

FACHHOCHSCHULE DORTMUND  
Fachbereich Sozialarbeit

Frauen– Abhängigkeit von legalen Drogen und  
sozialarbeiterische Interventionmöglichkeiten  
- die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit -

Als Diplomarbeit vorgelegt von

Jutta Steinke

Kurt Schumacher Str. 10

59368 Werne

Dortmund, den 25. Mai 2001

1. Prüferin: Frau Morgenthaler

2. Prüfer: Herr Prof. Dr. Rest

## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort.....	2
1 Einleitung.....	3
2 Frauenalltag und Abhängigkeit .....	6
2.1 Gesellschaftliche Bedingungen .....	6
2.1.1 Die geschlechtsspezifische Sozialisation .....	7
2.1.2 Die Rolle der Frau in der Gesellschaft .....	13
2.1.3 Frau und Familie.....	16
2.1.4 Frau und Beruf.....	19
2.2 Gewalterfahrungen .....	22
2.2.1 Sexueller Mißbrauch .....	27
2.2.2 Sexuelle Gewalterfahrungen.....	31
2.2.3 Psychische Gewalterfahrungen.....	38
3 Medikamentenkonsum als typische Frauensucht .....	40
3.1 Geschlechtsspezifisches Suchtverhalten .....	40
3.2 Medikamente als Suchtmittel .....	44
3.3 Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.....	53
3.4 Verschreibungspraxis .....	65
4 Geschlechtsspezifische Suchthilfe.....	67
4.1 Entwicklung der geschlechtsspezifischen Suchthilfe.....	67
4.2 Notwendigkeit der geschlechtsspezifischen Suchthilfe in Beratungs- und Behandlungsangeboten .....	72
4.3 Bestandsaufnahme.....	80
5 Frauenspezifisches Beratungsangebot aus sozialarbeiterischer Sicht.....	84
6 Resümee .....	93
Literaturverzeichnis .....	95
Anhang	

## **Vorwort**

Die Zahl der suchtmittelabhängigen Frauen steigt von Jahr zu Jahr an. Im Rahmen meines Blockpraktikums im Bereich der Drogenhilfe mußte ich feststellen, daß Frauen die angebotenen Hilfsmaßnahmen kaum in Anspruch nahmen und sie somit innerhalb der vorhandenen Institutionen zur Drogenhilfe deutlich unterrepräsentiert waren. Diese statistische Unterrepräsentanz abhängiger Frauen steht in keiner Weise zum Verhältnis des Problemumfangs. Ich erkannte, daß es schwierig ist selbst mit frauenspezifischen Angeboten, wie z.B. die Einführung eines Frauenfrühstücks, die betroffenen Frauen zu erreichen und sie optimal in das Drogenhilfesystem miteinzubeziehen. Diese Erkenntnis gab mir den Anlaß, mich intensiver mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Es lag mir nahe zu prüfen, was das „Frau“ sein in diesem Zusammenhang für eine Rolle spielt und in welchem Verhältnis es zu einer späteren Abhängigkeitsentwicklung stehen könnte.

## **1 Einleitung**

In dem ersten Teil meiner Arbeit (2. Kapitel) „Frauenalltag und Abhängigkeit“ möchte ich den weiblichen Lebenszusammenhang verdeutlichen, der schon eine Abhängigkeit - die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit - in sich trägt. Hierzu werden die gesellschaftlichen Bedingungen der Frauen und die weiblichen Lebenszusammenhänge aufgezeigt, angefangen bei der geschlechtsspezifischen Sozialisation, bis hin zu späteren Rollenerwartungen- und Zuschreibungen, Frauen im Kontext von Familie und Beruf. Diese beinhalten eine Vielzahl von sozialen, emotionalen und ökonomischen Abhängigkeiten.

Ein weiterer Aspekt sind die Gewalterfahrungen, denen Mädchen und Frauen in ihrem alltäglichen Leben häufig ausgesetzt sind und die für sie eine ständige Bedrohung darstellen.

Der Rahmen dieser Arbeit beschränkt sich auf die Erfassung der allgemeinen Problematik erlebter Gewalterfahrungen. Hierzu werden die Bereiche des sexuellen Mißbrauchs, der sexuellen Gewalt und der psychischen Gewalt im besonderen dargestellt.

Die spezifischen Lebensumstände der Frauen, der ganz normale Frauenalltag mit seiner Verstrickung in ganz alltägliche Abhängigkeiten und erlebte Gewalterfahrung mit den damit verbundenen traumatischen Erfahrungen, sind als Erklärungszusammenhang für eine Abhängigkeitsentwicklung von legalen Drogen zu sehen.

Der gesamte Bereich der legalen Drogen, wie z.B. Alkohol, Nikotin, Medikamente, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht erfaßt, da die thematischen Schwerpunkte dieses nicht zuließen. Aus diesem Grund beschränken sich die Darstellungen auf den Bereich der Medikamentenabhängigkeit. Nur auf diese Weise wird eine nötige Intensität der Darstellung ermöglicht.

Ich möchte mich näher mit der Medikamentenabhängigkeit beschäftigen, weil sie eine Form der Abhängigkeit ist, von der, -im

Gegensatz zu anderen Abhängigkeitsformen-, in erster Linie Frauen betroffen sind.

In dem zweiten Teil meiner Arbeit (3. Kapitel) „Medikamentenkonsum als typische Frauensucht“, werde ich diesbezüglich detailliert Stellung nehmen. Die Darstellung des geschlechtsspezifischen Suchtverhaltens ermöglicht einen Einblick in die geschlechtsspezifischen Unterschiede des Umgangs mit den einzelnen Suchtformen und speziell der Medikamentenabhängigkeit, wobei Aspekte, wie „Gesundheit“ und „Krankheit“ aus geschlechtsspezifischer Sicht ihre Berücksichtigung finden. Es geht darum, herauszustellen, inwieweit das geschlechtsspezifische Suchtverhalten von äußeren, gesellschaftlichen und medizinischen Umständen geprägt ist. Ferner werde ich dazu übergehen empirische Daten darzulegen und die Medikamente als Suchtmittel näher zu beschreiben, wobei ich auf drei wesentliche Wirkstoffgruppen (Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel) genauer eingehen werde. Die Darstellung der Medikamente als Suchtmittel beinhaltet die Auseinandersetzung mit dem Medikamentenkonsum aus gesellschaftlicher Sicht und mit grundlegenden Begriffen, wie „Mißbrauch“, „Abhängigkeit“ und „Sucht“, die in diesem Zusammenhang zu sehen sind.

Weiterhin werde ich zu der Medikamentenabhängigkeit bei Frauen Stellung nehmen. Diese frauenspezifische Sicht der Medikamentenabhängigkeit stellt die Hintergründe dar, die im Zusammenhang mit den Ursachen, dem Verlauf und den Folgen einer Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen stehen können. Als Erklärungszusammenhang beziehe ich mich auf die in dem ersten Teil meiner Arbeit beschriebenen frauenspezifischen gesellschaftlichen Bedingungen und Gewalterfahrungen, die eine enge Verbindung zur Abhängigkeitsentwicklung darstellen. Ferner möchte ich in diesem Teil meiner Arbeit die ärztliche Verschreibungspraxis im Kontext der Medikamentenabhängigkeit bei Frauen verdeutlichen, die als Hintergrund dessen nicht außer Acht gelassen werden sollte.

In dem dritten Teil meiner Arbeit (4. Kapitel) wird die Entwicklung der „geschlechtsspezifischen Suchthilfe“ vorgestellt, ihre Notwendigkeit im Kontext der Drogenhilfe dargelegt und eine kurze Bestandsaufnahme über den derzeitigen Stand frauenspezifischer Angebote aufgezeigt. Die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen den Geschlechtern in den Angeboten der Suchthilfe werde ich durch eine Gegenüberstellung frauenspezifischer und gemischtgeschlechtlicher Angebote verdeutlichen, um Defizite und einen Bedarf aufzudecken. Dies stellt einen Erklärungszusammenhang zu der deutlich geringen Inanspruchnahme von den traditionellen Angeboten der Drogenhilfe auf Seiten der Frauen dar.

In dem vierten und letzten Teil meiner Arbeit (5. Kapitel) wird das Konzept einer Institution der Drogenhilfe, die Frauenberatungsstelle „Bella Donna“ in Essen, die sich auf frauenspezifische Angebote spezialisiert und sich in diesem Bereich etabliert hat, vorgestellt. In diesem Zusammenhang finden sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten, bzw. die sozialarbeiterischen Handlungsmöglichkeiten im Bereich der frauenspezifischen Suchthilfe ihre Berücksichtigung.

## **2 Frauenalltag und Abhängigkeit**

### **2.1 Gesellschaftliche Bedingungen**

„Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ (Artikel 3 (2) GG).

Dies ist eine schöne Vorstellung, die sich jedoch oftmals noch als „Wunschvorstellung“ entpuppt.

„Jede Frauengeneration scheint immer wieder neu zu glauben, sie hätte den Kampf und Krampf jetzt hinter sich. Sie bräuchte sich- dank der von den Vorläuferinnen errungenen Rechte- jetzt echt nicht mehr aus dem Fenster zu hängen. Sie könnte es endlich genießen, ganz Frau zu sein- ja sich vielleicht sogar die Freiheit nehmen, ganz Mensch zu sein.“ (Schwarzer, 2000, 36-37).

Sicherlich hat sich in den letzten Jahrzehnten einiges zugunsten der Gleichberechtigung von Frauen und Männern getan. Ich möchte den geschichtlichen Rückblick gar nicht vertiefen und nur beispielhaft einige „Errungenschaften“ der Frauen nennen, so wird z.B. seit 1974 eine Abtreibung nicht mehr mit Gefängnis bestraft, seit 1977 kann ein Ehemann seiner Frau nicht mehr die Berufstätigkeit verbieten, seit 1994 haben die Frauen die Möglichkeit, ihren Geburtsnamen nach einer Eheschließung zu behalten, seit 1997 ist die Vergewaltigung in der Ehe strafbar etc. (vgl. Schwarzer, 2000, 14).

Von einer allumfassenden Gleichberechtigung, bei der Frauen ihre Rechte genießen und sich zurücklehnen können, ist unsere Gesellschaft jedoch noch weit entfernt. Jede Frau wird in ihrem Leben in Situationen geraten, die ihr bewußt machen, daß sie nicht die gleichen Rechte wie ein Mann genießen und die sogenannte „Gleichberechtigung“ nicht leben kann, z.B. bei der Ausübung eines Berufes, bei der Kindererziehung und der Übernahme der Haushaltstätigkeit etc.. Sie befindet sich in einer alltäglichen

Verstrickung in die Abhängigkeit, wozu ich im Folgenden detaillierter eingehen möchte.

### 2.1.1 Die geschlechtsspezifische Sozialisation

Die Tatsache, daß Mädchen und Jungen, Frauen und Männer sich nicht nur rein biologisch, sondern auch in ihren Verhaltensweisen, ihren Einstellungen und Interessen etc. unterscheiden, ist allgemein bekannt. Hierdurch wird die Frage aufgeworfen, wodurch diese Differenzierungen zustande kommen. Diesbezüglich möchte ich zunächst einmal den Begriff „Sozialisation“ näher erläutern.

Es ist die „(...) Bezeichnung für den Prozeß, durch den ein Individuum in eine soziale Gruppe eingegliedert wird, indem es die in dieser Gruppe geltenden sozialen Normen, insbesondere die an das Individuum als Inhaber bestimmter Positionen gerichteten Rollenerwartungen, die zur Erfüllung dieser Normen und Erwartungen erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die zur Kultur der Gruppe gehörenden Werte, Überzeugungen u.s.w. erlernt und in sich aufnimmt.(...)“ (Lexikon zur Soziologie, 1997, 615).

Die Einstellungen und Verhaltensweisen, die gesellschaftlich von einem Menschen erwartet werden, differenzieren sich zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht. Die Norm- und Wertvorstellungen der Gesellschaft werden dem Menschen im Rahmen der Sozialisation vermittelt. Es werden bestimmte Verhaltens-, bzw. Rollenerwartungen an das einzelne Geschlecht geknüpft, die zu erfüllen sind, um nicht im wahrsten Sinne des Wortes „aus der Rolle zu fallen“ und somit gesellschaftlichen Sanktionen ausgesetzt zu sein. Der Mensch wird über das biologische Geschlecht hinaus auf das „soziale Geschlecht“ festgelegt, aus ihm werden Männer oder Frauen gemacht.

Die Geschlechtsunterschiede sind entgegen aller Annahmen nicht etwa die Ursache der geschlechtsspezifischen Sozialisation, sondern die Folge. (vgl. Scheu, 1977, 7)

Immer gibt es wissenschaftliche Diskussionen bzw. empirische Untersuchungen und keine Einigkeit darüber, zu wie vielen Teilen die



Persönlichkeit eines Menschen genetisch festgelegt ist oder durch die Sozialisation, also gesellschaftlich erworben wurde.

„Die Implikationen des Sozialisationsbegriffs wenden sich entschieden gegen alle biologischen Auffassungen, die die Persönlichkeitsentwicklung allein oder weit überwiegend auf genetisch fixierte<Anlage>-Faktoren und ihre <Reifung> zurückführen wollen.“ (Tillmann, 1989, 13).

Tillmann (1989) geht sogar soweit zu sagen, die These vom „angelegten Geschlechtscharakter“ sei ein Mittel, um die bestehenden Rollen- und Machtverhältnisse zwischen Frauen und Männern als „naturegegeben“ und somit unveränderbar zu deklarieren. (vgl. Tillmann, 1989, 54).

Auch Scheu (1977) betont, daß Menschen soziale Wesen sind und daß der biologische Aspekt nur als Vorwand zur Zuweisung einer Geschlechtsidentität dient. (vgl. Scheu, 1977, 8).

Biologische Betrachtungsweisen vertreten u.a. die Auffassung, daß der Mensch noch während seiner Entwicklung von seinen Genen beeinflusst wird und nicht der genetische Aspekt mit der Geburt abgeschlossen und somit alle Veränderungen durch Sozialisationsprozesse zu erklären sind. „So liegt zum Beispiel mit der Befruchtung der Eizelle das chromosomale Geschlecht eines Individuums fest; viele der daraus resultierenden Effekte werden jedoch erst in der Pubertät manifest, zum Beispiel der Bartwuchs beim Mann. Niemand käme wohl auf die Idee, aus dem Beginn des Bartwuchses erst in der zweiten Lebensdekade zu schließen, beim Bart müsse es sich um ein umweltbedingtes Merkmal handeln.“ (Borkenau, 1993, 153).

Auch wenn keine Einigkeit darüber besteht, zu welchen Anteilen die genetischen und die sozialen Faktoren für die Entwicklung eines Menschen ausschlaggebend sind, so besteht doch einhellig die Meinung, daß die Faktoren sich gegenseitig bedingen und in einer Wechselwirkung zueinander stehen. Die geschlechtsspezifische Sozialisation bewirkt also neben den biologischen Aspekten, daß aus Neugeborenen Frauen und Männer werden.

Es wird keine Einstellungen und Verhaltensweisen eines Menschen geben, die ausschließlich bei einem Geschlecht zu finden sind (vgl. Hagemann- White, 1984, 12).

Ich möchte jedoch von geschlechtstypischen Einstellungen und Verhaltensmerkmalen ausgehen. Es gibt Verhaltensweisen und Einstellungen, die als „typisch weiblich“ oder als „typisch männlich“ beschrieben werden können, wodurch ich jedoch nicht ausschließen möchte, daß es nicht Frauen und Männer gibt, die auf diese verallgemeinerten Aussagen nicht zutreffen.

Zu den „typisch weiblichen“ Eigenschaften zählen z.B. Passivität, größere Emotionalität, größeres soziales Interesse, „Mütterlichkeit“, geringere Aggressivität, geringes Durchsetzungsvermögen, große Aufopferungsbereitschaft etc. (vgl. Scheu, 1977, 7).

„Typisch männlich“ beinhaltet z.B. Stärke, Intellekt, Aggressivität, Konfliktfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, etc. (vgl. Schwarzer, 2000, 27).

Die Annahme dieser geschlechtstypischen Eigenschaften und Verhaltensweisen erfolgt im Rahmen der Sozialisation durch die Beeinflussung durch die Medien, den Kontakt zum näheren sozialen Umfeld, z.B. Lehrer, Peer-groups etc., aber vor allem durch die Erziehung.

Erziehung bezeichnet „nur einen Teil derjenigen gesellschaftlich vermittelten Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung, die unter den Begriff Sozialisation fallen, nämlich die bewußten und geplanten Einflußnahmen.“ (Hurrelmann, 1986, 14 in: Biermann, u.a. 1994, 33). Genau genommen beginnt eine Geschlechtsdifferenzierung zwischen Mädchen und Jungen schon vor der Geburt. Die Eltern eines Kindes interessiert dessen Geschlecht u.a., um die Babyerausstattung, z.B. die Kleidung des Kindes, die Einrichtung des Zimmers etc. schon geschlechtsspezifisch vornehmen zu können.

„Vor allem das Sozialverhalten, aber auch die emotionalen Bedürfnisse wie Anhänglichkeit oder Angst werden gemeinhin für so verschieden gehalten, daß unterschiedliche Umgehensweisen in der

Pädagogik und in der Familie selbstverständlich sind.“ (Hagemann-White, 1984, 14).

Bei allen Dingen, die Kinder lernen müssen, werden Eltern in der Erziehung gewünschtes Verhalten fördern und unerwünschtes mißbilligen. Dieser Prozeß verläuft entweder bewußt, indem Eltern ihren Kindern suggerieren, daß sie bestimmte Dinge nicht machen sollen, weil z.B. „ein Mädchen sich in ihrem Kleid nicht schmutzig macht“ oder „ein Junge nicht weint, weil er doch stark ist“ oder auch indem sie unbewußt das Verhalten fördern, von dem sie glauben, daß es zu einem „richtigen“ Mädchen oder Jungen gehört. (vgl. Meulenbelt, 1985, 108).

„Die geschlechtsspezifischen Erwartungen von Erziehern und Umwelt an die Kinder führen von seiten der Erwachsenen zu unterschiedlichen Anforderungen und Behandlung der Kinder und auf seiten der Kinder zu geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Erfahrungen.“ (Scheu, 1977, 49).

Diese meist unbewußte unterschiedliche Behandlung beginnt schon im Säuglingsalter und zieht sich durch die gesamte Entwicklung fort. Es gibt keine geschlechtsunabhängige Entwicklung. Erste Unterschiede lassen sich schon in ganz elementaren Dingen, wie die Ernährung des Kindes feststellen.

Brunet und Lezine stellten in einer Untersuchung („Le développement psychologique de la premiere enfance, Paris, 1971) fest, daß Mütter ihre Töchter seltener und kürzer stillen als ihre Söhne (ca. 25 Minuten bzgl. der Töchter zu 45 Minuten bzgl. der Söhne) und daß sie auch schneller von der Brust und dem Fläschchen entwöhnt werden (Mädchen ca. nach drei Monaten, Jungen in der Regel nach acht Monaten). 34% der Mütter lehnten es generell ab, ihre Töchter zu stillen, wohingegen nur eine Mutter ihrem Sohn das Stillen verwehrte. Auch das Füttern mit einem Fläschchen wurde bei den Töchtern kürzer gehalten als bei den Söhnen (8 Minuten zu 15 Minuten). Diese schnelleren Entwöhnungen und die Erwartungen über selbständiges Handeln gegenüber der Mädchen verdeutlicht sich weiter dadurch, daß Mädchen früher selbständig essen, früher zur „Sauberkeit“

erzogen werden, sich früher selbständig Ankleiden etc. als Jungen. (vgl. Scheu, 1977, 54-64).

Mädchen werden häufig aus Angst vor drohenden Gefahren, wie z.B. sexueller Mißbrauch etc. mit einer stärkeren Bindung an das Zuhause erzogen. Sie stehen mehr unter Beaufsichtigung als Jungen, wodurch sie auch stärker den Erwartungen der Erziehungspersonen ausgesetzt sind. Jungen spielen häufiger draußen, dürfen sich weiter vom Haus wegbegeben, haben vermehrten Kontakt zu anderen Kindern, z.B. Nachbarskindern. (vgl. Hagemann-White, 1984, 53-54).

Hieraus ergibt sich u.U., daß Jungen früher lernen sich Durchzusetzen, Konfliktfähigkeit und Selbstbewußtsein zu entwickeln. Sie verfügen über ein höheres Aggressionspotential und es wird ihnen eher zugestanden, sich unangepaßt oder unselbständig zu verhalten. Im Gegensatz dazu Verhalten sich Mädchen mehrheitlich angepaßt, bescheiden, zurückhaltend. Sie werden durch die verstärkte Bindung an das Zuhause häufiger mit haushaltlichen Tätigkeiten konfrontiert. Ihnen wird oftmals schon früh nahegelegt, z.B. im Haushalt mitzuhelfen, auf kleinere Geschwister aufzupassen etc. Sie lernen schon früh, die Erwartungen anderer zu erfüllen und ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen. Hierdurch werden sie in ihrer Freiheit und individuellen Persönlichkeitsentwicklung eingeschränkt. Als wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, daß das Rollenverhalten der Eltern als Vorbild für die Kindern schon früh beobachtet und im Rahmen des „Modell-Lernens“ übernommen wird.

Nicht hinweg gedacht werden kann der Einfluß des Kinderspielzeugs, das geschlechtstypische Rollenübernahmen fördert. So entspricht „typisches“ Spielzeug für Mädchen oftmals schon den ihnen gesellschaftlich zugeteilten Rollen als Hausfrau und Mutter, wie z.B. Puppen, Haushaltsspielzeug etc.

Es steht oft in engem Zusammenhang mit Alltagshandlungen und ist eher sozial ausgerichtet. „Typisches“ Spielzeug für Jungen bezieht sich eher auf sachliche Objekte, z.B. Autos, technisches Spielzeug

etc., wobei die Motivationsgrundlage Handlung und Erfolg ist. (vgl. Scheu, 1977, 77).

Brown (keine näheren Angaben vorhanden) fand in einer Untersuchung heraus, daß die Hälfte der Mädchen zwischen dreieinhalb und fünfeinhalb Jahren lieber mit „typischem“ Spielzeug für Jungen spielten, als dem ihnen zugedachten. Jungen hingegen bevorzugten zu 70-80% ihr „eigenes“ Spielzeug, sie stehen „Mädchenbeschäftigungen“ eher ablehnend gegenüber. Dies kann zum Einen damit begründet werden, daß „typisches“ Jungenspielzeug tatsächlich interessanter ist, weil mehr Aktivität und Einsatz gefordert wird. Zum Anderen ist nicht ausgeschlossen, daß Mädchen bereits begriffen haben, daß „Jungenbeschäftigungen“ von unserer Gesellschaft höher bewertet werden und sie sich schon auf die spätere Stellung mit den besseren Möglichkeiten beziehen wollen. (vgl. Meulenbelt, 1985, 111).

Daß Jungen den typischen „Mädchenbeschäftigungen“ eher ablehnend gegenüber stehen, hängt sicherlich auch mit den Einstellungen der Eltern und des näheren sozialen Umfeldes zusammen, welche der Junge selbst verinnerlicht. Ein Mädchen, daß sich z.B. für Fußball interessiert, ist für die Eltern und die Gesellschaft akzeptabler als ein Junge, der den Wunsch hegt z.B. Ballettunterricht zu nehmen.

Nach Scheu (1977) schränkt die Übernahme der eigenen Geschlechterrolle die Kinder ein. „Das Mädchen aber wird noch stärker als der Junge in seinen potentiellen Fähigkeiten beschränkt, in seiner Autonomie gebrochen und real benachteiligt.“ (Scheu, 1977, 7). Die ganze Bandbreite der Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Sozialisation aufzuführen, ist in diesem Rahmen nicht möglich. Ich denke jedoch, daß diese beispielhafte Darlegung schon verdeutlicht, daß die Geschlechterdifferenzierung die Identität der Kinder maßgeblich prägt. Sie werden in ihrer Individualität beeinträchtigt und unterdrückt, was ein grundlegendes Abhängigkeitsverhältnis darstellt. Hagemann- White (1993) kommentiert diese Problematik: „Wir werden nicht als Frauen unterdrückt, sondern wir werden dadurch

unterdrückt, daß wir Frauen (oder Männer) zu sein haben. (Hagemann-White, 1993, 68 in: Fett, 1996, 29).

### 2.1.2 Die Rolle der Frau in der Gesellschaft

Das Frauenbild in der Gesellschaft unterliegt einem stetem Wandel.

Aristoteles sagte „Das Weib ist Weib durch das Fehlen gewisser Eigenschaften. Wir müssen das Wesen der Frau als etwas betrachten, was an einer natürlichen Unvollkommenheit leidet.“ Hl. Thomas deklarierte die Frau als einen „verfehlten Mann“, als ein „zufälliges“ Wesen. Eva ist entstanden aus der Rippe Adams. Lange Zeit haben Gesetzgeber, Priester, Philosophen, Schriftsteller, Gelehrte etc. die These vertreten, „die Unterordnung der Frau sei etwas vom Himmel Gewolltes und für die Erde Nutzbringendes“ (vgl. de Beauvoir, 1960, 8-10).

Das traditionelle Modell des Mannes in der Ernährer- und Beschützerrolle und der Frau in der Position als Hausfrau und Mutter hat heute immer noch bestand.

Die Frauenbewegung hat einen wesentlichen Anteil dazu beigetragen, daß Frauen sich in unserer Gesellschaft emanzipiert haben und sich das Frauenbild deutlich gewandelt hat. Die Frau in der heutigen Zeit ist nicht mehr in der Form der Unterdrückung und den Machtverhältnissen der Männer unterlegen. Zumindest gesetzliche Grundlagen sind hierfür geschaffen worden. Sie scheint unabhängiger geworden zu sein und ein neues Selbstbewußtsein entwickelt zu haben. Frauen haben gelernt, sich auf vielen gesellschaftlichen Ebenen und nicht zuletzt auf der beruflichen Ebene durchzusetzen. Dennoch befinden sie sich nach wie vor in sozialen, emotionalen, beruflichen und ökonomischen Abhängigkeiten, obgleich sie sehr wohl diese Abhängigkeiten als solche erkennen kann. Kontinuierlich bemüht, ihnen entgegen zu wirken und sich aus ihnen zu befreien. Die soziale Abhängigkeit entsteht durch die Rollenerwartungen, die von der Gesellschaft an sie gestellt werden und die sie durch die geschlechtsspezifische Sozialisation verinnerlicht hat. Frauen haben es schon früh gelernt, sich zurückzunehmen, eigene Bedürfnisse und Interessen als zweitrangig zu betrachten und das Augenmerk verstärkt

auf das Wohlbefinden ihres gesamten sozialen Umfeldes (vorrangig der Familie) zu richten. Erschwerend hinzu fügt sich die Tatsache, daß Frauen ihr Selbstwertgefühl oft über die Resonanz ihrer Umgebung definieren und sie es im Laufe ihres Entwicklungsprozesses nicht gelernt haben, sich aus diesen grundlegenden Abhängigkeiten zu befreien.

„Bei der Frau nun nimmt der Minderwertigkeitskomplex die Form einer Ablehnung ihrer Weiblichkeit an, weil sie sich ihrer Weiblichkeit schämt. Den Platz, den der Vater in der Familie einnimmt, das allgemeine Übergewicht des männlichen Elements, die verschiedene Erziehung, alles das bestärkt im Mädchen die Überzeugung von der männlichen Überlegenheit“. (de Beauvoir, 1960, 17).

