



Leseprobe aus Vogt, *Geschlecht, Sucht, Gewalttätigkeiten*, ISBN 978-3-7799-6338-7

© 2021 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/  
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6338-7](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-6338-7)

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	5
<b>1 Frauen, Männer, Sucht</b>	13
1.1 Substanzkonsum, Substanzkonsumprobleme und Geschlechter	13
1.2 Studien zur interpersonalen Gewalt und zur Sucht	19
1.3 Mütter und Väter mit Suchtproblemen	34
1.4 Kindeswohl, Kindeswohl-Gefährdungen und Interventionen	44
1.5 Sucht und Stigma	53
1.6 Subjektive Sichten auf Hilfen und auf Behandlungen	60
1.7 Forschungsleitende Positionen	66
<b>2 Die Studien: Anlage, Durchführung, quantitative Ergebnisse, qualitatives Auswertungsdesign</b>	68
2.1 Rahmenbedingungen	68
2.2 Die Familienstudie	71
2.3 Die Gewaltstudie	76
2.4 Vergleich der demographischen Daten der Familienstudie und der Gewaltstudie	81
2.5 Subjektive Einschätzungen der Gesundheit	83
2.6 Die Gewaltstudie und Ergebnisse zu Fragen nach Gewalterfahrungen	88
2.7 Auswertungsdesign der qualitativen Interviews	93
<b>3 Kindheitserinnerungen</b>	96
3.1 Schöne Kindheit – schwierige Kindheit	97
3.2 Belastungen durch Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend	104
3.3 Herkunftsfamilie und Verhaltensähnlichkeiten zwischen Eltern und Kindern	113
3.4 Zusammenfassung	118

<b>4</b>	<b>Sucht und Partnerschaften</b>	121
4.1	Hintergründe und Vorbelastungen	121
4.2	Sucht: Einstieg, Auswirkungen, Folgen	124
4.3	Suchtprobleme und Partnerschaften: positive und negative Aspekte	139
4.4	Zwischenfazit	154
4.5	Was hält süchtige Partnerschaften zusammen?	155
4.6	Zusammenfassung	164
<b>5</b>	<b>„Du kannst kein Kind auf der Straße behalten. Das geht schon mal gar nicht“</b>	170
5.1	Schwangerschaften und Geburten	170
5.2	Sucht, Leben mit Kindern und Gefährdungen des Kindeswohls	188
5.3	Mütter, Väter, Kinder – Leben in Familien	201
5.4	Selbstbilder als Mütter und Väter	205
5.5	Körperliche und psychische Störungen der Kinder	215
5.6	Zusammenfassung	218
<b>6</b>	<b>Informelle Netzwerke und informelle Hilfen</b>	223
6.1	Zum Kontext von sozialen Netzwerken	223
6.2	Empirische Studien zu sozialen Netzwerken von Menschen mit Suchtproblemen	224
6.3	Informelle Unterstützungen und informelle Belastungen	228
6.4	Zusammenfassung	239
<b>7</b>	<b>Formale Hilfen: Frauenberatung und Frauenhäuser, die Polizei, die Kinder- und Jugendhilfe, Ärztinnen und Ärzte</b>	241
7.1	Zur Komplexität formaler Hilfen	241
7.2	Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser	244
7.3	Interventionen durch die Polizei bei Gewalttätigkeiten in der Partnerschaft	248
7.4	„Ich hatte immer diese wahnsinnige Angst vor dem Jugendamt“ – Die Kinder- und Jugendhilfe aus Sicht der Interviewten	257
7.5	Hilfen durch Ärztinnen und Ärzte	274
7.6	Zusammenfassung	279

