Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Bachelor Soziale Arbeit

Sommersemester 2024

Das Märchen der ‚guten Mutter' – Ein empirischer Blick auf Zusammenhänge und Dynamiken von Mutterschaft und Alkoholkonsumstörungen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 22.08.2024

Vorgelegt von: Katrin Franziska Schloz

Matrikel-Nr.: [redacted]

Adresse: [redacted]

Erstprüferin: Prof. Dr. Frauke Schwarting

Zweitprüferin: Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Theoretische Grundlagen 4

2.1 Mutterschaft 4

2.1.1 Geschichtlicher Wandel und Formen von Mutterschaft 5

2.1.2 Konstruktion von Mutterschaft und das Märchen der ‚guten Mutter' 8

2.1.3 Belastungen im Kontext von Mutterschaft - Ursachen und Folgen 13

2.2 Alkoholabhängigkeit und Alkoholkonsumstörungen 16

2.2.1 Merkmale und Anzeichen von Alkoholabhängigkeit 16

2.2.2 Entstehung, Hintergründe und Variationen von Alkoholkonsumstörungen 18

2.2.3 Alkoholkonsumstörungen bei Frauen 25

2.3 Mütter mit Alkoholkonsumstörungen 30

2.3.1 Aktuelle Zahlen 30

2.3.2 Aktueller Forschungsstand 32

2.3.3 Besondere Herausforderungen dieser Mütter 34

2.3.4 Aktuelle Angebote im Hilfesystem 36

3 Zwischenfazit 39

4 Empirische Forschung 39

4.1 Forschungsfrage 40

4.2 Forschungsdesign 40

4.3 Feldzugang 43

4.4 Dokumentation der Interviews 43

4.5 Untersuchungsdurchführung 45

4.6 Auswertungsmethode 46

5 Darstellung der Ergebnisse 48

5.1 Belastungen der Mütter 48

5.2 Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Klientinnen 50

5.3 Soziale Netze und Beziehungen 51
5.4 Lebenssituationen und Alltag 53
5.5 Gesundheit 53
5.6 Alkoholkonsum 54
5.7 Einschneidende Lebensereignisse 56
5.8 Mutterschaft 57
5.9 Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsum 59
5.10 Besondere Bedarfe im Kontext der Arbeit mit diesen Klientinnen 61
6 Abschließende Betrachtung und Reflexion der Ergebnisse 64
7 Schlussbetrachtung 67
Literaturverzeichnis 71
Anhang

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BADO	Basisdatendokumentation im Suchtbereich
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IDA	Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusarbeit
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Konsum spielt in unserer heutigen Gesellschaft im alltäglichen Leben auf vielfältige Weise eine Rolle. So überrascht es nicht, dass auch Konsumstörungen, stoffgebundener und stoffungebundener Art, ein dauerhaft hochaktuelles Thema in der Gesellschaft sind, dementsprechend ist auch die Suchthilfe ein nach wie vor wichtiger Teil der Sozialen Arbeit. Auch frauen- und geschlechterspezifische Angebote unterschiedlicher Art, auch in der Suchthilfe, haben sich im Hilfefeld der Sozialen Arbeit und der Gesellschaft über die letzten Jahrzehnte etablieren können. Dementsprechend ist auch das Thema Konsumstörungen bei Müttern ein relevantes Thema der Sozialen Arbeit, wobei dieses sogar mehrere Felder der Sozialen Arbeit tangiert. Neben der Suchthilfe ist in diesem Kontext die Jugendhilfe, aufgrund der Kinder, ein häufig involviertes Arbeitsfeld. Dieser Umstand zeigt sehr deutlich, wie aktuell und relevant die Auseinandersetzung mit der Thematik Konsumstörungen bei Müttern, auch für die Soziale Arbeit, ist und lässt dessen Komplexität nur erahnen.

Der ausschlaggebende Punkt für die Verfasserin zur Bearbeitung dieses Themas ist nicht der Mangel an Aufmerksamkeit für das Thema oder die mangelnde Literatur per se, sondern die mangelnde Aufmerksamkeit, sowie die mangelnde Literatur und Forschung aus und auf die Perspektive der betroffenen Mütter. Durch die Arbeit in einer frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtung und der weiteren fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik Konsumstörungen bei Müttern gelang die Verfasserin zu der Erkenntnis, dass ein akuter Mangel an Forschung und Literatur zu diesem Thema mit dem Fokus auf die Mütter selbst herrscht und hat sich so entschlossen, die Thematik im begrenzten Rahmen einer Bachelorarbeit selbst zu erforschen. Dies soll als Startpunkt für die Verfasserin und alle anderen Interessierten dienen, sich in eine tiefere Auseinandersetzung mit diesem gesellschaftlich relevanten Thema und den zugrundeliegenden Zusammenhängen zu begeben.