Kindern wird die Minderwertigkeit der weiblichen Rolle schon früh bewußt. Studien zur Geschlechterrollenambivalenz zeigen, daß Mädchen ihre Geschlechterrolle sehr viel weniger bereitwillig annehmen als Jungen.

Scheu (1977) führt dazu eine Untersuchung von Chombart de Lauwe („La femme dans la societe, son image dans differents milieux sociaux, Paris, 1963) an. Er stellte jeweils 100 Mädchen und Jungen im Alter von drei Jahren die Frage: „Möchtest Du lieber ein Junge oder ein Mädchen sein?“ 11 von 100 Mädchen antworteten: „Lieber ein Junge“. Lediglich einer von den befragten Jungen gab zur Antwort : „Lieber ein Mädchen“. Diese Ergebnisse finden auch in mehreren amerikanischen Studien ihre Bestätigung. (vgl. Scheu, 1977, 111).

Die Kategorisierung in „männlich“ und „weiblich“ scheint in unserer Gesellschaft offensichtlich mit Wertungen verbunden zu sein. So macht sich in alltäglichen Handlungen schon oftmals bemerkbar, daß es nicht „dasselbe“ ist, wenn Frauen und Männer „das Gleiche“ tun.

- Ein Mann wird laut, eine Frau wird hysterisch.
- Ein Mann hält seine Gefühle in Zaum, eine Frau ist eiskalt.
- Ein Mann setzt sich durch, eine Frau ist rücksichtslos und penetrant.

- Eine Frau reagiert sensibel, ein Mann verliert die Fassung.

(vgl. <http://home.t-online.de/home/frank.dulisch/ac.htm>, s. Anhang).

Die gesellschaftlichen Bewertungen und die geschlechtsspezifische Sozialisation schränken Frauen in ihrer Autonomie und ihrer Individualität ein.

Oft wird erst im Erwachsenenalter durch eine qualitativ eingeschränkte Lebensqualität, die auf beinahe alle Lebensbereiche Einfluß nimmt deutlich, daß dieser Lernprozeß, autonome Handlungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit und weiteres zu erwerben und ein ausgeprägtes Selbstbewußtsein und Strategien zum Ausleben von Wut und Aggression zu entwickeln, nachträglich vollzogen werden muß.

Frauen befinden sich auch bezüglich der beruflichen Ebene immer noch in einem Lernprozeß. Zwar ist es ihnen im Laufe der Jahre gelungen, ihre Position in vielen beruflichen Bereichen zu erkämpfen und zu bestätigen, jedoch ist es noch immer ein Prozeß, der weitaus mehr Durchsetzungsvermögen erfordert, das eigene Können unter Beweis zu stellen, als es bei einem Mann denkbar wäre. Auch hier unterliegt dieser Weg einem ständigen sich Behaupten müssen, um Respekt, berufliche Kompetenz oder Ansehen gesellschaftlich zugesprochen zu bekommen. Die gesellschaftliche Abhängigkeit spiegelt sich auch in ökonomischen Bereichen wieder. So sind Frauen häufig diejenigen, die sich im Falle einer Familiengründung zwischen dem Beruf und der Hausfrauen- und Mutterrolle entscheiden müssen. Bedingt durch den häufig schlechteren Verdienst der Frau, der nur in seltenen Fällen den Lebensunterhalt einer Familie sichern kann, sowie durch die traditionellen Rollenerwartungen der Gesellschaft führt es mehrheitlich dazu, daß Frauen ihren Beruf aufgeben und sich in die finanzielle Abhängigkeit des Mannes begeben.

Schon Simone de Beauvoir (1960) hat sich die Fragen gestellt: „Worin hat also die Tatsache, daß wir Frauen sind, Einfluß auf unser Dasein gehabt? Welche Chancen sind uns im Grunde damit gegeben worden, und welche dadurch versagt? Wie kann sich ein menschliches Wesen



in der Lage der Frau erfüllen? Welche Wege stehen ihr offen? Welche münden in Sackgassen? Wie kann man die Unabhängigkeit inmitten der Abhängigkeit wiederfinden? Welche Umstände beschränken die Freiheit der Frau, und wie kann sie sie überwinden?“ (de Beauvoir, 1960, 11-12).

### 2.1.3 Frau und Familie

„Die „moderne Frau“ (...) ist dynamisch, flexibel ,intelligent, (sexuell) attraktiv, ewig jung, hält sich schlank und fit, schafft es, lächelnd und gut gelaunt Berufs- und Beziehungsleben, Haushalt und Kindererziehung miteinander zu vereinbaren und gewährt, neben einem hart erkämpften Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen, immer auch anderen Unterstützung bei Krisen und Krankheit.“ (vgl. Latta/Meyer in: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio, Nr.46, 1998, 7).

Eine Frau soll dem gesellschaftlichen Idealbild einer „fürsorglichen Mutter“, einer „ordentlichen Hausfrau“, einer „verständnisvollen Partnerin“ entsprechen. Hierbei ist es unabhängig, in welcher Familienkonstellation sie lebt (z.B. traditionelles Familienmodell, uneheliches Familienleben, Ein- Eltern- Familie etc.) Sie schafft es, sensibel auf die Bedürfnisse ihrer Familie zu reagieren, ihnen Liebe, Geborgenheit und emotionale Nähe zu geben und die eigenen Bedürfnisse und Interessen beinahe bis zur Unkenntlichkeit in den Hintergrund zu stellen. Das Bedürfnis, für alles und jeden, außer für sich selbst Verantwortung zu übernehmen, ist nicht zuletzt durch die Erziehung und die geschlechtsspezifische Sozialisation geprägt worden.

„Ihr chronisch schlechtes Gewissen treibt sie in eine permanente Verfügbarkeit“ (Schwarzer, 2000, 219).

Der Tagesablauf einer Hausfrau und Mutter erfordert ein Höchstmaß an Organisation und es ist ein großer Zeitaufwand erforderlich. Sie muß reibungslos funktionieren. Ein Ausfall durch Krankheit oder Auszeiten aufgrund Befindlichkeitsstörungen (z.B. durch zu wenig Schlaf, Unausgeglichenheit, Überforderung etc.) kann sie sich nicht

leisten, da nur in seltenen Fällen jemand da ist, der ihre Arbeit übernehmen und sie entlasten könnte.

Die Leistungen, die Hausfrauen und Mütter erbringen, belaufen sich jährlich in Deutschland auf etwa 45 bis 50 Milliarden Stunden. Hausfrauen und Mütter haben nicht selten einen 13,5 Stunden Arbeitstag und eine Sieben-Tage-Woche. (vgl. Schwarzer, 2000, 212-213).

Dennoch werden die gesellschaftlich unabdingbaren Leistungen, die eine Hausfrau und Mutter vollbringt und die eine nicht wegzudenkende Stütze unseres Wirtschaftssystems darstellt, vom Staat und der Gesellschaft nicht ausreichend anerkannt, finanziell nicht honoriert und sie finden im Rahmen der Altersversorgung keine ausreichende Absicherung. Eine Frau, die „nur“ Hausfrau und Mutter ist, verinnerlicht diese gesellschaftliche Abwertung und diese mangelnde Wertschätzung ihrer Leistungen.

Eine Gallup-Umfrage (1991) stellte fest, daß sogar mehr als die Hälfte der befragten Frauen unter Schuldgefühlen leiden, „nur“ Mutter zu sein und vier von fünf Befragten sind der Meinung, durch das Dasein als Hausfrau und Mutter und das Aufgeben ihres Berufes als Bürgerinnen zweiter Klasse an Sozialprestige verloren zu haben. (vgl. Coward, 1997, 114).

Diese Problematik ist Frauen also bewußt. Zu Beginn einer Familienplanung nehmen sie sich nicht selten vor, für sich alles „besser“ zu machen. Sie sind motiviert, eine gleichberechtigte Haushaltsführung und Kindererziehung mit ihrem Partner anzustreben, eine Umverteilung der Aufgaben vorzunehmen, um einer finanziellen Abhängigkeit des Mannes durch die Aufgabe des eigenen Berufes und der Ausbeutung zu entgehen.

Eine Umfrage der Frauenzeitschrift „Brigitte“ (Mitte der 80 er Jahre) hat ergeben, daß auch Männer sich eine „Selbständige“ Frau wünschen. Diese Selbständigkeit beruht jedoch auf der Tatsache, daß die Frauen ihre Angelegenheiten und die der Familienmitglieder eigenständig und verantwortlich regelt und zur Entlastung des Mannes beiträgt. (vgl. Schwarzer, 2000, 194).

Die Haushaltsführung ist mehr, als nur die Verrichtung der täglich anfallenden Hausarbeit. Sie symbolisiert wieder einmal das Machtverhältnis zwischen den Geschlechtern.

„Was Mann und Frau hier mit- und füreinander tun, symbolisiert geradezu ihr grundlegendes Verhältnis zueinander“ (Koppetsch/Burkart, 1999 in: Schwarzer, 2000, 210).

Es stellt jedoch für Frauen eine Sisyphusarbeit dar, kleinlich alle Leistungen, die sie im Haushalt erbracht haben, aufzurechnen. Um das harmonische Familienleben nicht zu belasten und den ständig hierdurch selbst provozierten Konfliktsituationen aus dem Weg zu gehen, resignieren sie oftmals schnell und fügen sich ihrer Rolle.

Eine Allensbach-Studie (1999) hat ergeben, daß eine anfängliche Mithilfe im Haushalt bei Männern nach der Eheschließung auf die Hälfte sinkt. Es ist anzunehmen, daß die Mithilfe zusätzlich abnimmt, wenn Kinder hinzukommen und die Aufgaben der Frau ohnehin durch das berufliche Pausieren größtenteils auf den Heimbereich beschränkt sind. (vgl. Schwarzer, 2000, 208).

Durch die Verrichtung der alltäglich anfallenden haushaltlichen Tätigkeiten entlastet sie den Mann. Sie ermöglicht ihm somit, seine ganze Kraft und Energie in seine berufliche Tätigkeit zu legen, um sich beruflich verwirklichen zu können und seine Freizeit nach seinen Interessen zu gestalten. Der Wechsel des Mannes von der Mutter zur Ehefrau oder Partnerin weist oftmals einige Parallelen auf.

„Ein männliches Kind, traditionell zum Jungen erzogen, lernt, daß seine Bedürfnisse kontinuierlich und selbstverständlich von unterstützenden und fürsorglichen Müttern befriedigt werden. Diese Erfahrungen werden entsprechend als Erwartungen auf Frauen und weibliche Partnerinnen projiziert.“ (Fett, 1996, 17-18).

Die Bereitschaft der Männer, den Erziehungsurlaub wahrzunehmen und die Haushaltsführung und Kindererziehung zu übernehmen, liegt derzeit in Deutschland bei 1%. Bezüglich eines geteilten Erziehungsurlaubs läßt sich schon von 3% sprechen. (vgl. Schwarzer, 2000, 216).

Von Frauen wird gesellschaftlich erwartet, daß sie dem Idealbild der ordentlichen Hausfrau und fürsorglichen, liebevollen und aufopferungsbereiten Mutter entspricht. Um diesem Idealbild zu entsprechen und somit nicht gesellschaftlichen Sanktionen und Schuldzuweisungen ausgesetzt zu sein, müssen Frauen einen hohen Perfektionismus anstreben.

Der übertriebene Anspruch einer „perfekten“ Familie und den „perfekten“ Kindern ist jedoch kaum zu realisieren. Das Orientieren an anderen Frauen und die Erkenntnis, alles immer noch „besser“, bzw. ich möchte sagen, „anders“ machen zu können, stellt bei den ihr zugewiesenen Aufgaben nicht selten eine Überforderung dar und führt zwangsläufig zu Niederlagen, zu dem Gefühl, in ihren Fähigkeiten versagt zu haben. (vgl. Coward, 1997, 113).

Weiterhin muß in Betracht gezogen werden, daß die Rolle, die von der Frau erwartet wird, für sie nicht immer eine Selbstverwirklichung und Befriedigung darstellt.

Es gibt viele Faktoren (z.B. Unzufriedenheit mit der ihr zugedachten Rolle, die finanzielle Abhängigkeit vom Mann, das Definieren des eigenen sozialen Status über den Mann etc.) die nicht verwundern, daß viele Frauen sich den ihr zugedachten Rollenerwartungen teilweise entziehen und versuchen, Familie und Beruf miteinander in Einklang zu bringen.

#### 2.1.4 Frau und Beruf

Die 13. Shell Jugendstudie (2000) stellte in ihren Hauptergebnissen heraus, daß Jugendliche mehrheitlich davon ausgehen, Familie und Beruf miteinander verbinden zu können. Diese Sichtweise ändert sich bezeichnend bei jungen Frauen im Alter von 22-24 Jahren. Die Balance zwischen Familien- und Berufsorientierung verlagert sich in diesem Altersbereich zugunsten der Familie und Partnerschaft. (Shell Jugendstudie, 2000, 15).

„Zusammen mit der größeren ökonomischen Unabhängigkeit vom (Ehe-) Partner, durch das eigene Einkommen und dem Bewußtsein, die familiäre Existenz und Lebensqualität mitzugarantieren, bietet ihnen die durch die Erwerbsarbeit erfahrene gesellschaftliche

Anerkennung die Möglichkeit der „Selbstbestätigung durch Selbstbewertung“. (Becker-Schmidt, 1981, 65 in: Vollmer, 1989, 118).

Das Familienleben und das Berufsleben lassen sich jedoch oftmals nur schwer vereinbaren. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist also nur scheinbar eine Form der Selbstverwirklichung und Lebensqualität. Einerseits sollen Frauen den steigenden Anforderungen in der Familie gerecht werden, andererseits wollen sie gleichberechtigt einen Beruf ausüben. Hiermit sind sie einer Doppelbelastung ausgesetzt, die bei Frauen oftmals zu der Ansicht führt, in beiden Bereichen nicht ausreichende Leistungen zu erbringen und überfordert zu sein. Dies ist im Besonderen bei Alleinerziehenden Müttern der Fall, die ich keineswegs in diesem Punkt unter dem Begriff „Familie“ ausklammern möchte (mit Familie ist hier auch die Ein-Eltern-Familie gemeint). Weiterhin setzt die Vereinbarung von Familie und Beruf die Frau nicht selten Schuldzuweisungen der Gesellschaft aus. Es hat sich zwar in der letzten Zeit eine weitgehende Akzeptanz entwickelt, aber es ist immer noch nicht grundsätzlich aus der Welt geschaffen, daß Frauen, die eine berufliche Tätigkeit neben der Familie und Kindererziehung aufnehmen, als so genannte „Rabenmütter“ deklariert werden und ihnen vorgeworfen wird, die Familie zu vernachlässigen und sich rücksichtslos und selbstbezogen zu Verhalten.

„Auf praktischer Ebene bedeutet dies, daß viele berufstätige Frauen schuldbewußt von der Arbeit nach Hause eilen, getrieben von Idealvorstellungen perfekter Mutterschaft, die ebenso starr und unabänderlich sind wie in den fünfziger und sechziger Jahren.“ (Coward, 1997, 16).

Die Erwerbstätigkeit der Frauen in Deutschland beträgt 42% (Stand Juni 1999). Die Qualität der Ausbildungen und Berufsqualifikationen von Frauen hat sich in vergangener Zeit deutlich verbessert. So lag 1997 der Anteil der Frauen mit Hochschulreife aus allgemeinbildenden Schulen bei 54,9% und bei Universitätsabsolventinnen bei 46,4%. Vor diesem Hintergrund ist es

erstaunlich, daß Frauen in oberen Führungspositionen und im oberen Management nur zu 6% vertreten sind. So hat auch z.B. das 1994 in Kraft getretene Frauenfördergesetz des Bundes keine erheblichen Erfolge erzielen können. Der Frauenanteil im höheren Dienst erreichte drei Jahre später nur 19%. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend, 1999, 6).

Wie bereits in Punkt 2.1.2 erwähnt, befinden sich Frauen im beruflichen Bereich immer noch in einem Prozeß, der weitaus mehr Durchsetzungsvermögen erfordert das eigene Können unter Beweis zu stellen, als es bei Männern denkbar wäre. Ihre berufliche Karriere fordert ein ständiges Behaupten (vor allem in Frauen „untypischen“ Berufen), um Respekt, berufliche Kompetenz und Ansehen zugesprochen zu bekommen.

Weiterhin geben viele Frauen mit der Geburt eines Kindes erst einmal ihren erlernten Beruf auf und widmen sich der Kindererziehung. Ein beruflicher Wiedereinstieg stellt sich oftmals als problematisch dar. Frauen schreckt nicht selten nach einer beruflichen Pause die Ansicht zurück, den „Anschluß“ an die Tätigkeit und ihre bisherige berufliche Kompetenz eingebüßt zu haben. Hinzu kommen die schlechten Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder (z.B. zu wenig zur Verfügung stehende Kindergärtenplätze, seltene „Über-mittags-Betreuung“ in Schulen und Kindergärten etc.).

„Da angemessene soziale Einrichtungen fehlen, legen die meisten Frauen berufliche Pausen ein und finden sich mit schlechter bezahlten, unattraktiven Arbeitsplätzen oder Teilzeitregelungen ab, die sich mit der Betreuung von Kindern vereinbaren lassen.“ (Coward, 1997, 14).

Frauen haben auf der beruflichen Ebene in vergangener Zeit einiges bewegt. Unter Beachtung der Tatsache, daß Frauen im Dritten Reich noch Berufsverbot hatten. So gibt es heutzutage z.B. kaum noch Berufe, zu denen sie keinen Zugang haben. Dennoch gehen Mädchen überwiegend in die zehn „typisch“ weiblichen von insgesamt 331 Ausbildungsberufen (z.B. (Zahn) Arzthelferin (99,9% Frauenanteil), Friseurin (93% Frauenanteil), Bürokauffrau (76% Frauenanteil etc.). Die Differenz der unterschiedlichen Gehälter zwischen Frauen und

Männern beträgt in etwa 25%. Ferner unterscheiden sich die Gehälter zwischen den „typischen“ Männer- und Frauenbranchen (z.B. Mineralölbranche: ca. 7004 DM für Männer und 5762 DM für Frauen; Textilbranche: ca. 4456 DM für Männer und 3312 DM für Frauen) (vgl. Schwarzer, 2000, 14, 196).

Die gesellschaftlichen Bedingungen und spezifischen Lebensumstände, in denen sich Frauen befinden, bedürfen einer sehr umfangreichen Thematisierung und würde eine eigenständige Diplomarbeit umfassen. Ich denke jedoch, deutlich gemacht zu haben, daß viele Frauen sich durch diese gesellschaftlichen Bedingungen in zahlreichen „alltäglichen“ Abhängigkeiten befinden, Machtverhältnissen unterlegen sind und sich in teilweise überfordernden, nicht autonom gewollten Lebenssituationen befinden, um den gesellschaftlichen Bedingungen, die an sie gestellt werden, unbewußt oder bewußt gerecht zu werden.

## **2.2 Gewalterfahrungen**

„Männliche Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist weltweit in vielfacher Form in die kulturell vorherrschende Konstruktion des Geschlechterverhältnisses eingebettet, und zwar als grundsätzliche Dominanz des einen Geschlechts über das andere.“ (Brückner, 1998, 9).

Über Gewalterfahrungen zu sprechen und das Ausmaß und die Folgen zu begreifen war lange Zeit ein Tabu in unserer Gesellschaft und ist nicht zuletzt durch die Frauenbewegung in den 70 er Jahren in die öffentliche Diskussion geraten und enttabuisiert worden.

Es ist wichtig, eine Sensibilität zu dieser Thematik in der Bevölkerung zu schaffen, um ein Stück Solidarität mit den Opfern herstellen zu können, den betroffenen Frauen Mut zu machen, ihr Schweigen zu brechen und mögliche Wege aus der Notsituation aufzuzeigen. (vgl. Ridder-Melchers in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 1).

Eine Sensibilität zu schaffen ist desweiteren von Bedeutung, um die Problematiken, die immer wieder das Aufdecken von Gewalterfahrungen behindern (z.B. die Angst der Opfer

unglaublich zu sein, die Verurteilung von Seiten der näheren sozialen Umgebung etc.) zu intervenieren (z.B. durch weibliche Ansprechpartner auf Polizeidienststellen, durch Nothilfestellen etc.) und die Entwicklung neuer Handlungsmöglichkeiten bezüglich der Aufklärung, Prävention und Hilfe zu gewährleisten. Die Gewalterfahrungen, die Frauen und Mädchen erleben, ziehen sich durch alle soziale Schichten und Altersgruppen. Sie stellen eine ganz alltägliche Bedrohung für alle Frauen dar.

„Gewalt im Geschlechterverhältnis beginnt da, wo die körperliche oder seelische Integrität einer Frau oder eines Mädchens unter Ausnutzung männlicher Vorherrschaft und patriarchaler Machtverhältnisse verletzt wird.“ (Hagemann-White, 1992 in: Brückner, 1998, 11).

Die Grenze, wo das eigene Selbstbestimmungsrecht einer Frau oder eines Mädchens verletzt wird, liegt nicht selten in der Bestimmung einer anderen Person (z.B. eines Richters, des Polizisten etc.), so daß Gewalthandlungen dementiert oder verharmlost werden, obgleich sie von der betreffenden Frau oder Mädchen als Verletzung wahrgenommen werden. Die jeweiligen Grenzüberschreitungen werden von Frauen und Mädchen sicherlich unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Sie hängen eng mit ihrer kulturellen, geschlechtsspezifischen Sozialisation und mit ihren bisherigen Lebenserfahrungen zusammen. So kann z.B. eine Frau Gewalttaten als durchaus „normal“ oder im Zusammenhang mit zuvor erlebten Taten als harmlos erleben. Gewalt im Geschlechterverhältnis impliziert eine Vielzahl von dazugehörigen Handlungen, wie z.B. sexueller Mißbrauch, Vergewaltigung, Gewalt bzw. Vergewaltigung in Partnerbeziehungen, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, Frauenhandel, rein psychische Gewalt gegenüber Frauen und Mädchen etc. Gewalthandlungen werden von unserer Gesellschaft nicht akzeptiert, von der Bevölkerung geächtet und vom Staat größtenteils strafrechtlich verfolgt. Unter diesem Aspekt ist es fraglich, warum dennoch so viele Frauen und Mädchen über eigene Erfahrungen in diesem Bereich sprechen und noch von einer weitaus



höheren Zahl (aufgrund des Dunkelfeldes) ausgegangen werden kann. „Die Gefahr lauert auf der Straße...“ ist eine Vermutung, die sich für Frauen und Mädchen nur in seltenen Fällen bewahrheitet. Gewalthandlungen finden nur im geringen Maße in der Öffentlichkeit statt, sie beziehen sich größtenteils auf den privaten Bereich. Zu Hause und im näheren sozialen Umfeld ist die Gefahr mit Gewalthandlungen konfrontiert zu werden um ein mehrfaches höher. Oftmals sind es sogar nahe Verwandte, Bekannte oder Arbeitskollegen etc., die Gewalt an Frauen und Mädchen ausüben. Die Täter sind oft Männer, die in einem ganz „normalen“ sozialen Gefüge leben (z.B. Familienvater und/ oder Ehemann) und nicht strafrechtlich aufgefallen sind.

„In der Regel sind es keine Psychopathen, sondern ganz gewöhnliche Männer, die es als ihr Recht ansehen, Frauen und Kinder über ihre gesellschaftlich bedingte Machtposition für ihre Zwecke zu benutzen und zu mißbrauchen.“ (Bellmund-Soller, in: Deutscher Orden Suchthilfe, 1999, 5 ).

„Auf sie trifft das nach dem berühmten englischen Roman benannten „Dr. Jekyll & Mr. Hyde- Syndrom“ zu. Es bezeichnet Menschen mit zwei Identitäten, zwei Gesichtern- wie sie im Klischee des rechtschaffenden, biedereren Untertans, der innerhalb der Familie als Haustyrann herrscht, wieder aufscheinen.“ (Brückner, 1998, 44).

Gerade der private Bereich, das „Zuhause“, nahestehende Personen und die Familie einer Frau, haben die Bedeutung eines geschützten Rahmens . Es ist ein Ort, an dem sie sich wohl und geborgen fühlen kann und keiner Gefahr ausgesetzt ist .

Ein Durchbrechen dieses Schutzraums stellt für die Frauen und Mädchen eine doppelte Problematik dar. Die Gewalterfahrung an sich und das Wissen, an keinem Ort vor diesen Erfahrungen wirklich geschützt zu sein.

Bei dem Betrachten von Datenerhebungen zu dieser Thematik kann von einem hohen Dunkelfeld ausgegangen werden. Es ist anzunehmen, daß z.B. in Delikten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die tatsächlichen Fälle drei- bis zehnfach höher

liegen, als angezeigte Fälle (vgl. Ridder-Melchers, in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 6).

Die Zahl der angezeigten Fälle verdeutlichen die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik. So wurden im Jahr 1997 innerhalb der gesamten Bundesrepublik 53.135 Straftaten (+8,3%) gegen die sexuelle Selbstbestimmung registriert. Im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch wurden 16.888 Fälle erfaßt (+7,7%). Bezüglich der Straftaten im Bereich der (sexuellen) Gewalterfahrungen zeigen sich über Jahre stärkere Schwankungen, aber keine durchgängige Tendenz. (vgl. Jahresbericht 1997 zur Kriminalitätslage in der Bundesrepublik Deutschland: Bundeskriminalamt, [www.bka.de](http://www.bka.de), s. Anhang).

Die Aufdeckung solcher Taten ist zum einen dadurch, daß sie größtenteils in den „eigenen vier Wänden“ stattfinden, deutlich erschwert. Zum anderen bringen die Opfer selbst die Tat selten an die Öffentlichkeit. Unsere Gesellschaft ist nicht Opfer-, sondern Täterfreundlich.

So liegt die Beweislast für eine Gewalthandlung beim Opfer und der Täter kann den anerkannten Bonus einer Unschuldsvermutung für sich geltend machen. (vgl. Brückner, 1998, 10).

Wie oft hört man von Anschuldigungen in einem Verfahren gegen Vergewaltigung, die Frau hätte den Täter mit aufreizender Kleidung doch regelrecht dazu verführt. Oder ist es nicht möglich, daß eine Frau ihren so gestreßten Ehemann bis aufs Äußerste reizt, daß er die Hand gegen sie erhebt?

Viele Gewalttaten kommen gar nicht erst zur Anzeige. Frauen haben Angst, ihnen würde kein Glaube geschenkt, die Tat würde verharmlost und ihr fehlt die Möglichkeit Beweise für die Tat zu erbringen. Hinzu kommt die Scham und eigene Schuldgefühle, die Tat doch im weitesten Sinne mitverursacht oder provoziert zu haben (was durch mögliche Verurteilungen durch das nähere Umfeld noch verstärkt wird), die Angst vor dem Täter, der sich ja oftmals noch im näheren Umfeld befindet und die Tendenz, die Erlebnisse zu

verdrängen und sich nicht erneut mit der Situation konfrontieren zu müssen.

