3. Mann und Sucht: Das Thema sei unterbelichtet. Themen wie Aggressionen, Gewaltimpulse, Einsamkeit, Angst, Trauer und Scham würden in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen häufig tabuisiert.¹⁵⁰ Hier ginge es um das Zulassen unmännlicher Verhaltensweisen und Gefühle. Auch Männer bräuchten zuweilen einen "geschützten Raum" für Verarbeitungen und Veränderungen.

¹⁴⁹ Diese Feststellung mutet merkwürdig an angesichts der zahlreichen Veröffentlichungen über Studien und Praxiserfahrungen (vgl. z.B. die Bibliographie von Brunnett, 2004).

¹⁵⁰ Dies dürfte allerdings ebenso für reine Männereinrichtungen gelten!

Es fällt auf, dass die Forderungen der Drogenbeauftragten nur an zwei Stellen konkreter werden: 1. beim Thema "Missbrauchsumgang in Kliniken", wo die Rentenversicherer als Leistungsträger über die Definitionsmacht verfügen und die Regierung nicht, und 2. beim Thema „Medikamentenmissbrauch“. Hier geht sie nur auf die Ebene der Selbsthilfe für Frauen mit Medikamentenmissbrauch ein, wobei der Selbsthilfe-Fokus nichts an Strukturen ändert, (sondern Konflikte mit Pharmaindustrie und Ärzteschaft ebenso vermeidet wie strukturelle Fragen kommunaler und Landesberatungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Diese Schwerpunktsetzung auf Selbsthilfe, die keine weiteren Akteure im gesellschaftlichen Zusammenhang mit Medikamentenkonsum nennt außer den Konsumentinnen selbst und somit eine gewisse Folgenlosigkeit verspricht, entspricht meines Erachtens nicht dem Ansatz von Gender Mainstreaming.

Die Thematisierungen und inhaltlichen Forderungen sind zwar genderorientiert, einige von ihnen aber haben mit Gender Mainstreaming nur wenig zu tun (Kinderschutz). Das Thema "sexueller Missbrauch" taucht in einer Weise auf, die eher dem alten Diskurs von Dramatisierung und Besonderung entspricht (vgl. Kapitel 2.2), wenn z.B. Schutzräume für Frauen eine zentrale Forderung bilden. Dazu passt, dass sich im Beitrag der Drogenbeauftragten keinerlei Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppierungen finden lassen. Hier wäre zu hoffen, dass die wenigen Ansätze von "zu verändernder Differenz" in Zukunft stärker werden.

5.2.2 Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: ein Positionspapier

2004 gab die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen das DHS-Grundsatzpapier „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“ heraus. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen ist ein bundesweiter Dachverband, dem zahlreiche Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Abstinenz- und Selbsthilfeverbände und Fachverbände angeschlossen sind. Sie nimmt Aufgaben der Information, Koordination und Vernetzung wahr, bietet mit Publikationen und Fachtagungen ein Diskussionsforum und arbeitet mit den Verbänden und staatlichen Stellen gemeinsam an Fragen von Leitlinien, Dokumentationsvereinheitlichungen usw. Das Grundsatzpapier beruht auf dem Vorstandsbeschluss der DHS vom 5. Oktober 2004 und wurde erstellt vom DHS-Fachausschuss "Geschlechterspezifische Suchtarbeit" unter Mitarbeit von Karin Mohn, Christina Meyer und Christa Merfert-Diete.

Dieses Positionspapier vertritt voll und ganz die Notwendigkeit einer umfassenden Nutzung von Gender Mainstreaming. Das ist insofern von Bedeutung, als dass die DHS ein großer und zentraler Verband im Feld der deutschen Suchtarbeit ist. Was wird als Gender Mainstreaming und unter dieser Überschrift thematisiert? Zunächst wird die Absicht skizziert:

”Dieses Grundsatzpapier verfolgt die Absicht, jede Einrichtung und Organisation in der Suchthilfe sowie Wissenschaft und Lehre in diesem Bereich für die Notwendigkeiten einer geschlechtssensiblen Sichtweise, die männerspezifische und frauenspezifische Lebensweisen und Arbeitsbedingungen, [zu interessieren? Der Satz ist im Original unvollständig. F.S.]. Das Papier soll auch zur Diskussion und Entwicklung eigener Strategien und Maßnahmen anregen und motivieren, den Auftrag des Gender Mainstreaming anzunehmen. Ziel ist es, die Qualität der Hilfen durch Einbeziehung von Gender Mainstreaming weiter zu verbessern. Damit wird gleichzeitig ein Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation der von Sucht betroffenen Menschen geleistet sowie zur Chancengleichheit der Geschlechter.” (Ebd., S. 1)

Die Autorinnen verweisen darauf, dass eine genderbezogene Auseinandersetzung und Praxis seit zwei Jahrzehnten vor allem im Bereich frauenspezifischer Inhalte und Konzepte entwickelt wurde. Im Folgenden fasse ich kurz zusammen, welche Themen im Grundsatzpapier benannt werden.

Die Autorinnen thematisieren geschlechterbezogene Prävalenzen bei Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten; sie nennen extrem geschlechterbezogene ”komorbide” Problemformen wie Essstörungen und pathologisches Glücksspiel sowie weitere komorbide Formen wie z.B. psychische Störungen. Auch geschlechterbezogen unterschiedliches Verhalten im Konsum wird stellenweise erwähnt. Als strukturelle Aspekte der Umsetzung in der Suchthilfe thematisieren sie die Geschlechterverteilung der Beschäftigten, über die keine Statistiken (z.B. hinsichtlich der Berufsgruppen, Hierarchieebenen und Voll- und Teilzeitstellen) vorlägen. Ihre Hypothese ist: Männer seien vermutlich, wie in anderen Berufsfeldern, eher in höheren Hierarchieebenen und mehr in Vollzeitstellen, Frauen eher auf niedrigeren Hierarchieebenen und Teilzeitstellen zu finden und damit in direktem Kontakt mit einer überwiegend männlichen Klientel. Da bisher genderorientierte Behandlungsweisen nur auf dem Interesse und Engagement von Mitarbeiterinnen und dem Good-will von Leitung beruhten, sei das Top-Down Prinzip des Gender Mainstreaming zur Implementierung wichtig.

Nötig dafür sei die Verankerung im Leitbild, auf jeder Handlungsebene, in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung. Arbeitsroutinen, Personalentscheidungen und Finanzmittel seien unter Gender-Aspekten zu analysieren und zu bewerten.

Unter der Überschrift „Chancen, Lösungsvorschläge” wird die Frage von Umsetzungsmöglichkeiten besprochen. Als institutionelles Leitbild sei Gender Mainstreaming eng mit Qualitätssicherung verbunden und verlange insofern Definitionen, Zielsetzungen und Standards. Es könnten Konzepte institutioneller Umsetzung von Gender Mainstreaming aus anderen Gebieten genutzt werden.

”Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen sind Entscheidungen zu treffen, wie ein Ansatz, der die Differenz der Geschlechter ausreichend berücksichtigt, in die entsprechenden Institutionen der Suchthilfe transportiert werden kann” (ebd., S. 5).

Empfehlungen seien zu benennen und Strategien zu entwickeln. Für die einzelnen Bereiche (Prävention, Beratung, Behandlung, Nachsorge) müssten Konzepte konkretisiert und in den einzelnen Maßnahmen verankert werden.

Als zentrale Problematiken zählt das Papier auf: Strukturelle und konzeptionelle Bedingungen würden den Zugang von Frauen zur professionellen Suchthilfe erschweren. Für den Zugang zu therapeutischen Angeboten sei mehreres zu berücksichtigen. Erstens geschlechtstypische Problemlagen wie Medikamentenabhängigkeit, nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten, Komorbidität, sexualisierte Gewalt und Betreuungsverantwortung für Kinder. Zweitens sei der therapeutische Erfolg in Behandlungsangeboten durch die Minderheitenposition der Frauen gefährdet. Dies gelte auch für Männer bei bestimmten Angeboten, z.B. für alleinerziehende Väter in Eltern-Kind-Gruppen. Drittens sei die Erhebung und Interpretation von Daten weiterzuentwickeln.

Es werden als weitere Forderungen aufgestellt: 1. Kinder sollen als Angehörige Beachtung finden. "Das Risiko von Söhnen und Töchtern suchtkranker Eltern, selbst suchtkrank zu werden oder sich an suchtkranke Partner zu binden, ist evident". (Ebd., S. 2). Unklar bleibt, auf welche Weise dies geschehen soll. 2. fordern sie die konzeptionelle und strukturelle Verankerung geschlechtsspezifischer Arbeit, die die geschlechtsbezogenen Unterschiede „hinsichtlich biologischer, psychischer und sozialer Ursachen und Folgen der Suchterkrankung“ berücksichtigen, spezifische Zugangshemmnisse zugunsten einer Chancengleichheit im Zugang abbauen, und unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse berücksichtigen soll (z.B. Kinderbetreuungseinrichtungen). Das diene dem therapeutischen Erfolg und damit dem Behandlungsauftrag der Suchthilfe, die ja auch ansonsten längst sehr differenzierend in ihren Angeboten sei.

Es werden abschließend Ansatzpunkte für die Einführung und Umsetzung von Gender Mainstreaming genannt.

Auf der Angebotsebene geht es um die Ermittlung geschlechterspezifischer Bedürfnisse suchtkranker PatientInnen in Beratung und Therapie (PatientInnenzufriedenheit); Abbau von Schwellen und Ermöglichung des Zugangs für Frauen und Männer zu den Angeboten der Suchtkrankenhilfe; Integration zielgruppenspezifischer Angebote (z.B. für Eltern und deren Kindern oder für schwangere Drogenabhängige) in das ambulante und stationäre Setting; Entwicklung geschlechtsdifferenzierter Angebote für Mädchen und Jungen; Entwicklung einer männerspezifischen Suchtarbeit, die entsprechend der frauenspezifischen Suchtarbeit gesellschaftliche Strukturen und ihre Auswirkungen auf Individuen analysiert und in die Praxis einbezieht; Koordination und Vernetzung mit geschlechterspezifischen Angeboten als auch Hilfeangeboten außerhalb des Suchthilfesystems; und Förderung einer geschlechtssensibilisierenden Öffentlichkeitsarbeit.

Auf der institutionellen Ebene geht es um geschlechterdifferenzierte Daten und Frageraster zur Klärung der Sachlage; Sensibilisierung von MitarbeiterInnen der Suchthilfe und Selbsthilfe; Nutzung von Konsultationsinstrumenten; Überprüfung der Wirksamkeit vorhandener Konzepte und Qualitätssicherung geschlechterspezifischer Angebote; Erweiterung von Einrichtungskonzepten um geschlechterspezifische Handlungsansätze und schließlich Bereitstellung von Ressourcen für die Umsetzung von Gender Mainstreaming.

Auf der wissenschaftlichen Ebene geht es um die Förderung geschlechterspezifischer klinischer, medizinsoziologischer und epidemiologischer Forschung und Förderung des Wissenstransfers zwischen Forschung und Praxis.

Dieses Grundsatzpapier ist sehr weitgehend und sehr umfassend und skizziert eine Aufgabe, deren Umsetzung sehr große Veränderungen beinhalten würden. Anregend im DHS-Papier ist meines Erachtens auch der Blick auf die Differenzierung *innerhalb* der Geschlechtergruppen. Dieser Blick ermöglicht zum einen eine genauere Zielgruppenspezifika, zum anderen weisen die Autorinnen auf die Notwendigkeit der Entwicklung individueller Konzepte und Maßnahmen zur Umsetzung von Gender Mainstreaming im jeweiligen Kontext hin.

”Unterschiede mit Blick auf das soziale Geschlecht sowohl in der Genese als auch in der Aufarbeitung einer Suchtproblematik müssen in Organisationen, Verbänden und Einrichtungen der Suchthilfe verstärkt eingebunden werden. Eine Stereotypisierung ist dabei zu vermeiden, denn weder Männer noch Frauen können als homogene Gruppen betrachtet werden. Vielmehr gilt es, den vielfältigen Bedürfnissen, Notwendigkeiten und Kompetenzen von Frauen und Männern in ihren jeweiligen lebensweltlichen, sozialen und kulturellen Kontexten gerecht zu werden. Die Umsetzung von Gender Mainstreaming in Arbeitskonzepten und Angebotsgestaltung muss im jeweiligen Kontext individuell entwickelt werden. Demzufolge gibt es für die Prozesse des Gender Mainstreaming keine allgemeingültigen Handlungsrichtlinien, wohl aber Eckpunkte, die beachtet werden müssen.“ (Ebd., S. 6)

Problematisch scheint mir auch hier wieder die Definition von Gender im Zusammenhang mit Gender Mainstreaming. Gender bezeichnet laut den Autorinnen ”die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern, sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern.“ (Ebd., S. 1) Diese ”flache” Definition ist schmäler als die Möglichkeiten von Gender Mainstreaming, da diese Strategie ja (auch) die Ebene der Lebensbedingungen berührt, indem sie die Folgen unterschiedlicher Lebenslagen und Lebensbedingungen abschätzen und antidiskriminierend mindern soll. Im weiteren Text entwickeln die Autorinnen dann auch einen durchaus weiteren Blick auf ”Gender“, als es ihre vorn angeführte Definition nahe legt. Sie sehen die Ebene der Organisationen und ihrer Beschäftigten, deren Veränderung zum Teil Voraussetzung ist, um die Defizite und Ungleichbehandlungen von Frauen als ”Kundinnen“ aufzuheben. Dieser weitere Blick der Autorinnen erlaubt ihnen neben der Fortsetzung einer

frauenbezogenen Sichtweise eine gendersensible Perspektive auch für Männer. Insofern wäre es vielleicht hilfreich, eine dem eigenen Stand der Entwicklung angemessenere Definition von "Gender" vorzulegen.

In ihrer Forderung nach weiterem Aufbau von Männerarbeit stellen die Autorinnen des DHS-Papiers einen gesellschaftlichen Rahmen her und gehen so weiter als Caspars-Merk, die in diesem Punkt auf der individuellen Ebene blieb. Sie fordern die

„(...) Entwicklung einer männerspezifischen Suchtarbeit, die entsprechend der frauenspezifischen Suchtarbeit gesellschaftliche Strukturen und ihre Auswirkungen auf Individuen analysiert und in die Praxis einbezieht. (Ebd., S. 5)

Wie aber ist diese Männerarbeit unter Gender Mainstreaming zu entwickeln? Reicht es hier aus, unter den Ansatzpunkten der wissenschaftlichen Ebene auf die Notwendigkeit "geschlechterspezifischer, medizinsoziologischer und epidemiologischer Forschung" zu verweisen? Erinnern wir uns an den Rückblick in Kapitel 2, der zeigte, unter welchen Bedingungen dieser Blick auf Frauen entstand: Es gab ein hohes Maß an zusätzlichem Engagement, ein sozialpolitisches Klima der Politisierung usw. Solche Bedingungen scheinen gegenwärtig eher nicht gegeben, so dass es offen bleibt, welche Träger und Entwicklungen von Männerarbeit und -forschung sich im Bereich der Suchthilfe finden werden.