Das Thema hat sowohl medizinische, politische, als auch gesellschaftliche Aspekte inne, da durch Konsumstörungen und Mutterschaft mehrere wissenschaftliche Bereiche berührt werden, weshalb die Thematik auch aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden kann. In dieser Arbeit soll aber die Expertise und Perspektive aus und für die Soziale Arbeit im Fokus stehen und nur an notwendigen Stellen durch medizinische Blickwinkel ergänzt werden. Zudem gilt es anzumerken, dass das Thema Mutterschaft und Konsumstörungen nicht gänzlich unerforscht, sondern in Teilen sogar intensiv behandelt und erforscht wurde und wird, aber eben mit einem ganz anderen Fokus, als es in dieser Arbeit geschehen soll. Viel Literatur und Forschungen zu diesem Thema beziehen sich auf die Auswirkungen und das Erleben anderer Personen und Angehöriger, meist der jeweiligen Kinder, wie beispielsweise unter dem Aspekt von FASD. Dabei soll keinesfalls der Eindruck entstehen, dass die Sicht und das Wohlergehen der Kinder nicht wichtig seien, im Gegenteil, dennoch sollen diese in dieser Arbeit bewusst zurückgestellt und der Blick auf das Erleben und die Situation der Mütter gerichtet werden.

Die Schweiz ist dabei sehr fortschrittlich, denn dort publizierten Forscher*innen in den letzten Jahren einige Studien und Literatur zu der Thematik Konsumstörungen bei Müttern, auch mit und aus der Perspektiven der Mütter, die jeweiligen Substanzen der Publikationen sind sehr unterschiedlich. Beispiele dafür sind die Veröffentlichungen von Gavez/Keller/Beck 2017 oder auch Canevascini/Kleinhage 2023.

Aus dem erläuterten Interesse heraus resultiert die Fragestellung dieser Arbeit, welche lautet: Inwiefern bestehen Zusammenhänge und Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsumstörungen bei Frauen? In dieser Arbeit wird die Frage behandelt, ob und inwiefern Zusammenhänge und Dynamiken zwischen Mutterschaft und mindestens problematischem Alkoholkonsum bei Frauen bestehen. Dabei soll vor allem Beachtung finden, welche möglichen Wechselwirkungen die beiden Bereiche zueinander und aufeinander haben und welche besonderen Herausforderungen diese Frauen in ihrem Alltag, aber auch als Klientinnen von Suchtberatungsstellen erleben. Dafür soll die sozialprofessionelle Sicht auf diese spezifische Zielgruppe und deren besondere Bedarfe erfasst werden. Weitere Aspekte und Unterforschungsfragen, die in diesem Forschungsprozess erforscht werden sollen, aber eine untergeordnete Rolle spielen, finden sich im Kapitel 4.1.

Wie bereits angeklungen, handelt es sich bei dieser Arbeit um eine qualitative Arbeit, da das Thema nicht ausreichend und umfassend genug durch eine reine Literaturarbeit bearbeiten hätte werden können und zusätzlich zu wenig explizite Literatur zu dem Thema mit dem Fokus dieser Arbeit vorlag. Dementsprechend war es notwendig und naheliegend, die Fragestellung im Rahmen einer empirischen Arbeit zu erforschen. Dabei wurde sich für die Durchführung von Expert*innen-Interviews entschieden, da dadurch die Fragestellung bestmöglich und mithilfe eines gut konzipierten Interviewleitfaden umfangreich bearbeitet werden kann. Als Expert*innen gelten in dieser Arbeit Mitarbeiter*innen aus Suchtberatungsstellen. Wer genau und aus welchem Grund für diese Arbeit als Expert*in gilt und warum sich gegen die Durchführung von Interviews mit betroffenen Müttern entschieden wurde, wird im Kapitel 4.2 näher erläutert.

Die vorliegende Bachelorarbeit ist wie folgt aufgebaut: Für die bessere Verständlichkeit im Text findet sich vor der Einleitung zunächst das Abkürzungsverzeichnis. Anschließend an die Einleitung folgen drei Kapitel, in welcher die theoretische Auseinandersetzung anhand von bestehender Literatur stattfindet, um die notwendigen theoretischen und fachlichen Grundlagen zu schaffen. Diese umfassende Erarbeitung der Grundlagen ist notwendig, um daran anknüpfend mit ausreichend theoretischem Hintergrundwissen in den zweiten, empirischen Teil dieser Arbeit überzugehen. Dabei wurde sich im Theorieteil für drei Kapitel entschieden, da sowohl die Einzelaspekte der Arbeit, also Mutterschaft und Alkoholkonsumstörung, aber auch die Schnittmenge, sprich Mütter mit Alkoholkonsumstörung, theoretisch betrachtet werden sollten. Dies soll dazu dienen, ein möglichst umfangreiches und differenziertes Bild zu erhalten. Im ersten Kapitel wird dementsprechend zunächst