Oft ist den Frauen das Ausmaß der Gewalt in der konkreten Situation gar nicht bewußt. Es dient den Frauen als eine Art Selbstschutz, den Verstand und die Gefühle abzuschalten, um die Situation aushalten zu können. Das eigentliche Ausmaß wird ihnen oft erst bewußt, wenn sie aus der Situation heraus und das Bewußtwerden erträglich geworden ist. (vgl. Brückner, 1998, 12).

Aus meiner Berufs-, und Praktikaerfahrung heraus kann ich sagen, daß selbst wenn Frauen das Ausmaß der erlebten Gewalterfahrungen bewußt ist, sie sich oft aus Schamgefühl und Angst vor Verurteilungen in Schweigen hüllen. Es dauert oft Jahre, wenn nicht Jahrzehnte, bis sie sich einer Dritten Person anvertrauen. Die innere Rebellion und der Wunsch, die Tat wirklich zur Anzeige zu bringen, findet somit oft in deutlicher Zeitdifferenz mit der Gewalterfahrung statt. Dies ist ein weiterer Hinderungsgrund für Frauen, die Gewalthandlung öffentlich zu machen. Sie sind dem Risiko ausgesetzt, den Vorwurf zu erdulden, warum sie „erst jetzt“ über ihre Erlebnisse sprechen. Gewalterfahrungen erleben Frauen zum größten Teil von Seiten der Männer. Warum dies so ist, kann nicht eindeutig belegt werden und mögliche Erklärungstheorien aufzuzeigen, würde den Rahmen meiner Arbeit übersteigen.

„Der Gewaltausbruch als Insignie, Recht und Privileg des Mannes kennzeichnet ein Verhältnis von Macht und Unterwerfung völlig unabhängig davon, warum im Einzelfall ein Mann gewalttätig wird.“ (Hagemann-White 1993, 62 in : Brückner, 1998, 11)

Nach einer kulturell überlieferten Schutzideologie ist ein Mann für die Frau „Beschützer“ und „Gefahr“ zugleich . Das Recht Gewalt auszuüben ergibt sich in mehr oder weniger großem Umfang aus ihrer „Schutzfunktion“ heraus. Frauen befinden sich an der Seite der Männer zum einen in einer geschützten Position, zum anderen sind sie dem Risiko ausgesetzt, genau bei Diesen Gewalterfahrungen zu machen. Der Mann steckt in der Doppelrolle „Beschützer“ und „Eroberer“ zugleich.(vgl. Brückner, 1998, 9-10).

„Männliche Vorherrschaft über Frauen und die Zugriffsmöglichkeiten von Männern auf den weiblichen Körper und auf weibliche Eigenständigkeit sind immer noch massiv durch kulturelle Geschlechtervorstellungen und gesellschaftliche Normen abgesichert.“ (Brückner, 1998, 10).

Die frauenspezifische Sozialisation und Erziehung ist geprägt von dem Zurückstellen eigener Rechte und Bedürfnisse. Frauen lernen sehr früh, für andere da zu sein, sich für andere „aufzuopfern“, selbstlos zu sein. Frauen wird das Recht auf die sexuelle Selbstbestimmung und das Recht auf körperliche Unversehrtheit durch Gewalterfahrungen abgesprochen und sie erleben hierdurch das Gefühl einer schweren Demütigung und Verachtung.

Für Männer gibt es vier wesentliche Motivationen, die sie dazu verleiten, Gewalt an Frauen auszuüben:

- Erzwingung gewisser Dienstleistungen und Privilegien
- Ausagieren von Frustration
- Zementierung der Abhängigkeit der Frau
- Gewährleistung ihres Machtvorsprungs.

Hierbei beziehen sich die ersten beiden Motivationen vorrangig auf die rein physische Gewalt und die letzteren beiden auf die psychische Gewalt oder auf eine Kombination psychischer und physischer Gewalt. (vgl. Benard/ Schlaffer, 1991 in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 24).

Da die Problematik der Gewalterfahrungen Frauen und Mädchen gegenüber sehr vielschichtig sind, möchte ich auf drei Bereiche (Sexueller Mißbrauch, sexuelle Gewalt, psychische Gewalt), die meines Erachtens von großer Bedeutung für die Thematik in meiner Arbeit sind, im Folgenden detaillierter eingehen.

### 2.2.1 Sexueller Mißbrauch

Sexuellen Mißbrauch einheitlich zu definieren ist nicht möglich. Engfer (1995) spricht von „einer Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch

nicht erfassen. Dabei benutzen bekannte oder verwandte (zumeist männliche) Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und mißbrauchen das vorhandene Macht- und Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes.“ (Engfer ,1995 in: Egle, Hoffmann, Joraschky, 1997, 27).

Hierbei wird jedoch nicht deutlich, welche Altersgrenzen unter die Begriffsbestimmung „Kinder“ fallen und diese Definition beinhaltet auch keine Aussagen über mögliche Täter, die zwar sexuelle Handlungen vornehmen, selbst aber nicht viel älter als die Opfer (noch keine Erwachsenen) sind. Feministische Begriffserklärungen richten ihren Schwerpunkt auf die Betrachtungsweise, das subjektive Erleben des Opfers. Ihre Begriffserklärung des sexuellen Mißbrauchs ist noch differenzierter, so daß jegliche Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen (auch u.a. anzügliche Blicke, Verletzungen der Intimsphäre etc.) mit inbegriffen sind. Diese Erklärung macht den Mißbrauchsbegriff jedoch verschwommen und Jungen bleiben als Opfer ausgeklammert (vgl. Engfer, in: Egle, Hoffmann, Joraschky, 1997, 27).

Weitere Definitionen sind z.B. „Sexueller Mißbrauch beginnt dort, wo Männer sich bewußt am Körper eines Mädchens befriedigen oder sich von ihr befriedigen lassen.“ ( Steinhage, 1989, 16 in: Hartwig, 1990,25)

„Unter sexuellem Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie auf Grund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuellen Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines Nichtgleichaltrigen oder Erwachsenen dienen.“ (Fegert, 1987, 166 in: Hartwig, 1990, 24).

„Sexueller Mißbrauch ist eine sexuelle Handlung von Vätern/Männern an Kindern/Jugendlichen unter Ausnutzung der geschlechtlichen und generativen Vormachtstellung des Mannes mit dem Ziel seiner Bedürfnisbefriedigung.“ (vgl. Hartwig, 1990, 26).

„Sexuelle Mißbrauchshandlungen reichen von sexuellen Berührungen über Masturbation und pornographischen Aktivitäten bis hin zu allen Formen des Geschlechtsverkehrs.“ (Barabas, 1998 in: Brückner, 1998, 22).

Auch wenn sich keine einheitliche Definition für den Begriff „sexueller Mißbrauch“ finden läßt und die Definitionen einige Aspekte berücksichtigen, dafür aber andere vernachlässigen, so wird doch die Problemkonstellation deutlich. Es handelt sich immer um eine Mißachtung der sexuellen Selbstbestimmung. Gerade bei sexuellem Mißbrauch im familiären und näheren sozialen Umfeld befinden sich die Opfer in einem hilflosen und abhängigen Zustand. Die von ihnen gewünschte Zuwendung, Nähe und Wärme zum Täter wird von diesem ausgenutzt und mit sexuellen Aktivitäten verknüpft, um seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Dabei werden Kinder oft mit dem Androhen eines Übels unter Druck gesetzt, wenn sie ihr Schweigen brechen. Sie werden in ihrer Hilflosigkeit im Stich gelassen. Die Auswirkungen des Erlebens von sexuellem Mißbrauch beeinträchtigt die Opfer nicht selten ein Leben lang. Sexueller Mißbrauch zieht sich durch verschiedene Altersgruppen und soziale Schichten und hält oft über Jahre an.

Es wird davon ausgegangen, daß sich die Opfer aus ca. 70% Mädchen und 30% Jungen zusammensetzen. Die Täter sind größtenteils männlich (ca. 95% bzgl. der Mädchen zu ca. 80% bzgl. der Jungen) (vgl. Wüstenberg, 1992, 136-140 in: Brückner, 1998, 23-24).

Ein konkreter Ursachenzusammenhang zwischen dem überwiegenden Anteil der Männer als Täter und dem hohen Anteil der Mädchen als Opfer ist nicht bekannt und aufgrund der wenigen Täter, die sich zum Mißbrauch bekennen, schwierig bzw. nicht repräsentativ zu erforschen. Es gibt jedoch Erklärungsversuche, die „von gesellschaftlichen Bedingungen (patriarchalische Gesellschaftsstruktur und männliche Verfügungsgewalt über Frauen und Kinder) über die geschlechtsspezifische Sozialisation von Männern und Frauen, die mangelnde Beteiligung der Männer an der Kinderpflege und steigende Scheidungsraten bis hin zur Emanzipation

von Frauen reichen.“ (vgl. Bange, 1993 in: Engfer in: Egle, Hoffmann, Joraschky, 1997, 31).

Wie bereits zuvor beschrieben, kommen auch hier die Täter überwiegend aus dem näheren sozialen Umfeld und sind selten Fremde.

In einer Untersuchung von Bange (1992), in der 518 weibliche und 343 männliche Studenten der Universität Dortmund befragt wurden, gaben 1,9% der befragten Studentinnen an, von ihren Vätern sexuell mißbraucht zu sein. Weiterhin wurde in der Untersuchung folgende Rangreihe bezüglich der Täter deutlich. Die Täter waren zur Hälfte Bekannte, zu einem Viertel Verwandte und Angehörige und zu einem Fünftel Fremdtäter. (vgl. Engfer in: Egle, Hoffmann, Joraschky, 1997, 31).

Sexueller Mißbrauch, der von Fremdtätern begangen wurde, wird häufiger zur Anzeige gebracht, als Mißbrauch im näheren sozialen Umfeld. Gerade wenn der Mißbrauch im Familienkreis passiert, ist die Hemmschwelle die Tat öffentlich zu machen, wie bereits erwähnt, sehr groß, z.B. aus eigener Scham und den Schuldgefühlen, aus Angst vor dem Täter, der stets in der Nähe ist, aus Angst nicht glaubwürdig zu sein oder die Familie in eine akute Krise zu bringen (selbst der „Nestbeschmutzer“ zu sein)etc.

Man geht davon aus, daß im Bereich des sexuellen Mißbrauchs auf einen entdeckten Fall zwanzig bis fünfzig unentdeckte Fälle kommen (vgl. Ridder- Melchers, in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 6) und aufgedeckte Fälle häufig von den mißbrauchenden Männern geleugnet werden. (vgl. Wüstenberg, 1992, in: Brückner, 1998, 22).

„Je früher im Leben der Mädchen sexuelle Übergriffe und Mißhandlungen stattfinden, je brutaler sie ausfallen, umso traumatischer werden sie erlebt, und umso schwieriger ist es für die Opfer, die Gewalterfahrungen zu verarbeiten.“ (Pendersen & Skrondal 1996 in: Vogt in: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, 1999, 21).

Erfahrungen mit sexuellem Mißbrauch zerstört oft die grundlegendsten Annahmen über uns selbst und die Welt (z.B. das Recht auf die persönliche Unversehrtheit, Vertrauen in eine wohlwollende Umwelt etc.) und erschüttern uns im innersten Kern.(vgl. Bellmund-Soller, in: Deutscher Orden Suchthilfe, 1999, 52).

Kendall-Tackett (1993) haben in einer Auswertung von Studien (Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies) herausgefunden, daß sexuell mißbrauchte Kinder gegenüber nicht mißbrauchten Kindern in der Regel höhere Symptome in den Bereichen Angst, Depression, Aggression, internalisierendes, externalisierendes und sexualisiertes Verhalten aufweisen. Ferner können sich die Folgen darstellen durch, z.B. Eßstörungen, psychische Traumata, psychosomatische Störungen, Selbstverstümmelung, Suizidneigung, Weglaufen, Suchterkrankungen. (vgl. Engfer in: Egle, Hoffmann, Joraschky, 1997, 33).

Je nach Dauer und Intensität des sexuellen Mißbrauchs können die Folgen bzw. Krankheitsbilder als resultierende Folge die Betroffenen ein Leben lang begleiten.

### 2.2.2 Sexuelle Gewalterfahrungen

Sexuelle Gewalt umfaßt zum Einen die Vergewaltigung und zum Anderen die sexuelle Nötigung, die gem. § 177 StGB strafrechtlich relevant sind. Der Tatbestand der sexuellen Nötigung ist gegeben, wenn eine andere Person 1. mit Gewalt 2. durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben oder 3. unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich duldet oder an dem Täter oder einem Dritten vornimmt. (vgl. § 177 Abs.1 StGB). Um einen besonders schweren Fall der sexuellen Nötigung und um eine Vergewaltigung handelt es sich, „wenn 1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen läßt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere, wenn sie mit einem Eindringen in den Körper



verbunden sind (Vergewaltigung), oder 2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird. (§ 177 Abs. 2 StGB).

Dieser Tatbestand der Vergewaltigung bezieht sich also auf den vollendeten Geschlechtsverkehr gegen den Willen einer Person (§ 177 Abs. 2 StGB). Andere Formen erzwungener Sexualkontakte werden als sexuelle Nötigung (§ 177 Abs.1 StGB ) klassifiziert. (vgl. Krahe in: Oerter/ Montada, 1995, 1095).

Auch bei der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung zeichnet sich ganz klar ab, daß die Täter größtenteils Männer sind und die Taten fast ausschließlich an Frauen verübt werden. Frauen aller Altersgruppen und jeder sozialen Herkunft werden Opfer dieser sexuellen Gewalthandlungen. Sie können für die Frau zu jeder Tag- und Nachtzeit mögliche Realität werden.

Nach Brückner ist das Ziel des Vergewaltigers „das Auskosten der eigenen Dominanz und entsprechend die Beherrschung oder auch Demütigung einer Frau mit sexuellen Mitteln.“ (Brückner, 1998, 15).

Es ist, wie bereits erwähnt, ein Angriff auf den Körper und auf das sexuelle Selbstbestimmungsrecht einer Frau. Auch hier haben wir es wieder mit dem Ausnutzen der männlichen Machtstellung gegenüber den Frauen zu tun, die sich zum einen aus der körperlichen Überlegenheit und zum Anderen aus der gesellschaftlichen Position ergibt. Das Machtgefälle zwischen Männern und Frauen kommt gerade hierin zum Ausdruck, das Ausleben der Dominanz und das „kleinhalten“, erniedrigen und demütigen des ohnehin schwächeren Geschlechts.

Nach Kretschmann (1993) ist „der Begriff „Macht“ als Phänomen einer Beziehungsstruktur nicht als Merkmal einer Personengruppe zu verstehen: Macht ist nicht gleichzusetzen mit Gewaltanwendung. Der/die Mächtige, so Mentzos (1993), hat allenfalls „Verfügungsgewalt“ und dies ist es, was dem Vergewaltiger gerade fehlt: in der Vergewaltigungssituation verschafft er sich das, was ihm aus seiner Sicht vorenthalten wurde und wird.“ (vgl. Erdheim 1984 in: Kretschmann, 1993, 91).

Weiterhin gibt es Erklärungsansätze, die Neigung zu sexuell aggressivem Verhalten „als gemeinsame Funktion von spezifischen aktuellen Situations- und Zustandsbedingungen („state“-Variablen) und überdauernden Dispositionen („trait“- Variablen) erklärt.“ (Krahe, in: Oerter/Montada, 1995, 1099). Aktuelle Situations-, und Zustandsbedingungen beziehen sich auf die Wirkung sozialer bzw. situativer Einflüsse, wobei z.B. nach Linz, Wilson & Donnerstein (1992) der Konsum gewaltbetonter Pornographie (wodurch eine erhöhte Akzeptanz von Vergewaltigungsmythen entsteht) oder nach Kanin (1985) bei Jugendlichen der Druck der Gleichaltrigengruppe im Zusammenhang mit sexueller Gewaltbereitschaft gesehen werden kann. (vgl. Krahe, in: Oerter/Montada, 1995, 1099).

Frauen sind oft in pornographischen Darstellungen allzeit bereit und sie warten nur darauf, von einem Mann mal so richtig „genommen“ zu werden. Auch wenn sie im ersten Moment „Nein“ sagen, so warten sie doch eigentlich nur darauf, von dem Mann in höchste Ekstase versetzt zu werden. Die in der Pornographie oftmals dargestellte Frau, die als Freiwild herumläuft, beinhaltet das Recht, wenn nicht sogar schon die Pflicht des Mannes, seine sexuellen Triebe stumpf auszuleben. Diese Darstellung einer Frau ist jedoch keine Realität.

Die überdauernden Dispositionen beziehen sich auf negative, frühkindliche Sozialisationserfahrungen (z.B. eigene Mißbrauch-, oder Gewalterfahrungen etc.) und daraus resultierenden Persönlichkeitsstörungen. (vgl. Krahe, in: Oerter/ Montada, 1995, 1099).

Die Erklärungsansätze bezüglich der Ursache, warum Männer dazu neigen, sexuelle Gewalt an Frauen auszuüben, sind sehr vielfältig. Tatsächlich belegte Erklärungsansätze gibt es nicht, da auch in diesem Bereich die Täterforschung aufgrund mangelnder zur Verfügung stehender Männer die sich zu ihren Taten bekennen, deutlich erschwert ist. Ich möchte die Untersuchung nach einem Ursachenzusammenhang hiermit belassen und mein Augenmerk wieder auf das eigentliche Interesse meiner Arbeit, den Frauen richten.

„In der feministischen Literatur herrscht heute weitgehend Übereinstimmung darüber, daß bei Vergewaltigung Gewalt und Unterwerfung und nicht die Sexualität im Vordergrund stehen, eine Einschätzung, die sich mit Täterbefragungen deckt“ (Smaus, 1994 in: Brückner, 1998, 15).

Frauen fühlen sich in einer Vergewaltigungssituation aufs Übelste gedemütigt und erniedrigt und vollkommen Ohnmächtig. Diese Situation ist verbunden mit einer Todesangst oder schwerwiegender körperlicher Schädigung. Diese Ängste überlagern die Angst vor der eigentlichen sexuellen Handlung. Viele Frauen können in der konkreten Vergewaltigungssituation gar nicht erfassen, was ihnen geschieht, sie sind gelähmt vor Angst und unfähig in irgendeiner Form zu reagieren.

In den seltenen Fällen, in denen Frauen noch in der Lage sind, sich zur Wehr zu setzen und Widerstand (ob psychisch oder physisch) zu leisten, können sie die Vergewaltigung meistens nicht vermeiden, was dann zur entgültigen Resignation führt. Sie fühlen sich nicht mehr als Mensch, sondern eher einem Objekt gleich, das von den Männern zur eigenen Bedürfnisbefriedigung benutzt wird. (vgl. Kretschmann, 1993, 43-44).

Mit den anderen von mir beschriebenen Gewalterfahrungen von Frauen ist auch die Tatsache identisch, daß die Opfer in den meisten Fällen ihren Peiniger kennen. 70% der Täter sind mit dem Opfer entfernt oder näher bekannt, verwandt. Die meisten Vergewaltigungen und sexuellen Nötigungen finden, wie in den zuvor beschriebenen Gewalterfahrungen nicht in der Öffentlichkeit, sondern mehrheitlich in geschlossenen Räumen (z.B. Wohnung des Täters oder Opfers) statt. (vgl. Brückner, 1998, 15).

Auch im Falle der Vergewaltigung und sexuellen Nötigung gilt, daß der Teil der Taten, die von einem Fremden begangen werden bezüglich der Anzeigequote überwiegt.

„Nur etwa jede fünfte vergewaltigte Frau erstattet derzeit überhaupt Anzeige, und noch weniger Fälle werden zur Anklage erhoben.“ (Frederking 1993 in: Brückner 1998, 15).

Die Ursachen hierfür liegen, wie auch schon in den anderen Punkten beschrieben, in dem Schamgefühl, den eigenen Schuldzuweisungen die Tat provoziert zu haben, der Angst vor dem Täter, der Angst unglaubwürdig zu sein etc. Die Veröffentlichung der Tat bedeutet für die betroffenen Frauen zum Einen, den Reaktionen ihres sozialen Umfeldes ausgesetzt zu sein und zum Anderen die wiederholte, direkte Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis. Es ist bekannt, daß das soziale Umfeld den betroffenen Frauen nicht selten eine Mitschuld an der Tat zuschreibt. Besonders, wenn die Frau das Bekanntwerden mit dem Täter noch selbst gefördert hat (z.B. in der Kennenlernphase um eine mögliche Partnerschaftsbeziehung einzugehen) oder wenn sie in ihrem bisherigen Lebenswandel nicht gerade als „prüde“ galt.

Ferner wird der Frau auch von der institutionellen Seite (z.B. Polizei, Justiz etc.) der Weg zur Aufdeckung einer Tat oftmals erschwert. So müssen sich Frauen in einigen Fällen einem Glaubwürdigkeitsgutachten unterziehen, der Täter selbst kommt mit der Aussage davon, er habe geglaubt, die Frau hätte die sexuellen Handlungen selbst gewollt (vgl. Ridder- Melchers in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 9).

„Nach wie vor muß sich der Täter nicht vom Willen der Frau überzeugen, sondern die Frau muß im Zweifel durch „selbstgefährdendes Wehren“ ihr fehlendes Einverständnis dokumentieren. Unterläßt sie das, steht ihre Glaubwürdigkeit in Frage“ (Ridder-Melchers in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 9).

Eine Gradwanderung sind daher besonders die Vergewaltigungen und sexuellen Nötigungen, die innerhalb einer Ehe oder einer Partnerschaft passieren. Wann ist das sexuelle Selbstbestimmungsrecht einer Frau verletzt, wenn sie sich doch eigentlich zum Mann sexuell hingezogen fühlen müßte? Gibt sie nicht automatisch durch das Zusammenleben mit dem Mann oder sogar durch das eingehen einer Ehe ihr Einverständnis zu sexuellen

Aktivitäten? Dies ist eine Einstellung die scheinbar noch in vielen Köpfen verankert ist. So ist es nicht erstaunlich, daß erst seit 1997 der Mann sich nicht mehr auf die sogenannten „ehelichen Pflichten“ berufen kann und die Vergewaltigung in der Ehe nicht mehr von dem § 177 StGB explizit ausgeschlossen wird.

Sexuelle Gewalthandlungen in der Ehe wurden lange Zeit geleugnet oder als selten vorkommendes Randgruppenphänomen deklariert. (vgl. Brückner, 1998, 18).

„Sarah Haffner sprach (in: Pizzey 1978, S. 170) für die alte Bundesrepublik von etwa einer Million Frauen, die ehelicher Gewalt ausgesetzt sind. Sicher ist, daß die knapp 400 Frauenhäuser (1996 gab es 376 Häuser, gut 240 in den alten und gut 130 in den neuen Bundesländern) fast immer voll, manchmal auch überfüllt sind (...)und daß seit einer Reihe von Jahren konstant etwa 40.000 Frauen und Kinder jährlich in Frauenhäusern Zuflucht suchen“ (20 Jahre Frauenhäuser 1997, 23 in: Brückner, 1998, 19).

Hieraus wird deutlich, daß es sich keineswegs um ein sogenanntes „Randgruppenphänomen“ handelt.

„Ein häufiges Muster ist, daß Gewalt im Laufe der Zeit zunimmt und anfängliche Entschuldigungen des Mannes ausbleiben. Leonore Walker, eine amerikanische Psychologin und langjährige Expertin in der Beratung mißhandelter Frauen, spricht daher von einem „cycle of violence“ (Walker 1983 in: Brückner, 1998, 20).

Mögliche Ursachen, warum Frauen an einer gewaltbehafteten Beziehung oder Ehe festhalten sehen Benard/Schlaffer (1991) u.a. darin, daß Frauen eine niedrige Erwartungshaltung an die Partnerschaft haben (sie neigen dazu, ihre Partnerschaft mit einer ebenso schlechten oder noch schlechteren zu vergleichen). Weiterhin gehen sie (nicht zuletzt durch die frauenspezifische Sozialisation) von einer beziehungs-, und familienerhaltenden Grundphilosophie aus und wollen diesbezüglich einer nicht tragbaren Partnerschaft immer noch eine letzte Chance einräumen. Die betroffenen Frauen wurden unter Umständen erfolgreich davon überzeugt, daß sie nur geringe Chancen auf eine bessere Partnerschaft haben und sie ohne Partnerschaft nicht

bestehen können. Sie fühlen sich gegenüber ihrem Partner abhängig (was sowohl die soziale, die finanzielle als auch die emotionale Ebene betrifft). (vgl. Benard/ Schlaffer in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 25).

Dies betrifft insbesondere Frauen mit Kindern. Aufgrund der zusätzlichen Verantwortung, nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihre Kinder, die Frauen zu tragen haben, erhöht sich die Angst vor einem Neubeginn und dem Verlassen des geschützten Rahmens. Mangelnde oder fehlende finanzielle Absicherung (in vielen Fällen sind Frauen erst mal auf Sozialhilfe angewiesen) und den Vertrauensverlust in sich und die eigenen Fähigkeiten aufgrund eines geschwächten, aus den erlebten Gewalterfahrungen entstandenen Selbstwertgefühls ist sie nicht in der Lage, Konsequenzen aus ihrer Situation zu ziehen.

„Die weibliche Erziehung zum Dasein für andere, zur Unterordnung und zum Zurückstellen eigener Interessen und des eigenen Wohlergehens, wirkt neben ökonomischen Abhängigkeiten auf den Umfang von Frauen mit Mißhandlung ein. Frauen neigen dazu, an einer einmal eingegangenen Beziehung festzuhalten, selbst dann, wenn diese ihnen schon lange nicht mehr gut tut; inneres Pflichtgefühl, die Angst vor dem Alleinesein und ein Gefühl des Unvollständigseins ohne Mann lassen Sie ausharren.“ (Brückner 1998, 45).

Charakteristisch für Vergewaltigungen oder sexueller Nötigung innerhalb einer Ehe oder Partnerbeziehung ist, daß der Mann über ein mangelndes Unrechtsbewußtsein verfügt. Dieses mangelnde Unrechtsbewußtsein kann zum einen u.a. mit einem unterschiedlichen Verständnis von Sexualität zusammenhängen. Ein Mann ist durch die geschlechtsspezifische Sozialisation von der Vorstellung geprägt worden, er müsse in der Sexualität die Initiative ergreifen, immer in der Lage sein, den Geschlechtsakt durchzuführen etc. So können Situationen entstehen, in denen der Mann seine „aktive Sexualität“ auslebt, die von den Frauen als Gewalt empfunden wird. Zum Anderen sind Männer immer noch ganz überwiegend davon

überzeugt, daß sie einen legitimen Anspruch auf die Unterordnung der Frau haben. (vgl. Brückner, 1998, 19).

Die Folgen erlebter sexueller Gewalt, bzw. Vergewaltigung sind weitreichend und ähneln den schon in Punkt 2.2.1 beschriebenen Folgen des sexuellen Mißbrauchs. Zentrale Probleme vergewaltigter Frauen sind oftmals: Angstzustände, psychosomatische Erkrankungen, Eßstörungen, Depressionen, sexuelle Störungen und Beziehungsstörungen, Veränderung in der Beziehung zum eigenen Körper etc. (vgl. Kretschmann, 1993, 62-63).

Da Vergewaltigungen oft erst später bekannt werden, verfestigen sich diese Probleme, bevor geeignete und nötige Hilfe in Anspruch genommen werden kann.