Insgesamt finden sich in diesem Text, wie bei Caspers-Merk auch, viele Forderungen und wenig oder gar keine Beispiele für Implementierung. Das entspricht dem Entwicklungsstand des Gender Mainstreaming in der Suchtkrankenhilfe. Die Autorinnen betonen zudem, dass die Umsetzung von Gender Mainstreaming sowohl prozessural wie kontextabhängig sei.

Schade und widersprüchlich erscheint, dass die DHS in ihrem Jahrbuch Sucht 2005 zwar Frauen besonders hervorhebt, aber keinerlei männerbezogene Aufsätze oder Anregungen beinhaltet. So steht die DHS momentan auf einem "frauensensiblen" Standpunkt, der zwar loblich ist, aber hinter den "gendersensiblen" Standpunkt des eigenen Grundsatzpapiers zurückfällt.

5.2.3 Fachverband Drogen und Rauschmittel: eine Expertise

2005 erschien die Expertise „Gender Mainstreaming in der Suchthilfe, verfasst von namhaften Wissenschaftlerinnen und Praktikerinnen der Bundesrepublik Deutschland (Zenker, Walker-Mayer, Vogt, Soltau, Schumann, Ohnmeiß, Merfert-Diete, Korthaus, Kersch, Helfferich). Die Autorinnen erarbeiteten die Expertise auf Anregung des „Arbeitskreises Frauen“ des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel (FDR). Diesem Verband sind zahlreiche Einrichtungen der Drogenhilfe angeschlossen. Er führt Tagungen

und Weiterbildungen durch und vertritt seine Mitglieder auf Bundesebene gegenüber Entscheidungs- und Leistungsträgern.

In dieser 70seitigen Broschüre skizzieren die Autorinnen, die sich schon lange in Forschung, Lehre oder Praxis mit geschlechterbezogenen, vor allem frauenbezogenen Fragen von Substanzkonsum und Prävention, Sucht und Suchthilfe befassen, den Stand geschlechterbezogener Arbeit und Handlungsnotwendigkeiten unter dem Aspekt von Gender Mainstreaming. Sie knüpfen explizit an das Anliegen des DHS-Papieres an, Gender Mainstreaming als Aufgabe der Entscheidungsträger und Leistungsverantwortlichen wie auch von Mitarbeitenden in allen Bereichen des Suchthilfesystems zu verankern, um die Gleichstellung von Frauen und Männern zu verwirklichen. Das umfasse die Ebene der Organisationen und Einrichtungen mit ihren Beschäftigten, die Behebung der Ungleichbehandlung von Frauen als Klientinnen und die Ergänzung und Weiterentwicklung frauenbezogener Sichtweisen um gendersensible Arbeit mit Männern. Sie verstehen ihre Expertise als Anfang und Grundlage "für einen geschlechterorientierten Dialog und die Entwicklung differenzierter Strategien in der Suchtarbeit". (Ebd., S. 7)

Welche Themen fassen nun die Autorinnen unter Gender Mainstreaming? Ich stelle die Inhalte in Reihenfolge der Kapitel kurz dar.

Zum Thema Prävention wird kritisiert, dass trotz allgemeiner Anerkennung des Prinzips der "Zielgruppendifferenzierung" (nach Geschlecht, sozialer Lage, Ethnizität oder spezifischen Risikogruppen) in der Prävention häufig noch mit Denkmodellen von geschlechtsneutralen oder geschlechtslosen Jugendlichen gearbeitet werde. Interessant und wichtig für Thema "Geschlechter im Verhältnis" ist der kleine Satz, dass es nicht nur um spezielle suchtpreventive Angebote für Mädchen einerseits und Jungen andererseits gehe, sondern um Angebote, die an den Geschlechterbeziehungen ansetzen. Es ist ja überhaupt ein merkwürdiger Widerspruch, dass einerseits viele Vorschläge in der Fachdebatte auf eine doing-gender-Perspektive zurückgehen, die ja auf das Performative der Geschlechter zielt, und andererseits kaum bis gar nicht an den Geschlechtern in Interaktion, in Beziehungen, angesetzt wird.

Gut erscheinen auch die kritischen Ausführungen zu Evaluation: So nötig sie sei, auch im Zusammenhang mit Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation), so vielfältig seien die Schwierigkeiten, die mit den Messungen verbunden seien.¹⁵¹

Unter dem Aspekt der epidemiologischen Standortbestimmung werden dann eine Reihe von Daten zu Männern und Frauen aufgeführt. Zu Alkohol, Tabak/Zigaretten, psycho-

¹⁵¹ Manche Ziele, etwa „allgemeine soziale Stärkung“, lassen sich nicht leicht evaluieren, bei anderen, besser operationalisierbaren Zielen ist unklar, auf welche Ursachen sich die auftretenden Effekte überhaupt beziehen ließen.

tropen Medikamenten und illegalen Drogen werden Zahlen zum Konsum, zu Konsumformen und Suchtentwicklungen vorgestellt. Blickerweiternd ist dabei, dass bei Medikamenten auch Dopingmittel, vor allem anabole Steroide, genannt werden, die zunehmend im Zusammenhang mit Sport und Bodybuilding konsumiert werden – ein Thema, das die Suchthilfe bisher noch gar nicht aufgegriffen hat.¹⁵²

Im nächsten Abschnitt werden geschlechtsbezogene Besonderheiten der Sucht thematisiert. Skizziert wird der Unterschied der Geschlechter im Groben so: Männer nehmen mehr Alkohol und Drogen, Frauen mehr Medikamente und haben eher Essstörungen. Das entspräche der „tradierten Geschlechtsrolle der Frauen: Die Unauffälligkeit des Agierens zur Lösung psychischer Probleme und die Instrumentalisierung des Körpers für ein Schönheitsideal.“ (Ebd., S. 20)

Es folgt ein Textabschnitt, der erst bei näherem Hinsehen Fragen aufwirft:

„Als suchtfördernd werden die jeweiligen sozialen Rollen von Frauen und Männern beschrieben, bei Frauen die abhängig machenden Lebensbedingungen (...), bei Männern ihr externalisierendes Risikoverhalten. Für einige Frauen scheint jedoch auch die Veränderung tradierter sozialer Rollen ein Problem darzustellen, ablesbar am Konvergenz-Effekt.“ (Ebd., S. 20)

Gemeint ist damit, dass der Unterschied zwischen den Geschlechtern kleiner würde, „wahrscheinlich, weil sich die (krank machenden) Lebensentwürfe der Frauen denen der Männer angleichen.“ (Ebd., S. 20)

Erstens fällt bei der Beschreibung suchtfördernder Faktoren auf, dass für Frauen äußere Bedingungen, für Männer ihr eigenes Verhalten aufgeführt werden. Hier werden zwei unterschiedliche Ebenen betrachtet, bzw. zwei unterschiedliche „Brillen aufgesetzt“. Die Frauen werden mit dem „Opferfokus“ betrachtet, sie unterliegen passiv ihren Bedingungen; die Männer mit dem „Akteursfokus“, d.h. als aktiv Handelnde. Ein Blick nach Gender Mainstreaming, so wie ich es verstehe, würde hier die Frage aufwerfen, welchen womöglich abhängig machenden Lebensbedingungen die Männer unterliegen und welche Rolle das evtl. eher internalisierende Risikoverhalten für Suchtentwicklung bei Frauen spielt?

Zweitens wirft die zitierte Formulierung „Für einige Frauen ...“ den Eindruck auf, dass die sich ändernden und erweiternden Frauenrollen einen erhöhten Risikofaktor für Sucht darstellen. Zugespitzt formuliert könnte man hier interpretieren, dass Emanzipation süchtig machen könne. Im Folgenden wird dann deutlich, dass für das Phänomen der steigenden Zahlen weiblicher von Sucht Betroffener unterschiedliche, ungeklärte Hypothesen im

¹⁵² Das wäre sinnvollerweise zu ergänzen durch das Thema „Missbrauch nicht-psychotroper Medikamente wie Diuretika und Laxantien bei Mädchen und Frauen“.

Raum stehen. Bezieht sich die Formulierung "krank machend" auf die Lebensbedingungen der Frauen unter ihren alten, tradierten Rollen – oder auf die Lebensbedingungen der Männer, denen sich die Frauen annähern? Verändern also die Frauen ihre Rolle, weil die alten Lebensbedingungen sie krank machen, oder verändern sie sie und werden dann in Folge krank, weil sie ähnlicher den Männern leben?

An dieser Stelle wird eine theoretische Leerstelle deutlich, die auf Forschungsbedarf hinweist. Das Zitat wirkt merkwürdig, weil hier noch großer Klärungsbedarf besteht.

Ansonsten werden als Besonderheiten genannt, dass neben geschlechtsunspezifischen Belastungen beider Geschlechter (soziale Benachteiligungen, Verlusterlebnisse, Suchtprobleme in der Familie, körperliche und seelische Gewalterfahrungen Frauen mehr von sexualisierten Traumatisierungen und psychiatrischen Zusatzerkrankungen betroffen seien. Bei Frauen gingen Angststörungen und Depressionen der Substanzabhängigkeit meist voraus, bei Männern oft (antisoziale) Verhaltensprobleme. Männer hätten Depressionen oft erst nach Suchtbeginn.

Unter dem Aspekt "soziale Belastungen" geht es um geschlechtsspezifische Beschaffungskriminalität (Prostitution) und das Problem, dass Frauen oft süchtige Partner mit instabilen Einkommensverhältnissen hätten und diese Partner selten den Ausstieg unterstützen würden.

Überraschenderweise findet sich das Thema "Gefährdung der ungeborenen Kinder" ebenfalls in diesem Kapitel unter der Überschrift "soziale Belastungen süchtiger Frauen" wieder (ebd., S. 22). Ähnlich und ebenso problematisch wie bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2003) (vgl. Kapitel 5.2.1) wird hier nicht genannt, was sich genau als Problem der Frau darstellt. Stattdessen heißt es: "Schwangerschaften süchtiger Frauen gefährden in hohem Maß deren ungeborene Kinder." (Ebd., S. 20). Richtig daran ist, dass Frauen in der Schwangerschaft und mit Kindern Hilfestellungen brauchen. Aber: was brauchen Frauen, was brauchen Kinder? Die gute Versorgung der Kinder wäre ein eigenständiges Thema. Es stellt sich die Frage, warum es nicht in den Textabschnitt „Süchtige Eltern und ihre Kinder“ eingeordnet wurde. Auch hier ist also dringend die normative Verknüpfung und Verwechslung der Interessen und Bedarfe der Mütter mit denen der Kinder zu kritisieren.

Hinsichtlich des Themas „Therapie“ werden Erkenntnisse US-amerikanischer Studien skizziert. Diese würden feststellen, dass Männer in gemischtgeschlechtlichen Gruppen eine größere positive Variationsbreite im zwischenmenschlichen Umgang erwerben, während Frauen dies eher in Frauengruppen tun. Frauen profitieren stark von wenig strukturierten Gruppen, Männer mehr von strikten Programmen wie bei den AA¹⁵³, die für Männer

¹⁵³ Anonyme Alkoholiker. Die AA-Gruppen arbeiten nach strikt festgelegten Regeln und einem Ablaufprogramm klar definierter Schritte, von denen nicht abgewichen werden soll.

vergleichbare Katamnesedaten zeigen wie professionelle Therapien. Die in diesen Programmen vorherrschende Betonung mangelnder eigener Einflussmöglichkeiten auf die Sucht scheint für Frauen nicht so wirksam zu sein wie für Männer. Für Frauen eignen sich offenbar sehr viel besser (therapeutische) Gruppen, in denen Gefühle bearbeitet werden und Wert auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit gelegt wird.

Dann wird der Stand der Forschung hinsichtlich Effizienz und Effektivität von Frauen-Suchtarbeit dargestellt. Hier wird sehr deutlich darauf hingewiesen, dass es kaum geschlechtersensible Forschung über Wirkfaktoren und Wirksamkeit verschiedener Interventionen bei der Behandlung gibt. Das habe methodische und finanzielle Gründe.

„Solche Studien werden zur Zeit in Deutschland weder geplant noch durchgeführt. Will man wissen, auf welche Interventionen substanzabhängige Frauen (und Männer) besonders gut ansprechen, muß man aber genau diese Art von Studien durchführen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), die den größten Teil der finanziellen Mittel für Suchtforschung in Deutschland zur Verfügung stellen, investieren wenig in Fragestellungen, die süchtige Frauen betreffen.“ (Ebd., S. 25)

Hier ist offen, was die Verpflichtung im Aktionsplan Drogen und Sucht von Frau Caspers-Merk, Gender Mainstreaming auch in der Forschung anzuwenden, bringen wird.

Als nächstes wird dann der Stand der Behandlungsforschung betrachtet. Hier werden Ergebnisse einer Befragung von frauenspezifischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vorgestellt. Es handelt sich um 20 Einrichtungen, die auch in der Fachgruppe Frauen des Fachverbands Drogen und Rauschmittel organisiert sind. Zwei Drittel dieser Einrichtungen befinden sich in Trägerschaft von Frauenvereinen, die übrigen von gemischten Trägern. Die Einrichtungsleitung und Geschäftsführung liegen meist in den Händen von Frauen, von den 115 Mitarbeiterinnen (im Durchschnitt 5,75 pro Einrichtung) arbeiten 27% Vollzeit, 52% Teilzeit und 20% auf Honorarbasis (ebd., S. 27) Für die Bedingungen im frauenspezifischen Arbeitsfeld lässt sich also nach wie vor sagen, dass die Einrichtungen vergleichsweise klein sind und die Kapazitäten bzw. Ressourcen begrenzt.

Neben „Wirkfaktoren frauenspezifischer Suchtarbeit“ geht es im weiteren noch um „Sucht bei Männern“, „süchtige Eltern und ihre Kinder“ und „Selbsthilfe“. Die Autorinnen beschließen den Durchgang durch die Einzelthemen mit einer Hoffnung auf Gender Mainstreaming als Verbesserung der Qualität und Effektivität der Betreuungs- und Behandlungsangebote. Geschlechtsspezifische Forschung weist große Lücken in den Bereichen Elternschaft, Kinder von Abhängigen, Ursachen männlicher Sucht und der Versorgungsforschung auf. Die wissenschaftliche Erfassung und Untersuchung von Wirkfaktoren in der Suchtarbeit sei mit Problemen und Schwächen behaftet – bisher gründe sich das bestehende geschlechtsspezifische Wissen primär auf Konsensbildung vor dem Hintergrund empirisch gewachsenen Fachwissens der Frauen-Suchtarbeit.