Mutterschaft theoretisch beleuchtet und der Konsumaspekt wird vollständig ausgeblendet. So ist das Kapitel zu Mutterschaft ebenfalls in drei Unterkapitel gegliedert, wobei im ersten Unterkapitel zunächst ein grundlegender Blick auf den geschichtlichen Wandel und unterschiedliche Formen von Mutterschaft geworfen werden soll. Dies ist wichtig, um einen ersten Bezug zur Beständigkeit und Komplexität des Konstrukts Mutterschaft zu erlangen. Daran anknüpfend soll sich im zweiten Unterkapitel intensiv mit der Konstruktion von Mutterschaft und dem Narrativ der ‚guten Mutter' befasst werden. Dieser Schritt ist wichtig, um eine theoretische und kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff Mutterschaft und den damit verknüpften Idealvorstellungen zu schaffen, da Mutterschaft viel mehr und umfassendere Aspekte beinhaltet, als dies im alltäglichen Sprachgebrauch vermuten lässt. Daraufhin wird im dritten Unterkapitel auf die Belastungen im Kontext von Mutterschaft, sowie deren Ursachen und Folgen eingegangen. Dieses Unterkapitel dient dazu, um sich mit den identifizierten Anforderungen an Mutterschaft auseinandersetzten zu können und zudem im weiteren Verlauf der Arbeit differenzierter auf Belastungen, die neben Mutterschaft auch andere Ursachen haben können, blicken zu können.

Im zweiten Theoriekapitel sollen Alkoholabhängigkeit und Alkoholkonsumstörungen wissenschaftlich betrachtet werden, hierbei folgen die Kapitel dem Schema vom Allgemeinen zum Spezifischen. Dazu werden im ersten Unterkapitel zunächst die Merkmale und Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit, aber auch andere Konsumstufen und -formen ganz allgemein behandelt, um einen ersten Einblick in das Thema Konsumstörungen zu erhalten. Im zweiten Unterkapitel wird auf die Entstehung, Hintergründe und Variationen von Alkoholkonsumstörungen näher eingegangen. Da der Aspekt der Entstehung und Hintergründe einer Konsumstörung sehr wichtig für den weiteren Verlauf dieser Arbeit, gleichzeitig aber auch sehr vielfältig und umfangreich sind, wurde dieser Thematik ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Das letzte Unterkapitel zu Alkoholabhängigkeit und Alkoholkonsumstörungen befasst sich mit den Spezifika von Alkoholkonsumstörungen bei Frauen. Dies ist notwendig, da Frauen Besonderheiten hinsichtlich Konsumstörungen aufweisen und diese zunächst erläutert werden müssen, bevor noch eine Spezifizierungsstufe weiter, auf die Konsumstörungen bei Müttern, eingegangen werden kann.

Nachdem die beiden großen Einzelaspekte der Arbeit behandelt wurden, folgt im dritten Kapitel der theoretischen Grundlagen eine Auseinandersetzung der Schnittmenge, Mütter mit Alkoholkonsumstörung. Darin wird in vier Unterkapiteln auf aktuelle Zahlen, den aktuellen Forschungsstand des Themas, die besonderen Herausforderungen dieser Mütter und auf aktuelle Angebote im Hilfesystem eingegangen.

Diese Schritte sollen dazu dienen, um ein möglichst aktuelles und umfangreiches Bild zum Forschungsstand und der Verbreitung des Themas zu erhalten. Zusätzlich soll auf Besonderheiten von Müttern mit Alkoholkonsumstörung, auch hinsichtlich des Hilfesystems, aufmerksam gemacht

werden und als ein erster Einblick in die theoretischen Lebensrealitäten dieser Mütter dienen. Abschließend zu den drei Kapiteln der theoretischen Grundlagen folgt ein kurzes Zwischenfazit.

Daraufhin beginnt der Teil der empirischen Forschung, dazu wird in sechs Unterkapiteln der gesamte Forschungsprozess beschrieben, dieser besteht aus der Forschungsfrage, dem Forschungsdesign, dem Feldzugang, der Dokumentation der Interviews, der Untersuchungsdurchführung und der Auswertungsmethode. Diese werden ausführlich beschrieben und dargelegt, um eine möglichst hohe Transparenz für alle Lesenden im Zusammenhang mit der durchgeführten Forschung zu gewährleisten.