### 2.2.3 Psychische Gewalterfahrungen

Bezüglich der Darstellung der psychischen Gewalt möchte ich mich durchgehend an einem Beitrag von Benard/ Schläffer in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen (1991) orientieren.

Obwohl sich Gewalterfahrungen durch alle sozialen Schichten ziehen, kann gesagt werden, daß Gewalt in der Mittelschicht bezüglich der Häufigkeit der rein physischen Gewalt einige Unterschiede zu Gewalt in anderen sozialen Schichten vorweist, bzw. seltener vorkommt. Statt dessen benutzen Männer der Mittelschicht häufiger psychische und soziale Druckmittel, um Frauen zu demütigen und ihre eigene Machtposition auszuspielen. Die rein psychischen Gewalterfahrungen sind deutlich schwerer erfaßbar, als manch eine physische Gewaltform, da körperliche Symptome fehlen. Die Auswirkungen erlebter psychischer Gewalterfahrungen zeigen jedoch, daß sie denen der physischen ähnlich bzw. nicht minder zu beurteilen sind. Psychische Gewalt findet oftmals in Ehe- und Partnerschaftsbeziehungen statt und endet nicht selten auch in physischen Gewalthandlungen.

Psychische Gewalterfahrungen gibt es u.a. in der finanziellen Gewalt, den sozialen Sadismus und in der sozialen Gewalt. Die finanzielle Gewalt bezieht sich auf die ökonomische Abhängigkeit der Frau

gegenüber dem Mann. Dieser benutzt seine finanzielle Obermacht, um die Frau zu erniedrigen, zu kontrollieren und zu demütigen. Er bestimmt über das „Taschengeld“, das er der Frau zur Verfügung stellt und kann dies in Konfliktsituationen auch entziehen. Es geht hierbei um das Ausspielen der Rolle des Familienernährers und die untergeordnete Rolle der Frau, die in den meisten Fällen auf das Geld angewiesen ist oder nur einen kleinen Beitrag des zur Verfügung stehenden Geldes leistet. Der soziale Sadismus beinhaltet die Herabsetzung, Beleidigung und Verunsicherung der Frau in der Öffentlichkeit (z.B. werden im Freundes- und Bekanntenkreis Gesprächsbeiträge der Frau von Seiten des Mannes lächerlich gemacht, ihr Verhalten verspottet etc.) So berichten betroffene Frauen z.B.: „Bei guten Bekannten hat er sein Hemd hergezeigt, auf dem ein Knopf fehlte, mit dem Kommentar „meine Frau, die Hausfrau!“ Für die Welt war ich die schlechte Ehefrau und er war der gute Ehemann.“ (Benard/ Schlaffer in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 15).

Derartige Äußerungen werden von einem Mann unter der Rubrik „Humor“ geführt. Die Frau verdeckt ihre Demütigung durch das Vorspielen, daß sie die Situation selbst scherzhaft sieht, daß sie sich von solchen Äußerungen nicht gekränkt fühlt oder sie versucht die Situation zu entschärfen, indem sie so tut, nichts bemerkt zu haben. Die soziale Gewalt drückt sich in der Form aus, daß der Mann die Frau in alltäglichen Angelegenheiten verunsichert und ihr verdeutlicht, daß sie von ihm nicht ernst genommen wird. Hierbei übernimmt er Aufgaben, zu der die Frau „angeblich“ nicht in der Lage ist, um seine eigene Überlegenheit darzustellen und die Abhängigkeit der Frau zu festigen (z.B. wichtige Geschäfte, Ämtergänge bis hin zu langen Autofahrten etc.). (vgl. Benard/ Schlaffer, in: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991, 13-17).



### **3 Medikamentenkonsum als typische Frauensucht**

#### **3.1 Geschlechtsspezifisches Suchtverhalten**

Wie ich bereits in den vorangegangenen Kapiteln meiner Arbeit festgestellt habe, lassen sich vielfältige Unterschiede im Erleben, Verhalten, Denken und in den spezifischen Lebensumständen von Frauen und Männern feststellen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede spiegeln sich auch im Suchtverhalten wieder. Bei näherer Betrachtungsweise des Suchtverhaltens stellt sich heraus, daß sich die Ursachen, der Verlauf und die Folgen einer Sucht bei Frauen und Männern deutlich unterscheiden.

Das Suchtverhalten stimmt nur in dem Punkt überein, daß sie das ständige Verlangen nach der jeweiligen Droge verspüren.(vgl. Lukasz-Aden,1986, 9)

Bei allen Süchten, sei es die Abhängigkeit von legalen, illegalen, stoffgebundenen oder stoffungebundenen Süchten, werden Unterschiede bezüglich der „Wahl“ des Suchtmittels deutlich.

Es läßt sich erkennen, daß Männer wesentlich häufiger Abhängigkeiten im Bereich der Alkohol-, Arbeits- und Spielsucht aufweisen, wohingegen Frauen eher zu Süchten, wie Medikamentensucht und Eßsucht neigen.

„In Zahlen: 75% der AlkoholikerInnen in Therapieeinrichtungen sind Männer, aber bei 90-95% der Medikamentensüchtigen und Eßgestörten handelt es sich um Frauen“. (Schneider in: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio Nr. 46, 1998, 4).

Es gibt viele Faktoren, die dieses Phänomen erklären lassen. Es hängt eng mit der Verfügbarkeit und der symbolischen Bedeutung der jeweiligen Substanz im Verhältnis zu gesellschaftlichen Rollenerwartungen und– Zuschreibungen zusammen. Frauen und Männer tendieren dazu, ein ihrer Geschlechtsrolle angemessenes Suchtverhalten aufzuzeigen. So wird z.B. eine Frau, die Alkohol trinkt, laut und hemmungslos ist, gesellschaftlich weniger akzeptiert als ein Mann, der die gleichen Verhaltensweisen zeigt. Eine Frau, die

aber still und leise ihre Medikamente konsumiert, entspricht den gesellschaftlichen Erwartungen, nicht aufzufallen und zu funktionieren.(vgl. Schneider in: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio Nr. 46, 1998, 4).

Ferner haben Frauen und Männer „unterschiedliche Ressourcen und spezifische Bewältigungsformen, die im Zusammenhang mit ihren gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Handlungschancen zu sehen sind“ (Kolip, 1994, in: Vogt, in: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz, 1999, 11).

Eine Medikamentenabhängigkeit hat ihren Ursprung in der Einnahme von Medikamenten gegen Krankheit oder körperliche und/ oder seelische Befindlichkeitsstörungen. Sie findet im Kontext des alltäglichen Gesundheitshandelns statt. Damit haben Medikamente eine vorrangige Funktion als Heilmittel und nicht als Droge, die zur Abhängigkeit und Sucht führt. In diesem Zusammenhang möchte ich herausstellen, wie der Begriff „Gesundheit“ zu verstehen ist.

Eine Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärt: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens; Gesundheit bedeutet also nicht nur das Freisein von körperlichen und sonstigen Mängeln und Krankheiten.“ Gesundheit scheint also ein Zustand zu sein, der eigentlich kaum erreicht werden kann und der eng mit dem subjektiven Empfinden der einzelnen Person zusammenhängt. (vgl. Ungerer, 1996, 7).

Nach dieser Definition bezieht sich Gesundheit auf den gesamten Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, also im Rahmen der allgemeinen Lebensumstände, in denen sich Frauen und Männer befinden. Da sich hier unterschiedliche Bedingungen feststellen lassen, ist anzunehmen, daß auch Gesundheit für Frauen und Männer etwas anderes bedeutet.

Frauen beziehen sich bei Aussagen zu ihrer Gesundheit sehr stark auf den subjektiven, seelischen und emotionalen Bereich, wobei Aspekte des sozialen Wohlbefindens mit einbezogen werden. Das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden wird von Frauen oftmals höher bewertet, als medizinisch- psychologisch objektivierbare

Befunde. Im Vergleich dazu scheinen Männer die Einschätzung über ihre eigene Gesundheit eher auf das Nicht-Spüren, bzw. deutliche Krankheitssymptome bezüglich ihres Körpers zurückzuführen. Krankheitsstatistiken (keine näheren Angaben vorhanden) zeigen auch deutliche Unterschiede zu den Krankheitsbildern bei Frauen und Männern. Frauen leiden häufiger unter leichten „Unpäßlichkeiten“, funktionellen Störungen, Kopfschmerzen, Migräne, Erkältungen, Depressionen und unspezifischen Ängsten etc. Männer erkranken hingegen häufiger chronisch, insbesondere bezüglich des Herz-Kreislauf-Systems und erleiden häufiger Verletzungen. Frauen weisen nur eine halb so hohe Suizidrate wie Männer auf und leben im Durchschnitt sieben Jahre länger. Im Allgemeinen schätzen sie jedoch ihre Gesundheit schlechter ein, als Männer. (vgl. Franke in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 15).

Richter (1990) sagt hierzu: „Männer büßen für ihre „Unfähigkeit zu leiden“ eher mit chronischen Überlastungsschäden. Deshalb sollte die vegetative Sensibilität der Frauen nicht geringschätzig abgetan werden.“(Richter, 1990, 26 in: Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 293).

Darüber hinaus leiden Frauen etwa doppelt so häufig an Depressionen, Schwächezuständen und Psychosen als Männer und fast zweimal so häufig an Neurosen.(vgl. Ernst in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990,92).

Gesellschaftliche Rollenerwartungen- und zuschreibungen ermöglichen es Frauen eher, psychische Beschwerden zu äußern als Männern. Weiterhin tragen die sozialen Diskriminierungen dazu bei, daß Frauen sich lieber als psychisch gestört darstellen, als eine Abhängigkeitserkrankung zuzugeben. „Die medizinische Diagnose mildert das diskriminierende Urteil einer sozialen Abweichung und gibt den Schutz einer „echten“ Krankheit“.(Franke in: Singer/Theysen, 1999, 457).

Frauen leiden unter sogenannten Befindlichkeitsstörungen, die Männer seltener für sich erleben. Migräne, Kopfschmerzen, Angstgefühle, Abgespanntheit, Schlaflosigkeit, innere Unruhe,

Kreislaufstörungen, traurige und depressive Verstimmungen, Nervosität etc. sind Beschwerden, die als „typische“ Frauenleiden bezeichnet werden können.

Diese Befindlichkeitsstörungen finden ihre Ursache häufig im psychosomatischen Bereich.

Psychosomatische Störungen sind körperliche Krankheitszeichen, die seelische Ursachen haben, autonom gesteuert durch das vegetative Nervensystem. Rund ein Drittel der Patienten in einer ärztlichen Praxis haben Beschwerden, für die keine körperlichen Ursachen zu finden sind. (vgl. Das Barmer Lexikon, 1993, 428).

Psychosomatische Störungen sind oft ein Signal, mit der bestehenden Lebenssituation nicht zurechtzukommen und stehen nicht selten im Zusammenhang mit erlebten Gewalterfahrungen.

Da Frauen häufiger unter den psychosomatischen Störungen, vor allem im Bereich der unspezifischen Befindlichkeitsstörungen leiden, erleben sie eine andere Verschreibungspraxis der Ärzte als Männer. Hierauf möchte ich im Punkt 3.4. noch näher eingehen. All diese Faktoren spielen bei dem geschlechtsspezifischen Suchtverhalten im Bereich der Medikamentenabhängigkeit eine große Rolle. Frauen werden häufiger mit Medikamenten konfrontiert, da sie häufiger zum Arzt gehen (s. Punkt 3.3) und sie ihre eigene Gesundheit meist ungünstiger einschätzen als Männer. Weiterhin ist die Notwendigkeit einer Medikamentenverschreibung u.a. durch die „typischen“ Frauenleiden tatsächlich mehr gegeben. Frauen werden häufiger Medikamente verschrieben, die auf die Psyche wirken (z.B. Psychopharmaka). In den ihnen verschriebenen Schlaf- und Beruhigungsmitteln liegt ein hohes Abhängigkeitspotential.

Somit wird deutlich, daß das Risiko für Frauen, vom „normalen“ Gebrauch in die Medikamentenabhängigkeit zu gelangen, höher angesehen werden kann, als bei Männern. Das geschlechtsspezifische Suchtverhalten wird also von äußeren, gesellschaftlich und medizinischen Umständen geprägt.

### 3.2 Medikamente als Suchtmittel

Im Jahre 1999 wurden in der Bundesrepublik Deutschland rund 1,58 Milliarden Arzneimittelpackungen verkauft, ca. 36% davon ohne Rezept im Rahmen der Selbstmedikation. Dies entspricht einem Gesamtumsatz von rund 53 Milliarden DM. Insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel mit dem Wirkstoff der Benzodiazepine, aber auch Mittel mit Kodein (z.B. Husten-, Schmerz und Migränemittel) sind einige von den rund 6-8% der verordneten Arzneimittel, die ein eigenes Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential besitzen und häufig mißbräuchlich angewendet werden. Insgesamt wird die Gesamtzahl der Medikamentenabhängigen auf etwa 1,5 Millionen geschätzt.(vgl. Glaeske in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2001, 63)

**Tabelle 1**

**Tabelle 1: Apothekenmarkt der meistverkauften Arzneimittelgruppen 1999**

Rang	Indikationsgruppen	Umsatz in Mio. Packungen	Industrieumsatz in Mio. DM
1	Schmerzmittel (incl. BTM und Migräne)	177,8	1.233,0
2	Husten- und Erkältungsmittel	139,3	713,2
3	Magen-Darm-Mittel	134,5	2.120,2
4	Dermatologika	118,6	1.140,6
5	Psychopharmaka	91,7	1.627,4
6	Antirheumatika (innerlich u. äußerl.)	83,6	707,4
7	Beta-Rezeptorenblocker Calcium-Antagonisten ACE-Hemmer u. ä.	78,3	3.312,8
8	Rhinologika (Nasentropfen u. ä.)	69,6	293,6
9	Antibiotika u. ä. incl. Sera und Impfstoffe	65,8	2.560,0
10	Sexualhormon-Präparate incl. der Pille	45,9	1.001,8
Summe und Prozentanteile dieser 10 Arzneimittelgruppen vom Gesamtmarkt		1.005,1 63,3%	14.710,0 51,1%
Gesamtmarkt Industrieumsatz (excl. MWST)		28,8 Mrd. DM	
Gesamtmarkt verkaufte Packungen		1,58 Mrd.	
Apothekenumsatz ca. (incl. MWST)		53,0 Mrd. DM	

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2001: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2000, 66-67)

**Tabelle 2**

Tabelle 2: Die meistverkauften Arzneimittel in der Bundesrepublik 1999

Rang	Arzneimittel	Umsatz in Mio. Packungen	Anwendungsgebiet
1	Thomoxin (caffeinhaltig)	18,2 (SAM)	Schmerzen
2	Paracetamol ratiopharm	16,7 (SAM)	Schmerzen, Fieber
3	Olynur	14,8 (SAM)	Erkältung/Schnupfen
4	Aspirin	14,8 (SAM)	Schmerzen
5	Volkanen	14,4 (Rp)	Rheumatische Beschwerden
6	ACC Hexal	14,3 (SAM)	Hustenlöser
7	Aspirin plus C	13,8 (SAM)	Schmerzen
8	Bepanthen	12,7 (SAM)	z. B. Wundheilung
9	ASS ratiopharm	11,6 (SAM)	Schmerzen
10	Dallmanns	11,6 (SAM)	verschädigte Lutschpastillen
11	Nasenspray ratiopharm	10,3 (SAM)	Erkältung/Schnupfen
12	Oriven	9,0 (SAM)	Erkältung/Schnupfen
13	Mucosafuran	7,9 (SAM)	Hustenlöser
14	Dolommin	7,1 (SAM)	Schmerzen
15	Sinupret	6,9 (SAM)	Erkältung/Nebenhöhlenentzündung
16	L-Thyroxin Henning	6,6 (Rp)	Schilddrüsenhormone
17	Diclofenac-ratiopharm	5,9 (Rp)	Rheumatische Beschwerden
18	NAC ratiopharm	5,8 (SAM)	Hustenlöser
19	Dulcolax	5,8 (SAM)	Abführmittel
20	Benuron	5,7 (SAM)	Schmerzen, Fieber

SAM = in der Selbstmedikation nicht verschreibungspflichtig  
Rp = verschreibungspflichtig

97

(Quelle: Jahrbuch Sucht 2001: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 2000, 66-67)

Die Medikamentenabhängigkeit ist somit nach Alkohol die zweitgrößte stoffgebundene Suchtmittelabhängigkeit. Vor allem Frauen und ältere Menschen sind von der Medikamentenabhängigkeit betroffen. Die Verordnungspraxis zeigt, daß etwa zwei Drittel der Medikamente mit Abhängigkeitspotential an Frauen verordnet werden. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 22-23).

Frauen nehmen regelmäßig etwa doppelt so viele Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel ein wie Männer. Frauen ab vierzig Jahren sind durchschnittlich viermal so häufig von der Medikamentenabhängigkeit betroffen als Männer. Benzodiazepinhaltige Medikamente gehören zu der Arzneigruppe, die am häufigsten mißbraucht wird. Bereits bei niedriger Dosierung entsteht ein hohes Abhängigkeitspotential. Rund 1,2 Millionen Menschen sind abhängig von benzodiazepinhaltigen Schlaf- und

Beruhigungsmitteln. (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 48).

Durch die Verschreibungspraxis, die Frauen in Zusammenhang mit dieser Art von Medikamenten erleben, möchte ich diese im Folgenden näher erläutern. Dabei beziehe ich mich nicht auf die Schlaf-, Schmerz-, und Beruhigungsmittel aus natürlichen Substanzen, da natürliche Wirkstoffe, wie z.B. Baldrian, Johanniskraut, Kava-Kava etc. kein Abhängigkeitspotential besitzen.

### Schlafmittel (Hypnotika)

Schlafmittel dienen der Veränderung des „normalen“ Verlaufs des Schlafes bzw. verhelfen bei Schlafstörungen zum Schlaf.

Der künstliche Medikamentenschlaf verändert jedoch den natürlichen Rhythmus der Tiefschlaf und Traumphasen und ist somit weniger erholsam. Bereits bei niedriger Dosierung kann die Einnahme von Schlafmitteln zur Gewöhnung und Abhängigkeit führen und bei Langzeiteinnahme psychische und physische Erkrankungen herbeiführen. Es gibt unterschiedliche Wirkstoffe, die als Schlafmittel genutzt werden. So sind namentlich vor allem die Barbiturate bekannt. Bei Barbituraten ist das Abhängigkeitspotential sehr hoch. Die Einnahme führt in der Regel schon nach einer Woche zur Gewöhnung sowie zur Dosissteigerung. Hinzu kommt eine hohe Vergiftungsgefahr, in zu hohen Dosen wirken sie narkotisierend und lähmend auf das Atemzentrum. Aus diesem Grund werden sie heutzutage überwiegend als Narkosemittel und zur Behandlung von Epilepsie verwendet. Ihre Wirkungsweise liegt in einer Dämpfung des zentralen Nervensystems, ähnlich wie bei den Benzodiazepinen, die heute eine häufigere Anwendung bei Schlaf- und auch der Beruhigungsmittel finden. Die meistverordneten Schlafmittel enthalten verschreibungspflichtige Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine, z.B. Triazolam, Brotizolam, Flunitrazepam, Flurazepam. Über den Wirkstoff Flunitrazepam in dem Präparat Rohyponol werden die meisten Mißbrauchsfälle gemeldet. Bei der Einnahme von Benzodiazepinen tritt bereits nach etwa zwei bis vier

Wochen eine Gewöhnung ein und Schlafmittel verlieren bereits nach ca. einer Woche ihre Wirkung, wodurch eine Dosissteigerung entsteht. Benzodiazepine setzen im Zentralnervensystem einen chemischen Prozeß von rund fünf bis zu zwölf Stunden in Gang. Die Erregbarkeit der Zellen wird vermindert, wodurch die Zahl der Nervenimpulse verringert und ein künstlicher Schlaf herbeigeführt wird.

Zyklopyrrolone und Imidazopyridine ähneln in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen der Gruppe der Benzodiazepine. Sie unterscheiden sich lediglich in ihrer chemischen Zusammensetzung.

Bei einer dauerhaften Einnahme führen Schlafmittel zur psychischen und physischen Abhängigkeit und zur Toleranzentwicklung. Schlaftabletten können zu einer morgentlichen Müdigkeit und Antriebsschwäche führen. Eine dauerhafte Einnahme führt nicht selten zu Verhaltensänderungen, dazu gehören z.B., Verlust von Interesse und Initiative, Antriebsstörungen, verlangsamtes Denken, Vergeßlichkeit, emotionale Abstumpfung etc. Auch körperliche Veränderungen, wie z.B. Muskelschwäche, Reflexverlust, Appetitlosigkeit etc. Bei älteren Menschen oder nach langfristiger Einnahme können Benzodiazepine und Barbiturate entgegen ihrer gewünschten Wirkung zu sogenannten paradoxen Erregungszuständen führen, z.B. Euphorie, Unruhe Aggressionen, depressive Verstimmungen etc.

Das Absetzen von Benzodiazepinen ist mit Entzugserscheinungen, z.B. das Gefühl der psychischen Abhängigkeit, Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe, Herzrasen, Schwitzen etc. verbunden. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 129- 134).

Benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel werden mit 56% am häufigsten mißbräuchlich verordnet und konsumiert.(vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 49).

#### Beruhigungsmittel (Tranquillantien)

Beruhigungsmittel werden in der Medizin zur Milderung akuter und chronischer Angst-, Spannungs-, und Erregungszustände eingesetzt. Sie gehören ebenso wie Antidepressiva, Neuroleptika und



Stimulantien zu der Gruppe der Psychopharmaka. Neuroleptika, Stimulantien und Antidepressiva ziehen z.T. schwere Nebenwirkungen nach sich, führen jedoch kaum zur Gewöhnung und Abhängigkeit und werden dadurch selten mißbraucht. Daher möchte ich mich bei den Beruhigungsmitteln lediglich auf die Tranquillanten beziehen, die meistens auch der Gruppe der Benzodiazepine angehören. Wie zuvor beschrieben, werden sie in kurz- oder mittellanger Wirksamkeit gegen Schlafstörungen verschrieben. Benzodiazepine mit langer Wirksamkeit dienen in der Medizin oftmals als Beruhigungsmittel. Sie wirken angstlösend, dämpfend, schlaffördernd, entspannend auf die Muskeln, krampflosend etc. Näheres über die Wirkungsweise der Benzodiazepine, Folgen der Langzeiteinnahme und Entzugserscheinungen habe ich bereits bezüglich der Schlafmittel näher erläutert. Da Benzodiazepine, die als Beruhigungsmittel eingesetzt werden sich lediglich in ihrer Langzeitwirkung unterscheiden, können auch Folgen und Entzugserscheinungen verstärkt sein. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 137-139).

Benzodiazepine mit Langzeitwirkung sind z.B. Diazepam (früher Valium), Lexotanil, Tranxilium, Tavor, Adumbran, etc. (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 50).

### Schmerzmittel (Analgetika)

Schmerzmittel gehören zu den meistverkauften Arzneimitteln, s. Tabelle 1 und 2.

Es kann davon ausgegangen werden, daß nur etwa 20% der Schmerzmittel ärztlich verordnet und der größte Teil (rund 90% wegen Kopfschmerzen) im Rahmen der Selbstmedikation ohne Rezept gekauft werden. (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 53).

Opiate und opioide Schmerzmittel wirken überwiegend im Zentralnervensystem. Sie stimulieren das körpereigene, schmerzhemmende System, das im Rückenmark die Weiterleitung von Schmerzimpulsen unterbindet. Dadurch werden die Schmerzen

nicht mehr als solche empfunden (z.B. bei Streß- oder Gefahrensituationen, Schockzustand etc.). Sie wirken stark schmerzhemmend, hustendämpfend, euphorisierend, beseitigen Angstgefühle, vermindern die geistige Aktivität und werden nur zur Behandlung von extremen Schmerzzuständen, etwa zur Tumorbehandlung etc. eingesetzt. Zu den Opiaten und opioiden Schmerzmitteln zählen z.B. Fentanyl, Kodein, Dextromethorphan, Dextropropoxyphen, Buprenorphin etc. Ihre Einnahme führt nicht selten zu Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufbeschwerden, Atemnot etc. Opiate werden häufig in der Drogenszene mißbraucht, z.B. Heroin, Kodein etc. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 100-106).

Sie unterliegen zum größten Teil dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 53)

Nichtopioide Schmerzmittel wirken überwiegend außerhalb des Zentralnervensystems. Sie hemmen Schmerzstoffe, die z.B. nach einer Verletzung außerhalb des Zentralnervensystems gebildet werden. Sie wirken fiebersenkend, schmerzhemmend, entzündungshemmend etc., können aber auch bei Dauergebrauch zu Beeinträchtigung der Nierenfunktion, Blutungen oder Geschwüren, Beschwerden im Magen- Darm Bereich, Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, Verschlechterung des Blutbildes, Schädigungen der Leber und Asthmaanfällen etc. führen. Nichtopioide Wirkstoffe sind z.B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Metamizol, Phenylbutazon etc. Opiate, opioide Schmerzmittel haben ein Abhängigkeitspotential und eine Toleranzentwicklung. Nichtopioide Schmerzmittel werden häufig mißbräuchlich konsumiert, wenn sie einen Koffeinzusatz enthalte, s. Tabelle 2., S 44-45. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 100-106).

Diese Kombinationspräparate sind u.a. bekannt unter den Namen Thomapyrin, Doppel-Spalt compact, Neuralgin N, Optalidon N etc. und oftmals rezeptfrei zu erhalten (vgl. Jeuck, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 53-54).

Eine Studie von Glaeske (1996) belegt, daß bereits 15% der 13-jährigen und 22% der 18-jährigen regelmäßig Schmerzmittel konsumieren, ein alarmierendes Ergebnis. Eine Studie an einer Berliner Gesamtschule (keine näheren Angaben vorhanden) ergab, daß im Abitursemerster rund 80% der Mädchen regelmäßig Schmerztabletten einnahmen, um das eigene Wohlbefinden zu steigern. (vgl. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio, Nr.46, 1998, 23).

Arzneimittel sind, wie bereits erwähnt, in erster Linie Heilmittel, die zu einer besseren Gesundheit und einem gesteigerten Wohlbefinden verhelfen sollen. Sie gehören jedoch nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Kategorie der Drogen an. Die WHO definiert jede Substanz (chemischen oder natürlichen Ursprungs) als Droge, die eine oder mehrere Körperfunktionen zu verändern vermag. „Medikamente werden häufig zu hoch dosiert oder zu lange eingenommen, oft aber auch gar nicht entsprechend ihrer eigentlichen therapeutischen Indikation eingesetzt, also mißbraucht“ (Glaeske, Günther, Keller, 1997, 11, 53).

Ohne dessen Berücksichtigung, findet der Gebrauch von Medikamenten in unserer Gesellschaft eine weitgehende Akzeptanz. Medikamente unterliegen mehrheitlich nicht dem Betäubungsmittelgesetz, sind somit legal verfügbar und zu einem großen Teil freiverkäuflich zur Selbstmedikation zugelassen. Der rezeptpflichtige Teil findet seine Akzeptanz durch die fachmännische Verschreibung der Ärzte, Mediziner etc.

„Mißbrauch, bzw. der Konsum von Medikamenten ist bereits ein gesellschaftlich akzeptiertes Bewältigungsverhalten geworden.“ (Glaeske, Günther, Keller, 1997, 19).