# 1 Frauen, Männer, Sucht<sup>1</sup>

## 1.1 Substanzkonsum, Substanzkonsumprobleme<sup>2</sup> und Geschlechter

In Deutschland unterscheidet sich der Anteil von Frauen<sup>3</sup> und Männern<sup>4</sup>, der alkoholische Getränke oder andere psychoaktiven Substanzen (wie z. B. Cannabis und synthetische Cannabinoide, Opioide und andere Sedativa, stimulierende Substanzen oder halluzinogene Stoffe) in einer solchen Menge konsumiert, dass die eigenen Handlungen nicht mehr gut kontrolliert werden können. Das gilt auch für die Abhängigkeit von einer Substanz oder von mehreren dieser Stoffe (vgl. ICD 10 sowie WHO, ICD 11 beta draft). Einige dieser Substanzen werden legal produziert und sind für Erwachsene einfach zu erwerben (z. B. alkoholische Getränke, Zigaretten usw.). Eine Reihe von psychoaktiven Substanzen wird von der pharmazeutischen Industrie hergestellt und vorwiegend über Apotheken vertrieben. Zum Erwerb vieler dieser Substanzen benötigt man ein ärztliches Rezept; das bedeutet, dass diesem immer ein Arztbesuch bzw. eine Interaktion mit einer ärztlichen Praxis oder einer realen oder virtuellen Apotheke vorausgehen sollte. Schließlich ist die Herstellung und der Handel von zunehmend mehr Substanzen nur unter strengen Auflagen erlaubt und ihre Verschreibung durch die Betäubungsverordnungsverordnung (BtMVV) geregelt. Die Herstellung einiger weiterer Substanzen (z. B. Kokain) ist gänzlich verboten; wir sprechen dann von illegalen (oder illegalisierten) Drogen. Wer diese und viele andere Substanzen, die rezeptpflichtig sind, dennoch erwerben will, bedient sich im Straßenhandel oder über das Internet. Im Folgenden bezeichnen wir die psychoaktiven Substanzen, die auf diesen Wegen erworben werden, als Straßendrogen. Der Erwerb von rezeptpflichtigen psychoakti-

- 
- 1 In diesem Buch wird das weibliche und männliche Genus abwechselnd verwendet. Soweit nicht gekennzeichnet, sind jeweils alle Geschlechter gemeint, also alle Personen, die sich dem weiblichen, dem männlichen oder einen anderen oder keinem Geschlecht zuordnen.
  - 2 In Anlehnung an die aktuelle Terminologie (vgl. Falkai & Wittchen, 2015, S. 661ff) werden im Folgenden sowohl Begriffe wie Substanzkonsum, Substanzkonsumprobleme usw. verwendet als auch die im Alltag gebräuchlichen Begriffe Sucht/ Abhängigkeit.
  - 3 Die Begriffe Frau, Mann beziehen sich auf das biologische sowie auf das soziale Geschlecht. Wenn im Folgenden diese Begriffe verwendet werden, sind damit alle Menschen gemeint, die sich entweder als Frau oder als Mann identifizieren, unabhängig von ihrem biologischen Geschlecht.
  - 4 Da in Deutschland zurzeit keine empirischen Daten zum Konsum von psychoaktiven Substanzen der neuen Geschlechtskategorie Divers vorliegen, und da bislang auch keine Daten erhoben worden sind zu geschlechtsspezifischen Präferenzen, können für diese Gruppen auch keine Daten angegeben werden (vgl. Vogt, 2018a).

ven Substanzen ohne Rezept oder von illegalen Drogen im Straßenhandel oder über das Internet stellt eine kriminelle Handlung dar. Der Konsum der Drogen selbst steht in Deutschland jedoch nicht unter Strafandrohung.