Im fünften Kapitel folgt dann die Darstellung der Ergebnisse der Forschung, welche sich in zehn Unterkapitel gliedert, die wiederrum darin begründet sind, da diese sich aus dem Prozess der Analyse der Interviews ergebenen haben. Im sechsten Kapitel folgen eine abschließende Betrachtung und Reflexion der Forschungsergebnisse. Zuletzt folgt eine Schlussbetrachtung, um die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse zusammenzufassen, Stellung zu beziehen und zudem einen Ausblick zu der Thematik gewähren zu können. Daran anschließend folgen das Literaturverzeichnis, in welchem alle verwendeten Quellen wiederzufinden sind und der Anhang mit den Transkripten der Interviews.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen zu den Themenbereichen Mutterschaft, Alkoholkonsumstörungen und Mütter mit Alkoholkonsumstörungen behandelt, welche wiederum die Grundlage der anschließenden empirischen Forschung bilden. Genaueres zu den Inhalten findet sich zu Beginn der jeweiligen Kapitel.

2.1 Mutterschaft

Dieses erste Kapitel der theoretischen Grundlagen behandelt Mutterschaft und wird sich wie folgt aufbauen. Im ersten Unterkapiteln wird auf den geschichtlichen Wandel und Formen von Mutterschaft eingegangen, aber auch auf Zahlen zu Mutterschaft in Deutschland. Anschließend werden die Ursprünge, wie auch die fortlaufende Konstruktion von Mutterschaftsvorstellungen, mit all den damit verbundenen Idealen, Bildern und dem Narrativ der ‚guten Mutter' behandelt. Abschließend wird noch auf die Belastungen im Kontext von Mutterschaft, sowie die Ursachen und Folgen dessen, näher eingegangen.

2.1.1 Geschichtlicher Wandel und Formen von Mutterschaft

Mutterschaft existiert in unterschiedlichen Kontexten und Konstellationen, am häufigsten in einer heterosexuellen Beziehung oder Ehe. Doch auch andere Familienformen existieren, in deren Kontexten Mutterschaft gelebt wird, dazu zählen Alleinerziehende, gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern oder Patchwork-Familienmodelle, aber auch weitere soziale Formen von Mutterschaft wie Stief-, Pflege- und Adoptivmütter (vgl. Trappe 2023, 99f.).

Im Jahr 2022 lebten in Deutschland rund 8,2 Millionen Mütter gemeinsam mit mindestens einem minderjährigen Kind in einem Haushalt (vgl. Statistisches Bundesamt 2023a). Im Jahr 2022 wurden pro Frau in Deutschland 1,46 Kinder geboren, dabei waren die Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes im Schnitt 30,4 Jahre alt (vgl. Statistisches Bundesamt 2023b). Betrachtet man den Bildungsabschluss von Frauen, so lässt sich feststellen, dass mit steigendem Bildungsabschluss die Zahl der kinderlosen Frauen steigt und auch die endgültige Kinderzahl mit höherem Bildungsabschluss geringer ausfällt. Diese Beobachtung lässt sich dadurch erklären, dass durch einen höheren Bildungsabschluss tendenziell auch die Einkommenseinbußen durch eine Unterbrechung der Berufstätigkeit aufgrund der Familiengründung höher ausfallen. Zudem trägt die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufgrund von mangelnden strukturellen Angeboten nicht zu einer guten Zwischenlösung bei. Interessanterweise findet sich diese Beobachtung hinsichtlich Bildungsabschlusses und Kinderzahl bei Männern nicht wieder (vgl. Dorbritz/Panova/Passet-Wittig 2015, 14ff.). In Deutschland sind rund 30 Prozent der Schwangerschaften ungeplant, davon 15 Prozent ungewollt (vgl. Knittel/Olejniczak 2023, 22f.). Der Anteil der Frauen, die hingegen ungewollt kinderlos sind, ist von 26 Prozent im Jahr 2013 auf 32 Prozent im Jahre 2020 gestiegen (vgl. BMFSFJ 2021, 37).