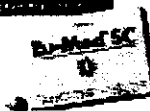
Die gesellschaftliche Akzeptanz bezüglich der Medikamente wird ähnlich wie beim Alkohol nicht zuletzt durch die Medien gefördert.

Mit Slogans, wie z.B. „Nicht Scheinlösungen von Problemen, sondern Lösung von Scheinproblemen“ (Librium, 1960), „Die rosarote Brille für die Seele“ (Diazepam, 1963) (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 50).

**„Mein Kopfweh ist schlimm.  
Aber fast genauso schlimm ist,  
wie mein Mann darauf reagiert.“**

Die meisten Frauen, die von Kopfschmerzen geplagt werden, sind auch von den Schmerzen ihrer Partneren geplagt. Ein solches Verhalten ist ein Zeichen für eine emotionale Abhängigkeit, die durch die Einnahme von Schmerzmitteln verstärkt wird. Ein solches Verhalten ist ein Zeichen für eine emotionale Abhängigkeit, die durch die Einnahme von Schmerzmitteln verstärkt wird.

Die meisten Frauen, die von Kopfschmerzen geplagt werden, sind auch von den Schmerzen ihrer Partneren geplagt. Ein solches Verhalten ist ein Zeichen für eine emotionale Abhängigkeit, die durch die Einnahme von Schmerzmitteln verstärkt wird. Ein solches Verhalten ist ein Zeichen für eine emotionale Abhängigkeit, die durch die Einnahme von Schmerzmitteln verstärkt wird.



**REGATOL<sup>®</sup>N.  
ABNEHMEN UND DABEI  
MENSCH BLEIBEN.**



(Quelle: Schlucken und Schweigen: Wie Arzneimittel Frauen zerstören können: Ernst/ Füller, 1988).

Die Werbung suggeriert uns, daß Gesundheit, Wohlbefinden, die Bewältigung des Alltags und Anerkennung mit ihnen erreicht werden können. Medikamente verhelfen uns, schnell wieder zu funktionieren, durchzuhalten, aktiv und gesund zu werden und sind ein selbstverständlicher Alltagsbegleiter geworden.

Somit erscheint der Griff zu der „Wunderpille“ harmlos und befreiend, die Hemmschwelle der Verbraucher sinkt. Übersehen wird hierbei, daß selbst scheinbar harmlose Medikamente, z.B. Grippe- oder Schmerzmittel etc. zu etwa 20% die Gefahr des Mißbrauchs in sich bergen und rund 10% aller Arzneimittel in die Abhängigkeit oder Sucht führen können und Medikamente oftmals eine Vielzahl von

unerwünschten Nebenwirkungen mit sich führen. ( vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 11, 18).

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Begriffe „Mißbrauch“, „Abhängigkeit“ und „Sucht“, die unterschiedliche Stadien des Medikamentenkonsyms kennzeichnen, kurz zu erläutern.

„Unter einem Mißbrauch von pharmakologisch wirksamen Substanzen versteht man jeden Gebrauch, der von ihrer ursprünglichen Bestimmung abweicht. Ein „bestimmungsmäßiger Gebrauch“ bedeutet, die Arzneimittel werden im Rahmen des medizinischen Anwendungsgebiets (Indikation) eingenommen, für das sie zugelassen sind.“ (Glaeske, Günther, Keller, 1997, 53-54).

So kann beispielsweise die Behandlung von Tumorerkrankungen mit Barbituraten als „bestimmungsmäßiger Gebrauch“ bezeichnet werden. Nicht dazu gehört aber ihre Einnahme zur Auslösung eines euphorischen Zustandes oder zur Milderung einer Depression. Medikamentenmißbrauch ist häufig die Vorstufe zur Abhängigkeit und der Übergang fließend. Medikamentenabhängigkeit entsteht, wenn der Konsument den starken Wunsch verspürt, die Medikamente regelmäßig und dauerhaft einzunehmen. Mit Hilfe ihres Wirkstoffes will der Konsument einen bestimmten, gewünschten Zustand erreichen, z.B. die Leistungsfähigkeit erhöhen durch die Einnahme koffeinhaltiger Medikamente. Hierbei wird zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. Die psychische Abhängigkeit ist das Verlangen nach einem Zustand seelischer Zufriedenheit, der durch das betreffende Medikament hervorgerufen wird. Die physische Abhängigkeit kennzeichnet sich durch das Auftreten körperlicher Entzugserscheinungen bei Absetzen des jeweiligen Medikamentes. Der Grad der psychischen und physischen Abhängigkeit variiert nach der Art des einzelnen Wirkstoffs. Sie sind nicht generell gegeben und müssen sich nicht gegenseitig bedingen. Eine Medikamentenabhängigkeit kann leicht in die Sucht führen. Sucht kennzeichnet einen Zustand, bei der die Betroffenen ihre gesamte Lebensaktivität, ihr ganzes Verhalten vom Drogengebrauch und der Drogenbeschaffung bestimmen lassen. Es ist ein extremer Zustand der

Abhängigkeit. Sucht ist jedoch unabhängig von körperlicher Abhängigkeit, d.h. Konsumenten, die von einem bestimmten Medikament körperlich abhängig sind, müssen nicht unbedingt süchtig sein. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 53-56).

Häufig findet bei der Medikamentenabhängigkeit ein polytoxikomaner Gebrauch statt, d.h. die Medikamente werden nicht als alleinige Substanz konsumiert sondern in Verbindung mit Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen. Daher wird oft eine entsprechende Addierung oder ein paradoxer Verlauf der Folgen festgestellt.

Medikamente haben bei Abhängigkeit ihre ursprüngliche Funktion als Heilmittel verloren. Medikamentenabhängige nehmen diese vorrangig nicht mehr, weil sie krank sind. Sie bleiben krank, es ändert sich nichts an ihrer Situation, weil sie Medikamente nehmen um u.a. auch die bereits vorhandenen Entzugserscheinungen zu umgehen. Abhängige haben hierdurch ein zusätzliches Problem und befinden sich sozusagen in einem „Teufelskreis“.



**Abbildung 1**

(Quelle: Glaeske/ Rumke: Medikamente...Gebrauch und Mißbrauch, Barmer Ersatzkasse, keine weiteren Angaben vorhanden).

### **3.3 Medikamentenabhängigkeit bei Frauen**

Frauen, besonders ältere Frauen sind, wie bereits in Punkt 3.2 erwähnt, in höherem Maße von der Medikamentenabhängigkeit betroffen. Mir scheint wichtig, die hohe Zahl der betroffenen Frauen

bezüglich ihrer Ursachen zu hinterfragen. Die Gründe, die zum Medikamentenmißbrauch führen können sind sehr vielfältig. Glaeske, Günther, Keller (1997) beschreiben mögliche Gründe, z.B. die Sehnsucht nach Anerkennung, die Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen, die Suche nach Sicherheit im Alltag, die Flucht vor Konflikt-, Streß- und Entscheidungssituationen, die Bewältigungsstrategie bei physischer und psychischer Erschöpfung. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 67).

Die Persönlichkeitsstruktur einer Frau, die süchtiges Verhalten, in diesem Fall die Medikamentenabhängigkeit aufzeigt, ist oftmals gekennzeichnet durch ein Übermaß an Anpassung, das Fehlen von Abgrenzungsmöglichkeiten, einem unzureichendem Selbstwertgefühl, einer instabilen Identität, das Umgehen einer direkten Auseinandersetzung, problematische Eltern und Vorbilder etc. (vgl. Feldmann-Vogel, 1989, in: Fett, 1996, 84).

Es wird deutlich, daß die Ursache der Häufigkeit der Medikamentenabhängigkeit bei Frauen eng mit den eingangs beschriebenen gesellschaftlichen Bedingungen und Gewalterfahrungen, die die Lebenssituation vieler Frauen bestimmen, verknüpft ist. Frauen sind, wie bereits in Punkt 2.1 erwähnt, häufig mit den alltäglichen Erwartungen, die an sie gestellt werden in Verbindung mit ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen überlastet. Sie befinden sich in der heutigen Zeit immer noch in benachteiligten Lebenssituationen. Das formt ihre Identität und ihr Selbstwertgefühl. Der Bedarf an Zuneigung und Wertschätzung steigt. Im Laufe der Erziehung haben Frauen seltener als Männer gelernt, sich zu behaupten und sich mit Konfliktsituationen auseinanderzusetzen. Emotionen wie Wut, Aggression etc., die u.a. durch emotionale Probleme, Streß und berufliche Belastungen entstehen finden, im Gegensatz zu den Männern, häufig kein Ventil. Das Ausleben von Wut und Aggression wäre unangemessen zu ihrer gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle, angepaßt und unauffällig zu funktionieren. Sie hat kaum Bewältigungsstrategien gelernt. Männer haben im Gegensatz zu Frauen auch häufiger die Möglichkeit, ihre eigene Psyche in

anerkannten Bereichen, z.B. Sport, Vereinen, politische Betätigung, berufliche Anerkennung und Erfolg etc. zu entlasten. (vgl. Ernst/Füller, 1988, 69).

Soltau (1984) schreibt „Die Lebensalltäglichkeit von Frauen trägt die Abhängigkeit schon in sich selbst. Suchtmittel zu konsumieren ist nur ein sichtbarer Ausdruck davon.“ (Soltau 1984 in: Vogt/Leopold in: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, 2).

Medikamente verhelfen Frauen im Alltag zu funktionieren, die Anforderungen, die an sie beruflich und/oder familiär gestellt werden, zu bewältigen und ihrer gesellschaftlich zugeschriebenen Rolle zu entsprechen, auch um den Preis der Abhängigkeit.

„Sie gewöhnen sich rasch an die kleinen, chemischen Helfer, innerhalb kurzer Zeit gehört die Tablette zum normalen Tagesablauf. Sie decken Probleme für lange Zeit zu, die Fassade wird gewahrt.“ (Glaeske, Günther, Keller, 1997, 32)

Der alltägliche Griff zu Medikamenten ist bei Frauen häufig bedingt durch sogenannte Befindlichkeitsstörungen, z.B. Kopfschmerzen, Kreislaufbeschwerden, depressive Verstimmungen, Abgespanntheit, Schlaflosigkeit, Nervosität etc. Sie haben, wie bereits erwähnt, nicht selten psychosomatische Ursachen und werden durch die alltägliche Überforderung und Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation hervorgerufen.

„Psychosomatische Störungen sind oft Ausdruck mangelnder Zuwendung, Wertschätzung, und Anerkennung, bzw. Ausdruck der Erschöpfung durch den unaufhörlichen Versuch, allen Anforderungen gerecht zu werden.“(Glaeske, Günther, Keller, 1997 32)

Durch die Einnahme eines entsprechenden Medikamentes sind Frauen dann z.B. trotz einer schlaflosen Nacht in der Lage, am nächsten Tag zu funktionieren oder die beruflichen Anforderungen auch bei Kopfschmerzen zu leisten. Medikamente helfen die Erwartungen der Gesellschaft und des näheren sozialen Umfeldes zu erfüllen. Wenn Frauen ihrem gesellschaftlich erwarteten und anerzogenem Bedürfnis nachgehen, jederzeit zu funktionieren und eigene und fremde



Erwartungen zu erfüllen, wird der Konsum von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln oftmals schnell erhöht (vgl. Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 293). „Chemisch abgeschirmt und in Pharma-Watte gepackt, werden extreme Belastungen, Überforderungen oder Einsamkeitsgefühle erträglich.“ (Ernst/Füller, 1988, 11).

Es ist aber auch der Ausdruck der „Erschöpfung“ nach einem endlosen Prozeß des „Gebens“. (vgl. Ernst/Füller, 1988, 93).

Insbesondere ältere Frauen sind von der Medikamentenabhängigkeit betroffen.

„Die gegebene soziale Lage und das Ausmaß sozialer Unterstützung der Frau, aber auch ihr Lebensalter in seiner besonderen geschlechtsspezifischen Auswirkung auf die individuelle Lebenswelt, den persönlichen Lebensstil und damit auch das arzneimittelbezogene Verhalten, erscheinen ätiologisch, diagnostisch und prognostisch von großer Bedeutung.“ (Feser, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 111).

Dem Aspekt des gesteigerten Medikamentenmißbrauchs im hohen Lebensalter können viele Erklärungsansätze zugrunde liegen. Ältere Frauen befinden sich in einer geänderten Lebenssituation, in der sie mit anderen Belastungen konfrontiert werden, z.B. die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren, die Erkenntnis körperlicher Veränderungen, eine geminderte Leistungsfähigkeit, das Gefühl „alt“ zu sein etc., eine tatsächlich erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten, die Belastung durch Betreuung älterer Angehöriger, eine Arbeitsplatzunsicherheit, die Berentung des Partners mit möglichen neuen Partnerschaftskonflikten, eine soziale Isolation oder eine hohe Ansammlung negativer Lebenserfahrungen. Bedeutung in diesem Zusammenhang bekommt sicherlich die Verselbständigung der Kinder, die von den Frauen subjektiv unterschiedlich bewertet wird. Verlassen die eigenen Kinder das Haus, so kann es bei Frauen das Gefühl hervorrufen, einen Verlust zu erleben, ihre Rolle als Mutter nicht mehr ausfüllen zu können und somit nicht mehr gebraucht zu werden.

Häufig greifen Frauen zu Medikamenten, um einem Schönheitsideal zu entsprechen. Um ihrem, durch ihre Sozialisation geprägten Wunsch, anderen (vor allem den Männern) zu gefallen, hübsch und auch sexuell attraktiv zu bleiben, greift sie schnell zu Schlankheitsmitteln (Appetitzüglern oder Laxantien), wobei Appetitzügler nicht selten den erwünschten Nebeneffekt haben, aufputschend und anregend zu wirken. (vgl. Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 293).

Darüber hinaus wurde der Konsum von Medikamenten aber auch als Überlebensstrategie im Zusammenhang mit vorhandenen (sexuellen) Gewalterfahrungen erkannt. (vgl. Zurhold, 1993 in: Vogt/Leopold in: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, 4-5).

Der Drogenkonsum, in diesem Fall der Konsum von Medikamenten, hat die Funktion zu betäuben. Mit Gewalterfahrungen einhergehende, nicht ausreichend verarbeitete Gefühle, z.B. Angst, Scham, Ekel, Schmerz etc., werden u.U. nicht mehr in dem Maße empfunden. Es stellt sich ein qualitativ höheres Lebensgefühl für betroffene Frauen ein. Medikamente werden zur Heilung, bzw. Verdrängung der traumatischen Erlebnisse eingesetzt. (vgl. Vogt/Leopold in: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, 15-16).

Nach Schätzungen der Therapieeinrichtungen und Fachkliniken für suchtkranke Frauen (keine näheren Angaben vorhanden) sind 30% bis 60% der alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden oder haben sonst Erfahrungen mit der permanenten Grenzüberschreitungen an ihrer Person gemacht. Im Bereich der illegalen Drogen liegt der Anteil der suchterkrankten Frauen, die sexuellen Mißbrauch durchlebt haben noch wesentlich höher. (vgl. Flügel/Merfert-Diete: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1993, 53).

Daß Frauen zur Alltagsbewältigung zur Substanz der Medikamente greifen, hängt sicherlich mit ihrem Wesen und der symbolischen Bedeutung der Medikamente zusammen. Wie bereits in Punkt 3.1.

erwähnt, neigen Frauen dazu, ihrer zugeordneten Geschlechterrolle angemessene Substanzen zu konsumieren. Die Rollenerwartungen und -zuschreibungen an Frauen, gefügig, unauffällig und angepaßt zu sein, paßt zum Medikamentenkonsum. Medikamente werden leicht, unauffällig und ohne viel Aufsehen geschluckt. Sie sind legal und einfach verfügbar, so daß die Frau zur Beschaffung sich im gesellschaftlich anerkannten Rahmen bewegen kann und bis auf die Ausnahme einer möglichen Rezeptfälschung keiner Beschaffungskriminalität, Prostitution etc. ausgesetzt ist.

Im Gegensatz zu manch anderen Drogen sind Medikamente, wie zuvor erwähnt, gesellschaftlich anerkannt. Sie hinterlassen keinen Geruch, wie z.B. die Fahne beim Alkohol und die Einnahme ist auch sonst auf den ersten Blick meist nicht zu erkennen.

„Während bei den typischen „Männer-Diagnosen“ sehr unterschiedliche Arzneimittel, pharmakologisch begründbar je nach Diagnosebereich und Symptom eingesetzt werden, sind die Arzneimittel, die den unterschiedlichen „Frauen-Diagnosen“ folgen, ihrem Charakter relativ ähnlich: Adumbran, Rohypnol, Limbatril etc.(...)sind allesamt Präparate, denen eine beruhigende, dämpfende oder schlafanstoßende Wirkung gemeinsam ist.“ (Glaeske, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 109).

Medikamentenabhängige Frauen können ihrer zgedachten Rolle still und unauffällig funktionieren. Ihre Probleme sind scheinbar gedämpft und beruhigt. Mißtrauen des näheren sozialen Umfeldes entsteht bezüglich einer Medikamentenabhängigkeit meist nicht, da sich die Arbeits-, Wohn-, und Beziehungssituation der Betroffenen durch die gesellschaftlich anerkannten Rezepte des Arztes wunderbar regeln, beruhigen und aushalten lassen. (vgl. Jeuck, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 52).

Frauen neigen dazu, u.a. aufgrund der geringen gesellschaftlichen Toleranz gegenüber suchtkranken Frauen im Vergleich zu Männern, ihre Abhängigkeit lange zu verheimlichen und sie lediglich im Privatbereich auszuleben. Offenkundig wird die Medikamentenabhängigkeit bei Frauen oftmals erst, wenn sie den

alltäglichen Aufgaben nicht mehr gewachsen sind. „Die abschirmende Wirkung läßt gleichzeitig eine emotionale Leere entstehen, die nur noch funktionieren und auch Angenehmes nicht mehr fühlen läßt. Darüber hinaus haben sie vielfältige körperliche und psychische Nebenwirkungen u.a. auch die der Suchtentwicklung“ (Latta/Meyer: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio Nr.46, 1998, 7).

Im fortgeschrittenen Stadium sind Frauen bezüglich der Medikamentenabhängigkeit nicht selten von ihren Folgen und die damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen konfrontiert, die ich in Punkt 3.2 bereits näher erläutert habe. Veränderungen bezüglich des Interessenverlustes, der Unzuverlässigkeit, Vergeßlichkeit, Antriebsschwäche, Gleichgültigkeit etc. führen zu einer Leistungseinschränkung bezüglich ihrer sozialen und beruflichen Anforderungen. Der Zustand der Medikamentenabhängigkeit beinhaltet zusätzlich Begleitsymptome, z.B. Depressionen, Angstzustände, Müdigkeit, aber auch rein körperliche Symptome, wie Muskelschwäche, Reflexverlust etc. Die häufig erlebte Unfähigkeit, den Konsum zu kontrollieren führt zu dem Gefühl versagt zu haben, zum Selbsthass und letztendlich zur Resignation. Darüber hinaus kann das Gefühl, innerhalb seiner zugewiesenen Aufgaben bezüglich der Familie und der Partnerschaft versagt zu haben, eine starke Schuldzuweisung hervorrufen „Bei einigen Frauen mündet die Medikamentenabhängigkeit in einer Suchtkarriere mit Nervenzusammenbrüchen, Einweisungen in die Psychiatrie und Selbstmordversuchen.“ (Ernst/ Füller, 1988, 14).

„Die Medikamenteneinnahme blendet nicht die Ursachen aus, die letztendlich zu der Abhängigkeit geführt haben, sondern nur die Folgeerscheinungen. Somit scheint den Betroffenen eine Auseinandersetzung mit den Ursachen des Leidens nicht mehr notwendig.“(Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 292).

Wird die Medikamentenabhängigkeit offenkundig, ist die betroffene Frau Diskriminierungen und Verurteilungen der Gesellschaft

ausgesetzt. Die Ursachen, die zur Abhängigkeit geführt haben, werden hierbei nicht selten in den Hintergrund gedrängt. Frauen, die stumm und unauffällig in die Abhängigkeit geglitten sind, scheinen sich nicht offensichtlich in einer belasteten Lebenssituation zu befinden. Sie haben sich nie laut beschwert oder sichtbar versucht, an ihrer Situation etwas zu ändern. Sie haben still und leise die Verantwortung für das eigene Befinden den Medikamenten übertragen und ausgehalten. Für Außenstehende sind mögliche Gründe für das Abgleiten in die Abhängigkeit oftmals nicht die gesellschaftlichen Bedingungen und traumatische Erlebnisse, wie Gewalterfahrungen, da sie durch die Zurückhaltung der Frauen oftmals nicht offensichtlich sind. Medikamentenabhängige Frauen gelten viel stärker als willensschwach oder unbeherrscht, nicht belastbar und haltlos etc.

Frauen ist die Position des „Gebens“, ein aufopferungsvolles Verhalten gegenüber ihrer Familie und Mitmenschen wohl vertraut. Ist sie durch permanente Überforderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder Unwohlsein durch die Monotonie und Isolation der Hausfrauenrolle in ihrer üblichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, stellt sie nicht selten ein Defizit bezüglich eines Rückhalts aus ihrem sozialen Umfeld fest. Frauen erfahren oft in der Kindererziehung, der Haushaltsführung und der beruflichen Vereinbarkeit etc., wie bereits in Punkt 2.1.3 beschrieben, wenig Rücksicht und Unterstützung. Ist sie einmal in der Situation, Hilfe in Anspruch zu nehmen, bleibt ihr nur der Gang zum Arzt. Dort erlebt sie eine gewisse Zuwendung, Interesse an ihrer Person und ihr „buntes Wunder“. Medikamente verhelfen ihr, je nach Wirkungsart auszuspannen, zur Ruhe zu kommen, oder aber leistungsfähig zu bleiben. Krankheit ist also fast eine Form von Luxus, den sich die Frauen bezüglich ihrer gesellschaftlichen Anforderungen leisten.

Für viele Frauen ist der Gang zum Arzt auch eine Möglichkeit, eindringlicher an ihre Familie um Hilfe zu appellieren. Die ärztliche Feststellung von Krankheiten stellt einen offensichtlichen Hilfebedarf dar. (vgl. Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 293).

Frauen gehen aber auch aufgrund ihres sensibleren Körperempfindens bei seelischen Leiden und Befindlichkeitsstörungen eher zum Arzt als Männer. Dementsprechend häufiger werden bei ihr behandlungsbedürftige Krankheiten diagnostiziert, die von Ärztinnen und Ärzten oft über Jahre mit Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln behandelt werden. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 32).

Untersuchungen haben jedoch gezeigt (keine näheren Angaben vorhanden), daß Ehen und Partnerschaften bei der Sucht des Mannes länger aufrechterhalten bleiben, als bei einer Suchterkrankung der Frau. Frauen neigen dazu, den Mann in seiner Lage zu unterstützen, ihm aus der Befreiung seiner Sucht helfen zu wollen und sich für seine Suchterkrankung verantwortlich zu fühlen. Nicht selten geraten sie hierbei durch die volle Konzentration auf ihren Partner und den immer wieder erlebten Enttäuschungen selbst in eine hilflose Lage, in die sogenannte „Co-Abhängigkeit“. Bei ihrer eigenen Suchterkrankung erfährt die Frau nur wenig Unterstützung und rutscht nicht selten in eine auswegslos erscheinende soziale Isolation. Die Partner von abhängigen Frauen sind deutlich weniger bereit, diese z.B. bei therapeutischen Gesprächen im Rahmen einer Paartherapie zu begleiten und ihr helfend zur Seite zu stehen. (vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 33).

Studien, die zu der Thematik „Abhängigkeit bei Frauen“ durchgeführt wurden sind insgesamt im Verhältnis zu gemischtgeschlechtlichen Studien rar. Ferner werden sie überwiegend im stationären Bereich durchgeführt, so daß Frauen, die noch keine Behandlung in Anspruch genommen haben und sich eventuell in einem relativ frühen Stadium ihrer Abhängigkeit befinden, kaum erfaßt werden. Differenziertere Studien wären insbesondere im Bereich der Medikamentenabhängigkeit von Bedeutung, da diese lange Zeit von Frauen verheimlicht werden kann und sie selten sozial auffällig werden.

In diesen Zusammenhang möchte ich die für meine Arbeit wichtigsten Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung aufführen, die

nicht innerhalb des stationären Bereiches gewonnen wurden und somit eine Gruppe Frauen in ihrem ganz alltäglichen Leben, außerhalb jeder Hilfsinstitution erfassen. Es handelt sich hierbei um eine salutogenetische Verlaufsstudie zu dem Thema „Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen“, die von Franke, Elsesser, Sitzler u.a. durchgeführt wurde. Hintergrund dieser Studie war eine Ausschreibung eines Forschungsvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit (1992) zum Thema „Sexualität und Partnerschaft alkohol-, medikamenten- und drogenabhängiger Frauen“. Bei der Aufführung der für meine Arbeit wichtigen Ergebnisse dieser Studie, beziehe ich mich durchgehend auf den Bericht von Franke „Suchtmittel im Leben von Frauen“, in: Suchtreport, Heft 6 /1999.

Die Studie wurde anhand eines Fragebogens mit 220 Items per Zufallsauswahl (Postsendung an Adressen, die über das Einwohnermeldeamt bezogen wurden) an je einer repräsentativen Gruppe von Frauen zwischen 20 und 60 Jahren aus einer westdeutschen Stadt (Dortmund, 1720 Frauen) und einer ostdeutschen Stadt (Magdeburg, 1480 Frauen) durchgeführt. Die Untersuchung bezog und konzentrierte sich auf folgende drei Bereiche:

- Soziodemographische Situation,
- Partnerschaft und Sexualität,
- Internale Ressourcen (z.B. Selbstvertrauen, Ich- Identität, Intelligenz, Wissen, Bildungsstand, materieller Wohlstand etc.) und externale Ressourcen (diejenigen, die dem Menschen als Mitglied seiner sozialen Gruppe und der Gesellschaft zur Verfügung stehen).

Die Rücklaufquoten der Fragebögen beliefen sich in Dortmund auf 26,6% und in Magdeburg auf 20,8%, so daß die Stichprobe insgesamt 929 Frauen umfaßte, davon 615 in Dortmund und 314 in Magdeburg. Frauen mit auffälligem Medikamentenkonsum bildeten in beiden Städten die älteste Gruppe (Dortmund: 45,3 Jahre, Magdeburg: 44,4 Jahre). Durchschnittlich waren die Frauen mit auffälligen Alkohol- und Medikamentenkonsum älter, als Konsumentinnen illegaler Drogen (Altersdurchschnitt: 27,7 Jahre). Bei der Betrachtung der

Ergebnisse fällt auf, daß abhängige Frauen seltener verheiratet und häufiger geschieden sind. Bei den medikamentenabhängigen Frauen ist der Anteil der Geschiedenen in Dortmund dreimal, in Magdeburg doppelt so hoch, wie bei den substanzunauffälligen Frauen. Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum berichteten über ein angemessenes Maß an sozialer Unterstützung, wohingegen das Ausmaß der Unterstützung mit zunehmender Auffälligkeit des Substanzkonsums sank. Diesbezüglich ist keine Erklärung über den Kausalzusammenhang gegeben. Es kann davon ausgegangen werden, daß abhängige Frauen insgesamt ein höheres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung haben, als substanzunauffällige Frauen. Der erhöhte Substanzkonsum kann diesbezüglich also die Ursache, aber auch die Folge darstellen. Es ist jedoch passend zu der Ansicht, daß Frauen selbst wenig Rückhalt aus ihrem näheren sozialen Umfeld erhalten und insbesondere bei einer Abhängigkeitserkrankung wenig Unterstützung von ihrer Familie und ihren Partnern erfahren. Rund zwei Drittel aller Frauen hatten Kinder. In den Ergebnissen der Studie machte sich deutlich, daß medikamentenabhängige Frauen im Vergleich zu substanzunauffälligen Frauen niedrigere Schulabschlüsse aufwiesen. 75% der Medikamentenabhängigen gaben an, einen Hauptschulabschluß zu besitzen.