In Deutschland und in einer Reihe von Ländern der westlichen Welt und in Australien ist der Anteil der Männer und Frauen, die legale Drogen wie alkoholische Getränke in riskanter oder schädlicher Weise konsumieren und eventuell von diesen abhängig werden, ungleich größer als der Anteil derjenigen, die von Straßendrogen abhängig werden (Jacobi et al., 2014). Ebenso gilt, dass in diesen Ländern das Risiko von Männern, von Alkohol, Opiaten und Stimulanzien abhängig zu werden, ebenfalls ungleich größer ist als das von Frauen. Für Deutschland haben wir entsprechende Daten in Tabelle 1 zusammengestellt (Pabst et al., 2013; Kraus et al., 2016). Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen, deren Zuordnung zu einem Geschlecht unabhängig von ihrer biologischen Ausstattung erfolgt, sowie derjenigen, die von heteronormativen Mustern abweichen (vgl. Institute of Medicine, 2011), ein etwas höhere Risiko haben, psychoaktive Substanzen in schädlicher Weise zu konsumieren (Kerr et al., 2017; Kerridge et al., 2017; Medley et al., 2016; Plöderl, 2016; Roxburgh et al., 2016).

Tabelle 1: Angaben zum Missbrauch und zur Abhängigkeit von verschiedenen psychoaktiven Substanzen nach Geschlecht, in Prozent

Substanzen	Frauen	Männer	Gesamt
Riskanter Konsum von Alkohol**	13,4	17,0	15,2
Abhängigkeit von Alkohol*	2,0	4,8	3,4
Rauchen Abhängigkeit*	9,0	12,5	10,8
Missbrauch von Cannabis*	0,2	0,8	0,5
Abhängigkeit von Cannabis*	0,2	0,8	0,5
Abhängigkeit von Heroin*	0,1	0,3	0,2
Abhängigkeit von Amphetaminen und verwandten Stoffen*	0,3	1,2	0,7

Quellen: \*Pabst et al., 2013, S. 325 – 326; \*\*Rummel et al., 2017

Der riskante und vor allem der schädliche Konsum von psychoaktiven Substanzen gefährdet nicht nur die körperliche und psychische Gesundheit der Konsumierenden, sondern auch ihr soziales Wohlergehen. Je häufiger es zu riskanten Konsumepisoden kommt, umso wahrscheinlicher ist es, dass der Konsument sich selbst oder andere schädigt, z. B. wenn er oder sie angetrunken ein Auto steuert oder sich oder andere mit anderen Mitteln in Gefahr bringt. Auch das Risiko steigt an, dass sich eine (chronische) Substanzkonsumstörung entwickelt, die in der Regel zu weiteren körperlichen und psychischen Erkrankungen und zu sozialer Exklusion führen kann. Zentrales Merkmal einer Substanzabhängigkeit ist ein starker innerer Drang (craving), diese Substanz zu konsumieren. Das zeigt sich daran, dass die Fähigkeit, den Konsum zu kontrollieren, beschädigt ist, dass der Substanzkonsum immer wichtiger wird und dass immer weiter konsumiert

wird, obwohl negative Konsequenzen drohen oder bereits eingetreten sind (vgl. Saunders, 2017). Die Entwicklung einer Sucht und einer Abhängigkeit kann je nach Kontext und Substanz sehr schnell gehen (z. B. beim Konsum von Zigaretten) oder langsam (z. B. beim Konsum von Alkohol oder vom Arzt verordneter Beruhigungsmittel; ausführlich dazu z. B. Soyka & Küfner, 2008; Stuckrad-Barre, 2016). Man geht allgemein davon aus, dass diese Prozesse bei Männern langsamer verlaufen als bei Frauen; man spricht von einem für Frauen typischen Telescoping-Effekt (Leménager & Torchalla, 2011). Allerdings darf man diese geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht pauschalisieren. Gerade bei Frauen lassen sich, was die Entwicklung einer Sucht betrifft, große Unterschiede beobachten. Es gibt Gruppen von Frauen, bei denen die Suchtentwicklung tatsächlich recht schnell abläuft. Es gibt aber auch Gruppen, bei denen die Entwicklung langsam verläuft (Vogt, 1994); bei letzteren dauert oft viele Jahre, bis sich hinreichend viele Symptome für eine Abhängigkeitsdiagnose eingestellt haben.