Eine besondere Familienform ist die der Alleinerziehenden, diese steigt seit vielen Jahren an, im Jahr 2023 leben in Deutschland rund 2,97 Millionen alleinerziehende Elternteile (vgl. Statistisches Bundesamt 2024). Nicht durch, aber für diese Familienform entstehen aufgrund mangelnder Unterstützungen in Kombination mit herausfordernden Lebensbedingungen immer mehr Belastungen (vgl. Franz/Hagen 2023, 336). Auf die Ursachen, Formen und Folgen der Belastungen im Kontext von Mutterschaft, wird im Kapitel 2.1.3 näher eingegangen. Eine sehr markante Kategorie bei Alleinerziehenden in Deutschland ist das Geschlecht. Denn von der Gesamtheit aller Alleinerziehenden in Deutschland in 2023 sind der Großteil mit rund 2,39 Millionen Mütter (vgl. Statistisches Bundesamt 2024). So beträgt der Mütteranteil bei Alleinerziehenden nach aktuellen Zahlen rund 83%. Dabei ist alleinerziehend nicht gleich alleinerziehend, denn es gibt Unterschiede in der Lebenssituation von alleinerziehenden Vätern und alleinerziehenden Müttern. Dabei sind die mit der Familienform verbundenen sozialen Risiken bei Müttern stärker ausgeprägt. Dieser Umstand lässt sich dadurch erklären, dass alleinerziehende Mütter oft mit jüngeren Kindern zusammenleben, deren Versorgung zeitaufwendiger ist und alleinerziehende Väter eher mit jugendlichen Kindern

zusammenleben, wodurch diese dann auch mehr Möglichkeiten zur Erwerbsarbeit haben und so besser abgesichert sind (vgl. Hübgen 2020, 22). Es gibt auch innerhalb der Familienform der Alleinerziehenden weitere, die Lebenssituation beeinflussende Faktoren wie beispielsweise der Bildungsabschluss oder die Einkommens- und Wohnsituation der alleinerziehenden Person (vgl. Statistisches Bundesamt 2018). Dass vor allem Alleinerziehende, von denen wie eben erläutert, der Großteil Mütter sind, von Armut betroffen sind, ist nicht auf das Wegfallen des zweiten Einkommens, individuelles Versagen oder die mangelnde Bereitschaft zu arbeiten zurückzuführen. Stattdessen lässt sich die weit verbreitete Armut durch strukturelle Ursachen, wie mangelnde finanzielle Unterstützung Alleinerziehender oder die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf erklären. Es hängt maßgeblich von strukturellen Umständen ab, inwieweit Abhängigkeiten zwischen Familienmitgliedern generiert werden oder inwiefern beispielsweise die Mutter auch allein finanziell abgesichert ist bzw. sich als Alleinerziehende überhaupt absichern kann. (vgl. Zagel 2018, 34f.)

In gegengeschlechtlichen Partnerschaften lässt sich hinsichtlich der Aufteilung der Haus- und Familienarbeit laut einer Studie, die zu Beginn der Pandemiezeit durchgeführt wurde, weder eine Retraditionalisierung hinsichtlich der Aufteilung der Aufgaben innerhalb von Familien feststellen, noch, dass sich Väter stärker beteiligen. Am ehesten lässt sich die Familienarbeitssituation als stabil bestehende Ungleichheit der Geschlechter, mit einem Nachteil für die Mütter, beschreiben (vgl. Globisch et al. 2022, 7ff.).

Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit von Eltern minderjähriger Kinder lassen sich auch Geschlechterunterschiede feststellen. So ist die Erwerbsbeteiligung bei Müttern in den letzten Jahren deutlich angestiegen, wobei bei Vätern kaum eine Veränderung festgestellt werden konnte. Bei Müttern mit Kindern unter 12 Jahren lässt sich für das Jahr 2022 ein Erwerbstätigen-Anteil von 64,1 Prozent feststellen, bei Müttern mit Kindern im Alter von 12 bis 18 Jahren lag die Erwerbstätigkeit 2022 bei 84 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2023a).

Weiblichkeit und Mutterschaft werden oftmals als Synonyme verwendet und werden stark miteinander assoziiert. Zugleich ist deren Verhältnis auf mythologisch-religiöse, philosophische und ideologische Mutter- und Weiblichkeitsvorstellungen zurückzuführen und eng damit verknüpft. Der weibliche Körper war schon immer von öffentlichem Interesse und unterlag auch lange äußerer und öffentlicher Kontrolle, dies tut er auch heute in Teilen noch. Als sich die Ehe und das gesellschaftliche Ansehen wandelten, bekam auch Mutterschaft für Frauen eine andere Bedeutung, denn diese brachte soziale Anerkennung und Bindung mit sich (vgl. Krüger-Kirn 2022, 13). Wie genau sich Mutterschaft und deren Bedingungen über die Jahrhunderte wandelten, wird im Folgenden erläutert. Der westliche Muttermythos entstand ursprünglich aus religiösen Vorstellungen, wobei die Reformationsbewegung im 16. und 17. Jahrhundert die Verknüpfung zwischen Mutterschaft und Frauenrolle noch verstärkte und behauptete, dass die Mutterschaft für die Frau die einzige