Dies unterschied sich nicht signifikant zwischen Ost und West. Bezüglich der substanzunauffälligen Frauen war der Anteil der Berufstätigen in Magdeburg mit insgesamt 73% höher, als bei den Frauen in Dortmund mit 59%. Die Anteile der berufstätigen Frauen bei denjenigen mit hohem Alkohol- und Medikamentenkonsum waren dem gegenüber leicht erniedrigt. Diesbezüglich fallen jedoch Unterschiede zu den Abhängigen auf. Bei der Gruppe der medikamentenabhängigen Frauen, waren lediglich 14%, hingegen 33% der alkoholabhängigen Frauen berufstätig. Medikamentenauffällige Frauen waren in beiden Städten deutlich weniger mit ihrer Partnerschaft zufrieden, wobei die Zufriedenheit stieg, je weniger Medikamente von den Betroffenen eingenommen wurden. Bei einem erhöhten Medikamentenkonsum berichteten die



Frauen über mangelnde und unbefriedigende Kommunikation mit dem Partner, über unzufriedene emotionale Kontakte, über Schwierigkeiten bei der Verteilung und Bewältigung von Aufgaben, über Unklarheit und Uneinigkeit bezüglich der Rollenaufteilung, über mangelnde Empathie und Fürsorge und über verletzend, durch Machtkämpfe gezeichnete Kontrollversuche des Partners. In Dortmund ließ sich zudem ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Medikamentenkonsum und dem Ausmaß der in der Partnerschaft erlebten Gewalt und Aggression nachweisen, in Magdeburg zwischen dem Medikamentenkonsum und dem Dominanzverhalten des Partners und sexueller Gewalt durch ihn. Zu insgesamt 38% gaben medikamentenabhängige Frauen an, daß sie sexuelle Gewalt erfahren haben. Weiterhin beurteilten sie sowohl in Dortmund als auch in Magdeburg ihre Gesundheit als schlecht, was sich deutlich von den substanzunauffälligen, aber auch von den alkohol- und drogenauffälligen Frauen unterschied.

Die Gruppe der medikamentenabhängigen Frauen zeigten ferner ein geringes Ausmaß an psychischer Gesundheit und internalen Ressourcen. Sie haben ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl und fühlen sich weniger in der Lage, ihre alltäglichen Angelegenheiten selbständig zu regeln. Das Gefühl der internalen Kontrolle ist bei der befragten Gruppe wenig ausgeprägt und sie sind in allen untersuchten Dimensionen depressiver.

Alle befragten Frauen schätzten ihre finanzielle Situation überwiegend als zufriedenstellend ein. Die Frauen mit Substanzproblemen verfügten über das gleiche Repertoire an Copingstrategien (was tut eine Person, um eine für sie schwierige Situation in den Griff zu bekommen), wie die substanzunauffälligen Frauen. Sie setzten jedoch häufig ihre Abhängigkeit als eine Strategie ein, um Konfliktsituationen zu bewältigen.

Bei der Gruppe der befragten Frauen nahm in den letzten 4 Wochen beinahe die Hälfte (49% in Dortmund, 46% in Magdeburg) ein Medikament aus der Indikationsgruppe Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungs-, Abführmitteln und Appetitzügler ein.

(vgl. Franke in: Suchtreport, Heft 6, 1999, 29-36).

Die Darlegung der wichtigsten Ergebnisse dieser Studie verdeutlicht und untermauert nochmals die Thesen, die ich in den vorangegangenen Teilen meiner Arbeit dargestellt habe.

### **3.4 Verschreibungspraxis**

Dem geschlechtsspezifischen Suchtverhalten liegt sicherlich auch die ärztliche Verordnungspraxis und das Verhältnis zwischen Arzt und Patientin zugrunde.

Frauen leiden überwiegend unter anderen Krankheitsbildern als Männer, was sich auch in der Verschreibungspraxis widerspiegelt. Krankheitssymptome der Frauen sind eher unspezifisch und auf psychosomatischer oder überhaupt psychischer Ebene. Dementsprechend sind auch die ihnen verordneten Mittel eher unspezifisch, insgesamt dämpfend, antiaggressiv und „zähmend“. (vgl. Latta/Meyer in: Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Clio Nr. 46, 1998, 7).

Die Medikamentenverordnung ist also der Rolle der Frau angeglichen. Emotionen, z.B. Ärger, Wut und Aggression passen, wie bereits erwähnt, nicht zu dem gesellschaftlich erwarteten Weiblichkeitsbild und werden daher medikamentös unter Kontrolle gehalten und verdrängt.

Eine Schuldzuweisung an Ärzte wäre hier sicherlich unangemessen. So hat sich die Verschreibungspraxis im Zuge der Prävention und Aufklärung in den letzten Jahren bei einem verantwortungsbewußten Umgang mit Medikamenten deutlich verbessert. Dennoch ist der ärztliche Rahmen ein grundlegender Bereich dieser Thematik und sollte nicht völlig außer Acht gelassen werden. In diesem Zusammenhang möchte ich noch erwähnen, daß ein Revisionsurteil des Oberlandesgerichts Frankfurt (keine Jahresangabe vorhanden) festlegte, daß nicht nur das Hervorrufen einer Tablettensucht ohne zwingende medizinische Begründung eine Körperverletzung darstellt, sondern auch die Aufrechterhaltung der Sucht. Eine Ärztin oder ein Arzt macht sich also mit der vorsätzlichen oder bewußten

Aufrechterhaltung einer solchen Sucht strafbar.(vgl. Ernst/Füller, 1988 , 12).

Medikamentenabhängigkeit findet dennoch im Kontext von normalem, anerkannten Gesundheitshandeln statt. So werden z.B. Benzodiazepine zu 65% durch praktische Ärzte/ Allgemeinmediziner/ innen, zu 23% durch Internist/ innen und zu 10% durch Nervenärzte oder Nervenärztinnen verordnet.(vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 51).

Eine größere Kassenpopulation in NRW (keine weiteren Angaben vorhanden) hat in ihrer Untersuchung herausgestellt, daß rund 40% aller Benzodiazepine in größeren Mengen verordnet werden, als für drei Monate ausreichend sind. Die Übertragung dieser Ergebnisse auf die gesamte Bundesrepublik legt nahe, daß rund 740.000 Menschen Dauerkonsumenten der Benzodiazepin- Derivate sind und bereits in die Abhängigkeit geraten sind. In dieser Konsumentengruppe überwiegen die Frauen deutlich mit rund 500.000.Glaeske spricht aber auch von den sogenannten „Schwerpunktpraxen“, d.h. rund 10% der Ärzt/ innen verordnen bereits 50% aller benzodiazepinhaltigen Schlaf- und Beruhigungsmittel.(vgl. Glaeske in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 110).

Immer wieder vorkommende, medizinisch nicht notwendige Verordnungen haben nicht selten den Hintergrund, weder die Patientin noch den Abrechnungsschein zu verlieren und eine Praxisbindung aufrecht zu erhalten. Die Ärzte haben das Hintergrundwissen, daß die Patientin im Rahmen der freien Arztwahl ihre „Wunschverordnung“ bei einem anderen Arzt oder Ärztin gewährleistet bekommt. Ärzt/innen sind dem Erwartungsdruck ihrer Patientinnen ausgesetzt, für jedes Leiden ein Mittel bereit zu haben. Eine intensive Beschäftigung mit der Patientin ist bei dem heutigen Patientendurchlauf, in den ärztlichen Praxen, oftmals nicht möglich. Das kann zu einer Verordnung von Medikamenten ohne ausreichende medizinische Begründung und Notwendigkeit führen. Eine voreilige Verschreibungspraxis kann die Abhängigkeit der Patientinnen verursachen und fördern.(vgl. Glaeske, Günther, Keller, 1997, 20).

Schätzungsweise 30% aller etwa 750 Millionen Verordnungen des Jahres 1990 innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stehen auf einer zweifelhaften, wissenschaftlichen Basis. (vgl. Glaeske in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 14).

Frauen nehmen im Vergleich zu Männern kürzere Behandlungssprechzeiten in Anspruch und verlassen mit größerer Wahrscheinlichkeit die Praxis mit einem Rezept. (vgl. Walch-Heiden in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1992, 294).

Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen unseres Gesundheitswesens keine Möglichkeit, auf die äußeren Lebensumstände ihrer Patientinnen Einfluß zu nehmen. Innerhalb der kurzen Behandlungssprechzeiten kann sie/er sich nur auf die jeweiligen Symptome beziehen. (vgl. Ernst/ Füller, 1988, 63).

Erschwerend hinzu kommt, daß Ärztinnen und Ärzte u.U. einseitig von der Pharmaindustrie über einzelne Medikamente informiert werden, die ihre eigenen Interessen im Vordergrund sehen. (vgl. Jeuck, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 53).

„Die Arzneimittel-Hersteller, die mit überzogenen Werbeversprechen Verkaufspolitik betreiben; die in ihren Vermarktungskampagnen auf Klischees und unerfüllte Hoffnungen zielen; die oft wider besseren Wissens gefährliche Nebenwirkungen von Arzneimitteln verharmlosen, verschweigen oder schlechthin leugnen.“ (Ernst/ Füller, 1988, 12).

## **4 Geschlechtsspezifische Suchthilfe**

### **4.1 Entwicklung der geschlechtsspezifischen Suchthilfe**

Seit etwa Beginn der 80er Jahre ist die Thematik der geschlechtsspezifischen Suchthilfe

immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Zahlreiche, im Bereich der Suchthilfe tätige Institutionen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigten sich auf Kongressen und Tagungen mit der Frage nach geeigneten Beratungs- und Behandlungsbedingungen, sowie Präventions- und Selbsthilfemaßnahmen für suchterkrankte

Frauen und Männer. Die erste große Tagung, die speziell zur frauenspezifischen Suchthilfe Stellung nahm, war eine Veranstaltung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), und fand im Jahr 1980 in Saarbrücken statt. Unter dem Titel „Frau und Sucht“ befaßten sich die Referentinnen und Referenten der Tagung mit den unterschiedlichen Bedingungen suchterkrankter Frauen. Hierbei wurde erstmalig der Bedarf frauenspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote öffentlich thematisiert und gefordert. Erstaunlich und bezeichnend ist, daß von neun Hauptreferaten sieben von Männern gehalten wurden. (vgl. Weidekamm-Hegenscheidt in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 7).

Pegel und Rimpl (1980) bemerkten hierzu in ihrer Begrüßungsrede, daß selbst bei diesem Thema das männliche Geschlecht erneut die dominierende Rolle übernimmt und eine ausgewogene Beteiligung der Geschlechter auf der Seite der Referenten und Berichterstatter angebracht wäre. (vgl. Pegel/Rimpl in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1981, 125).

Eine ausgewogene Beteiligung der Geschlechter, bzw. eine Überzahl der Frauen ist auf Tagungen und Kongressen in heutiger Zeit weitgehend erreicht. Die Entwicklung verursachte ferner, daß Männer auch speziell zu der männlichen Sichtweise der geschlechtsspezifischen Suchthilfe Stellung bezogen. Es folgten Kongresse zu Themen, wie „Abhängigkeiten bei Frauen und Männern“, DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren), 1989 oder weitere Tagungen im Themenbereich „Frau und Sucht“, z.B. NLS (Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren), 1989, die sich schwerpunktmäßig auf die Forderung bezogen, die Lebensbedingungen der Frauen und ihre spezifische Suchtentwicklung in Beratung und Therapie verstärkt zu berücksichtigen. (vgl. Winkler in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 13). Obgleich der Bereich der geschlechtsspezifischen Suchthilfe immer häufiger thematisiert wird und auch eine hohe Bereitschaft in den Beratungs- und Behandlungsinstitutionen vorhanden ist, sich gezielt mit frauenspezifischen Behandlungsangeboten auseinanderzusetzen

und Konzepte zu entwickeln, sind noch viele Defizite und ein großer Bedarf vorhanden.

Studien, die im Rahmen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt werden, enthalten mehrheitlich keine geschlechtsspezifisch differenzierte Darlegung der Ergebnisse. Es sind kaum Gelder für Forschungsaktivitäten in diesem Bereich vorhanden, so daß empirische Studien im geschlechtsspezifischen Bereich selten und nur mit geringen Mitteln durchgeführt werden, was sich auf den Umfang niederschlägt. Dementsprechende Studien wären jedoch neben der praxisbegleitenden Forschung unerlässlich, um die Wirksamkeit frauenspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote und ebenso die Bereiche Prävention und Selbsthilfe wissenschaftlich zu überprüfen und zu reflektieren. Hilfreich in diesem Zusammenhang sind zahlreiche Erfahrungsberichte betroffener Frauen, die in entsprechender Literatur zu finden sind. Weiterhin führen personelle Engpässe und Einsparungen nicht selten dazu, die Auseinandersetzung und Durchführung frauenspezifischer Angebote in der Suchtkrankenhilfe zu reduzieren. (vgl. Winkler in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 14-15, 30).

Die Einsicht zur Notwendigkeit frauenspezifischer Angebote, d.h. der Lebenssituation von Frauen gerecht werdende Beratungs- und Behandlungskonzepte und Selbsthilfeangebote ist

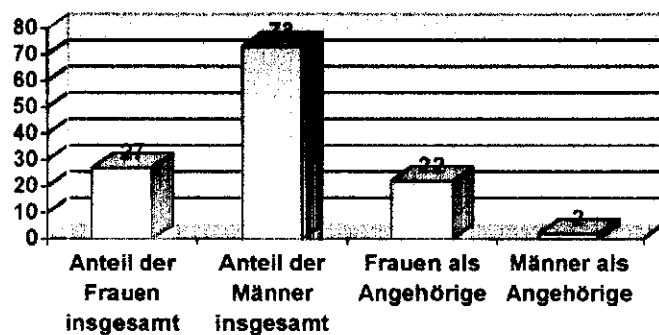
nicht einhellig gegeben und sie werden in Frage gestellt. Beispielhaft möchte ich nennen, daß z.B. Prof. Dr. Karl Mann, Sprecher des Tübinger Forschungsschwerpunktes „Suchtforschung“, die Ergebnisse einer von ihm durchgeführten Studie bezüglich des Therapieerfolgs wie folgt beurteilte: „Da ein Jahr nach Behandlungsende der Anteil Abstinenter bei Frauen und Männern gleich groß ist, sind frauenspezifische Therapieangebote nur selten erforderlich.“ (Ärzte Zeitung, Nr. 14, 26.01.1998, 3 in: Winkler in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 15).

Auffallend ist jedoch, daß Frauen in der Suchtkrankenhilfe, vor allem im stationären Bereich immer noch deutlich unterrepräsentiert sind. Das wirft die Frage auf: „Warum nehmen Frauen die vorhandenen

Hilfen nur im geringen Maße in Anspruch?“ Die Tatsache, daß die traditionelle Suchtkrankenhilfe die Frauen nicht erreicht, macht deutlich, daß sie den Bedürfnissen der Frauen nicht gerecht wird. Vor allem im Bereich der Medikamentenabhängigkeit spiegelt die Zahl der geschätzten abhängigen Frauen in keiner Weise ihre Repräsentativität in den Behandlungs- und Beratungseinrichtungen wieder.

Insgesamt stehen allen Suchtmittel- und Drogenabhängigen in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland 1.280 Beratungsstellen und etwa 18.000 stationäre Plätze zur Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation zur Verfügung. Hierbei sind Frauen mit einem durchschnittlichen Anteil von insgesamt ca. 20% deutlich unterrepräsentiert. (vgl. Lehnitzk-Keiler & Simon, 1996 in : Vogt/Leopold in: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, 30).

Diese Prozentzahl wird auch in etwa von den Rentenversicherungsträgern in den Jahren 1996 und 1997 bestätigt. Hierbei sind jedoch keine Zahlen von Entwöhnungsbehandlungen inbegriffen, die durch die Krankenkassen und Sozialhilfeträger finanziert werden.(vgl. Winkler in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 19).



**Abbildung 2 Frauen und Männer in niedersächsischen Suchtberatungsstellen (Angaben in Prozent)\***

\*Quelle: Die Daten aus niedersächsischen Beratungsstellen (EBIS 1996) wurden durch die NLS zur Verfügung gestellt.

**Tabelle 3**

Bewilligte stationäre Entwöhnungsbehandlungen der Landesversicherungsanstalten (LVAen) und der Bundesanstalt für Angestellte (BfA)				
	1996		1997	
Männer	35228	80 %	35291	79 %
Frauen	8798	20 %	9537	21 %

Quelle:<sup>1</sup> Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten Braunschweig, Hannover, Oldenburg-Bremen vom 9.3.1998  
Schreiben der BfA vom 18.5.1998

**Tabelle 4**

Bewilligte ambulante Entwöhnungsbehandlungen der LVAen und der BfA				
	1996		1997	
Männer	4587	72 %	6196	73 %
Frauen	1800	28 %	2308	27 %

Quelle: Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten Braunschweig, Hannover, Oldenburg-Bremen vom 9.3.1998  
Schreiben der BfA vom 18.5.1998

(vgl. Winkler in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 19-21)

In diesem Zusammenhang möchte ich bemerken, daß Frauen in etwa 52% unserer Bevölkerung ausmachen. (vgl. Flügel/Merfert-Diete in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1993,49), wodurch die Problematik noch deutlicher dargestellt und untermauert wird.

Eine ausführlichere Darlegung der vorhandenen Beratungs- und Behandlungskonzepte, vor allem im frauenspezifischen Rahmen, habe ich im Punkt 4.3.vorgesehen. Folgend möchte ich zur Notwendigkeit der geschlechtsspezifischen Suchthilfe detailliert Stellung nehmen.



#### **4.2 Notwendigkeit der geschlechtsspezifischen Suchthilfe in Beratungs- und Behandlungsangeboten**

Die Suchtkrankenhilfe ist in erster Linie darauf ausgerichtet, durch verschiedene Maßnahmen die Lebensqualität des einzelnen Suchtkranken bzw. Menschen mit mißbräuchlichem Konsum zu sichern und zu verbessern. Jeder suchterkrankte Mensch hat das Recht auf Hilfe. Diese sollte ausreichend zur Verfügung stehen, für Jedermann ( -frau) erreichbar sein, der Lebensrealität entsprechen und möglichst frühzeitig ansetzen. Zentrales Ziel der Suchtkrankenhilfe ist eine möglichst suchtmittelabstinente und suchtverhaltensfreie Lebensweise bei bestmöglicher sozialer, familiärer und beruflicher Integration. (vgl. Holz/Leune, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1999, 144-145).

Diese allgemeine Beschreibung der Suchtkrankenhilfe trägt die Darlegung zur Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Sichtweise schon in sich. Es findet sich eine allgemeine Übereinstimmung in der Annahme, daß jede Frau und jeder Mann in der Suchtkrankenhilfe die Beratung und Behandlung erfahren sollte, die ihrer und seiner persönlichen Lebenssituation angemessen ist. Da Frauen und Männer keine geschlechtslosen Menschen sind und sich ihre geschlechterdifferenz in ganz alltäglichen Situationen, auf ihrem Erfahrungshintergrund und Lebenszusammenhang immer wieder verdeutlicht und der Verlauf der Sucht sich in den Ursachen, dem Verlauf und den Folgen unterscheidet, ist es notwendig, diese Differenz auch innerhalb der Suchthilfe zu berücksichtigen, um nicht an Qualität einzubüßen.

Wie bereits erwähnt, wurde bis etwa zu Beginn der 80er Jahre keine geschlechtsspezifische Differenzierung in der Suchthilfe getroffen, sie wies männliche Strukturen auf, die als allgemeingültig gehandhabt wurden. Es gab lediglich spezifische Fraueneinrichtungen im konfessionellen Bereich, die dann jedoch auch in diesem ihre Schwerpunkte hatten. (vgl. Weidekamm-Hegenscheidt, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 6).

Angebote der Suchtkrankenhilfe gemischtgeschlechtlich anzubieten, galt lange Zeit als fortschrittlich. Die gemeinsame Behandlung von Frauen und Männern wurde als eine Überwindung konservativer Moralvorstellungen verstanden. Der Aufenthalt sollte in den entsprechenden Institutionen der Suchtkrankenhilfe ein möglichst realistisches Abbild der sozialen Lebensrealität darstellen, wozu natürlich das gemeinsame Leben von Frauen und Männern gehört. Die Erfahrungen bei gemischtgeschlechtlichen Behandlungsangeboten zeigt jedoch, daß hieraus zwar die MitarbeiterInnen und die männlichen Patienten überwiegend profitieren, nicht aber die betroffenen Frauen. Die Anwesenheit von Frauen wird z.B. in stationären Therapieeinrichtungen geschätzt. Sie sorgen für eine angenehme Atmosphäre und verbessern die Stimmung. Sie schaffen in der Gruppentherapie ein Klima, in dem es Männern leichter fällt, Gefühle zu äußern und somit der therapeutische Prozeß vorangetrieben wird. Sie sind hilfsbereit und kümmern sich um die Sorgen der Mitpatienten. Weiterhin achten Männer mehr auf ihr Äußeres, wenn Frauen in der Nähe sind etc. (vgl. Franke in: Singer/Theysen, 1999, 459).

Frauen befinden sich also wieder in ihrem traditionell gesellschaftlich erwartetem Rollenkonstrukt, wobei eigene Bedürfnisse und Wünsche in den Hintergrund treten, um die es jedoch in der Therapie u.a. elementar gehen sollte. Sie leisten auch hier Reproduktionsarbeit und befinden sich in der Rolle als „ZuhörerIn“, „Mutter“, „Geliebte“, „Sexual- und Aggressionsobjekt“, „HelferIn“ etc. Gerade weil die stationären gemischtgeschlechtlichen Therapieeinrichtungen gewissermaßen ein Spiegelbild der Gesellschaft darstellen, haben sie mit den gleichen Machtstrukturen zu kämpfen und müssen Überlebensstrategien entwickeln, wie in anderen Bereichen des alltäglichen Lebens. (vgl. Kreyszig, in: Merfert-Diete/Soltau, 1984, 96).

Wie in allen gesellschaftlichen Bezügen, dominieren in gemischtgeschlechtlichen

Einrichtungen innerhalb der Therapien die Themen der Männer, sie finden eine höhere Bewertung. Die als belastend und problematisch empfundenen spezifischen Lebenssituationen der Frauen kommen entweder gar nicht oder nicht in ausreichendem Maße zur Sprache. Die Sprache an sich signalisiert in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen, mit einem üblich hohen Männeranteil oftmals schon eine Feindlichkeit gegenüber Frauen. Es entstehen innerhalb der gemischtgeschlechtlichen Therapie häufig Partnerbeziehungen unter den Klienten und Klientinnen, u.a. aus einem Schutzbedürfnis vor aufdringlichen Verhaltensweisen anderer Klienten. Hieraus entsteht der unangenehme Nebeneffekt, daß die Konkurrenz unter den Frauen innerhalb der Einrichtungen zunimmt, was insgesamt von der therapeutischen Arbeit ablenkt. (vgl. Vogt in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 66).

Salomon (1982) ging sogar so weit zu sagen, „daß Männer als Therapeuten vielfach unbewußt um die Gunst der Patientinnen buhlen, die sie, haben sie erst einmal ihr Vertrauen gewonnen, so fest wie möglich an sich zu binden suchen. Über die Frauen, die die Therapeuten für sich vereinnahmen können, meinen sie, ihre besonderen therapeutischen Fähigkeiten beweisen zu können. Auf diesem Wege sichern sich die Therapeuten ihren Platz in der Hierarchie ab. Sie beweisen sich zugleich ihre Attraktivität als Mann und als Therapeut.“ (Vogt in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 66).

Es wird deutlich, daß gemischtgeschlechtliche Therapieeinrichtungen den Bedürfnissen der Frauen bezüglich vieler Faktoren nicht gerecht werden und somit die Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht oder Abhängigkeit nicht ausreichend erfolgen kann. Die Abhängigkeit von Frauen kann auch nicht nur auf das jeweilige Suchtmittel beschränkt werden. Sie beinhaltet auch immer die Abhängigkeit von den spezifisch weiblichen Einstellungen, Verhaltensweisen, Gefühlen etc. Das bedeutet, daß sie gewissermaßen doppelt abhängig sind.

Hinter einer Suchterkrankung stehen immer nicht beachtete Sehnsüchte und Bedürfnisse, die berücksichtigt werden sollten. Die

gesamte Lebenssituation, die spezifischen Belastungs- und Bewältigungsstrategien sollten theoretisch und praktisch berücksichtigt werden. Frauen und Männer haben, wie bereits im vorangegangenen Teil meiner Arbeit erwähnt, unterschiedliche Bewältigungsstrategien erlernt mit belastenden Situationen umzugehen. Der Konsum von Drogen kann eine darstellen.

„Der Konsum von Sucht und Rauschmitteln vermittelte zumindest in der Anfangsphase Erfahrungen von Genuß und von Freiheitsgefühlen, er versprach Auswege aus dem gewohnten Einerlei und Fluchtmöglichkeiten aus einer oft ungeliebten Alltagsrealität. Das erleichtert es den Konsumentinnen zunächst, Kompromisse im Umgang mit eigenen Sehnsüchten und Bedürfnissen einzugehen, und es half ihnen zugleich, mit Belastungen und als Zumutungen empfundenen Einschränkungen fertig zu werden.“ (Vogt in: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz, 1999, 10).

Der Ausweg aus der Sucht und Abhängigkeit muß also den Kern der belastend empfundenen und unbefriedigten Lebenssituation erfassen. Er muß die spezifischen Probleme der Frauen bei der Gestaltung der Beratungs- und Behandlungsangebote, der therapeutischen Vorgehensweise, der Formulierung der Ziele und der Auswahl der Inhalte u.a. auch in den Selbsthilfegruppen berücksichtigen. Um Schwellenängste der Frauen zu überwinden, sich an vorhandene Beratungsstellen und Behandlungsangebote zu wenden und Hilfen in Anspruch zu nehmen, ist ein gewisser „geschützter“, frauenspezifischer Rahmen notwendig. Darin sollten sie die Möglichkeit haben, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Sie erfahren sich um sich selbst und nicht um Andere zu kümmern und eigene Lebens- und Beziehungsperspektiven unabhängig von Männern zu entwickeln. Weibliche Fachkräfte, die als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, Frauengruppen, spezielle Therapieangebote für Frauen und Selbsthilfegruppen, sowie Wohn- und Aufenthaltsbereiche für Frauen innerhalb des Therapiebereiches und frauenspezifische Wohngruppen im Nachsorgebereich etc.

können als notwendige Voraussetzung angesehen werden. Es ist wichtig, die Machtstrukturen und Unterdrückungsformen innerhalb der patriarchalischen Gesellschaftsstrukturen zwischen Frauen und Männern in der Suchthilfe weitgehend auszuschließen. Das Suchtverhalten findet nicht selten hier ihren Ursprung. Um andere Lebensperspektiven entwickeln zu können, ist die Auseinandersetzung mit vielfältigen Themenbereichen innerhalb der Therapie, Beratung oder Selbsthilfegruppen notwendig. Sie unterscheiden sich bezüglich ihrer Schwerpunkte bei Frauen und Männern durch ihre unterschiedlichen Lebenszusammenhänge.