Insgesamt liegt mit dieser Expertise nicht nur eine starke Anregung zur Anwendung des Gender Mainstreaming als Verfahren vor, sondern eine umfassende Darstellung von fachlichen Anforderungen und Problemen, die darin anzugehen wären. Auch in der Expertise benutzen die Autorinnen zunächst die sehr grobe Gender-Definition wie im DHS-Papier: Das soziale Geschlecht umfasse "die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern und die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern" (ebd., S. 5), die sich von der theoretischen Perspektive nur begrenzt auf Strukturen bezieht. Wie gezeigt, erweitert sich die von den Autorinnen eingenommene Perspektive später im Text, etwa mit ihrer Forderung der Berücksichtigung weiterer Differenzierungen, die in Wechselwirkungen mit Geschlecht stehen – hier denken sie in der Weise, die ich als "geschlechtsreflexiv" bezeichnete:

„Zur Qualitätssteigerung ist in Zukunft die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Prävention, Beratung und Therapie notwendig. Darüber hinaus müssen Kultur, soziale Lage und Alter berücksichtigt werden. Kategoriales, geschlechtsneutrales und Rollen festschreibendes Denken muss aufgegeben werden, um differenzierte und umfassende Bilder von Frauen und Männern entwickeln zu können.“ (Ebd., S. 53)

5.2.4 Irmgard Vogt: Ungleiche Ausgangslagen von Frauen und Männern

Anlässlich einer Tagung zu Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen verfasste Irmgard Vogt (2001) ihren Beitrag „Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit“. Vogt hält Gender Mainstreaming für eine geeignete Leitorientierung im Gesundheitsbereich, die neue Perspektiven zur Untersuchung geschlechtsspezifischer Fragen auch im Suchtbereich eröffne. Sie möchte einen Beitrag zur Problemdefinition und Analyse von epidemiologischen Daten leisten, um Suchtforschung kritisch zu prüfen.

Im Abschnitt: "Problemdefinition" kennzeichnet sie die Suchtforschung als männerzentriert. Dabei greift sie als Frage eines geschlechtsspezifischen Bias hier nicht die übliche Kritik an der Vernachlässigung der süchtigen Frauen auf, sondern – angesichts der viel höheren Suchtprevalenzen von Männern bei Alkohol und illegalen Drogen - die Vernachlässigung der Frage, welche protektiven Faktoren Frauen vor Sucht schützen.

“In der Suchtforschung spielt die Tatsache, dass Frauen gegenüber Sucht erheblich widerstandsfähiger bzw. resilienter sind als Männer, kaum eine Rolle: Es gibt keine Forschung darüber, was Frauen vor Sucht schützt, was sie gegen Sucht widerstandsfähiger macht, was ihnen in dieser Hinsicht Gesundheit erhält. (...) Sie konzentriert sich vielmehr ganz traditionell auf die Erforschung der Faktoren, die Männer krank machen können.“ (Ebd., S. 33)

Dabei bezieht sie Stellung gegen die Position, dass Frauen genauso süchtig seien wie Männer, nur verdeckter. Diese Position beziehe sich ja vor allem auf die Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten; hier fehle es an differenzierten Studien und die Hochrechnungen anhand von Rezeptverordnungen entsprächen nicht unbedingt tatsächlichen empirischen Abhängigkeitsentwicklungen. Auch hätte der Anteil von Frauen und Männern, die Hilfe wegen Medikamentenabhängigkeit suchten, nicht zugenommen und das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen habe sich mittlerweile erheblich verändert.

Dem möchte ich drei Argumente entgegenhalten. Zum einen gibt es auch zuverlässigere empirische Hochrechnungen, z.B. die Repräsentativstudie von Kraus und Augustin (2005a). Zum zweiten ist die geringe Hilfenachfrage kein Beweis, da die wenigen spezifischen Angebote, die es gab, gut nachgefragt wurden und eher bewiesen, dass eine andere Form von Angebot nötig ist, damit Betroffene sich angesprochen fühlen.¹⁵⁴ Und drittens verdecken bzw. verschieben viele Frauen weiterhin andere Süchte mit Medikamenten. Aber ich stimme Vogt zu, wenn sie feststellt, dass dies ein Problemfeld der Suchtforschung ist, das im Zuge von Gender Mainstreaming zu bearbeiten sei.

Weiterhin wendet sie sich dagegen, Essstörungen als Teil der verdeckten Süchte von Frauen zu fassen. Tatsächlich würden sehr viel mehr Frauen als Männer unter Essstörungen leiden, aber diese seien nach ICD 10 und DSM IV ein eigenes Störungsbild und nicht unter Sucht zu fassen. Zudem seien die Gründe für das höhere Risiko der Frauen für Essstörungen andere als die der Männer für Substanzabhängigkeit.

Mit dieser Einschätzung spricht sie meines Erachtens einen wichtigen Punkt an. Aber wieso sollten die Gründe nicht unterschiedlich sein, das sind sie ja *innerhalb* der Substanzabhängigkeiten zum Teil auch? Und wofür genau ist das wichtig? Für Frauen wird ja nicht gefordert, Essstörungen als Hauptdiagnose in die Suchthilfe zu integrieren, sondern zum einen, sie als Komorbidität *süchtiger* Frauen ernst zu nehmen, und zum anderen, geschlechtsbezogene Verarbeitungs- und Bewältigungsstile sichtbar zu machen. Aber in der Tat kann man hier die Gegenfrage ergänzen: Was schützt Männer vor Essstörungen?¹⁵⁵

So zwingt nach Vogt das Gender Mainstreaming dazu, Probleme neu zu justieren: Geschlechtergerechtigkeit könne entstehen, indem neue Fragen in der Forschung auftauchen und darüber in die Praxis Eingang fänden. Im zweiten Teil ihres Textes stellt

¹⁵⁴ Zu den Erfahrungen der Hamburger Informationsstelle Frauen-Alltag-Medikamente vgl. Nette (1989); allgemeiner vgl. auch Latta (1995).

¹⁵⁵ Meines Erachtens ist für Frauen bei Sucht und für Männer bei Essstörungen "Schutz" der falsche Ausdruck, es geht wohl eher um Aspekte wie kulturelle Gewohnheiten und Körperbezüge, Affinitäten, Normalitäten und Stigmatisierungen.

sie ihre Analyse epidemiologischer Daten¹⁵⁶ über substanzabhängige Frauen und Männer vor und beschreibt Geschlechterdifferenzen, die zu beachten seien, und bestimmte Formen von Gender Bias.

Sie führt auf, dass z.B. die Altersverteilungen unterschiedliche Entwicklungen der Alkohol- und Drogenabhängigkeit bei Frauen und Männern zeigen. So seien z.B. Frauen mit Drogenproblemen signifikant jünger als Männer mit Drogenproblemen, und ab ca. 35 Jahren stiegen Frauen vermehrt aus der Gruppe der Abhängigen aus. Hier fehlt es nach Vogt an Studien darüber, ob die Frauen den Substanzkonsum beendet hätten oder auf andere Substanzen umgestiegen seien.

Zu den Lebensformen berichtet sie, dass insgesamt deutlich mehr suchtmittelabhängige Frauen als Männer verheiratet seien. Hierin macht Vogt eine größere Beziehungsfähigkeit von Frauen aus.

“Ganz grob kann man den Zivilstand als einen Indikator für die Beziehung zum anderen Geschlecht bzw. für Beziehungsfähigkeit nehmen. (...) Demnach lassen sich Frauen eher auf feste Beziehungen zum anderen Geschlecht ein als Männer und alkoholabhängige Frauen sehr viel häufiger als drogenabhängige Frauen. Entsprechende Ergebnisse findet man auch bei Partnerschaften; wiederum sind es die Frauen die signifikant häufiger mit einem festen Partner zusammenleben als die Männer. Das Ergebnis paßt zu den Befunden über Geschlechterdifferenzen im Hinblick auf Beziehungsfähigkeit. Es sind im Allgemeinen Frauen, auch substanzabhängige Frauen, die sich stärker auf Beziehungen einlassen (...)” (Ebd., S. 39)

Ausgehend von der Annahme, dass die Kehrseite von Beziehungsfähigkeit soziale Isolation sei, sei bei den substanzabhängigen Männern eine stärkere soziale Isolation anzunehmen. Zu Recht zeigt sie hier auf, dass in Forschung und Praxis die Bedeutung geschlechtsbezogener Differenzen in der Fähigkeit, Beziehungen aufzunehmen und zu leben, berücksichtigt werden müssten. Zugleich zeigt sich hier aber auch das Problem, in welcher Weise epidemiologische Daten eigentlich gedeutet werden können: Wie schon gezeigt wurde (vgl. Kapitel 4.3.3 “Partnerschaft“), ist die Bedeutung der Beziehung für Frauen nicht umstandslos als positive Fähigkeit, sondern auch als problematische Bezogenheit und nicht selten als Fixierung auf Partner zu untersuchen, die oft selbstschädigende Formen annimmt. An diesem Beispiel wird deutlich, dass für eine Durchdringung der Befunde auf Gender-Ebene sehr viel differenziertere qualitative und quantitative Untersuchungen und eine verstärkte Auswertung der Erfahrungen von PraktikerInnen der Suchthilfe nötig sind. Deutlich wird aber auch, wie kostbar geschlechts-

¹⁵⁶ Sie arbeitet im Folgenden mit den Daten der Hamburger Basisdokumentation “Bado”, die ausführlichere und differenziertere Fragen stellt als andere Systeme und unter Beteiligung der Hamburger Einrichtungen mit dadurch verschiedenen Blickwinkeln und Interessen entwickelt wurde.

spezifisch ausgewiesene epidemiologische Daten für die genauere Bestimmung von Fragestellungen und nötigen Vertiefungen sind.¹⁵⁷

Auch zum Thema “Schule und Berufsbildung”, die ja wichtig für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt und damit zentrales Ziel der “medizinischen Rehabilitation” von Substanzabhängigen sind, zeigen die Daten relevante geschlechtsbezogene Unterschiede. Substanzbezogen haben Alkoholabhängige bessere berufliche Voraussetzungen als Drogenabhängige, aber insgesamt haben beide Gruppen schlechtere als die Normalbevölkerung.¹⁵⁸ Vor allem abhängige Frauen haben, wie Vogt in ihrer Präsentation aktueller Zahlen zeigt, zwar bessere Schulabschlüsse, aber weniger abgeschlossene Ausbildungen, eine geringere Einbindung in das Erwerbsleben und seltener ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit als die Männer. Am stärksten zeige sich dieses Problem bei drogenabhängigen Frauen. Diese Problematik ist umso wichtiger zu berücksichtigen, als dass Studien zeigten, dass die Erwerbsarbeit für (vor allem alkoholabhängige) Frauen sehr wichtig für die subjektive Zufriedenheit seien und nachgewiesenermaßen bei gelungenem Wiedereinstieg in die Arbeitswelt das Rückfallrisiko sinke. Insbesondere bei drogenabhängigen Frauen, die wenig integriert seien und zudem noch häufig Kinder haben, liege das Armutrisiko sehr hoch.

An zwei Themen zeigt Vogt besonders deutlich einen Gender Bias in Forschung und Praxis der Suchthilfe. Zum einen gilt beim Thema “Kinder”: Weit mehr substanzabhängige Frauen als Männer (von den alkoholabhängigen hier 69%, von den drogenabhängigen 42%) hätten Kinder, viele Frauen (doch nur 3% der Männer) lebten auch mit ihnen zusammen. Fehlende Angaben in den Datenerhebungen wiesen aber darauf hin, dass hier ein Gender Bias in der Datenerhebung auftauche:

“Es zeigt sich nämlich, dass Frauen systematisch häufiger danach gefragt werden, ob sie Kinder haben, als Männer danach, ob sie Väter sind. Die fehlenden Daten spiegeln einen geschlechtsspezifischen Bias wider, nämlich, dass Frauen Kinder haben – und Männer nicht, dass die Kinder für die Frauen wichtig sind – und für Männer nicht, dass man mit Frauen über ihre Kinder reden muss – mit Männern nicht.” (Ebd., S. 40)

Das zweite eklatante Beispiel von Gender Bias findet sich nach Vogt beim Thema “Sexarbeit”: In Theorie und Praxis ist bekannt, dass eine Reihe von drogenabhängigen Frauen im Rahmen der Drogenbeschaffung der Prostitution nachgingen. Vogt zeigt auch hier die systematische Ausblendung der Frage gegenüber Männern:

“Männer werden offenbar nicht danach gefragt, ob sie mit Sexarbeit Geld verdienen; folglich liegen dazu auch keine empirischen Daten vor. Das ist das zweite Beispiel für

¹⁵⁷ Viele solcher Daten finden sich in den Originaltabellen der Deutschen Suchthilfestatistik des Institutes für Therapieforschung München (2004a, 2004b), sie werden in den verschiedenen Zusammenfassungen in Fachzeitschriften aber merkwürdigerweise sehr wenig berücksichtigt.

¹⁵⁸ Medikamentenabhängige werden hier gar nicht genannt; vermutlich, weil Hilfesuchende mit dieser Hauptdiagnose im Hilfesystem und der entsprechenden Datendokumentation fast gar nicht auftauchen.

Gender Bias in der Suchtforschung. Auch in diesem Fall hat das ganz handfeste Auswirkungen auf die Praxis, denn man redet nur mit Frauen über Prostitution und die damit einhergehenden Probleme, aber nicht mit Männern.“ (Ebd., S. 44)

Fassen wir zusammen: Vogt wollte anhand der Zahlen die Perspektive von Gender Mainstreaming darauf prüfen, welche Nejustierungen sie ermöglicht. Sie fand zum einen Fälle von Gender Bias, in denen Klischees bereits in der Forschungserhebung zementiert würden (Vaterschaft und Sexarbeit von Männern), und nennt zum anderen eine Reihe von Fragen und Themen, denen weiter nachgegangen werden sollte: die Attraktivität der Suchthilfe für junge Männer und Frauen, die Geschlechtsspezifität des Hilfebedarfs, die Bedeutung der geschlechtsspezifischen Differenzen in der Fähigkeit, Beziehungen aufzunehmen und zu leben, geschlechtsspezifische Probleme der sozialen Isolation, die Bedeutung der Erwerbsarbeit für Frauen und Männer mit Substanzproblemen, und schließlich der Zusammenhang von Geschlecht und Armutsrisiken.

Ich stimme ihr in einigen Interpretationen von Daten nicht zu, aber ihr Beitrag ist originell und wirft interessante Fragen auf. Zum einen zeigt sie einige Formen von Gender Bias hinsichtlich typischer Frauenthemen, die nun auch für Männer aufgegriffen werden müssten (Vaterschaft und Sexarbeit), hier steht sie also nicht, wie Caspers-Merk, auf dem Boden “konservierender Differenz”, sondern nimmt die Haltung “zu verändernder Differenz” ein. Und sie überschreitet auch den Rahmen der Fragen, wenn sie z.B. fordert, dass in der Suchtforschung auch nach Schutzaspekten für Frauen gefragt werden könnte. Interessant ist auch Vogts Kritik an der “Verdecktheit der Sucht”, die ich zwar nicht ganz teile, die aber einen selbstreflexiven Blick – hier für die Frauen-Suchtarbeit – formuliert.

Insgesamt ist festzustellen, dass Vogt, wie angekündigt, die ersten zwei Schritte des Gender Mainstreaming, Problemdefinition und Analyse, geht. Problematisch an der Analyse ist, dass epidemiologische Daten Interpretationen nur sehr begrenzt zulassen (hier z.B. die umstandslose Deutung von Partnerschaften als positive “Beziehungsfähigkeit”). Deutlich wird, dass weitere und differenziertere quantitative und qualitative Daten und Forschungen zu Sozialisation und Psychodynamik abhängiger Frauen und Männer nötig wären, um fundiertere vergleichenden Interpretationen zu kommen.