naturgemäße Bestimmung sei. Durch diese Vorstellungen wurde der Muttermythos dann im Laufe des 18. und 19. Jahrhunderts direkt dem biologischen Körper angebunden und naturalisiert[1]. Lange war Mütterlichkeit gesamtgesellschaftlich als weibliches Charaktermerkmal angesehen und so auch von der ersten Welle der Frauenbewegung akzeptiert. Wobei die erste Frauenbewegung dennoch den ersten wichtigen Anstoß für Veränderungen, im späteren auch hinsichtlich der den Frauen zugeschriebene natürliche Mütterlichkeit, bereiteten (vgl. Malich/Weise 2022, 39f.). Was eine gute Mutter ist, beziehungsweise wie diese zu sein hat, ist durch Naturalisierung und normative Vorstellungen zwischen dem 18. und 20. Jahrhundert entstanden und bis heute wirkmächtig (vgl. Wolf 2022, 181). Nach Ende des Zweiten Weltkrieges kam es in Westdeutschland zu einer Retraditionalisierung der Geschlechterrollen und so auch zu einer Erstarkung der bürgerlichen Mütterlichkeit sowie der Hausfrauenehe, welche auch ein traditionelles Mutterideal beinhaltete. In den späten 60er Jahren bildeten sich dann auch vermehrt Gruppen in der BRD, welche sich kritisch mit Mutterschaft und deren engen Verknüpfung zu Weiblichkeit beschäftigten und darin ein großes Hindernis zur vollen Emanzipation von Frauen sahen. Diese kulturelle Gleichsetzung von Mutterschaft und Weiblichkeit galt es aufzulösen (vgl. Malich/Weise 2022, 41f.). Dabei haben sozioökonomische Veränderungen, wie vor allem auch die zunehmende räumliche Trennung von Reproduktions- und Produktionsaufgaben, gerade in den aufstrebenden bürgerlichen Schichten, zu einem umfassenden Wandel der Auffassung und Struktur von Familie und zu einer sich verfestigenden Vergeschlechtlichung der Arbeitsteilung beigetragen. Durch diese neue Aufgabenverteilung wurde die bürgerliche Kleinfamilie strukturiert und durch die Institution der Ehe auch rechtlich abgesichert, so stellt dieser Rahmen die optimalen Voraussetzungen zur Umsetzung und Entfaltung der Rolle als ‚gute Mutter' dar (vgl. Dreßler 2023, 16f.). Was es genau mit der sogenannten ‚guten Mutter' auf sich hat wird im Kapitel 2.1.2 näher erläutert.

Auch heute hat diese vergeschlechtlichte Aufgabenteilung noch reichlich Bedeutung und wird durch gesellschaftliche Erwartungen, institutionelle Rahmenbedingungen und innerfamiliärer Kompromisse weiterhin aufrechterhalten oder sogar gestärkt. Trotz rechtlich festgeschriebener Gleichstellung von Männern und Frauen haben diese ungleiche Chancen zur persönlichen Verwirklichung. Sowohl auf der Ebene der Care-Arbeit als auch in der Erwerbsarbeit, welche sich oft auch gegenseitig beeinflussen oder sogar verstärken. Die erwähnten gesellschaftlichen Zuschreibungen tragen zur Aufrechterhaltung und Förderung dieser Umstände der Ungleichheit bei (vgl. Buschhorn 2023, 304).

Mutterschaft und die damit verknüpften Vorstellungen stellen sich als kulturell sehr stabiles Deutungsmuster dar und wurden vielfach zum zentralen Element im Leben einer Frau und als

[1] „Naturalisierung meint den Prozess, durch den menschliches Denken und Handeln sowie dessen Ergebnisse wie z. B. Ungleichheitsstrukturen mit einer vermeintlichen menschlichen Natur oder einer vermeintlichen geteilten Natur der ‚Anderen' erklärt werden." (IDA o.J.)

untrennbar mit Weiblichkeit verbunden erklärt. Trotz dieser vielfachen gesellschaftlichen Aufladung des Begriffs ist Mutterschaft und Mütter empirisch verhältnismäßig wenig erforscht (vgl. Herwartz-Emden 2022, 79). Näher auf die Idealisierung und Naturalisierung von Mutterschaft wird ebenfalls im Kapitel 2.1.2 eingegangen.