Während bei Männern vorrangig Aspekte wie die Wiedereingliederung in den Beruf im Vordergrund stehen, spielen für Frauen Fragen von Partnerschaft, die Beziehung zu den Kindern, versorgungsrechtliche Aspekte, Probleme im Umgang mit dem eigenen Körper, Unsicherheiten bezüglich der weiteren Lebensplanung, Schwangerschaft, Abtreibung, Trennung und Scheidung, Umgang mit Diskriminierungserfahrungen und vor allem Gewalterfahrungen, sexueller Mißbrauch und die damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle eine Rolle. (vgl. Franke in: Singer/Theysen, 1999, 459).

Leidvolle Erfahrung vieler Frauen sind die, in Punkt 2.2 ausführlich dargestellten Grenzüberschreitungen gegen die eigene Person. Ein wesentlicher, grundlegender Bestandteil der Therapie sollte die Verarbeitung bzw. die Auseinandersetzung mit diesen traumatischen Erfahrungen sein. Gerade in diesem Bereich ist eine geschlechtsspezifische Sichtweise notwendig. Es sollte den Frauen ein geschützter Rahmen geboten werden, in dem sie nicht mit dem Typ Mann konfrontiert werden, vor dem sie davonzulaufen versuchen.

„Traumatische Erfahrungen hinterlassen das Gefühl der Hilflosigkeit, der Bedeutungslosigkeit und des inneren Getrenntseins von sich selbst und anderen. In der Stabilisierung geht es um Stärkung, Sicherheit, Schutz und Kontrolle, kognitive Stabilisierungsstrategien“.(Bellmund-Soller in: Deutscher Orden Suchthilfe, 1999, 54).

Schwerpunkte sollten in Beratungs-, Therapie- und Selbsthilfegruppenangeboten auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Identität, gesellschaftliche Frauenrollen und dem Selbst- und Fremdbild gelegt werden. Dadurch kann eine möglichst große Autonomie, Unabhängigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Weiterentwicklung erreicht und positive Erfahrungen gesammelt werden. Oftmals erfahren Frauen innerhalb der frauenspezifischen Suchthilfe erstmalig, daß sie nicht alleine mit ihrem Problem dastehen. Sie erkennen, daß viele andere Frauen von ihrem oder ähnlichen Problemen betroffen sind, und sie lernen sich mit diesen zu solidarisieren. Es handelt sich um ein Prozeß von „Passivität zu Aktivität, von Opferhaltung zur Selbstbestimmung“ (Weidemann-Hegenscheidt in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 8).

Erst in diesem Zusammenhang ist es möglich, sich effektiv mit der eigenen Sucht oder Abhängigkeit und der angestrebten weitgehenden Abstinenz befassen zu können.

„Die Identität von Frauen ist Angelpunkt jeder Therapie. Die Frauen müssen sich mit ihrem Rauschmittel auseinandersetzen und klären, in welchem Verhältnis es zu ihrer Frauenrolle steht.“ (Flügel/Merfert-Diete in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1993, 52-53). Wie bereits im vorangegangenen Teil meiner Arbeit ausführlich dargestellt, funktionieren Frauen in ihrer traditionellen Frauenrolle überwiegend für Andere, wobei eigene Wünsche und Bedürfnisse selten zum Zuge kommen. Frauen erfahren wenig Rückhalt bei eigenem Bedarf. Die Frau definiert sich über das Dasein und Aufopfern für ihre Familie, wodurch sie häufig keine ausreichende Anerkennung findet. Die entstandene Abhängigkeitsproblematik sollte also dazu führen, daß Frauen sich in einem allmählichen Lernprozeß selbst mehr Bedeutung und Wertschätzung zurechnen und ein Stück emotionale, soziale und ökonomische Unabhängigkeit finden. Frauen sollten mehr Selbstbewußtsein entwickeln, Überangepaßtheit vermeiden, Konfliktfähigkeit entwickeln, und sich von krankmachenden Anforderungen distanzieren. Es geht darum, sich

selbst und die eigenen als belastend empfundenen Lebenssituationen besser zu verstehen. Es ist der Weg in ein selbstbestimmtes Leben, bei dem es darum geht, die bisherigen Bewältigungsstrategien zu hinterfragen und zu ändern. Das selbstbestimmte Leben beinhaltet auch die autonome Entscheidung, in Zukunft ohne das jeweilige Suchtmittel zu leben.

Die Arbeit in der Suchtkrankenhilfe sollte ressourcenorientiert sein, d.h. vorhandene Ressourcen der Frauen sollten in den Hilfeprozeß miteinbezogen werden. Es ist wichtig darauf zu achten, daß sie alltagsorientiert (bzgl. der finanziellen, der wohn- und der beruflichen Situation) arbeitet. Wenn sich auch die Maßnahmen mit den Alltagsanforderungen vereinbaren lassen, ist die Bereitschaft Hilfen anzunehmen, in höherem Maße gegeben. Insbesondere für Frauen mit Kindern ist es von großer Bedeutung, die Unterbringung oder Betreuung der Kinder sichergestellt zu haben, um sie von Überforderung und Schuld- und Versagensgefühlen zu entlasten. Ferner ist es notwendig, den Frauen einen geschützten Rahmen vor psychischer, physischer, sexueller Gewalt zu schaffen, indem Rückzugsmöglichkeiten und Ansprechstellen finden. (vgl. Beilmund-Soller in: Deutscher Orden Suchthilfe, 1999, 55).

Da ein wichtiges angestrebtes Ziel der frauenspezifischen Suchtarbeit die Autonomie, Unabhängigkeit und der Weg in ein möglichst selbstbestimmtes Leben der Frauen ist, sollten diese in den Hilfeprozeß weitgehend miteinbezogen werden, z.B. durch die gemeinsame Erarbeitung eines Hilfeplans etc.

Die Angebote der Suchtkrankenhilfe werden in der Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen nach Suchtstoffen differenziert. So haben sich verschiedene Hilfesysteme entwickelt, die sich in der Zielgruppe der Konsumenten nach den Suchtstoffen unterscheiden, wie z.B. die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen, substanzgebundenen und substanzungebundenen Süchten. (vgl. Holz/Leune in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1999, 146).

Diese Differenzierung ist notwendig, da sich die einzelnen Suchtformen in ihren Ursachen, dem Verlauf und den Folgen z.T. deutlich unterscheiden und somit auch in der Suchthilfe nicht als eine Einheit gesehen werden sollten. So ist z.B. eine Heroinsucht anders zu beurteilen als eine Medikamentenabhängigkeit und eine Spielsucht bedarf andere Hilfen, als eine Alkoholabhängigkeit etc. Die frauenspezifische Suchthilfe steht in ihrer Entwicklung noch weitgehend in den Anfängen. Dies hat zur Folge, daß die Berücksichtigung einer Differenzierung zwischen den einzelnen Suchtformen in ihren Beratungs- und Behandlungsangeboten noch einige Defizite aufweist und nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist.

Insbesondere im Bereich der Medikamentenabhängigkeit scheint die traditionelle Suchthilfe den Bereich der Betroffenen nicht zu erfassen. Medikamentenabhängige Frauen sind kaum in traditionellen Suchtberatungsstellen zu finden, was in keiner Weise das tatsächliche Vorkommen widerspiegelt. Sie befinden sich in ihrer Versorgung zu intensiv in den Händen des allgemeinen Gesundheitskontexts. „Häufig werden sie auch vom Allgemeinmediziner zum Neurologen und dann eventuell in die Psychosomatische Klinik überwiesen, ohne an psychosoziale Hilfen weitergeleitet zu werden.“ (Jeuck, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 61-62). So ist es notwendig, um im Bereich der Medikamentenabhängigkeit die Suchtebene und ein

Bewußtsein der Betroffenen über ihre Problematik erreichen zu können, das Ansprechen der Medikamentenkonsumentinnen über den Begriff „Information“, d.h. das Ansprechen über das Symptom, z.B. Unruhe, Ängste, Schmerzen, Schlafstörungen etc. und nicht über den Begriff „Sucht“ erfolgen zu lassen. (vgl. Jeuck in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 62).

Da die Medikamentenabhängigkeit in dem allgemeinen, gesellschaftlich anerkannten Gesundheitskontext stattfindet und psychosomatische Störungen oftmals den Anlaß zur Einnahme von Medikamenten geben, sollten auch z.B. Therapieangebote



dementsprechend konzipiert sein. In diesem Bereich geht es vor allem auch darum, über Angebote, die eine Alternative zum Gebrauch von Medikamenten darstellen, Wissen zu vermitteln. Psychotherapie, Bewältigungstraining für Schlafstörungen, Entspannungs-, Schmerzbewältigungstraining, Bewegung und Gymnastik, Massagen, bewußte Ernährung, gesunder Lebensstil etc. oder aber naturheilkundliche Alternativen, wie Homöopathie, Akupunktur, Kneipp- Anwendung etc. Weiterhin sollte die Erarbeitung einer richtigen Einstellung und des sachgerechten Umgangs bezüglich verordneter oder im Rahmen der Selbstmedikation erlangter Medikamente im Vordergrund stehen, z.B. die Beachtung der vorgeschriebenen Einnahmedauer etc. (vgl. Feser, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1990, 112).

Es wird deutlich, daß die Suchthilfe ein vielschichtiges Thema ist. Frauenspezifische Aspekte sollten auch in der Entwicklung einen wichtigen und dauerhaften Stellenwert in ihr erlangen. Diesbezüglich ist auch eine fachbezogene Professionalität der MitarbeiterInnen in den Institutionen der Suchthilfe nicht wegzudenken.

„Frauen in der Beraterinnen/ Therapeutinnen Rolle können aufgrund eigener geschlechtsspezifischer Erfahrungen ein tieferes Einfühlungsvermögen für die typisch weiblichen Lebensläufe in die Beratungssituation miteinbringen.“(Gereth, in: Merfert-Diete/Soltau, 1984, 185).

#### **4.3 Bestandsaufnahme**

In der Bundesrepublik Deutschland existiert im Rahmen der Suchthilfe ein breites Spektrum an ambulanten, teilstationären, stationären Hilfeangeboten. Die Konzepte reichen über Beratung, Therapie, Prävention, Kontaktcafes, betreute Wohngruppen für den Nachsorgebereich, Selbsthilfegruppen etc.

Wie bereits erwähnt, stehen allen Suchtmittel- und Drogenabhängigen in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland in etwa 1.280 Beratungsstellen und 18.000 stationäre Plätze zur Entgiftung, Entwöhnung und Rehabilitation zur Verfügung. Hierbei handelt es sich vordergründig um gemischtgeschlechtliche Einrichtungen.

Vereinzelt sind jedoch z.B. Fachkliniken mit eingeschlossen, die sich spezifisch auf die Aufnahme von nur Frauen oder nur Männern beziehen. Das Fachpersonal ist in diesen Fällen ebenfalls gemischtgeschlechtlich. (vgl. Vogt/ Leopold in: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie, und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1998, 30).

In der gesamten Bundesrepublik Deutschland existieren etwa 1.390 Beratungsstellen, 14.550 vollstationäre Entwöhnungsbetten und 6.250 Plätze für einen Entzug mit Motivationsanteilen. (vgl. Holz/ Leune in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1999, 139).

Im Jahre 1993 gab es in den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland bereits acht Beratungsstellen, die ausschließlich frauenspezifische Suchtberatung anbieten. Zwölf Fachzentren und Beratungsstellen, konzentrierten sich auf den Bereich der Eßstörungen. Neun Einrichtungen, arbeiten als Kontaktcafes mit Selbsthilfe- und Nachsorgeangeboten. Zehn betreute Wohngemeinschaften stehen zur Verfügung. (vgl. Flügel/Merfert-Diete, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren; 1993, 56).

Eine Untersuchung (1995) der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) unter dem Begriff „Frau und Sucht“ stellte heraus, daß eine Reihe von gemischtgeschlechtlichen Beratungsstellen keine geschlechtsspezifischen Angebote aufwiesen. Lediglich 21% der befragten Einrichtungen arbeiteten mit frauenspezifischen Gesichtspunkten. Im stationären Bereich waren von 53 befragten Einrichtungen nur 6% auf die Arbeit mit suchtkranken Frauen spezialisiert. 26% arbeiteten ausschließlich mit suchtkranken Männern. (vgl. Weidekamm-Hegenscheidt in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 8).

Um die in Punkt... bereits erwähnten Defizite in der geschlechtsspezifischen Suchthilfe, insbesondere für Frauen nochmals zu verdeutlichen, möchte ich mich abschließend auf eine Untersuchung von Winkler aus dem Jahre 1997 beziehen. Diese Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit frauenspezifische Aspekte in stationären Behandlungseinrichtungen bereits umgesetzt

wurden und verdeutlicht nochmals den Bedarf. Hierbei wurden per Zufallsauswahl 27 Kliniken für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer anhand eines Fragebogens über die Selbsteinschätzung des Behandlungsangebotes auf der Leitungsebene befragt. Um die Frauenorientierung der Behandlungsangebote in Frauen- und gemischten Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Frauenorientierungsindex erstellt, der wie folgt ausgerichtet war:

**Tabelle 5**

<b>Indikatoren zur Bildung des Frauenorientierungsindex</b> („Kriterium erfüllt/Kriterium nicht erfüllt“)
<b>Indikatoren für das Ausmaß der Frauenorientierung der Behandlungsangebote</b>
1. Der Patientinnenanteil in der Klinik beträgt mindestens 33 %.
2. Zur Sicherung des Frauenanteils werden Therapieplätze für Frauen bereitgehalten.
3. Die Wartezeit für Frauen beträgt höchstens vier Wochen.
4. Die Aufnahme von Müttern mit Kindern ist möglich.
5. Der Frauenanteil in Leitungsgremien beträgt mindestens 50 %.
6. Der Anteil der Mitarbeiterinnen im Bereich Medizin/Psychotherapie beträgt mindestens 50 %.
7. Räumliche Angebote für Frauen sind vorhanden (Frauenstockwerk, Frauenaufenthaltsraum u. ä.).
8. Frauengruppen werden angeboten.
9. In den gemischten Therapiegruppen beträgt der Frauenanteil mindestens 50 %.
10. Indikative Angebote speziell für Frauen.
11. Sportangebote speziell für Frauen.
12. Angebote in der Beschäftigungstherapie speziell für Frauen.
13. Weitere Angebote speziell für Frauen.
14. Es gibt Mitarbeiter/innen, die speziell für die Behandlung von Frauen zuständig sind.
15. Mitarbeiter/innen haben Fortbildungen zum Thema „Frauenalkoholismus“ besucht.
16. Wahlmöglichkeit: Therapeutin oder Therapeut
17. Wahlmöglichkeit: Ärztin oder Arzt.
18. Patientinnen haben weitere Entscheidungsmöglichkeiten.

(Quelle: vgl. Winkler: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 23)

Um den Rahmen meiner Arbeit nicht zu sprengen, möchte ich lediglich einen Auszug der wichtigsten Ergebnisse anführen. 80% der gemischten Kliniken gaben an, Angebote für Frauen anzubieten, wobei 55% eigene Frauengruppen aufweisen konnten. Mitarbeiterinnen, die speziell für die Behandlung von Frauen zur Verfügung stehen, gab es in 70% der gemischten Kliniken. In 50% der Kliniken wurden Wohn- und Aufenthaltsbereiche für Frauen bereitgestellt. Weitere 50% der gemischten Kliniken gaben an, speziell Therapieplätze für Frauen bereitzuhalten. Selbstbestimmte Entscheidungsmöglichkeiten, wie z.B. die Mitsprache bei der Festlegung der Behandlungsdauer, die Zahl der Einzelgespräche, die Wahl der indikativen Gruppe etc. bieten 57% der Frauenkliniken und 50% der gemischten Kliniken an. Über paritätisch zusammengesetzte Leitungsgremien verfügen 43% der Frauenkliniken und 40% der gemischten Kliniken. In 71% der Frauenkliniken und 35% der gemischten Kliniken sind mindestens die Hälfte der Beschäftigten im Bereich der Psychotherapie Frauen.

Eher selten angeboten werden spezielle Angebote für Frauen in den Bereichen Sport ( 35%), Beschäftigungstherapie ( 20%) und anderen Bereichen ( 25%). Eine Aufnahme von Müttern gemeinsam mit ihren Kindern ist in 71% der Frauenkliniken und 30% der gemischten Kliniken möglich. Lediglich 5% der betroffenen Frauen haben innerhalb der gemischten Kliniken die Wahl zwischen einem Therapeuten und einer Therapeutin. Der Anteil in Frauenkliniken liegt bei 57%. Die Wahl bezüglich eines Arztes oder einer Ärztin liegt in den gemischten Kliniken bei 10% und in den Frauenkliniken bei 14%. (vgl. Winkler, in: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1998, 22-25).

Im folgenden Teil meiner Arbeit möchte ich ein Beratungsangebot der Suchthilfe gezielt vorstellen, das sich auf die Arbeit mit

suchterkrankten Frauen konzentriert und sich in der frauenspezifischen Suchthilfe bewährt hat.

## **5 Frauenspezifisches Beratungsangebot aus sozialarbeiterischer Sicht**

Abschließend möchte ich eine Einrichtung der Drogenhilfe vorstellen, die sich speziell auf einen frauenspezifischen Arbeitsansatz bezieht und sozialarbeiterische Aspekte innerhalb dieses Arbeitsfeldes verdeutlichen.

Wie bereits erwähnt, steht die frauenspezifische Suchthilfe in ihrer Entwicklung noch weitgehend in den Anfängen. Vor allem die Berücksichtigung einer Differenzierung zwischen den einzelnen Suchtformen weist in Beratungs- und Behandlungsangeboten noch viele Defizite auf und ist nicht ausreichend vorhanden. Dies wirkte sich auch auf meine Recherche aus. Die Suche nach einer Einrichtung, die ihren Arbeitsschwerpunkt speziell auf den Bereich der medikamentenabhängigen Frauen legt, hat zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt. Frauenspezifische Beratungsstellen ausschließlich im Bereich der Medikamentenabhängigkeit sind selten. Ich habe mich daher für die Darstellung einer Beratungsstelle entschieden, die sich in ihrer Arbeit auf den Bereich der illegalen Drogen konzentriert. Es ist die einzige Drogenberatungsstelle in Nordrhein-Westfalen, die sich in ihrer Arbeit ausschließlich auf den frauenspezifischen Ansatz bezieht. Ich halte diese Beratungsstelle mit der Beschränkung und Spezialisierung auf eine Suchtform für fortschrittlich und qualitativ. Sie hat wesentliche Entwicklungen innerhalb der frauenspezifischen Drogenhilfe vorangetrieben.

Es handelt sich bei dieser Einrichtung um die Frauendrogenberatungsstelle „Bella Donna“ in Essen, die sich gezielt an Mädchen und Frauen richtet, die entweder selbst abhängig von illegalen Drogen oder als Angehörige von Süchtigen problembelastet sind. Bei der Beschreibung der Einrichtung orientiere ich mich durchgehend an den Ergebnissen einer wissenschaftlichen Begleitforschung über „Bella Donna“ von Vogt (1997) und an den

Informationen, die ich telefonisch von einer Mitarbeiterin der Einrichtung erhalten habe.

Die Beratungsstelle „Bella Donna“ ist eine Einrichtung des Vereins zur Hilfe suchtmittelabhängiger Mädchen und Frauen e.V. der 1989 in Essen gegründet wurde. Sie ist Bestandteil der Essener Suchthilfe, wodurch sich ihr Klientel vorrangig auf die Stadt Essen beschränkt. Sie steht in enger Kooperation, bzw. aus ihrer Ergänzung und Erweiterung heraus, entstand die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Die Gründung der Frauenberatungsstelle „Bella Donna“ entstand im Rahmen eines Modellprojekts in der Zeit von August 1992 bis Dezember 1995 und hat sich bis heute etabliert. Die Finanzierung erfolgt anteilig durch das Land Nordrhein Westfalen und der Stadt Essen. Die Frauendrogenberatungsstelle befindet sich in der Innenstadt von Essen in einem Gebäude, daß weiterhin noch Arztpraxen, Rechtsanwaltskanzleien etc. enthält. Somit können die Klientinnen die Beratungsstelle gut erreichen und das Aufsuchen ist nicht durch die Angst gehemmt, als Besucherinnen der Einrichtung erkannt zu werden.

Das Team von „Bella Donna“ besteht aus insgesamt neun festen Mitarbeiterinnen mit jeweils einer 30 Stunden Stelle. Hiervon sind vier für den Bereich der Landesfachstelle Frauen und Sucht, zwei für die Beratungsangebote und drei für das Modellprojekt „Viola“ zuständig.

Das Team setzt sich u.a. aus Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, Pädagoginnen etc. zusammen. Bei den Mitarbeiterinnen wird weniger Stellenwert auf die Berufsbezeichnung als auf die Berufserfahrung und Kompetenz gelegt. Alle Mitarbeiterinnen haben Erfahrung in der Drogenhilfe und sind gezielt für den Frauenbereich oder den therapeutischen Bereich fortgebildet. Zusätzlich zu den festen Mitarbeiterinnen ist noch eine Betriebswirtin mit einer ebenfalls 30 Stunden Stelle für den Verwaltungsbereich tätig. Wenn das Budget es erlaubt, werden Honorarkräfte für die Kinderbetreuung eingestellt.

Frauen, die die Beratungsstelle aufsuchen, haben somit die Möglichkeit, ihre Kinder mitzubringen und während der Inanspruchnahme der Hilfen betreuen zu lassen.

Um den Klientinnen einen geschützten Rahmen zu bieten, haben Männer, wie z.B. Berater, Angehörige der betroffenen Frauen etc. in der Regel keinen Zugang zu der Einrichtung.

Die Beratungsstelle möchte auf dem Hintergrund des geschützten Rahmens und der veränderten Arbeitsmethoden neue Handlungskonzepte entwickeln, die den betroffenen Frauen eine aktive Bewältigung der Probleme mit ihrer Abhängigkeit möglich machen.

Die Hilfsangebote der Beratungsstelle sind abstinentorientiert, d.h. es wird kein Spritzentausch oder ähnliche Möglichkeiten angeboten und der Konsum von Drogen ist in der

Einrichtung nicht erwünscht. Dies schließt nicht aus, daß Frauen die Einrichtung besuchen können, die zuvor Drogen konsumiert haben. Diese Regelung berücksichtigt die Verfassung und die Lebensumstände der betroffenen Frauen ausreichend.

„Bella Donna“ versteht ihre Hilfsangebote als mittel- bis hochschwellig. Von einer niedrighschwelligen Arbeitsweise grenzt sie sich ab. Sie möchte keine unmittelbaren Überlebenshilfen anbieten sondern in erster Linie klassische Beratung und Betreuung (einschließlich Krisenintervention) vermitteln. Die Inanspruchnahme durch betroffene Frauen hängt eng mit ihrer eigenen Motivationsgrundlage zusammen. Sie müssen selbst aktiv werden und sich auf freiwilliger Basis an „Bella Donna“ wenden. Dies ermöglicht eine erfolgreiche Beratung und Behandlung. „Bella Donna“ versucht die Hemmschwelle der Frauen zur Kontaktaufnahme möglichst gering zu halten. Dies geschieht u.a. durch das Angebot einer „offenen Sprechstunde“, die von Frauen ohne Termin, ohne Voranmeldung und ohne Bedingungen in Anspruch genommen werden kann.

Die Angebote der Beratungsstelle „Bella Donna“ sind kostenlos. Die Mitarbeiterinnen unterliegen der Schweigepflicht.

„Das Beratungs- und Betreuungsangebot umfaßt u.a. folgende Hilfen:

- Prävention ( mit dem Schwerpunkt Mädchenarbeit)
- Information und Beratung
- Einmalige ambulante Beratung („offene Sprechstunde“ oder Erstgespräche)
- Langfristige ambulante Beratung und Betreuung ( Einzelfallhilfe)
- Sozialpädagogische Gruppenangebote
- Betreuung bei ambulanten Entzug
- Psychosoziale Betreuung von Frauen in Substitutionsprojekten
- Krisenintervention
- Hilfen bei Behördenangelegenheiten
- Vermittlung von Ärztinnen, Rechtsanwältinnen u.s.w.
- Vermittlung zur Entgiftung
- Vermittlung in stationäre Therapie
- Hilfen bei der Regelung finanzieller Probleme
- Nachsorge“

(Vogt, 1997, 28).

Durch diese Darstellung wird deutlich, daß der Arbeitsansatz sehr vielfältig ist und in keiner Weise auf die Beratung, Betreuung und Begleitung von den abhängigen Frauen beschränkt ist. Im Vordergrund der Arbeit stehen jedoch die Erstgespräche und die Einzelfallhilfen.

Die Erstgespräche finden im Rahmen der bereits erwähnten „offenen Sprechstunde“ statt, die ohne Voranmeldung, ohne Termin und ohne Bedingungen in Anspruch genommen werden können. Die Beratungsdauer ist sehr unterschiedlich und reicht von ein paar Minuten bis zu einer Stunde. In diesen Erstgesprächen haben die Klientinnen häufig konkrete Fragen, z.B. Informationen oder Rechtsauskünfte etc., die mit der Klärung den Bedarf an Hilfe abschließen. Auffällig ist, daß viele Klientinnen den geschützten Rahmen nutzen und den Beraterinnen intime oder traumatische Erlebnisse, wie z.B. Gewalterfahrungen, sexueller Mißbrauch etc. anvertrauen. Es ist jedoch nicht selten ein langer Prozeß, bis diese Frauen Vertrauen fassen und sich auf intensivere Beratung und



Betreuung einlassen können. Häufig gehen sie nach dieser Beratung in ihre problematische Lebenssituation zurück. Die Erstgespräche sollen den Mädchen und Frauen in erster Linie die Möglichkeit geben, zu testen, ob sie sich auf die Angebote der Beratungsstelle einlassen möchten. Dies geschieht unabhängig davon, ob sie zuvor schon traditionelle Angebote der Drogenhilfe in Anspruch genommen haben und den frauenspezifischen Ansatz kennenlernen möchten oder den ersten Zugang zu einer Hilfsinstitution haben. Inhaltlich geht es in diesem Erstgespräch darum, die Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der Klientinnen zu thematisieren und abzuklären.

Entscheiden sich die Klientinnen dazu, weitergehende Hilfen in Anspruch nehmen zu wollen, besteht die Möglichkeit in die Einzelfallhilfe zu wechseln. Bei Bedarf können die Klientinnen auch an andere Institutionen vermittelt werden.

Die Einzelfallhilfe ist, entgegen der Erstberatung, an bestimmte Bedingungen geknüpft. Es wird von den Klientinnen erwartet, daß sie Absprachen und Termine entsprechend einhalten, bzw. absagen. Dies bedeutet nicht, daß z.B. Dauerklientinnen nicht von den Mitarbeiterinnen aufgesucht werden, wenn die Beratung ohne einen erkennbaren Grund abreißt.