Auffallend ist, dass Irmgard Vogt in ihrem Beitrag auch die doppelte Such- bzw. Denkbewegung anwendet, die ich im vorigen Kapitel als “geschlechtsreflexiven” Blick dargestellt habe. Im ersten Schritt stellt sie die Frage nach den vorliegenden geschlechtsbezogenen Unterschieden, um diese sichtbar zu machen, und im zweiten Schritt folgt die kritische Überprüfung (Indikationssuche) auch mit Blick auf das andere Geschlecht, um zu vermeiden, dass Unterschiede hier klischeehaft (und gegen eine andere empirische Lage) einseitig befestigt bzw. für die andere Seite tabuisiert würden. Und sie weist – gerade mit dem Beispiel Mutterschaft und Vaterschaft – auf die nötige Unterscheidung zwischen deskriptiven und normativen Aussagen von Forschung und

Praxis hin, deren Übersehen Forschung und Praxis ungewollt zu konservierenden Akteuren des "Doing Gender" machen kann.

5.2.5 Klaudia Winkler: Minderheiten und Mehrheiten

Auch der Beitrag von Winkler (2001), „Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit“, entstand anlässlich einer Fachtagung zu Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Winkler stellt sich darin die Frage, wie es angesichts der Minderheitsposition von Frauen – hier speziell von alkoholabhängigen – in Fachkliniken aussehen könnte, wenn der Prozess von Gender Mainstreaming im Suchtbereich umgesetzt würde. Dazu stellt sie den Minderheitenstatus in seinen verschiedenen Dimensionen und den jeweiligen Folgen vor.

Erstens seien Frauen in einer strukturellen Minderheit: Sie sind weniger in Fachkliniken vertreten, als es ihrem Anteil an Süchtigen insgesamt entspräche. Aus Befragungen von Frauen werden eine Reihe von Barrieren dafür als Gründe deutlich: Erstens würden Frauen weniger als Männer durch ihre Partner in der Entscheidung zu einer Behandlung unterstützt, z.B. weil diese selbst Suchtprobleme hätten. Zweitens sind viele Frauen als Mütter auch für die Betreuung ihrer Kinder zuständig. Sie sind mit Problemen der Unterbringung während einer stationären Behandlung konfrontiert, vor allem, wenn sie alleinerziehend sind. Gerade in diesen Fällen träte auch Angst vor dem Verlust des Sorgerechts auf. Drittens schienen soziale Folgen des Trinkens und Missbilligung für Alkoholikerinnen schwerwiegender zu sein als für Alkoholiker, so dass die Stigmatisierung die Entscheidung für eine Behandlung hinauszögere. Viertens würden viele Frauen von den bestehenden Angeboten nicht viel Hilfe erwarten, teils, weil sie die Alkoholabhängigkeit seltener als Männer als ihr primäres Problem betrachten, teils, weil für sie die strengen Regelungen von Suchttherapien nicht förderlich seien.

Zweitens seien Frauen auch in einer qualitativen Minderheit: Diese bestehe darin, dass das Fachwissen und die Angebotsgestaltungen in der Alkoholismusbehandlung auf der Grundlage von männlichen Abhängigen entwickelt worden sei, was die Gefahr berge, dass die Behandlungen den Frauen nicht gerecht würden und dass hinsichtlich der Haltung der BehandlerInnen Alkoholikerinnen als schwieriger, gestörter usw. gälten.

Und schließlich seien Frauen drittens auch in einer quantitativen Minderheit: In Folge ihres kleineren Anteils am Krankheitsbild, den strukturellen Barrieren und der Verteilung auf gemischte Kliniken seien sie in den Angeboten in einer deutlichen Minderheit. Winkler arbeitet hier unter Rückgriff auf sozialpsychologische Erkenntnisse und Studien heraus, welche Folgen eine so ungleiche Verteilung eines Merkmals (hier Geschlecht) für die Wahrnehmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten im Alltag hat. Während man in einer ausgeglichenen Gruppe (Verhältnisse 60% - 40% oder 50% - 50%) keine Mehrheit und

Minderheit fände, was sich in der Kultur und den Interaktionen der Gruppenmitglieder spiegeln würde, gäbe es in einer unausgeglichene Gruppe (65% - 35%) bereits Mehrheits- und Minderheitspositionen. Die Minderheitenmitglieder könnten jedoch Koalitionen bilden und so die Kultur der Gruppe beeinflussen, sie seien auch noch als unterscheidbare Individuen wahrnehmbar. In einer mehrheitsdominierten Gruppe (70% - 30%)¹⁵⁹ jedoch würden Gruppe und Gruppenkultur bereits stark von der Mehrheit dominiert, die Mitglieder der Minderheit würden dann als typische Vertreter ihrer Kategorie wahrgenommen, als "Prototypen". Folgen seien eine erhöhte Sichtbarkeit der Minderheitenperson(en), eine Polarisierung, indem die Unterschiede zwischen Mehrheit und Minderheit überbetont würden, und Assimilation: Die Eigenschaften der "Prototypen" würden so verzerrt, dass sie zu den Vorannahmen der Mehrheit über die Minderheit passen würden. Diese Ausführungen zu Wahrnehmungsphänomenen mehrheitsdominierter Gruppen machen deutlich, dass Frauen in der starken Minderheitsposition in Fachkliniken sich leicht auf klischeehafte Prototypen reduziert wiederfinden und ihre individuellen Unterschiede wenig wahrgenommen würden. Die Bilder, Erwartungen und Nähelegungen von Rollen seien dann häufig "Mutter" (Ansprechpartnerin für Sorgen und Nöte der Männer), "Verführerin" (Wahrnehmung vor allem unter dem Aspekt von Attraktivität, die übrigen Eigenschaften würden wenig wahrgenommen oder gefördert), "Maskottchen" (nettes und amüsanter Verhalten, ansonsten eher Zuschauerrolle) oder "eiserne Jungfrau" (häufig ein abfälliges Label für Frauen, die keine der genannten Haltungen einnehmen wollen).

"Überträgt man dieses Modell auf die Situation von Frauen, die in den gemischten Fachkliniken in einer extremen Minderheitsposition sind, wird deutlich, dass sie als Vertreterinnen der sozialen Minderheit deutlich mehr Energie aufwenden müssen, um den Klinikalltag zu bewältigen. Sind diese wenigen Frauen innerhalb der Klinik auch noch auf verschiedenen Gruppen verteilt – so befinden sich beispielsweise in einer therapeutischen Gruppe eine oder zwei Frauen zusammen mit neun oder zehn Männern – steigert sich die ungünstige Wirkung, die durch die Minderheitenposition gegeben ist. Die zahlenmäßige Überlegenheit der Männer gestattet diesen, die Kommunikationsstruktur, Inhalte und Art der Auseinandersetzung zu bestimmen Sie können als Mehrheit die Gruppennormen definieren und dominieren auch die informellen Kontakte der Gruppenmitglieder." (Ebd., S. 67f.)

Zusammengefasst nennt Winkler folgende drei ungleichen Ausgangsbedingungen für alkoholabhängige Frauen in Fachkliniken: 1. der Mangel an Wissen über geschlechtsspezifische Aspekte von Abhängigkeitsentwicklungen bei vielen Behandlern und Behandlerinnen; 2. spezifische Behandlungsbarrieren und schließlich 3. die deutliche Minderheitsposition in Fachkliniken und den einzelnen Gruppen, die von ihnen zusätzliche Energie verlange, um mit dem Alltag zurechtzukommen – was im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung nicht zu akzeptieren wäre. Insofern könne von vergleichbaren

¹⁵⁹ Zur Erinnerung: In den gemischten Therapieeinrichtungen finden sich im Durchschnitt etwa 20% Frauen (Bereich illegaler Drogen) bis 22% Frauen (Bereich legaler Drogen) bei geringer Varianz der Werte. Hier kann also von einer ausgeprägten und durchgängigen Minderheitenposition der Frauen ausgegangen werden.

Ausgangsbedingungen nicht gesprochen werden. Während im letzten Jahrzehnt eine Auseinandersetzung und Umsetzung in klinischer Praxis durch engagierte Praktikerinnen zugenommen hätten, seien diese aber wenig konzeptionell verankert. Um die beschriebenen Barrieren und die Minderheitspositionen abzubauen, sei aber vor allem eine Änderung der Rahmenbedingungen in den Kliniken nötig, was die Zustimmung der Klinik und die Unterstützung durch die EntscheidungsträgerInnen erfordere. Eine Untersuchung von 20 gemischten und sieben Frauenkliniken auf ihr Ausmaß an "Frauenorientierung"¹⁶⁰ zeigte, dass der Patientinnenanteil in 70% der gemischten Kliniken unter 30% liegt, und eine Reihe der frauenorientierten Maßnahmen in gemischten Kliniken vor allem dazu diene, die Folgen dieser Minderheitssituation von Frauen auszugleichen. Es handelt sich vor allem um die Einrichtung von Frauengruppen, um die Stabilisierung des Frauenanteils durch gezielte Belegungspolitik sowie um das Bereithalten von Wohn- oder Aufenthaltsbereichen für Frauen. Es gäbe aber selten Angebote für Frauen über die Gruppentherapie hinaus und selten eine Wahlmöglichkeit zwischen Therapeut und Therapeutin.

Die Implementierung von Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit würde, so fasst Winkler zusammen, über den guten Willen von MitarbeiterInnen und Leitungskräften und über halbherzige Veränderungen der Rahmenbedingungen hinaus bedeuten, geschlechtsspezifische Arbeit konzeptionell in diesem Bereich zu verankern.

"Gender Mainstreaming müsste daher als Prinzip der Gestaltung von Behandlungsbedingungen von Seiten der Kostenträger eingefordert und honoriert werden. Daraus könnte sich die praktische Konsequenz ergeben, dass einige Kliniken sich speziell für die Behandlung von Frauen oder von Frauen gemeinsam mit Männern spezialisieren könnten. In diesen Kliniken würde sich zunehmend Expert/innentum für Aspekte der frauenorientierten Gestaltung der Behandlungsangebote konzentrieren. Wissenszuwachs und damit Impulse für Forschung und Praxis wären zu erwarten." (Ebd., S. 74)

Winkler leistet meines Erachtens hier einen sehr wichtigen Beitrag, weil sie über einige allgemeine geschlechtsbezogene Aspekte von Sucht hinaus hier die Mehrheits- und Minderheitsfrage in den Kliniken selbst in den Blick rückt. Sehr fruchtbar setzt sie dafür Studien aus der Arbeitswelt zu Mehrheits- und Minderheitsverhältnissen ein und entwickelt daraus den Vorschlag, Frauen in starker Minderheit in der "Prototyp"-Dynamik zu beschreiben, die vielen betroffenen Klientinnen und PraktikerInnen vertraut ist. Diese Dynamik ist real sicherlich noch dramatischer als hier beschrieben, weil das Modell von Kanter, auf das sie sich hier bezieht, die Frage von Mehrheiten und Minderheiten

¹⁶⁰ Sie operationalisierte „Frauenorientierung“ mittels 18 einzelner Indikatoren, diese basieren auf ihrer Recherche von Forderungen an die Gestaltung der Behandlung von alkoholabhängigen Frauen aus der Fachliteratur (ebd., S. 72).

hinsichtlich Dominanz rein *quantitativ* denkt. Angewandt auf das Geschlechterverhältnis haben wir es aber meines Erachtens zudem mit einem System der “Hegemonie von Männlichkeit“ (Connell, 2000) zu tun, was bedeutet, dass die quantitative Mehrheit hier zugleich auf der Seite der hegemonialen Kraft steht.

5.3 Zusammenfassung: Gender Mainstreaming als Ansatz für die Suchtkrankenhilfe?

Gender Mainstreaming wird in den verschiedenen Texten in recht unterschiedlicher Weise aufgegriffen. Es taucht appellativ auf als Anspruch der Anwendung auf alle Ebenen (wie beim Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen) oder wird auf sehr konkrete einzelne Problemlagen angewandt, z.B. auf Beispiele aus dem Bereich der Forschung zu Suchtmittelabhängigkeit (Vogt) oder zu Behandlung (Fachverband Drogen und Rauschmittel), oder z. B. auf die Minderheitenposition von Frauen in der Suchthilfe (Winkler).

Dass schon der erste Schritt der Analyse, die Bestandsaufnahme, d.h. die geschlechtsbezogene *Deskription* der Lage, eine Reihe brisanter Fragen deutlich macht, weist auf einen Nutzen der Strategie des Gender Mainstreaming hin.

Bei den Autorinnen finden sich unterschiedliche Haltungen, die eingenommen werden. Auffällig ist dies z.B. bei Caspers-Merk, die meist eine konservierende Haltung einnimmt, dann im Einzelfall auch konkrete Veränderungen fordert, ohne allerdings ihre Gender-konservierende Haltung aufzugeben, und die in einem Punkt, dem des Kinderschutzes, dann deutlich normativ auftritt. Nicht nur deskriptiv-verdeutlichend, sondern auch normativ-kritisch ist vor allem Irmgard Vogt am Beispiel Mutterschaft/Vaterschaft, und eine ausgeprägt reflexive Haltung nimmt sie z.B. in Hinsicht auf Sexarbeit (gegen Ausblendungen bei Männern ein.)

Aufgegriffen im Suchtbereich wird Gender Mainstreaming bisher ausschließlich von weiblichen Autorinnen, und zum größeren Teil wird es auch vor allem auf Frauen angewandt. Das liegt zum einen an dem Tatbestand, dass Frauen in der Suchtkrankenhilfe weiterhin marginalisiert sind und weniger berücksichtigt werden, zum anderen auch daran, dass es bisher vor allem weibliche Wissenschaftlerinnen und Praktikerinnen sind, die sich mit dem Instrument des Gender Mainstreaming auseinandersetzen. Es ist noch offen und hängt von den weiteren Akteuren ab, inwieweit Gender Mainstreaming in der Lage sein wird, auch die “Invisibilität“, die Nichtthematisierung des männlichen Geschlechtes aufzuheben.

Gender Mainstreaming zeigt sich auch der Suchthilfe als *Interessenpolitik*. Das wird z.B. deutlich daran, dass die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Caspers-Merk, Familie und Kinder fokussiert, oder dass die Expertise des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel indirekt vor allem Frauenprojekte in den Vordergrund stellt. Wie ich in Bezug auf Stiegler, Thürmer-Rohr und andere Autorinnen bereits oben ausgeführt habe, bleibt sowohl der theoretische Ansatz von Gender als auch die Durchführung von Gender Mainstreaming eine Frage politischer Auseinandersetzung. Wer wird sich verbindlich zur Umsetzung verpflichten? Wer wird konkret den analytischen Ansatz definieren, der weichenstellend für Formen von Veränderung ist? Wer kontrolliert Prozesse der Umsetzung und sorgt für eine partizipative Begleitung? Die Analyse- und Zieloffenheit kann sich also sowohl produktiv als auch fatal auswirken.