Auf Mutterschaft gibt es unterschiedliche feministische Blickwinkel, wie beispielsweise den differenzfeministischen Ansatz, bei dem es um die Sichtbarmachung und Aufwertung der Lebensrealitäten von Müttern geht. Der aber, um diese Aufwertung von Frauen und Mütter herzustellen, auf die Betonung der Unterschiedlichkeit der Geschlechter setzt und so auch zur Naturalisierung von Mutterschaft als Rolle der Frauen und der Fokussierung von Geschlechterunterschieden beiträgt. Dadurch hat dieser Ansatz seit den 1980er Jahren an Bedeutung verloren und bleibt nicht unkritisiert. Außerdem gibt es den gleichheitsfeministischen Ansatz, welcher davon ausgeht, dass die Geschlechter erst unterschiedlich gemacht werden durch beispielsweise gesellschaftliche und soziokulturelle Konstruktionen. Der poststrukturalistische Blick auf Mutterschaft geht davon aus, dass die beiden Kategorien gender und sex, also das soziale und das biologische Geschlecht, konstruiert sind und beschäftigt sich mit den Wirkungen zwischen diesen Kategorien und deren Konstruktion und Aufrechterhaltung bzw. der Dekonstruktion dieser. Im Zuge dessen sind Forschungen zum Thema Mutterschaft immer weiter in den Hintergrund gerückt (vgl. Krüger-Kirn 2022, 14ff.). Mit diesen unterschiedlichen Perspektiven gehen auch unterschiedliche Konsequenzen für entsprechende Mutterbilder und Folgen für die Lebensrealitäten der jeweiligen Frauen einher.

Aktuell setzen sich wenige Forschungen und Studien explizit mit der Konstruktion und dem Konzept Mutterschaft auseinander und Mutterschaft wird aktuell wenig beleuchtet. Der derzeitige Fokus vieler Publikationen und der Forschung befassen sich mit Themen wie Elternschaftsmodelle, neue Väter oder Care- und Sorgearbeit im Kontext Familie (vgl. Tolasch 2016, 10f.).

2.1.2 Konstruktion von Mutterschaft und das Märchen der ‚guten Mutter'

Es gibt viele verschiedene psychoanalytische Blickwinkel auf Mutterschaft, doch was sie alle gemeinsam haben ist, dass Mutterschaft als ein kulturelles Konstrukt verstanden werden kann. Dabei ist Mütterlichkeit nicht an eine reelle Mutterschaft gebunden, genauso wenig wie Väterlichkeit an Vaterschaft. Je nach gesellschaftlichem Blickwinkel lässt sich zum einen ein „mother blaming", aber auf der anderen Seite auch eine regelrechte Idealisierung von Mutterschaft finden (vgl. Ludwig-Körner 2023, 49f.). In der Forschung steht fest, dass Mutterschaftshandeln und Mutterschaft selbst ein kulturelles Geschlecht haben, aber kein natürliches. So werden vergeschlechtlichte Eigenschaften einem bestimmten Geschlecht zugeschrieben und plausibilisiert, so lässt sich auch die Zuschreibung von Mütterlichkeit als vermeintlich weibliche Eigenschaft erklären (vgl. Tolasch 2016, 67).

Vor allem innerhalb westlicher Gesellschaften gibt es seit der Aufklärung eine starke Polarisierung zwischen Mutterschaft bzw. Mütterlichkeit als vermeintlich weibliche Eigenschaft, mit welcher

Zärtlichkeit, Kindererziehung, Natürlichkeit, Hingabe und Häuslichkeit assoziiert wird und männlich konnotierten Aufgaben und Bereiche. Zu diesen zählen als Gegenpol Attribute wie Rationalität, Technisierung und die Bereiche Verwaltung und Produktion. Wobei sich diese Polarisierung als oftmals bis heute bestehendes Narrativ erweist. Doch diese Zuschreibungen, gerade der aufopferungsvollen und sich stets unterordnenden Hausfrau, konnte sich nicht unwidersprochen etablieren (vgl. Notz 2022, S. 410). Mutterschaft bildet dabei einen konstruierten institutionellen Rahmen, in und durch welchen Frauen in bestimmter Weise erst zu Müttern gemacht werden. So kann Mutterschaft als eine besondere Form der vergeschlechtlichten Sorgebeziehungskonstruktion verstanden werden, welche täglich stattfindet. Mutterschaft ist Weiblichkeit zugeschrieben. In diesem institutionellen Rahmen treten Frauen als primäre Fürsorgeleisterin auf, die sich hauptsächlich um das Kind kümmern. Diese Prozesse der Zuschreibung können dabei als Konstruktion von Mutterschaft verstanden werden (vgl. Tolasch 2016, 44). Dass es sich bei Mutterschaft um ein Konzept handelt und dieses nicht einfach existiert, sondern hergestellt wird, wurde bereits genannt. Dieses Konzept wurde und wird ideologisiert und für unterschiedliche politische oder gesellschaftliche Zwecke genutzt. Als Norm geltend wurde Mutterschaft auch zur Disziplinierung des Kindes sowie zur Unterdrückung der Frau eingesetzt. Die der Mutterschaft zugeschriebene Normalität und Natürlichkeit sowie die einzigartige und alternativlose Rolle der Mutter im Leben des jeweiligen Kindes ist eine historisch gesehen recht junge Vorstellung (vgl. Herwartz-Emden 2022, 80). Gesellschaftliche Veränderungen und Veränderungen in den Geschlechterrollen haben auch Einfluss auf Mütterbilder und die Lebensrealitäten von Müttern. So zählen Emanzipation und eine steigende Chancengleichheit zum Beispiel zu den Faktoren, die zur Veränderung beitragen. Mutterschaft und entsprechende Mutterbilder sind auch immer von sozioökonomischen Umständen und Regulierungen beeinflusst, also was politisch und gesellschaftlich gewollt ist und erfüllt werden soll. Das reicht von bürgerlicher Hausfrau und Mutter zu Bildungsemanzipation von Frauen (vgl. Toppe 2022, 92f.).