Die Chancen, diese Entwicklung zu unterbrechen, sind bei langsamen Verläufen prinzipiell grösser als bei schnellen. Kurze Interventionen durch wichtige Personen im Lebensumfeld oder auch durch den Hausarzt können dazu beitragen, langsame Suchtentwicklungen zu stoppen. Gelingt das nicht, kann es zur Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen allein oder zusammen mit weiteren psychischen Störungen kommen. Besonders häufig stellt man eine Komorbidität mit (unipolaren) Depressionen und Ängsten fest (Diehl & Batra, 2011).

Nach ICD 10 wird Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz diagnostiziert, wenn wenigstens 3 von insgesamt 6 Merkmalen in den letzten 12 Monaten zutreffen. Die Diagnostik ist im ICD 11 verkürzt auf wenigstens zwei der insgesamt drei zentralen Merkmale, wobei diese gleichzeitig und wiederholt auftreten müssen über einen Zeitraum von 12 Monaten oder ständig während wenigstens einem Monat. Es handelt sich um folgende 3 Merkmalbündel:

1. Verminderte Kontrollfähigkeit über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung und die Menge des Konsums, oft aber nicht immer in Kombination mit einem starken Verlangen oder eine Art Zwang (craving), die Substanz zu konsumieren.
2. Einengung auf den Substanzgebrauch und als Folge davon Vernachlässigung anderer wichtiger Interessensbereiche, Vergnügen, Tagesgeschäfte, Verantwortlichkeiten und der persönlichen und gesundheitlichen Verpflichtungen. Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen und Probleme.
3. Physiologische Merkmale wie (a) Toleranzentwicklung, (b) Entzugssyndrom (mit den spezifischen Charakteristika der Substanz, von der die Person abhängig ist), (c) fortgesetzter Konsum um Entzugserscheinungen zu vermeiden.

Menschen, die von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen abhängig geworden sind, können sich mit eigenen Methoden und Techniken daraus befreien. Wir sprechen in solchen Fällen von Selbstheilung (Klingemann & Sobell, 2006; Witkiewitz et al., 2014). Der selbstorganisiertem Ausstieg aus der Sucht findet erstaunlich häufig statt, wie Daten zum Ausstieg aus dem Rauchen belegen (Kuntz et al., 2017). Auch Daten von Rekruten und von Armeeinghörigen belegen immer wieder, dass der Ausstieg aus exzessivem Konsum von Alkohol und von anderen Drogen gut gelingen kann, wenn sich Lebenskontexte ändern (Bray et al., 2013; Robins et al., 2010).

Frauen und Männer, die wiederholt Alkohol und andere Drogen exzessiv konsumieren und im Laufe der Zeit von den Substanzen abhängig werden, haben neben dem Risiko weiterer psychischer Störungen oft noch zusätzliche soziale Probleme. Missbrauch und Abhängigkeit von alkoholischen Getränken und von anderen Drogen sind assoziiert mit Verhaltensweisen, die andere in Gefahr bringen können (harm to others; z. B. Gell et al., 2015; Görden & Nowak, 2013; Hapke et al., 2013; Rossow & Ramstedt, 2017; Room et al., 2016; Velleman et al., 2007). Solche Gefahren sind offensichtlich bei Straßenverkehrsunfällen, die von Fahrern verursacht werden, die betrunken sind oder unter dem Einfluss anderer psychoaktiver Substanzen stehen. Sie sind gut nachvollziehbar, wenn das Haushaltseinkommen für den Erwerb von Straßendrogen ausgegeben wird und andere Kosten für das Alltagsleben oder für das Wohlergehen der Kinder nicht mehr gedeckt werden können. Weniger offensichtlich sind die Gefahren im Arbeitsleben, wenn Kollegen und Kolleginnen ausfallen, weil sie als Folge ihres Substanzkonsums arbeitsunfähig sind. Selbst Straftaten wie Diebstahl, Raub, Einbruch werden oft dann begangen, wenn die Menschen, die diese verüben, unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen stehen. Auch Partnerschaftsgewalt ist hier zu berücksichtigen. Nach den Daten des Bundeskriminalamtes aus dem Jahr 2015 (BKA 2016<sup>5</sup>) standen von den 108.084 wegen Partnerschaftsgewalt erfassten Tatverdächtigen 27.893 Personen zur Tatzeit unter Alkoholeinfluss; 23.076 davon waren männlichen (bezogen auf alle männlichen Tatverdächtigen: 27 %) und 4.817 weiblichen Geschlechts (bezogen auf alle weiblichen Tatverdächtigen: 23 %). Nach den Hellfelddaten stehen also weitaus mehr Männer als Frauen unter den Einfluss von Alkohol, wenn es zu Gewalttätigkeiten in der Partnerschaft oder im Freundeskreis kommt<sup>6</sup>. Von den 127.457 Opfern standen 2.357 Personen unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen psychoaktiven