Rahmenbedingungen und Top-Down-Prinzip der Durchsetzung: Die Handlungsmöglichkeiten konkreter Träger (soweit sie überhaupt Gender Mainstreaming-willing sind) und Angebote haben ihre Grenzen in den Vorschriften der Kosten- und Leistungsträger. Also sind diese genau zu identifizieren und für Gender Mainstreaming zu gewinnen. Entscheidend ist, dass die Kostenträger diese Orientierung verlangen, sie definieren und dass dies mit Vergütung verbunden ist.¹⁶¹ Dieser Forderung steht entgegen, dass konkrete Träger oft andere Interessen haben und dass es Interessenkonflikte, z.B. in Fragen der Belegung oder Spezialisierung gibt, wenn als Rahmenbedingung gilt: "Belegungsdruck um jeden Preis".

Insofern ist es eine offene Frage, ob Gender Mainstreaming sich – wie im Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung als Ziel formuliert – in Konzepten und Leitlinien von Einrichtungen und Leistungsträgern wiederfinden wird.

¹⁶¹ In Nordrhein-Westfalen gab es einige Jahre lang eine Subventionierung von Beratungsstellen, die Angebote geschlechtsbezogene Arbeit mit Frauen machten.

6 Schluss

In dieser Arbeit ging es um die Bedeutungskonstellationen und Bewegungen der Kategorie Geschlecht in dem Handlungsfeld der Suchtkrankenhilfe.

Bisher bezieht sich geschlechtsbezogene Forschungs- und Betreuungspraxis, wie der historische Rückblick und die gegenwärtige Lage der Forschung und der Betreuungsangebote zeigt, noch immer vor allem auf Frauen - Männer werden nach wie vor wenig als Geschlecht thematisiert. Wir haben es also mit dem Phänomen einer *einseitigen Vergeschlechtlichung* der Thematik zu tun.

Während es im Rahmen dieses Handlungsfeldes darum geht, Wissen und Befunde über geschlechtsbezogene Lebenslagen, Konsum- und Sucht-kontexte zu berücksichtigen, die von Studien und Statistiken der Sucht- und Gesundheitsforschung erst in punktuellen und verstreuten Arbeiten vorliegen, haben feministische Theoretikerinnen die Nutzung der Kategorie "Geschlecht" und das Sprechen von "Differenzen" in mehrfacher Hinsicht problematisiert.

Aus diesen Überlegungen heraus wollte ich eine *geschlechtsreflexive* Perspektive entwickeln, die den gesellschaftlichen Wandel und seine Bedeutung für die Geschlechterverhältnisse einbezieht und die sozialen Hintergründe der spezifischen Problematik von Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen und Männern zu beleuchten vermag - ohne Differenzen *zwischen* den Geschlechtern zugleich festzuschreiben und ohne Differenzierungen *innerhalb* der Frauen und *innerhalb* der Männer auszublenden. Aus den theoretischen Auseinandersetzungen heraus müsste ein solcher Blick meines Erachtens folgende Prämissen beinhalten:

Verdeckte geschlechtsbezogene Aspekte von Suchtentstehung, Alltag und Ausstieg sollten sichtbar gemacht werden, ohne die Geschlechter bzw. die Gruppe der Männer und der Frauen jeweils zu homogenisieren (also ohne die Konstruktion einer "Identitätslogik").

Geschlechtsbezogene Aspekte werden so formuliert, dass sie nicht essentiell den Geschlechtern zugeordnet werden, sondern als historisch-gesellschaftliche, kontext- und lebensbedingungsbezogene und damit veränderbare Aspekte sichtbar werden (also ohne die Konstruktion einer "biologischen Fundierung").

Eine geschlechtsreflexive Perspektive berücksichtigt Verschränkungen von Geschlecht mit anderen Dimensionen, etwa Generation und soziale Lage bzw. Schicht, ist also offen für weitere soziale Differenzierungen.

Ein geschlechtsbezogener Blick erfordert eine beständige Reflexion auch der AkteurInnen in der Praxis. „Reflexivität“ betont hier die Notwendigkeit einer "entdeckenden Haltung" angesichts konkreter KlientInnen, in der die ihrem Vorgehen zugrunde liegenden Annahmen im Einzelfall kritisch überprüft werden (also gegen eine Verfehlung oder Verdeckung der jeweiligen konkreten empirischen Situation).

Geschlechtsbezogene Aspekte werden zwar berücksichtigt, aber nicht als solche (im Sinne einer „konservierenden Differenz“) stehen gelassen, sondern in der Perspektive möglicher Erweiterungen von Identität, Handlungsmöglichkeiten und Lebensbedingungen jenseits binärer Zuschreibungen betrachtet (im Sinne einer „zu verändernden Differenz“).

Nach der Formulierung der Bedingungen eines geschlechtsreflexiven Blickes wandte ich mich der Datenlage und exemplarisch einigen suchtrelevanten Lebensaspekten zu Suchtmittelabhängigkeit von Männern und Frauen sowie ihrer Nutzung von Angeboten der Suchtkrankenhilfe zu. Dabei wurde deutlich, dass eine geschlechtersensible Datenerhebung die erste und notwendige Voraussetzung für jede weitere geschlechtsreflexive Betrachtung ist und noch gar nicht in ausreichendem Maße vorliegt.

Es ließ sich jedoch erkennen, dass im Vergleich zwischen den Geschlechtern und in den sozialen Differenzierungen innerhalb der Geschlechtergruppen sowohl Kontinuitäten als auch Wandel vorliegen; Unterschiede und Ausdifferenzierungen zeigten sich hinsichtlich den Generationen und der sozialen Lage, vor allem bei den Frauen.

Einerseits finden wir Kontinuitäten: Nach wie vor sind hinsichtlich Alkohol- und Drogenabhängigkeit weniger Frauen als Männer abhängig und hinsichtlich Medikamenten mehr Frauen als Männer. Dabei sind die Frauen im Hilfesystem, im Verhältnis zu ihrem Anteil an den Süchtigen, unterrepräsentiert. Auffallend ist die sehr unterschiedliche Verteilung zwischen Männern und Frauen, wenn es um die Ratsuche wegen einer Suchtproblematik bei nahestehenden Bezugspersonen geht.

Andererseits finden wir auch Anzeichen von Wandel, vor allem seitens der Frauen: Seit den 1970/80er Jahren gibt es zunehmend gesellschaftlich-kulturelle Veränderungen in den Weiblichkeitsbildern, auch hinsichtlich des Konsums. Inzwischen gibt es mehr Frauen, die legale und illegale Substanzen konsumieren. Studien, die historische und länderbezogene Vergleiche vornahmen, zeigten auf, dass dies der gesellschaftlichen Modernisierung geschuldet ist. Diese wirkt sich aber sozial differenziert aus. So steigt der Konsum bei erwerbstätigen Frauen, vor allem bei Berufen mit höherem sozialen Status. Bei Medikamentenkonsum und -abhängigkeit wiederum finden sich eher Hausfrauen und Frauen mit Berufen mit wenig Einfluss und Gestaltungsmöglichkeiten. Die Modernisierung bewirkt aber nicht nur eine größere Normalität von Substanzkonsum und Präsenz von Frauen in männlich konnotierten Konsumkulturen, sondern auch eine Veränderung der Konsumkulturen selbst, wie sich zeigte. Neue Partyszenen, neue Drogenformen und Alkoholprodukte gehen mit veränderten und vervielfältigten Bildern von Weiblichkeit und vermutlich auch von Männlichkeit einher, die in den veränderten Konsumkulturen symbolisch gelebt werden.

Doch solche Sachverhalte werden in der gegenwärtigen Forschungslage nur in Ansätzen deutlich. Es mangelt an Forschungstätigkeiten, die nicht nur geschlechtsdifferenzierend zu

Substanzkonsum und Suchtentwicklung arbeiten, sondern strukturelle und kulturelle Aspekte von gesellschaftlichem Wandel und ihre Folgen für Männer und Frauen in die Fragestellung einbeziehen.

Forderungen nach Berücksichtigung von Geschlechterdifferenzierungen in Forschung, Qualitätsentwicklung und Betreuungspraxis erfahren aktuell Unterstützung durch die Aufnahme der Strategie des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen und in ersten Ansätzen auch in der Suchtkrankenhilfe. Die Vorstellung der Strategie und der Vorschläge zur Anwendung zeigten, dass sie einen geeigneten Rahmen für die aufgezeigten Fragestellungen bieten *kann*. Durch die – von manchen als “produktive Inhaltsleere“ bezeichnete – prinzipielle normative Offenheit des Ansatzes kann ihre Anwendung aber auch differenzkonservierend oder konfliktharmonisierend ausfallen. So hängt die weitere Entwicklung geschlechtsdifferenzierender und geschlechtsreflexiver Perspektiven wie schon in den 1980ern und 1990er Jahren von den Positionen, der Einsatzbereitschaft und den Einflussmöglichkeiten engagierter Akteurinnen und Akteure ab.

Literaturverzeichnis

- Amendt, Günther, 2004: Provokation: no drugs – no future? Vortrag auf dem Bundeskongress des Fachverbandes Drogen- und Rauschmittel (FDR) in Hannover. Vortragsmanuskript, Hannover
- Altgeld, Thomas (Hrsg.), 2004: Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim, München
- Appel, Christa, 2001: Zehn Thesen für eine kritische Infragestellung des Begriffes Co-Abhängigkeit. In: Werner, Marlo: Herr Abhängig und Frau Co? Wenn Frauen zu “Co-Abhängigen erklärt werden – ein Erfahrungsbericht. Frankfurt a. M., S. 91-94
- Appel, Christa, 1991: Frauen – Alkohol – Gesellschaft. Zur Relevanz und Aktualität der amerikanischen Temperenzbewegung. Freiburg
- Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (AJS), Landesstelle Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2001: An eine Frau hätte ich nie gedacht! Frauen als Täterinnen bei sexueller Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Köln
- Ash, Mel, 1997: Das Zen der Gesundung. München
- Assfalg, Reinhold, 2002: Fachkliniken. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention, Landsberg, Lech. S. 136-145
- Augustin, Rita; Kraus, Ludwig, 2005: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, Ludwig; Augustin, Rita (Hrsg.): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2003. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1/2005. S. 29-39
- Augustin, Rita; Semmler, Claudia; Rösner, Susanne; Kraus, Ludwig, 2005: Gebrauch und Mißbrauch von Medikamenten. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, Ludwig; Augustin, Rita: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2003. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Sonderheft 1/ 2005. S. 49-57
- Bado (Hrsg.) 2005: Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2004 der Hamburger Basisdatendokumentation von Neumann, Eike; Martens, Marcus-Sebastian; Buth, Sven. Hamburg
- Bange, Dirk, 2002: Definitionen und Begriffe. In: Körner, Wilhelm (Hrsg.): Handwörterbuch sexueller Missbrauch, Göttingen, S. 47-51
- Bange, Dirk, 2001: Das alltägliche Delikt: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Zum aktuellen Forschungsstand. In: Enders, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war´s. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch, Köln, S. 21-28
- Bartscher, Thomas, 2000: Crack und Yaba. Die Drogen werden immer mörderischer. In: OneDropOnly Nr. 8/2000
- Basdekis-Jozsa, Raphaela, 2003: Stoffliche und nichtstoffliche Süchte – Komorbidität von abhängigem Verhalten. In: Suchttherapie 2/2003, S. 56-64
- Beck-Gernsheim, Elisabeth, 1994: Auf dem Weg in die postfamiliale Familie – Von der Notgemeinschaft zur Wahlverwandschaft. In: Beck, Ulrich; Beck-Gernsheim, Elisabeth (Hrsg.): Riskante Freiheiten, Frankfurt a. M., S. 115-138
- Becker-Schmidt, Regina, 1982: Nicht wir haben die Minuten, die Minuten haben uns. Zeitprobleme und Zeiterfahrungen von Arbeitermüttern in Fabrik und Familie, Bonn
- Becker-Schmidt, Regina, 1993: Der “weibliche Sozialcharakter” - Mythos oder Realität? Soziologische und sozialpsychologische Aspekte des Sozialcharakter-Konstrukts. In:

- Krüger, Marlis: Was heißt hier eigentlich feministisch? Zur theoretischen Diskussion in den Geistes- und Sozialwissenschaften, Bremen, S. 93-120
- Becker-Schmidt, Regina, 1998: Geschlechterdifferenz-Geschlechterverhältnis: Soziale Dimensionen des Begriffs "Geschlecht". In: Zeitschrift für Frauenforschung, Heft 1 und 2, S. 10-21
- Belotti, Elena G., 1975: Was geschieht mit kleinen Mädchen? München
- Bentheim, Alexander; Kruse, Torsten, 2000: Fort- und Weiterbildung zur sexualisierten Gewalt an und durch Jungen. Konzept und erste Erfahrungen eines Modellprojektes bei WIDERSPRUCH in Kiel. In: Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Männliche Opfererfahrungen: Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung. Weinheim, München, S. 267-284
- Beutel, Martin; Baumann, Matthias, 2000: Rehabilitation suchtkranker älterer Patienten. In: Suchttherapie 1/2000, S. 155-162
- Bischof, Gallus; John, Ulrich, 2002: Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 342-358
- Bittner, Heike, 2005: Krisenkinder. Fernsehdokumentation. Ausgestrahlt am 14.9.2005 auf MDR
- Bitzan, Maria; Daigler, Claudia, 2001: Eigensinn und Einmischung. Einführung in Grundlagen und Perspektiven parteilicher Mädchenarbeit. Weinheim, München
- Bock, Gisela; Duden, Barbara, 1977: Arbeit aus Liebe – Liebe aus Arbeit. In: Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen Juli 1976, Berlin
- Bourdieu, Pierre, 1958: Sociologie d'Algérie, Paris
- Bourdieu, Pierre, 1987: Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt a. M.
- Brüderl, Josef; Klein, Thomas, 2003: Die Pluralisierung partnerschaftlicher Lebensformen in Westdeutschland 1960-2000. In: Bien, Walter; Marbach, Jan H. (Hrsg.): Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey, Opladen, S. 189-217
- Brunnett, Regina, 2004: Frauen und psychotrope Medikamente – Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. Eine Bibliographie. Herausgegeben von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Essen. www.belladonna-essen.de (Zugriff: 5.12.2004)
- Büro für Suchtprävention Hamburg (Hrsg.), 1998: "Ecstasy = out? Alkohol, Cannabis, Kokain, Speed, Pilze = in?" Neue Konsumtrends in Hamburg und Möglichkeiten zur präventiven Reaktion. Fachtagung des Büros für Suchtprävention in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Hamburg, Hamburg
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004: Gender Mainstreaming. Berlin. www.bmfsfj.de/gm/wissensnetz (Zugriff: 8.4.2004)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002a: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Stuttgart
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), 2002b: Gender Mainstreaming. Was ist das? Berlin
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Köln
- Burgard, Roswitha, 1992: Was ist feministische Therapie? In: Frauenperspektiven e.V. (Hrsg.): Frauen – Drogen – Therapie. Dokumentation der Arbeitstagung für Frauen am 14./15.10.1991 in Hamburg, Hamburg
- Butler, Judith, 1991: Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt a. M.
- Butler, Judith, 1994: Phantasmatische Identifizierung und die Annahme des Geschlechts. In: Institut für Sozialforschung Frankfurt (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse und Politik, Frankfurt a. M., S. 101-138