Das Beratungsangebot bezieht sich in seinem Arbeitsansatz auf Rogers (1991). Die Beratung ist so konzipiert, daß die betroffenen Frauen selbst nach konstruktiven und positiven Lösungen für ihre Schwierigkeiten und Probleme suchen. Auch wenn die Suche oft umständlich ist und aus Sicht der Beraterin in eine Sackgasse zu führen droht. „Beratung wird hier verstanden als eigenständige Interventionsstrategie, die geleitet ist vom Prinzip des „minimal Notwendigen“, die orientiert sich an den Fähigkeiten der Ratsuchenden ebenso wie an ihren Ressourcen, die auf eine Erweiterung der Handlungskompetenzen abzielt unter anderem über die Stärkung der Selbsthilfe- und Selbstheilungskräfte (Kötter 1994). Beratung findet statt unter Einbeziehung der sozialen Felder und Systeme der Beteiligten (Strauss& Gmür 1991); sie hilft bei der Suche

nach adäquaten und realisierbaren Problemlösungen im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext. (Vogt, 1997, 36).

Darüber hinaus bietet die Frauenberatungsstelle „Bella Donna“ regelmäßig Präventions- und Gruppenangebote für Mädchen und Frauen an, z.B. den Workshop „Trommeln und Percussion“ auf einer Aktionswoche innerhalb der Suchtvorbeugung (NRW), 1995; Aufbau einer Mädchengruppe mit regelmäßigen Treffen (1995); Einrichtung einer Gruppe für Frauen in einem Substitutionsprojekt u.a.. Es werden Fortbildungsprogramme innerhalb der Einrichtung angeboten, die öffentlich zugänglich sind. Zu diesem Anlaß werden Referenten eingeladen, die zu Themen, wie z.B. „Hilfen für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern“ (Baller, 1994) oder „sexueller Mißbrauch in Beratung und Therapie“ (Vogt, 1993) etc. Stellung nehmen. Die Landesfachstelle Frauen und Sucht des Landes Nordrhein-Westfalen legt ihren Arbeitsschwerpunkt in die Bereiche Forschung, Betreuung der entsprechenden Institutionen, Fortbildungsprogramme und Weiterbildung auf regionaler und überregionaler Ebene. Die Fortbildungsprogramme finden vorrangig für MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen statt, z.B. der allgemeinen sozialen Dienste, der Erziehungsberatungsstellen, Justizvollzugsanstalten, Aids-Hilfen etc. Ferner legen die Mitarbeiterinnen viel Wert auf Öffentlichkeitsarbeit in Gremien und Medien. Das Team von „Bella Donna“ setzt sich ausschließlich aus Frauen zusammen. Der weibliche Arbeitsstil wird von den Mitarbeiterinnen als sehr emotional empfunden, was die Notwendigkeit eines guten Klimas innerhalb des Teams verstärkt. Hierdurch ist viel Dynamik vorhanden, die die Arbeit vorantreibt, anspricht und Energien freisetzt. Es findet ein regelmäßiger Austausch, Fallbesprechungen und eine Supervision innerhalb des Teams statt. Zusätzliche Gruppenangebote, die von der Beratungsstelle angeboten werden, unterliegen einer ständigen Entwicklung. Im August 1997 wurde das Modellprojekt „Viola“ gegründet. Hierbei handelt es sich um ambulante Hilfen für drogenabhängige, schwangere Frauen und Frauen mit Kindern des Landes Nordrhein-Westfalen. Dieses

Modellprojekt läuft im August 2001 aus, wodurch das Team zur Entwicklung neuer Hilfsangebote angeregt wird.

Die Beratungsstelle ist durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Mund-zu-Mund Propaganda schnell bekannt geworden und mittlerweile stark im Drogenhilfesystem der Stadt Essen vernetzt. Sie hat im Laufe der Jahre immer mehr Anerkennung erfahren und wird häufig angefragt. Aktuelle Daten sind mir leider nicht bekannt. Daher möchte ich mich ebenfalls auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung von Vogt (1997) beziehen.

In dem Zeitraum von 1993-1995 haben 194 Mädchen und Frauen die Beratungsstelle persönlich aufgesucht. Diese Daten beinhalten keine Aussagen, über z.B. Telefonkontakte und Beratungen und beziehen sich lediglich auf Klientinnen, über die schriftliche Unterlagen vorliegen. 75% hiervon haben die Erstgespräche in Anspruch genommen, 25% die Einzelfallhilfen einschließlich der Gruppenangebote. 87% von ihnen sind selbst von der Abhängigkeit betroffen, 13% kommen als Angehörige von Suchterkrankten. Der Altersdurchschnitt der Stichprobe liegt bei 25 Jahren. Dieser junge Altersdurchschnitt ist wahrscheinlich in dem Zusammenhang zu sehen, daß die Beratungsstelle viele Angebote für Mädchen in ihrem Repertoire beinhaltet.

Die Frauenberatungsstelle „Bella Donna“ stellt ein Feld der sozialen Arbeit dar. Wie zuvor erwähnt, sind Vertreterinnen der Berufsgruppe Sozialarbeit in dem Team der Einrichtung vorhanden. Diese arbeiten hauptsächlich im Bereich der Beratungs- und Behandlungsangebote (Erstgespräche, Einzelfallhilfen, spezielle Gruppenangebote, Interessenvertretung nach Außen, etc.). Sozialarbeiterinnen, die im Bereich der frauenspezifischen Drogenarbeit tätig sind, sollten ihren eigenen Status als Frau kennen und ihre Einstellungen und Haltungen sollten frauenfreundlich geprägt sein. Um sich den eigenen Status als Frau bewußt zu machen, ist eine Auseinandersetzung mit der eigenen gesellschaftlichen Position und Rolle, angefangen bei der geschlechtsspezifischen Sozialisation notwendig, um die spezifischen

Lebensumstände der Klientinnen besser verstehen und adäquate Hilfen anbieten zu können.

Die Sozialarbeiterinnen stehen in einer ständigen Balance zwischen Engagement und Zurückhaltung. Sie sollen die Klientinnen in den Erstgesprächen ermutigen weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen, um eine Verbesserung ihrer unbefriedigenden Lebenssituation zu erreichen. Es geht darum, Vertrauen zu den Klientinnen aufzubauen. Auf der anderen Seite soll die Initiative von den betroffenen Frauen ausgehen, d.h. sie erleben täglich, daß Frauen sich erst mal ihrer Probleme entlasten und anschließend in ihr gewohntes Leben zurückgehen, ohne sich auf konkrete Hilfen einzulassen. Häufig kommen diese Frauen mehrmals und es ist nicht selten ein langer Prozeß, bis sie Vertrauen aufbauen und sich auf weitergehende Hilfen einlassen können. Sie müssen darauf achten, daß sie die Klientinnen nicht überfordern und Enttäuschungen, z.B. durch Rückfälle einkalkulieren.

„Die Arbeit im Umgang mit drogengefährdeten und drogenabhängigen Mädchen und Frauen ist parteilich. Parteilichkeit bzw. Parteinahme meint hier eine entschiedene Interessenvertretung der Anliegen der Klientel nach außen, also gegenüber ihren Angehörigen, der traditionellen Drogenhilfe, den sozialen Hilfseinrichtungen allgemein, der Politik und schließlich der Gesellschaft schlechthin. Die Mädchen und Frauen, die mit ihren Problemen in die Beratungsstelle kommen, stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit, ihnen gilt die Fürsorge der Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle.(...) Das bedeutet weiterhin, die Klientinnen als Person so zu akzeptieren, wie sie sind, sie bei der Bewältigung des Alltags zu unterstützen, ihnen Zeit für ihre Entwicklung zu lassen und ihre Entscheidungsfähigkeit zu fördern.“(Vogt, 1997, 26).

Die Arbeit einer Sozialarbeiterin umfaßt in dieser Beratungsstelle vielfältige Hilfen, die ich bereits zuvor vorgestellt habe. Die adäquate Beratung und Betreuung der betroffenen Frauen setzt eine genaue Kenntnis über frauenspezifische Lebensumstände, aber auch über Suchtproblematik und den illegalen Drogen und anderen

Substanzformen voraus. Die Arbeit im Drogenbereich umfaßt auch immer medizinische Anteile, wodurch eine gute Zusammenarbeit mit entsprechenden Ärztinnen und Ärzten notwendig wird. Sozialarbeiterinnen in einer Frauendrogenhilfeeinrichtung sind nicht nur mit dem eigentlichen Drogenkonsum, sondern auch mit den begleitenden psychosomatischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern konfrontiert, z.B. Depression, Ängste etc. Hilfsangebote, wie die Vermittlung von Rechtsanwälten, Entgiftung, Substitutionsprojekten oder Therapie, Betreuung bei ambulanten Entzug, etc. setzen einen guten Kontakt und Zusammenarbeit der Sozialarbeiterin mit anderen Hilfsinstitutionen voraus. Weitere Interventionsmöglichkeiten der Sozialarbeiterinnen können u.a. sein: Krisenintervention, Hilfen bei Behördenangelegenheiten, Hilfen bei der Regelung finanzieller Probleme, Nachsorgeangebote. In der Öffentlichkeitsarbeit, ist z.B. die Teilnahme an einer Reihe von Arbeitskreisen in der Stadt und in der Region etc. notwendig.

## 6 Resümee

Die Thematik meiner Arbeit ist in diesem begrenzten Rahmen sicherlich nicht vollkommen auszuschöpfen. Meine Darlegung des Themas dokumentiert ein umfassendes Verständnis für die Hintergründe einer weiblichen Abhängigkeitsentwicklung von legalen Drogen bzw. in diesem Zusammenhang der Medikamentenabhängigkeit.

Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen, wie eng die gesellschaftlichen Lebensbedingungen der Frauen und die ständige Bedrohung durch Gewalterfahrungen und die damit einher gehenden traumatischen Erlebnisse mit der Medikamentenabhängigkeit- als typisch weiblich deklarierte Abhängigkeitsform- verknüpft sind und sich gegenseitig bedingen. Der Begriff „Abhängigkeit“ ist weit zu fassen und kann nicht nur auf den Konsum der Medikamente

beschränkt werden. Er beinhaltet auch immer die Abhängigkeit von alltäglichen Lebenszusammenhängen im sozialen, emotionalen und ökonomischen Bereich. Diese Abhängigkeiten können die Ursachen einer Medikamentenabhängigkeit darstellen. In diesem Zusammenhang ist es erstaunlich, daß die geschlechtsspezifische Sozialisation und die daraus resultierenden unterschiedlichen Entwicklungs- und Lebensbedingungen von Frau und Mann immer noch häufig geleugnet oder nicht erkannt werden. So steht auch die geschlechtsspezifische Suchthilfe noch weitgehend in den Anfängen ihrer Entwicklung. Meine Ausführungen verdeutlichen, daß die Suchthilfe mehr umfassen sollte als nur den Prozeß zur Suchtmittelabstinenz. Es geht auch darum, eine Unabhängigkeit und Autonomie in ganz alltäglichen Lebensbereichen wiederzufinden, sich von krankmachenden Anforderungen zu distanzieren und ein neues Selbstbewußtsein, eine neue Identität zu entwickeln. Diesbezüglich sollten geschlechtsspezifische Lebenszusammenhänge ausreichend berücksichtigt werden, um nicht an Qualität einzubüßen. Frauenspezifische Konzepte zu entwickeln bzw. anzubieten, kann als notwendige Voraussetzung angesehen werden, um Frauen adäquat in

das Drogenhilfesystem miteinzubeziehen und ihren Bedürfnissen und Lebensumständen gerecht zu werden. Weiterhin wäre es im Rahmen der Entwicklung frauenspezifischer Suchthilfe notwendig, mehr wissenschaftlich fundierte Studien aus der geschlechterdifferenzierenden Perspektive aufweisen zu können.

Sozialarbeiter/innen, die im Bereich der Drogenhilfe tätig sind, sollten über ausreichend Kenntnisse zu dieser Thematik verfügen. Sie haben im Rahmen ihrer Arbeit die Möglichkeit, bei der Weiterentwicklung der geschlechtsspezifischen Suchthilfe Einfluß nehmen.

## Literaturverzeichnis

13. Shell Jugendstudie: Jugend 2000 / Hrsg. Deutsche Shell -Band 1-  
Opladen: Leske+ Budrich, 2000

Bellmund-Soller, Astrid: Sucht und Lebenssinn aus frauenspezifischer  
Sicht. In: Deutscher Orden Suchthilfe: Sucht und Suche nach Leben:  
Tagungsband des Symposiums der Do Suchthilfe  
München, 1999, S.51-56

Benard, Cheryl; Schlaffer, Edit: Gewalt in der guten Stube- Situationen  
in Mittelschichtfamilien. In: Ministerium für die Gleichstellung von  
Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen: Gewalt gegen  
Frauen: Dokumente und Berichte 15,  
Düsseldorf, 1991, S. 13-25

Biermann, Benno: Familien und familiäre Alternativen: Prozesse,  
Institutionen und Instanzen der primären Sozialisation. In: Soziologie:  
Gesellschaftliche Probleme und sozialberufliches Handeln /Hrsg.  
Benno Biermann, Erika Bock-Rosenthal, Martin Doehlemann u.a.,  
2.Aufl.  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Hermann Luchterhand Verlag GmbH, 1994

Borkenau, Peter: Anlage und Umwelt: Eine Einführung in die  
Verhaltensgenetik/ Hrsg. Peter Borkenau  
Göttingen: Verlag für Psychologie, 1993

Brückner, Margrit: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen:  
Eine Einführung/Hrsg. Margrit Brückner. Band 51  
Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 1998

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend:  
Programm „Frau und Beruf“: Aufbruch in die Gleichstellungspolitik  
Bonn, Juni 1999



Coward, Rosalind: Unsere trügerischen Herzen: Warum Frauen immer alles falsch machen, obwohl sie alles besser wissen/ Hrsg. Rosalind Coward

München: Droemersch Verlaganstalt Th. Knaur Nachf., 1997

Das Barmer Lexikon: Gesundheit und Medizin von A-Z/ Hrsg. W. Draeger

Köln: Delphin- Verlag GmbH in der VEMAG- Verlags- und Medienaktiengesellschaft, 1993

De Beauvoir, Simone: Das andere Geschlecht: Eine Deutung der Frau/ Hrsg. Ernesto Grassi

Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Verlag GmbH , 1960

Engfer, Anette: Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, Ulrich ; Hoffmann, Sven Olaf; Joraschky, Peter: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen/ Hrsg. Ulrich Egle...

Stuttgart: Schattauer, 1997

Ernst, Andrea: Auf dem Rücken der Frauen oder: Was leisten spezielle Angebote der Gesundheitsförderung zur Prävention „Frauentypischer“ Befindlichkeitsstörungen und des mißbräuchlichen Medikamentenkonsums? Sozialwissenschaftlicher Beitrag. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit bei Frauen und Männern: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 32

Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1990, S. 92-98

Ernst, Andrea; Füller, Ingrid: Schlucken und Schweigen: Wie Arzneimittel Frauen zerstören können/ Hrsg. Andrea Ernst; Ingrid Füller  
Köln: Kiepenheuer& Witsch, 1988

Federspiel, Krista; Lackinger Karger, Ingeborg: Kursbuch Seele: Was tun bei psychischen Problemen? Beratung. Selbsthilfe. Medikamente. 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand/ Hrsg. Krista Federspiel, Ingeborg Lackinger Karger  
Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1996

Feser, Herbert: Bericht über die Diskussion. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit bei Frauen und Männern: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 32  
Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1990, S. 111-116

Fett, Anna: Männer- Frauen- Süchte / Hrsg. Anna Fett  
Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1996

Flügel, Anke; Merfert-Diete, Christa: Frauenspezifische Therapie. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht '94  
Geesthacht: Neuland- Verlagsgesellschaft mbH, 1993, S. 48-59

Franke, Alexa: Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit bei Frauen. In: Manfred Singer v.i. Stephan Theyssen: Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen, Diagnostik, Therapie  
Berlin (u.a.): Springer, 1999, S. 452-460

Franke, Alexa: Geschlechtsspezifische Aspekte der Gesundheit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit bei Frauen und Männern: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 32  
Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1990, S. 14-23

Franke, Alexa: Suchtmittel im Leben von Frauen: Erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung. In: Suchtreport, Heft 6, 1999, S. 29-36

Franke, Alexa; Elsesser, Karin; Sitzler, Franziska u.a.: Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: Eine Salutogenetische Verlaufsstudie, 1. Aufl.  
Cloppenburg: Verlag Runge, 1998

Frise, Maria: Erbarmen mit den Männern: Gedanken zum Thema Männer, Frauen und Familien/ Hrsg. Maria Frise  
Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1983

Glaeske, Gerd: Arzneimittelmißbrauch und – abhängigkeit von Frauen: Pharmakologisch- epidemiologischer Beitrag. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit bei Frauen und Männern: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 32  
Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1990, S. 107-111

Glaeske, Gerd: Der Stellenwert des Arzneimittelmißbrauchs in unserer Gesellschaft. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Medikamentenabhängigkeit: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 34  
Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1992, S.11-30

Glaeske, Gerd: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht 2001  
Geesthacht: Neuland- Verlagsgesellschaft mbH, 2000, S. 63-80

Glaeske, Gerd; Günther, Judith; Keller, Sabine: Nebenwirkungen: Sucht: Medikamente, die abhängig machen/ Hrsg. Gerd Glaeske; Judith Günther; Sabine Keller  
München: Verlag Antje Kunstmann GmbH, 1997

Glaeske/ Rumke: Medikamente...Gebrauch und Mißbrauch / Hrsg. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal, keine weiteren Angaben vorhanden.

Hagemann-White, Carol: Sozialisation: weiblich- männlich?/Hrsg. Carol Hagemann- White  
Opladen: Leske und Budrich, 1984

Holz, Antonius; Leune, Jost: Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Jahrbuch Sucht, 2000  
Geesthacht: Neuland- Verlagsgesellschaft mbH, 1999, S.139-161

Jahresbericht 1997 zur Kriminalitätslage in der Bundesrepublik Deutschland, Bundeskriminalamt ([www.bka.de](http://www.bka.de)), s. Anhang

Jeuck, Gabriele: Frauen- Medikamentenabhängigkeit und Behandlung. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Die Süchte der Frauen: Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand, Berichtsband der Tagung der NLS vom 17. Juni 1998 in Hannover, S. 48-64

Jeuck, Gabriele: Frauen- Medikamentenabhängigkeit und Behandlung. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Die Süchte der Frauen: Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand, Berichtsband der Tagung der NLS vom 17. Juni 1998 in Hannover, S.48-64

Krahe, Barbara: Sexuelle Gewalt im Jugend- und Erwachsenenalter. In: Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch/ Hrsg. Rolf Oerter; Leo Montada – 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. -  
Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995

Kretschmann, Ulrike: Das Vergewaltigungstrauma: Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen/ Hrsg. Ulrike Kretschmann. – 1. Aufl. -  
Münster: Westfälisches Dampfboot, 1993

Lexikon zur Soziologie /Hrsg. Werner Fuchs-Heinritz, Rüdiger Lautmann, Hanns Wienhold u.a., 3.vollst. neu überarbeitete und erweiterte Aufl.

Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995

Lukasz-Aden, Gudrun: Tiefer kannst Du nicht fallen: Frauen und Sucht/ Hrsg. Gudrun Lukasz-Aden  
München: Wilhelm Heyne Verlag, 1986

Merfert-Diete, Christa; Soltau, Roswitha: Frauen und Sucht: Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit/ Hrsg. Christa Merfert-Diete; Roswitha Soltau  
Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1984

Meulenbelt, Anja: Wie Schalen einer Zwiebel: Oder wie wir zu Frauen und Männern gemacht werden./ Hrsg. Anja Meulenbelt – 1. Aufl. -  
München: Verlag Frauenoffensive, 1984

Pegel/Rimpl: Frau und Sucht: Beobachtung, Erfahrung, Therapieansätze /Hrsg Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 23  
Hamm: Hohenbeck-Verlag, 1981

Ridder- Melchers, Ilse: Gewalt ist kein privates, sondern ein gesellschaftliches Problem. In: Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen: Gewalt gegen Frauen: Dokumente und Berichte 15  
Düsseldorf, 1991, S. 4-12

Scheu, Ursula: Wir werden nicht als Mädchen geboren- wir werden dazu gemacht: Zur frühkindlichen Erziehung in unserer Gesellschaft/  
Hrsg. Ursula Scheu

Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1977

Schneider, Friederike; Latta, Doris; Meyer, Constanze u.a. in:  
Frauensüchte im Alltag.

In: Clio: Eine feministische Zeitschrift zur gesundheitlichen Selbsthilfe/ Hrsg. Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V., Berlin, Nr. 46, März 1998, S. 4-7

Schwarzer, Alice: Der grosse Unterschied: Gegen die Spaltung von Menschen in Männer und Frauen/ Hrsg. Alice Schwarzer –1. Aufl.- Köln: Kiepenheuer& Witsch, 2000

Strafgesetzbuch, 35. Aufl. 2000

München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co., KG, Stand 15. August 2000

Tillmann, Klaus- Jürgen: Sozialisationstheorien: Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung/ Hrsg. Klaus- Jürgen Tillmann

Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1989

Ungerer, Otto: Der gesunde Mensch/ Hrsg. Otto Ungerer, 6. Aufl.

Hamburg: Handwerk und Technik GmbH, 1996

Vogt, Irmgard in: Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit: Ergebnisse aus der Forschung. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Rheinland-Pfalz: Frauen-Sucht-Gesellschaft: Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der katholischen Akademie in Trier, S. 5-31

Vogt, Irmgard: „Bella Donna“ Die Frauendrogenberatungsstelle im Ruhrgebiet: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung /Hrsg. Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik, INDRO e.V., Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 11

Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1997

Vogt, Irmgard: Therapierisiken für Frauen in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit bei Frauen und Männern: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 32

Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1990, S. 58-74

Vogt, Irmgard; Leopold, Beate: Frauen und Sucht: Konzeptentwicklung Trägerberatung zur Umsetzung frauenspezifischer Angebote im Drogen- und Suchthilfe-System des Trägers. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein- Westfalen, Oktober 1998

Vollmer, Christine: Konflikt Beruf und Familie: Eine gesellschaftliche Schlüsselfrage/ Hrsg. Christine Vollmer

Hamburg: VSA-Verlag, 1989

Walch- Heiden, Erika: Medikamentenkonsum von Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Medikamentenabhängigkeit: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 34

Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1992 S. 291-297

Walch-Heiden, Erika: Medikamentenkonsum von Frauen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Medikamentenabhängigkeit: Schriftreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 34

Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag, 1992, S. 291-298

Weidekamm-Hegenscheidt: Begrüßung und Eröffnung. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Die Süchte der Frauen: Angebote und Hilfen auf dem Prüfstand, Berichtsband der Tagung der NLS vom 17. Juni 1998 in Hannover, S. 5-9

Winkler, Klaudia: Frauenspezifische Suchtarbeit auf dem Prüfstand: Die Qualität frauenspezifischer Behandlungsangebote im Suchtbereich. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Die Süchte der Frauen: Angebote und Hilfen auf dem Prüfstand, Berichtsband der Tagung der NLS vom 17. Juni 1998 in Hannover, S. 13-42



Fälle, bei Mord und Totschlag hingegen einen Rückgang um 6,1 % auf 3.288 registrierte Straftaten.

Die Entwicklung beim Schußwaffengebrauch ist weiterhin bedenklich. 1997 wurde in 13.648 Fällen (1995: 12.855; 1996: 13.479) mit einer Schußwaffe gedroht und in 8.081 Fällen geschossen (1995: 8.163; 1996: 8.471). Bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung entwickelte sich die Zahl der Fälle, in denen geschossen wurde von 2.478 (1995) über 2.619 (1996) auf 2.508 im Jahr 1997. Bei den Raubdelikten wurde im zurückliegenden Jahr in 6.520 Fällen mit einer Schußwaffe gedroht, das sind 186 (+2,9 %) mehr als 1996. Bei Freiheitsberaubung, Nötigung und Bedrohung wurden 126.879 Fälle und damit 6.444 (+5,4 %) mehr als 1996 registriert.

Generell ist festzustellen, daß der Anstieg der Aggressionsdelikte Körperverletzung, Nötigung, Bedrohung und Straßenraub im Zusammenhang mit der wachsenden Jugenddelinquenz zu sehen ist. Minderjährige und Heranwachsende stellen bei diesen Delikten einen weit überproportionalen Anteil sowohl bei den Tatverdächtigen als auch bei den Opfern.

Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung wurden 53.135 Fälle (+8,3 %) registriert. Im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch von Kindern gemäß § 176 StGB wurden 16.888 Fälle erfaßt (+7,7 %). Bei Straftaten in diesem Phänomenbereich zeigen sich über Jahre stärkere Schwankungen, aber keine durchgängige Tendenz.

Bei den Rauschgiftdelikten ist ein Anstieg um 9,7 % auf 205.099 Fälle zu verzeichnen. Besonders hoch ist der Anstieg bei den Kokaindelikten mit 17,2 % (22.784 Fälle) und den Delikten im Zusammenhang mit Amphetamin/ -derivaten (+14,3 % auf 21.193 Fälle).

Die Zahl der Diebstahlsdelikte ist mit 3.537.610 Fällen (1996: 3.672.655) wiederum zurückgegangen (-3,7 %), wobei die Fälle von Ladendiebstahl um 3,2 % auf 677.542 angestiegen sind.

Bei den schweren Diebstählen in/aus Wohnungen gab es einen Rückgang um 7,0 % auf 182.009 Fälle. Hierbei dürften die Vorbeugungsprogramme der Polizei zu einer

## **Geschlechtsstereotyp: Gleiches Verhalten - unterschiedliche Bewertung**

---

Das gleiche Verhalten wird unterschiedlich bewertet, je nachdem, ob es von einer Frau oder einem Mann gezeigt wird. Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn das Verhalten in unseren (Vor-) Urteilen nicht zu dem Geschlecht paßt. Welches Verhalten wir als normal kennzeichnen, daß hängt auch mit unseren Geschlechtsstereotypen zusammen: Eine Person kämpft um eine bessere technische Ausstattung für ihr Referat. Sie bringt dieses Thema drei mal hintereinander in die Referatsleiterbesprechung ein: Bei einem Mann wird dieses Verhalten als "durchsetzungsstark " oder "hartnäckig" erlebt, Frauen gelten dann schneller als "penetrant".

- Der Mann wird dabei laut - die Frau wird hysterisch
- Der Mann hält seine Gefühle im Zaum - die Frau ist eiskalt
- Der Mann setzt sich durch - die Frau ist rücksichtslos
- Die Frau reagiert sensibel - der Mann verliert die Fassung

### **Denk-Anstoß aus dem Volksmund:**



Ich versichere, daß ich meine Diplomarbeit:

Frauen– Abhängigkeit von legalen Drogen und  
sozialarbeiterische Interventionmöglichkeiten  
- die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit -

selbstständig und ohne fremde Hilfe  
angefertigt habe und daß ich alle  
von anderen Autoren wörtlich über-  
nommenen Stellen wie auch die sich  
an die Gedankengänge anderer Autoren  
eng anlehnenden Ausführungen meiner  
Arbeit besonders gekennzeichnet  
und die Quellen angegeben habe.

Dortmund, den 25. Mai 2001

J. Steube  
Unterschrift