---

5 Partnerschaftsgewalt bezieht sich hier auf folgende Deliktgruppen: Mord und Totschlag, Körperverletzungen, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung, Bedrohung und Stalking. Im Jahr 2015 registrierte die Polizei insgesamt 108.084 Tatverdächtige, davon sind 80 % männlich und 20 % weiblich.

6 Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Tätern, die unter dem Einfluss von Alkohol gestanden haben, liegt bei 4,8:1.

Substanzen, 531 waren männlichen (bezogen auf alle männlichen Opfer: 2 %) und 1.826 weiblichen Geschlechts (bezogen auf alle weiblichen Opfer: 2 %)<sup>7</sup>.

Was für die Partnerschaftsgewalt gilt, kann man verallgemeinern. Da der Anteil der Männer, der episodisch oder in schädlicher Weise Alkoholisches trinkt oder Straßendrogen erwirbt und konsumiert, deutlich über dem der Frauen liegt, ist das Risiko der Männer, unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen Auto zu fahren oder andere technische Geräte zu bedienen und in Unfälle verwickelt zu sein, erheblich größer als das von Frauen. Auch als Arbeitskräfte fallen sie wegen ihrer Suchtprobleme häufiger auf als Frauen (Henkel & Zemlin, 2008).

Eine besondere Konstellation ergibt sich für Frauen, die schwanger sind und psychoaktive Substanzen einnehmen. Viele dieser Substanzen gelangen aus dem mütterlichen Kreislauf in den des ungeborenen Kindes. Viele dieser Stoffe schädigen die Entwicklung des Kindes. Je nach Substanz, Intensität des Konsums und den allgemeinen Lebensbedingungen der Mütter fallen die gesundheitlichen Gefährdungen unterschiedlich schwer aus. Am besten untersucht und dokumentiert sind sie für den Konsum von alkoholischen Getränken. Wir sprechen in diesem Zusammenhang vom Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) oder von Fetalen Alkoholspektrums-Störungen (FASD, Landgraf & Heinen, 2013; Laslett et al., 2015; Spohr, 2016). Die mit dem Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen während der Schwangerschaft verbundenen Schädigungen der Entwicklung von Kindern gehen auf die Konsumgewohnheiten der Mütter in ihrem jeweiligen Lebensumfeld zurück. Insbesondere die kognitiven Entwicklungsstörungen durch den Konsum von alkoholischen Getränken während der Schwangerschaft sind nicht reversibel; sie belasten die Kinder, die mit FAS oder FASD geboren werden, ein Leben lang.