- Cavarero, Adriana, 1990: Die Perspektive der Geschlechterdifferenz. In: Gerhard, Ute; Jansen, Mechtild; Maihofer, Andrea; Schmid, Pia; Schultz, Irmgard (Hrsg.): Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 95-111
- Cavarero, Adriana, 1993: Ansätze zu einer Theorie der Geschlechterdifferenz, in: Diotima. Philosophinnengruppe aus Verona (Hrsg.), 1993: Der Mensch ist zwei. Das Denken der Geschlechterdifferenz, Wien. S. 65-102
- Chodorow, Nancy, 1985: Das Erbe der Mütter: Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München
- Connell, Robert W., 2000: Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen
- Cüppers, Ralf, 1993: Rohhypnol vom Markt nehmen. In: drogen-report 1/93, S. 28-30
- Delta, 2005: Keiner macht die Drogen. Der Mythos von der rauschfreien Gesellschaft. Manuskript zur Sendung am 27.1.2005 auf 3sat. www.3sat.de/delta/74453/index.html (Zugriff: 12.8.2005)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), 2005: Jahrbuch Sucht 05. Geesthacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2004: DHS Grundsatzpapier. Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten. www.dhs.de/veroeffentlichungen.htm (Zugriff: 6.8.2005)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003a: Frauen und Sucht. www.dhs.de/old/basis/frauen.htm (Zugriff: 4.7.2004)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003b: Dokumentation und Statistik. www.dhs.de/dokumentation.htm (Zugriff: 8.5.2003)
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), 1990: Abhängigkeit bei Frauen und Männern. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 32., Freiburg i. Br.
- Deutsche Shell Holding (Hrsg.), 2004: Jugend 2002. Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus, Frankfurt a. M.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005a: Drogen- und Suchtbericht, Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005b: Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Grußwort für den Fachtag „Wie kommt Gender in den Mainstream?“ Frauen, Männer und Sucht am 9.Mai 2005, veranstaltet vom Fachtag Drogen und Rauschmittel in Berlin. Vortragsmanuskript, Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003: Aktionsplan Drogen und Sucht, Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), 2002: Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin
- Die GRÜNEN, 1987: Müttermanifest. Leben mit Kindern – Mütter werden laut. Bonn
- Diotima. Philosophinnengruppe aus Verona (Hrsg.), 1993: Der Mensch ist zwei. Das Denken der Geschlechterdifferenz. Wien
- Dobler-Mikola, Anja, 1992: Drogenabhängigkeit bei Frauen. Einige empirische Ergebnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Drogenabhängigen. In: Bendel, Christine et al. (Hrsg.): Frauen sichten Süchte, Lausanne. S. 45-63
- Döge, Peter, 2004: Abschied vom starken Mann. Gender Mainstreaming als Beitrag zur Männergesundheit. In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim; München, S. 233-242
- Döge, Peter, 2002: "Managing Gender". Gender Mainstreaming als Gestaltung von Geschlechterverhältnissen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. 19. August 2002. S. 9-16
- Dothagen, Michael, 2000: "... und daß ich dann frei bin." Psychotherapie mit einem Mann, der in seiner Kindheit sexuell mißbraucht wurde. In: Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.):

- Männliche Opfererfahrungen: Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung, Weinheim, München, S. 185-197
- Duden, Barbara, 1987: Geschichte unter der Haut: ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart
- Douglas, Mary, 1973: Natural Symbols. Explorations in Cosmology. New York
- Egartner, Eva; Holzbauer, Susanne, 1994: "Ich hab's nur noch mit Gift geschafft..." Frauen und illegale Drogen. Pfaffenweiler
- Enders, Ursula, 2001a: Die zwei Gesichter der Täter und Täterinnen. In: Enders, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch, Köln, S. 53-114
- Enders, Ursula, 2001b: Gewaltverhältnisse: Ursachen sexuellen Missbrauchs. In: Enders, Ursula (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch, Köln, S. 35-52
- Engel, Antke, 2002: Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Repräsentationen, Frankfurt a. M.
- Erbas, Beate; Jaedicke, Jan-Peter; Tretter, Felix 2003: Strukturdaten von 2387 Drogenpatienten in stationärer Entzugsbehandlung in Bayern. In: Sucht, Jahrgang 49, Heft 3/2003, S. 188-196
- Erler, Gisela Anna, 1985: Frauenzimmer – Für eine Politik des Unterschieds. Berlin
- Ernst, Andrea; Füller, Ingrid, 1990: Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. München
- Ernst, Marie-Louise; Rottenmanner, Isabelle; Spreyermann, Christine, 1995: Frauen Sucht Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Bern
- Feministische Studien, 1993: Kritik der Kategorie Geschlecht, 11. Jg., Heft 2, Weinheim
- Fett, Anna (Hrsg.), 1996: Männer, Frauen, Süchte. Freiburg i. Br.
- Fischer, Christina; Franco, Elvia; Longobardi, Giannina; Mariaux, Veronica; Muraro, Luisa; Sanvitto, Anita; Zamarchi, Betty; Zamboni, Chiara; Zanardo, Gloria, 1993: Die Differenz der Geschlechter: Eine zu entdeckende und zu produzierende Differenz. In: Diotima. Philosophinnengruppe aus Verona (Hrsg.): Der Mensch ist zwei. Das Denken der Geschlechterdifferenz, Wien. S. 31-64
- Flaake, Karin; King, Vera (Hrsg.), 1992: Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Frankfurt, New York
- Flecker, Jörg, 2000: "Sachzwang Flexibilisierung"? Unternehmensreorganisation und flexible Beschäftigungsformen. In: Minssen, Heiner (Hrsg.): Begrenzte Entgrenzungen. Wandlungen von Organisation und Arbeit, Berlin, S. 269-292
- Flügel, Anke; Merfert-Diete, Christa, 1994: Frauenspezifische Therapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1994, Geesthacht
- Franke, Alexa; Mohn, Karin; Sitzler, Franziska; Welbrink, Andrea; Witte, Maibritt, 2001: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim, München
- Franke, Alexa; Winkler, Klaudia, 2001: Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In: Franke, Alexa; Kämmerer, Annette (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 91-139
- Frauenperspektiven e.V.; jugend hilft jugend e.V.; Projekt Jork, o.J.: Grundlegende konzeptionelle Orientierung: Hamburger Sozialtherapie. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg
- Frerichs, Petra; Steinrücke, Margareta, 1997: Kochen – ein männliches Spiel? Die Küche als geschlechts- und klassenstrukturierter Raum. In: Dölling, Irene; Kraus, Beate (Hrsg.): Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktion in der sozialen Praxis, Frankfurt a. M., S. 231-255

- Freytag, Gabriele, 1992: Grundlagen der feministischen Therapie. In: Bilden, Helga (Hrsg.): Das Frauentherapie Handbuch, München, S. 11-35
- Galliker, Mark; Grivel, Madeleine; Klein, Margot; Schendera, Christian, 2004: Sind Frauen von Männern mit Alkoholproblemen besonders partnerzentriert? In: Sucht 2/2004, S. 113-120
- Garfinkel, Harold, 1967: Passing and the managed achievement of sex status in an "intersexed" person. In: Ders.: Studies in Ethnomethodology, Engelwood Cliffs, New York, S. 116-185
- Gaßner, Maximilian; König, Helmut, 2003: Eine neue Organisation für die gesetzliche Rentenversicherung. In: Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten 7/2003, S. 308-328
- Geier, Reinhild, 1996: Wo stehen wir heute? Erfahrungen in einer Fachklinik für alkoholranke Frauen. In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Im Wandel und von Dauer. Bilanz und Perspektiven in der frauenspezifischen Suchtarbeit. Dokumentation der Tagung vom 2./3.11.1995 in Hamburg. Reihe Manuskripte, Hamburg
- Geissler, Birgit, 1998: Hierarchie und Differenz. Die (Un-)vereinbarkeit von Familie und Beruf und die soziale Konstruktion der Geschlechterhierarchie im Beruf. In: Oechsle, Mechthild; Geissler, Birgit (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis, Opladen, S. 109-129
- Gildemeister, Regine; Wetterer, Angelika, 1992: Wie Geschlechter gemacht werden. Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): TraditionenBrüche. Entwicklungen feministischer Theorie, Freiburg i. Br., S. 201-254
- Gilligan, Carol, 1984: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. München, Zürich
- Glaeske, Gerd, 2003: Psychotrope und andere Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht
- Glaeske, Gerd, 1999: Medikamentengebrauch und Abhängigkeit bei Frauen in Deutschland. In: Stadt Münster (Hrsg.): Frauen und Medikamente - Gebrauch oder Mißbrauch? Gesundheitsberichte Bd. 9, Münster
- Goffmann, Erving, 2001: Das Arrangement der Geschlechter. In: Ders. (Hrsg.): Interaktion und Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 105-158
- Gottschall, Karin, 2000: Soziale Ungleichheit und Geschlecht. Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs, Opladen
- Gutiérrez Rodríguez, Encarnación, 1999: Intellektuelle Migrantinnen – Subjektivitäten im Zeitalter von Globalisierung. Eine postkoloniale dekonstruktive Analyse von Biographien im Spannungsfeld von Ethnisierung und Vergeschlechtlichung, Frankfurt a. M.
- Hagemann-White, Carol, 2001: Gesundheitliche Auswirkungen von Gewalt gegen Frauen. In: Die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern: Gewalt gegen Frauen – "Häusliche Gewalt macht Frauen und Kinder krank". Dokumentation der Fachtagung vom 19. 11. 2001 in Rostock, Rostock, S. 7-19
- Hagemann-White, Carol, 1988: "Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren ..." In: Dies.; Rerrich, Maria S. (Hrsg.): FrauenMännerBilder, Bielefeld, S. 224-235
- Hagemann-White, Carol, 1984: Sozialisation: weiblich – männlich? Opladen

- Hahn, Thomas, 2000: Opfererfahrungen von Klienten in der Beratung von Männern. Ergebnisse der Studie über Männerberatung als sozialpädagogisches Arbeitsfeld in der BRD. In: Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Männliche Opfererfahrungen: Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung, Weinheim, München, S. 198-212
- Hanel, Elke, 1988: Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In: Feuerlein, Wilhelm et al. (Hrsg.): Therapieverläufe bei Drogenabhängigen. Kann es eine Lehrmeinung geben? Berlin, Heidelberg, New York, S. 148-169
- Haug, Frigga, 1990: Erinnerungsarbeit. Hamburg
- Haug, Frigga, 1990: Tagträume eines sozialistischen Feminismus. In: Gerhard, Ute; Jansen, Mechthild; Maihofer, Andrea; Schmid, Pia; Schultz, Irmgard (Hrsg.): Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 82-94
- Haug, Frigga; Hauser, Kornelia, 1985: Probleme mit weiblicher Identität. In: Haug, Frigga; Hauser, Kornelia (Hrsg.): Subjekt Frau. Kritische Psychologie der Frauen Bd. 1, Berlin, S. 14-98
- Hausen, Karin, 1978: Die Polarisierung der "Geschlechtscharaktere". Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Rosenbaum, Heidi (Hrsg.): Seminar Familie und Gesellschaftsstruktur, Frankfurt a. M., S. 161-214
- Heckmann, Wolfgang, 1998: Kokain und Kokainismus in den 90ern: eine Problemanzeige. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht, Geesthacht, S. 157-166
- Hidien, Winfried, 2001: Arbeitsvermittlung und -beratung im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung: Erste katamnetische Ergebnisse. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht, S. 195-209
- Hedrich, Dagmar, 1989: Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann, Walter et al. (Hrsg.): Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit, Freiburg i. Br., S. 193-234
- Heide, Martin, 2001: Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht, S. 210-220
- Heinemann, Thomas, 2000: Konzeption der Psychosomatischen Therapie und Psychotherapie von (traumatisierten) Männern. Ein klinischer Arbeitsansatz. In: Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Männliche Opfererfahrungen: Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung, Weinheim, München, S. 213-224
- Heinrich, Gisela, 1995: Drogenpolitik aus Frauensicht. Freiburg i. Br.
- Heinrich, Gisela, 1993: Frauenspezifische Suchtarbeit. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Hamburg
- Heinrich, Gisela, 1991: Feministische Drogentherapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Drogenpolitik und Drogenhilfe, Freiburg i. Br., S. 162-175
- Heinrich, Gisela, 1989: Begründung für eine reine Frauentherapiegruppe. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.), 2003: Geschlechterdemokratie wagen. Berlin
- Heintz, Bettina, 1993: Die Auflösung der Geschlechterdifferenz. Entwicklungstendenzen in der Theorie der Geschlechter. In: Bühler, Elisabeth et al. (Hrsg.): Ortssuche. Zur Geographie der Geschlechterdifferenz, Zürich, Dortmund, S. 17-49
- Helfferrich, Cornelia, 1999: Geschlechtsspezifische Aspekte von Problemverhalten: Überlegungen zu einer angemessenen theoretischen Konzeption. In: Kolip, Petra (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter, München, S. 27-40

- Helfferrich, Cornelia, 1994: Körper, Jugend und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen
- Helfferrich, Cornelia, 1990: Neue Mythen oder alte Beliebigkeiten oder ...? In: Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Bildung für Frauen (Hrsg.): Der feministische Blick auf die Sucht. Edition der Frankfurter Frauenschule, Facetten feministischer Theoriebildung, Materialienband 9, Frankfurt a. M., S. 89-106
- Hellmann, Diana Beate, 2000: Ich fang noch mal zu leben an. Bergisch-Gladbach
- Herhaus, Ernst, 1977: Kapitulation. Aufgang einer Krankheit. München
- Herschelmann, Susanne; Peine, Elke, 1996: Drogenkonsum bei Mädchen: Reflexion der mädchen-spezifischen Suchtprävention bei KAJAL Hamburg. In: Wegehaupt, Hiltrud; Wieland, Norbert (Hrsg.): Kinder Drogen Jugendliche Pädagogen. In Kontakt bleiben, Münster, S. 147-153
- Hirschauer, Stefan, 1989: Die interaktive Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit. In: Zeitschrift für Soziologie, 2/1989, S. 100-118
- Honegger, Claudia, 1991: Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib. Frankfurt a. M.
- Institut für Therapieforschung (IFT) (Hrsg.), 2004a: Suchthilfestatistik 2003 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen. Bearbeitung durch Strobl, Michael; Klapper, Jürgen; Pelzel, Karl-Heinz; Bader, Gerhard; Zahn, Hartmut; Lange, Stefan Nathan. München, www.ebis-ift.de/sites/Download_fr.htm (Zugriff: 10.12.2004)
- Institut für Therapieforschung (IFT) (Hrsg.), 2004b: Suchthilfestatistik 2003 für Deutschland. Tabellenband für stationäre Einrichtungen. Bearbeitung durch Strobl, Michael; Klapper, Jürgen; Pelzel, Karl-Heinz; Bader, Gerhard; Zahn, Hartmut; Lange, Stefan Nathan. München, www.ebis-ift.de/sites/Download_fr.htm (Zugriff: 10.12.2004)
- Irigaray, Luce, 1980: Speculum. Spiegel des anderen Geschlechts. Frankfurt a. M.
- Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.), 2004: Von "Trunkenbolden" und anderen Männern im Rausch. Sucht und Männlichkeiten in Theorie und Praxis. Dokumentation der Tagung am 21.9.2004 in Oldenburg, Oldenburg, Bremen
- Jacob, Jutta; Kurmann, Margaretha, 1997: Drogenarbeit mit Frauen. In: Bossong, Horst; Gözl, Jörg; Stöver, Heino (Hrsg.): Leitfaden Drogen Therapie, Frankfurt, New York, S. 200-222
- Jahn, Ingeborg, 2002: Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 142-154
- Jahn, Ingeborg; Kolip, Petra, 2002: Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen. www.bips.uni-bremen.de (Zugriff: 4.6.2004)
- Jähncke, Christa, 1995: Mein Leben mußte warten. Der Weg einer trockenen Alkoholikerin. München
- Jones, Maxwell, 1980: Therapeutische Gemeinschaften. In: Petzold, Hilarion; Vormann, Gernot (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle – Supervision, München, S. 58-67
- Jung, Dörthe, 2003: Gender Mainstreaming als nachhaltige Veränderungsstrategie. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.): Geschlechterdemokratie wagen, Berlin, S. 193-201
- Jurcyk, Karin, 2001: Individualisierung und Zusammenhalt. Neuformierung von Geschlechterverhältnissen in Erwerbsarbeit und Familie. In Böhnisch, Lothar; Brückner, Margrit (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse, Weinheim, München, S. 11-37