Wie diese kurzen Ausführungen zeigen, haben die Suchtprobleme von Männern und Frauen, von Vätern und Müttern unterschiedliche Risiken für sie selbst und für die Menschen, mit denen sie im weiteren und näheren Sozialraum zu tun haben. In unseren zwei Studien, deren Ergebnisse in diesem Buch dargestellt und interpretiert werden, stehen Frauen bzw. Mütter und Väter im Fokus, die wegen ihrer Probleme mit einer Reihe von psychoaktiven Substanzen mindestens eine ambulante oder stationäre Behandlung mitgemacht haben. Beide Studien sind unabhängig voneinander konzipiert und durchgeführt worden, haben aber eine Reihe von Schnittmengen, worauf wir an entsprechender Stelle eingehen.

Die Studie „Familien mit Kindern“ – im Folgenden kurz: Familienstudie – fokussiert auf Mütter und Väter, die von Straßendrogen abhängig sind und oft zusätzlich Zigaretten geraucht und alkoholische Getränke konsumiert haben. Einnige dieser Mütter und Väter sind zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie

---

7 Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Opfern, die unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen gestanden haben, liegt bei 1:3,5.

mit einem ihrer Kinder in einer Rehabilitationsklinik und absolvieren ein Programm zur Behandlung ihrer Substanzkonsumprobleme. Andere sind in derselben Einrichtung ohne ein Kind. Und schließlich konnte noch eine dritte Gruppe von Müttern und einem Vater in die Studie einbezogen werden: Diese Mütter und der Vater haben früher an einer Mutter/Familien-Kind Behandlung wegen ihrer Suchtprobleme teilgenommen; sie leben zum Zeitpunkt des Interviews selbständig und zusammen mit mindestens einem ihrer Kinder. In dieser Studie interessieren die Beziehungen der Mütter und Väter zu ihren Partnern und Partnerinnen sowie zu ihren Kindern in den jeweiligen sozialen Kontexten.

In der Studie „Frauen, Sucht und Gewalt“ – im Folgenden kurz: Gewaltstudie – stehen zum einen Fragen nach Gewalttätigkeiten im Kontext von Sucht im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Vogt et al., 2015). Das gilt vor allem für interpersonale Gewalt im häuslichen Umfeld bzw. im sozialen Nahraum (Brzank, 2012). Wir fassen beide Begriffe weit und berücksichtigen zum einen die Gewalt, die den Frauen in der Kindheit und Jugend in und außerhalb der Familie angetan worden ist. Zum andern gehört dazu die Gewalt, die Frauen als Erwachsene in Paarbeziehungen oder durch andere Personen in ihrem Lebensumfeld erlebt haben bzw. die sie selbst ausgeübt haben. Bei alkohol- und drogenabhängigen Frauen gehören dazu auch Bekanntschaften in Kneipen und auf der Drogenzene, aber auch Fremde, die zur Geldbeschaffung angegangen werden. In Anlehnung an Lamnek et al. (2006, S. 102) geht es also sowohl um Gewalt „unter Personen, die intim oder eng verwandt sind und ständig oder zyklisch zusammen wohn(t)en“ (vgl. Kavemann et al., 2001), als auch um Personen, mit denen die Frauen in mehr oder weniger engem Austausch gestanden haben oder stehen. In diesem Sinne verwenden wir im Folgenden die Begriffe häusliche Gewalt und Gewalt im sozialen Nahraum. Die eher weite und etwas unpräzise Definition der Begriffe erlaubt es, Gewalt in unterschiedlichen Kontexten zu thematisieren und in Bezug zum Konsum von psychoaktiven Substanzen von Tätern oder Täterinnen und Opfern zu bringen.

In beiden Studien geht es zentral um die Beziehungen in den Partnerschaften und hier wiederum um interpersonale Gewalt im häuslichen Umfeld und um Gewalttätigkeiten im sozialen Nahraum. Da die meisten Befragten auch Mütter und Väter sind, geht es ebenso um das Wohlergehen der Kinder in diesen Familien. Zu den Problemen, mit denen sich die Interviewten auseinandersetzen müssen, zählen auch die Stereotypisierungen als Süchtige und die Stigmatisierungen im Alltag, in der Medizin und in suchtspezifischen Kontexten. Weil es so viele Überschneidungen in der Themenstellung und in der Durchführung der beiden Studien gibt, macht es Sinn, die Ergebnisse beider Studien zusammenzubringen und unter verschiedenen Gesichtspunkten gemeinsam auszuwerten.