- Kalke, Jens; Raschke, Peter; Martens, Marcus-Sebastian, 2003: Möglichkeiten und Grenzen des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) der Suchtkrankenhilfe. In: Suchttherapie, 3/2003, S. 159-162
- Kaufmann, Jean-Claude, 1994: Schmutzige Wäsche. Zur ehelichen Konstruktion von Alltag. Konstanz
- Keddi, Barbara; Pfeil, Patricia; Strehmel, Petra; Wittmann, Svendy, 1999: Lebensthemen junger Frauen. Die andere Vielfalt weiblicher Lebensentwürfe. Eine Längsschnittuntersuchung in Bayern und Sachsen. Opladen
- Keddi, Barbara, 2003: Projekt Liebe. Lebensthemen und biografisches Handeln junger Frauen in Paarbeziehungen. Opladen
- Kessler, Suzanne; McKenna, Wendy, 1978: Gender. An ethnomethodological Approach. New York
- Klein, Michael; Quinten, Claudia, 2002: Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholkranker Eltern. In: Suchttherapie, 3/2002, S. 233-240
- Klinger, Cornelia, 2003: Ungleichheit in den Verhältnissen von Klasse, Rasse und Geschlecht. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): Achsen der Differenz, Münster, S. 14-48
- Klinger, Cornelia, 1990: Welche Gleichheit und welche Differenz? In: Gerhard, Ute; Jansen, Mechthild; Maihofer, Andrea; Schmid, Pia; Schultz, Irmgard (Hrsg.): Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 112-119
- Knapp, Caroline, 1998: Alkohol – meine gefährliche Liebe. Reinbek bei Hamburg
- Knapp, Gudrun-Axeli, 2002: Dezentriert und viel riskiert: Anmerkungen zur These vom Bedeutungsverlust der Kategorie Geschlecht. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): Soziale Verortung der Geschlechter, Münster, S. 16-62
- Knapp, Gudrun-Axeli, 1992: Politik der Unterscheidung, in: Institut für Sozialforschung Frankfurt (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse und Politik, Frankfurt/Main. S. 262-287
- Knapp, Gudrun-Axeli, 1988: Die vergessene Differenz. In: Feministische Studien, Radikalität und Differenz, 1/1988, S. 12-31
- Köhler, Joachim, 2003: Leitlinienentwicklung für die Rehabilitation bei Störungen durch psychotrope Substanzen aus der Sicht der BfA. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (Hrsg.): Standard und Intuition. Die Zukunft der Qualitätsentwicklung in der Suchttherapie, Geesthacht, S. 33-40
- Kolip, Petra; Lademann, Julia; Deitermann, Bernhilde, 2004: Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen? In: Altgeld, Thomas (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim, München, S. 219-232
- Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Kooperation mit WESD (Hrsg.), 2004: Männersache. Brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe? Dokumentation der Tagung vom 29.9.2004, Dortmund
- Koppetsch, Claudia; Burkart, Günter, 1999: Die Illusion der Emanzipation. Zur Wirksamkeit latenter Geschlechternormen im Milieuvvergleich. Konstanz
- Kraimer, Klaus, 1992: Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen abweichenden Verhaltens. Ein Geschlechtervergleich. Freiburg i. Br.
- Kraus, Ludwig; Augustin, Rita (Hrsg.), 2005a: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2003. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 1/2005
- Kraus, Ludwig; Augustin, Rita, 2005b: Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, Ludwig; Augustin, Rita (Hrsg.): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen bei

- Erwachsenen in Deutschland 2003. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 1/ 2005, S. 6-18
- Kraus, Ludwig; Augustin, Rita; Orth, Boris, 2005: Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. In: Kraus, Ludwig; Augustin, Rita (Hrsg.): Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Mißbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2003. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 1/2005, S. 19-28
- Kraus, Ludwig; Augustin, Rita, 2001: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Sonderheft 1/2001
- Krausz, Michael; Briken, Peer, 2002: Sexueller Mißbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biographischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. In: Suchttherapie. Heft 3/2002, S. 178-183
- Krausz, Michael; Lucht, Michael; Freyberger, Harald J., 2000: Suchterkrankungen. In: Egle, Ulrich Tiber; Hoffmann, Sven Olaf; Joraschky, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen, Stuttgart, S. 319-332
- Kreke, Renate, 2002: Erfahrungen der Drogenberatung für Mädchen und Frauen BELLA DONNA aus dem Arbeitsbereich "drogenkonsumierende Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft". In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin, S. 47-50
- Kreyssig, Ulrike, 1992: Feministische Therapie – feministische Suchttherapie. Gemeinsamkeiten – Unterschiede – offene Fragen. In: Frauenperspektiven e.V. (Hrsg.): Frauen – Drogen – Therapie. Dokumentation der Arbeitstagung für Frauen am 14./15.10.1991 in Hamburg, Hamburg, S. 67-85
- Kreyssig, Ulrike, 1991: „Komm, Mäuschen, laß uns mal über deine Probleme reden ...“ In: Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha (Hrsg.), 1991: Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit, Reinbek bei Hamburg
- Kreyssig, Ulrike, 1990: Drogenpolitik – Frauenpolitik – feministische Politik. In: Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Bildung für Frauen (Hrsg.): Der feministische Blick auf die Sucht. Edition der Frankfurter Frauenschule. Facetten feministischer Theoriebildung. Materialienband 9, Frankfurt a. M., S. 37-50
- Kreyssig, Ulrike; Kurth, Anne, 1991: „Violetta Clean“ – wie ein Frauenprojekt entsteht. In: Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha (Hrsg.), 1991: Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit, Reinbek bei Hamburg, S. 207-218
- Krock, Maya, 2002: Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin, S. 92-102
- Krüger, Helga, 2002: Gesellschaftsanalyse: der Institutionenansatz in der Geschlechterforschung. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): Soziale Verortung der Geschlechter, Münster, S. 63-90
- Krüger, Helga, 2001: Geschlecht, Territorien, Institutionen. Beitrag zu einer Soziologie der Lebenslauf-Relationalität. In: Born, Claudia; Krüger, Helga (Hrsg.): Individualisierung und Verflechtung. Geschlecht und Generation im deutschen Lebenslaufregime, Weinheim, München, S. 257-299
- Krüger, Helga; Born, Claudia, 2000: Vom patriarchalen Diktat der Aushandlung – Facetten des Wandels von Geschlechterrollen im familialen Generationenverbunden. In: Kohli,

- Martin; Szydlík, Marc (Hrsg.): Generationen in Familie und Gesellschaft, Opladen, S. 203-221
- Kruse, Gunther; Körkel, Joachim; Schmalz, Ulla, 2000: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn
- Kühn, Thomas, 2004: Berufsbiografie und Familiengründung. Biografiegestaltung junger Erwachsener nach Abschluss der Berufsausbildung. Wiesbaden
- Kulick, Barbara, 2002: Kosten-/Leistungssträger und Antragsverfahren. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention, Landsberg, Lech, S. 288-294
- Kurth, Anne, 1992: Sucht. In: Bilden, Helga (Hrsg.): Das Frauentherapiehandbuch, München, S. 131-143
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hrsg.), 2004a: Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen – Empfehlungen für die Praxis in Nordrhein-Westfalen. Essen. www.belladonna-essen.de/fachstel/publikat.htm (Zugriff: 10.10.2004)
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hrsg.), 2004b: Blitzlichter. Der subjektive Blick von PatientInnen auf stationäre medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger. Eine kleine Studie zum Perspektiven- und Geschlechtervergleich. Essen www.belladonna-essen.de/fachstel/publikat.htm (Zugriff: 4.4.2005)
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hrsg.), 2001: VIOLA. Modellprojekt: "Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern". Juli 1997 bis Juli 2001. Abschlussbericht, Essen
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 1998: Frauen, Männer, Gesundheit. Soest
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), 2004: Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Lang, Sabine, 1990: Männer als Frauen – Frauen als Männer: Geschlechtsrollenwechsel bei den Indianern Nordamerikas. Hamburg
- Laqueur, Thomas, 1996: Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. München
- Latta, Doris, 1995: Frauen und Medikamente. Besonderheiten in der Arbeit mit medikamentengefährdeten/ -abhängigen Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 1995, Geesthacht
- Legnaro, Aldo, 1991: Rausch und Sucht als Kulturphänomen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Prävention zwischen Genuß und Sucht, Düsseldorf, S. 21-32
- Legnaro, Aldo; Zill, Gerda, 1983: Ein Verhalten, das Männer Alkoholismus nennen: Alkohol im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Berger, Herbert; Legnaro, Aldo; Reuband, Karl-Heinz (Hrsg.): Frauenalkoholismus. Entstehung, Abhängigkeit, Therapie, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, S. 50-68
- Lehmann, Sabine, 2005: FIFAP - Teilnehmerunterlagen zur Kinderpsychotraumatologie. Institut für Angewandte Psychotraumatologie, Münster
- Lemmermöhle, Doris, 1998: Geschlechter(un)gleichheiten und Schule. In: Oechsle, Mechtild; Geissler, Birgit (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis, Opladen, S. 67-86
- Lenz, Hans-Joachim, 2000: "... und wo bleibt die solidarische Kraft für die gedemütigten Geschlechtsgenossen?" Männer als Opfer von Gewalt – Hinführung zu einer (noch) verborgenen Problemstellung. In: Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.): Männliche

- Opfererfahrungen: Problemlagen und Hilfeansätze in der Männerberatung. Weinheim, München, S. 19-69
- Lenz, Karl, 2001: Im ehernen Gehäuse der Kultur. Geschlechterkonstruktionen in heterosexuellen Zweierbeziehungen. In: Böhnisch, Lothar; Brückner, Margrit (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse. Gesellschaftliche Konstruktionen und Perspektiven ihrer Veränderung, Weinheim, München, S. 179-208
- Lind-Krämer, Renate; Timper-Nittel, Angela, 1992: Drogenabhängige Frauen – Das Besondere ihrer Lebenslage. In: Sickinger, Richard; Kindermann, Walter; Kindermann, Susanne; Lind-Krämer, Renate; Timper-Nittel, Angela (Hrsg.): Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche, Freiburg i. Br., S. 227-260
- London, Jack, 1978; König Alkohol. München
- Lorey, Isabell, 1998: Dekonstruierte Identitätspolitik. Zum Verhältnis von Theorie, Praxis und Politik, in: Hornscheidt, Antje; Jähnert, Gabriele; Schliedter, Annette (Hrsg.): Kritische Perspektiven – geteilte Differenzen. Zum Verhältnis zwischen Feminismus und Postmoderne, Opladen, S. 93-114
- Lutzau, Helge von, 2001: Rehabilitationsziel „Eingliederung in das Erwerbsleben“. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht, S. 185-188
- Maihofer, Andrea, 1995: Geschlecht als Existenzweise. Frankfurt a. M.
- Maihofer, Andrea, 1990: Gleichheit nur für Gleiche? In: Gerhard, Ute; Jansen, Mechthild; Maihofer, Andrea; Schmid, Pia; Schultz, Irmgard (Hrsg.): Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 351-367
- Maschewsky-Schneider, 2002: Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 3/2002: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsarbeit, S. 493-503
- McRobbie, Angela, 1997: Shut up and dance. Jugendkultur und Weiblichkeit im Wandel. In: SPoKK (Hrsg.): Kursbuch Jugendkultur. Stile, Szenen und Identitäten vor der Jahrtausendwende, Mannheim, S. 192-206
- Mebes, Marion, 1993: Hauptsache überleben ... Zum Verständnis von sexuellem Mißbrauch in der Lebensgeschichte süchtiger Frauen. In: Mebes, Marion; Jeuck, Gabi (Hrsg.): Sucht, Ruhnmark, S. 29-69
- Mebes, Marion; Jeuck, Gabi (Hrsg.), 1993: Sucht. Ruhnmark
- Merfert-Diete Christa; Soltau, Roswitha (Hrsg.), 1991: Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Reinbek bei Hamburg
- Meueler, Christof, 1997: Auf Montage im Techno-Land. In: SPoKK (Hrsg.): Kursbuch Jugendkultur. Stile, Szenen und Identitäten vor der Jahrtausendwende, Mannheim, S. 243-250
- Meuser, Michael, 1998: Geschlecht und Männlichkeit. Soziologische Theorie und kulturelle Deutungsmuster. Opladen
- Müller, Hans Rüdiger, 1990: Sozialpädagogik und Therapie. Über die Notwendigkeit pädagogischer Perspektiven in Therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige. Weinheim, München
- Müller, Rolf; Schuller, Klaus; Tschesche, Andrea, 1983: "Freie Therapie" als totale Institution. In: Bossong, Horst; Marzahn, Christian; Scheerer, Sebastian (Hrsg.): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer und Betroffene, Frankfurt a. M.
- Nette, Angelika, 1989: Konzept und erste Erfahrungen der Informationsstelle Frauen-Alltag-Medikamente. In: Ellinger-Weber, Sybille; Kruse, Margret (Hrsg.): Psychopharmaka im Alltag, Hamburg, S. 180-195