## 1.2 Studien zur interpersonalen Gewalt und zur Sucht

Seit den 1970er Jahren gibt es Forschungen zu den Themen: Gewalt in Beziehungen, Gewalt in Familien, Gewalt im sozialen Nahraum. Angestoßen und vorangetrieben wurden die Diskussionen u. a. durch die Friedensforschung, auf die wir hier nicht ausführlich eingehen (z. B. Galtung, 1969, 1975) sowie durch die Frauenbewegung, die in den Jahren 1970 bis 1990 eine neue Blüte erlebt hat. Im Zuge der damit zusammenhängenden Entwicklungen in Forschung und Praxis wurde der Begriff Geschlecht/Gender neu konturiert, dekonstruiert und inhaltlich neu und weiter gefasst. Zwei Konzepte werden hier besonders betont. Zum einen geht es um Geschlecht als Strukturkategorie, erweitert um eine Reihe von weiteren Variablen wie Ethnie/Rasse, Geschlechtsidentität, soziale Schicht, Alter, Behinderung usw. Zum andern ist in diesem Zusammenhang das Analysekonzept der Intersektionalität<sup>8</sup> entwickelt worden (Degele & Winker, 2009), das fordert, dass die gegenseitige bzw. mehrfache Abhängigkeit von Kategorien (z. B. Ethnie, Geschlechter, soziale Schicht), in denen sich Diskriminierungen bündeln, in der Theorie und in der Forschungspraxis sichtbar gemacht werden. Zugleich wurde der Begriff Gender problematisiert und zunächst differenziert in sex als Bezeichnung für das biologische Geschlecht und gender als Bezeichnung für das soziale Geschlecht. Neuere Entwicklungen haben ergeben, dass man heute mindestens von drei geschlechtlichen Zuordnungen auszugehen hat, also neben den Kategorien „Mann“ – „Frau“ auch „Divers“. Zudem belegt die Forschung die Bedeutung der subjektiv erlebten Geschlechtsidentität. Danach identifizieren sich zunehmend mehr Menschen unabhängig von ihrer biologischen Ausstattung als männlich, weiblich, divers oder geschlechtslos. Die Veränderungen der subjektiven Geschlechtszuordnungen können über gender expression bzw. performative Akte stattfinden (Butler, 1991). Menschen gleichen sich in ihrem Verhalten dem Geschlecht an, dem sie sich zugehörig fühlen, ändern jedoch wenig bis nichts an ihrer biologischen Ausstattung. Eine weitere Gruppe erlebt sich jedoch als im „falschen Geschlecht“ geboren. Wir sprechen in diesen Fällen von Transgender-Menschen. Sie wünschen sich eine auch biologisch angelegte Angleichung an das für sie als richtig erlebte Geschlecht. Viele bedienen sich der medizintechnischen Möglichkeiten und führen eine Geschlechtsangleichung durch. Unter Einsatz einer Vielzahl von Mitteln werden für diese Personen ihre Identität und ihre Selbstdarstellung als Mann oder Frau stimmig.

Die subjektiv erlebte und über gender expression dargestellte geschlechtliche Zuordnung ist wichtig, weil sich mit dem sozialen Geschlecht gesellschaftliche Be-

---

8 Walgenbach (2007) argumentiert, dass das Konzept der Interdependenz von Kategorien ebenso nützlich ist wie das der Intersektionalität, zumal sich mit ersterem komplexe Dominanzverhältnisse besser analysieren und darstellen lassen als mit letzterem.