- Neupert-Eyrich, Elvira, 1996: Erwachsene Töchter von süchtigen Müttern - Die Dynamik einer doppelten Auswertung. In: Vogt, Irmgard; Winkler, Klaudia (Hrsg.): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden, Freiburg i. Br., S. 141-156
- Neuwirth, Heidrun, 1996: Frauen Sucht Perspektiven. Ein feministischer Blick auf die Sucht. Notwendigkeit und Möglichkeiten einer therapeutischen Gemeinschaft für drogenabhängige Frauen in Baden-Württemberg. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Tübingen
- Nicholson, Linda, 1994: Was heißt "gender"? In: Institut für Sozialforschung Frankfurt (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse und Politik, Frankfurt a. M., S. 188-220
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.), 2001: Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Dokumentation der 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover. Hannover
- Nissen, Ursula; Keddi, Barbara; Pfeil, Patricia, 2003: Berufsfindungsprozesse von Mädchen und jungen Frauen. Erklärungsansätze und empirische Befunde. Opladen
- Oechsle, Mechthild; Geissler, Birgit, 1998: Die ungleiche Gleichheit. Zur widersprüchlichen Modernisierung weiblicher Lebensführung. In: Dies. (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis, Opladen, S. 9-24
- Ostner, Ilona, 1978: Beruf und Hausarbeit. Die Arbeit der Frau in unserer Gesellschaft. Frankfurt a. M.
- Pass-Weingartz, Dorothee; Erler, Gisela, 1987: Mütter an die Macht. Reinbek bei Hamburg
- Pinl, Claudia, 2002: Gender Mainstreaming - ein unterschätztes Geschlecht. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. 19. August/2002, S. 3-5
- Prenzel, Annedore, 1990: Gleichheit versus Differenz – eine falsche Alternative im feministischen Diskurs. In: Gerhard, Ute; Jansen, Mechthild; Maihofer, Andrea; Schmid, Pia; Schultz, Irmgard (Hrsg.): Menschenrechte haben (k)ein Geschlecht, Frankfurt a. M., S. 120-127
- Priebe, Stefan; Hoffmann, Karin, 2002: Soziotherapie. In: Freyberger, Harald J.; Schneider, Wolfgang; Stieglitz, Rolf-Dieter (Hrsg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Basel, S. 310-315
- Rauschenbach, Thomas, 1996: Soziale Berufe. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim, Basel, S. 522-525
- Reinke, Gudrun, 1980: Frauen und Alkohol. In: Gipser, Dietlinde; Stein-Hilbers, Marlene (Hrsg.): Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Alltägliches Leben und abweichendes Verhalten von Frauen, Weinheim, Basel, S. 109-128
- Rennert, Monika, 1990: Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg i. Br.
- Riechmann, Peter, 2000: Halblegales aus dem Internet: Peyote, Pilze und andere Rauschgifte. In: OneDropOnly Nr. 8/2000, S. 6
- Röckelein, Elisabeth, 2001: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungen und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In: Worringer, Ulrike; Zwingmann, Christian (Hrsg.): Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung, Weinheim, München
- Roos, Vera, 2002: Blau ist die Farbe der Sehnsucht. Mein Aufbruch in ein neues Leben. Wuppertal
- Rose, Lotte, 2003: Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendarbeit. Weinheim, Basel, Berlin
- Rosenberger, Sieglinde, 1996: Geschlechter – Gleichheiten – Differenzen: Eine Denk- und Politikbeziehung. Wien

- Rünger, Dagmar, 2002: Suchtmittelabhängige Frauen gestalten ihre Chance (Traumjob oder Alptraum?). In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin, S. 103-110
- Sauer, Oliver; Weilemann, Sascha, 2000: Drogen. Eigenschaften – Wirkungen – Intoxikation. Hannover
- Schaefer, Ingo, 2004: Zum Zusammenhang von Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung bei Männern. In: Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.): Von Trunkenbolden und anderen Männern im Rausch. Sucht und Männlichkeiten in Theorie und Praxis. Dokumentation der Tagung am 20./21.9.2004, Oldenburg, S. 65-74
- Scheffler, Sabine, 2002: Die Frauen, über die wir sprechen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin, S. 25-33
- Scheffler, Sabine, 1996: Typisch männlich - typisch weiblich? Geschlechterdifferenz und Sozialtherapie - Vom Umgang mit einer sozialen Ordnungskategorie. In: Fett, Anna (Hrsg.): Männer - Frauen - Süchte, Freiburg i. Br., S. 26-38
- Scheffler, Sabine, 1986: Feministische Therapie. In: Beiträge zur feministischen Therapie und Praxis, Bd. 17
- Scherbaum, Norbert; Merget, M., 2002: Psychiatrische Komorbidität bei Opioidabhängigen und deren Behandlung. Literaturrecherche im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen des NRW Landesprogramms gegen Sucht, Essen
- Scheu, Ursula, 1977: Wir werden nicht als Mädchen geboren, sondern dazu gemacht. Frankfurt a. M.
- Schmersahl, Katrin, 1998: Medizin und Geschlecht: Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Opladen
- Schmidt, Lutz G., 2003: Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien substanzbezogener Störungen. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (Hrsg.): Standard und Intuition. Die Zukunft der Qualitätsentwicklung in der Suchttherapie, Geesthacht, S. 23-32
- Schneider, Wolfgang, 2000: Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von "Drogenbildern" in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin
- Schönherr, Ute, 1991: Utopie oder Chance? In: Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha (Hrsg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit, Reinbek bei Hamburg, S. 219-224
- Schröttle, Monika; Müller, Ursula, 2004: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der ersten bundesweiten Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Kongressbericht: Gewalt im Leben von Männern und Frauen – Forschungszugänge, Prävalenz, Folgen, Intervention, Osnabrück, S. 21-34
- Schulz, Paul, 1972: Drogentherapie. Analysen und Projektionen. Hamburg
- Schwarting, Frauke, 2004: Lebensbalancen und Suchtmittelkonsum – Frauenbezogene Aspekte von Sucht und Möglichkeiten der Unterstützung. In: Quadro (Hrsg.): Frau und Sucht. Eine "Rand"-Gruppe im Fokus. Tagungs-Dokumentation, Warendorf, S. 8-19
- Schwarting, Frauke, 2003: Das Geschlecht als Indikation? Die Praxis der geschlechtsspezifischen stationären Drogentherapie. Vortrag auf der Fachtagung: Der kleine Unterschied. Geschlechtsspezifische Arbeit in der stationären Drogentherapie. 9. Juli 2003. Veranstaltet von den Evangelischen Fachverbänden SUCHT und den

- Diakonischen Werken Rheinland, Westfalen und Lippe, Düsseldorf, Kaiserwerth. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Hamburg
- Schwarting, Frauke, 1998: Veränderung möglich machen. Aus der Praxis frauenspezifischer Suchtarbeit. Herausgegeben von Frauenperspektiven e.V., Hamburg
- Schwarting, Frauke, 1997: Frauen und Sucht. Konsum und Abhängigkeit von Frauen von psychotropen Substanzen. Deutschsprachige Literatur von 1986-1996. Herausgegeben von BELLA DONNA, Landesfachstelle Frau & Sucht NRW, Essen
- Seidenspinner, Gerlinde; Keddi, Barbara; Wittmann, Svendy; Gross, Michaela; Hildebrandt, Karin; Strehmel, Petra, 1996: Junge Frauen heute – Wie sie leben, was sie anders machen. Ergebnisse einer Längsschnittstudie über familiäre und berufliche Lebenszusammenhänge junger Frauen in Ost- und Westdeutschland. Opladen
- Soltau, Roswitha, 2002: Erfahrungen der Beratungsstelle extra e.V. in München. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht "Ungeschminkt" am 5. und 6. September 2002 in Berlin, Berlin, S. 51-59
- Soltau, Roswitha, 1984: Die frauenspezifische Abhängigkeit von Suchtmitteln. In: Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha (Hrsg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit, Reinbek bei Hamburg, S. 12-22
- Sonntag, Ute, 2002: Gender Mainstreaming: Einführung in ein Konzept und seine Rezeption. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 3/2002: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsarbeit, S. 487-492
- Stahr, Ingeborg; Barb-Priebe, Ingrid; Schulz, Elke, 1993: Konzeptionierung, Durchführung und Evaluation einer Fortbildungsmaßnahme "Frauen und Sucht" für Mitarbeiterinnen in der Suchtkrankenhilfe des Landes NRW. Projektdokumentation, Essen
- Steller, Max, 1977: Soziotherapie statt Strafvollzug. Psychologische Probleme der Behandlung von Delinquenten. Köln
- Stiegler, Barbara, 2002: Gender Macht Politik. 10 Fragen und Antworten zum Konzept Gender Mainstreaming. Herausgegeben vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn
- Stöver, Heino, 2004: Mann, Sucht, Männlichkeiten – Stand der Diskussion. In: Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Kooperation mit WESD (Hrsg.): Männersache. Brauchen wir eine männerspezifische Suchthilfe? Dokumentation der Tagung vom 29.9.2004, Dortmund, S. 14-29
- Strobl, Charlotte, 1990: Therapie von Mädchen. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Frau und Sucht. Dokumentation der Tagung vom 27.-29. April 1989, Hamburg
- Tausch, Ludwig, 1977: Die therapeutische Gemeinschaft in der Bundesrepublik. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie 16, Augsburg
- Teunißen, Sybille; Engels, Michael, 2006: Geschlechtsdifferenzierende integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen. In: Schäfer, Ingo; Krausz, Michael (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Veröffentlichung in Vorbereitung, Dortmund, S. 127-152
- Thürmer-Rohr, Christina, 2001: Gleiche unter Gleichen? In: Forum Wissenschaft, 2/2001, S. 34-37
- Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e.V. (Hrsg.), 2000: Den Wechsel im Blick. Methodologische Ansichten feministischer Sozialforschung. Herbolzheim
- Informationszentrale gegen Vergiftungen der Universität Bonn: Drogen. Bonn, www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale (Zugriff: 12.10.2002)

- Vogt, Irmgard, 2005: Zahlen und Fakten zu Frauen, Männern und Sucht. Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming Berlin 9. Mai 2005. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Berlin
- Vogt, Irmgard, 2001: Geschlecht, Sucht und Suchtarbeit: Was heißt Geschlechtergerechtigkeit bei ungleichen Ausgangslagen? In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Dokumentation der 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover, Hannover, S. 31-47
- Vogt, Irmgard, 1994: Alkoholikerinnen. Eine qualitative Interviewstudie. Freiburg i.Br.
- Vogt, Irmgard, 1990: Frauen, Sucht und Emanzipation: Selbstbilder und Fremdbilder. In: Verein Sozialwissenschaftliche Forschung und Bildung für Frauen (Hrsg.), 1990: Der feministische Blick auf die Sucht. Edition der Frankfurter Frauenschule, Frankfurt a. M., S. 65-82
- Vogt, Irmgard, 1983: Drogenabhängige Frauen. Delinquenz und Therapie. In: Bossong, Horst; Mahrzahn, Christian; Scheerer, Sebastian (Hrsg.): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer und Betroffene, Frankfurt a. M.
- Vogt, Irmgard; Scheerer, Sebastian 1989: Drogen und Drogenpolitik. In: Scheerer, Sebastian; Vogt, Irmgard (Hrsg.): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt a. M., New York, S. 5-50
- Vogt, Irmgard; Winkler, Klaudia (Hrsg.), 1996: Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg i. Br.
- Vormann, Gernot; Heckmann, Wolfgang, 1980: Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland. In: Petzold, Hilarion; Vormann, Gernot (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle – Supervision, München, S. 24-57
- Voß-Büttler, Monika, 2002: Ermittlung geschlechtsspezifischer Behandlungsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten in der stationären Psychiatrie. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 3/2002: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsarbeit, S. 541-552
- Vosshagen, Arnulf, 2004: Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In: Jacob, Jutta; Stöver, Heino (Hrsg.): Von Trunkenbolden und anderen Männern im Rausch. Sucht und Männlichkeiten in Theorie und Praxis. Dokumentation der Tagung am 20./21.9.2004, Oldenburg. Bremen, Oldenburg, S. 53-64
- Vosshagen, Arnulf, 1996: Männeralkoholismus. Das starke Geschlecht und seine Abhängigkeit. In: Fett, Anna (Hrsg.): Männer, Frauen, Süchte, Freiburg i. Br., S. 82-107
- Weinbach, Heike, 2001: Über die Kunst, Begriffe zu fluten. In: Forum Wissenschaft, 2/2001, S. 6-10
- Welsch, Karin, 2003: Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht
- Welsch, Karin, 2002a: Einführung. In: Jahresstatistik 2001 der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Sucht, Heft 48, Sonderheft 1, S. 8-14
- Welsch, Karin, 2002b: Suchthilfestatistik 2001 für Deutschland. Sucht, Heft 48, Sonderheft 1
- Werner, Marlo, 2001: Herr Abhängig und Frau Co? Wenn Frauen zu Co-Abhängigen erklärt werden – ein Erfahrungsbericht. Frankfurt a. M.
- Wetterer, Angelika, 2003: Rhetorische Modernisierung: Das Verschwinden der Ungleichheit aus dem zeitgenössischen Differenzwissen. In: Knapp, Gudrun-Axeli; Wetterer, Angelika (Hrsg.): Achsen der Differenz, Münster, S. 286-319
- Weyerer Siegfried; Zimber, Andreas, 1997: Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Medikamenten in Alten- und Pflegeheimen. In: Watzl, Hans; Rockstroh, Brigitte

- (Hrsg): Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen u.a., S. 159-184
- Wilkins, Wilfried, 1997: Designer-Drogen. Eine Himmelfahrt zur Hölle? Grundlageninformation zu synthetischen Rauschmitteln. Herausgegeben von Jugend hilft Jugend e.V. und dem Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und Aids, Hamburg
- Willis, Paul, 1991: Jugend-Stile. Zur Ästhetik der gemeinsamen Kultur. Hamburg
- Winkler, Klaudia, 2001: Gender Mainstreaming in der stationären Alkoholarbeit. In: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales; Landesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen. Dokumentation der 12. Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen am 7. Dezember 2000 in Hannover, Hannover, S. 61-75
- Winkler, Klaudia, 1998: Frauenspezifische Suchtarbeit auf dem Prüfstand. Die Qualität frauenspezifischer Behandlungsangebote im Suchtbereich. Vortrag im Rahmen der Fachtagung der NLF: "Die Süchte der Frauen. Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand.", 17.6.1998. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Hannover
- Winkler, Klaudia, 1996: Beratung und Betreuung von alkoholabhängigen Frauen in Fachkliniken. In: Vogt, Irmgard; Winkler, Klaudia (Hrsg.): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden, Freiburg i. Br., S. 30-51
- Wintermeyer, Hella, 1993: Drogenabhängige Frauen in stationärer Therapie. Drogenkarriere und Klinikalltag aus der Sicht der Frauen. Münster, Hamburg
- Wolterreck, Britta, 1994: Ungelebtes lebbar machen: Sexuelle Gewalt an Mädchen im Zentrum von Therapie und Supervision. Ruhnmark
- Zenker, Christel; Winkler, Klaudia; Walcker-Mayer, Carmen; Vogt, Irmgard; Soltau, Roswitha; Schumann, Manuela; Ohnmeiß, Ulrike; Merfert-Diete, Christa; Korthaus, Ulrike; Kersch, Viktoria; Helfferich, Cornelia, 2005: Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise. Herausgegeben vom Fachverband Drogen und Rauschmittel. FDR-Texte Nr. 4, Berlin
- Zenker, Christel; Bammann, Karin; Jahn, Ingeborg, 2002: Genese und Typologisierung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd.148, Baden-Baden
- Zurhold, Heike, 1993: Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten. Eine qualitative Vergleichsstudie differenter Entwicklungsverläufe opiatgebrauchender Frauen. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierender Drogenarbeit Bd. 1, Berlin