Das soziale Phänomen Mutterschaft sollte dabei im Plural gedacht werden, da die Auffassung und Bilder von Mutterschaft innerhalb unterschiedlicher Kulturen zum Teil stark variiert. Also hinsichtlich der Vorstellungen des Erziehungsstiles, die verbrachte Zeit mit den Eltern, die Verteilung der Sorgeverantwortung und inwiefern Familie und Erwerbstätigkeit vereinbar sind, da das alles Faktoren sind, die gesellschaftlich bedingt werden (vgl. Textor 2006).

Zusätzlich reproduzieren beispielsweise auch soziale Organisationen, Einrichtungen und Fachkräfte normative Vorstellungen von Mutterschaft und Familie, indem sie offene oder versteckte Normen und Werte einfordern oder gesetzliche und organisationale Regeln durchsetzen. Zusätzlich zu rechtlichen und gesellschaftlichen Normen bringen Fachkräfte jeweils auch individuelle Vorstellungen und Werte mit, die dann unweigerlich, bewusst oder unbewusst, an Mütter oder Familien herangetragen werden (vgl. Thiessen 2023, 75).

Mit Blick auf die Kategorie Mutterschaft müssen auch andere soziale Kategorien mitbetrachtet werden, zum Beispiel Klasse, Sexualität oder Ethnizität, denn diese Kategorien stellen in Kombination mit der Kategorie Mutterschaft Verflechtungen dar, die bei Überlegungen zu dem Konzept oder dessen Auswirkungen bedacht werden müssen (vgl. Tolasch 2016, 80). Sowohl Mutterschaft als auch die daraus entspringende Figur der ‚guten Mutter' werden zum einen stark ideologisch überhöht und auf der anderen Seite gleichzeitig sehr naturalisiert. Ihr Denken, Handeln und Fühlen wird einerseits durch ein starkes gesellschaftliches Regelwerk geprägt und zum anderen auf natürliche Instinkte wie den ‚Mutterinstinkt' zurückgeführt (vgl. Dreßler 2023, 16). Es geht also um ein natürliches Beherrschen von mütterlichen Fähigkeiten in Form von Instinkten und Intuitionen, die nicht angelernt, sondern schlichtweg gekonnt werden sollen.

Die Naturalisierung dieser Kompetenzen, die in diesem Fall Frauen zugeschrieben werden, entspringt der Auslegung von Mutterschaft und Kinderwunsch als etwas Natürliches und Selbstverständliches im Leben einer jeden Frau. Mit diesen zugeschriebenen Fähigkeiten zur Pflege, Erziehung und bedingungslosen Aufopferung von und für die Kindern gehen auch viel Verantwortung und gesellschaftlicher Druck einher (vgl. Dreßler 2023, 17). Ergänzend zu dem Konzept Mutterschaft und der Vorstellung von natürlicher Mütterlichkeit trägt die Vorstellung von Mutterliebe als vermeintliche Basis von weiblicher Fürsorglichkeit weiter zu dieser normativen Idee bei (vgl. Wolf 2022, 185). Erst seit den 2000er Jahren findet ein Wandel statt, Care- und Sorgetätigkeiten von Weiblichkeit und dem Lebensentwurf von Frauen zu lösen und diese anders theoretisch fundiert anzusiedeln und so auch für alle Menschen, unabhängig des Geschlechts zugänglich zu denken (vgl. Baader 2018, 32). Entsprechend war der Aufschrei groß, als Mitte der 2010er Jahre mit einigen Tabus gebrochen wurde und viele Mütter sich, vor allem online, unter dem Begriff ‚Regretting Motherhood', geprägt durch die israelische Soziologin Orna Donath, zu ihren Empfindungen äußerten, es zu bereuen, Mutter geworden zu sein. Zeitgleich wurde dadurch die bisher bestehende kulturelle Gewissheit erschüttert, dass jede Frau Mutterschaft natürlicherweise genieße, sich wünsche und dazu bestimmt sei. Ergänzend wurden Diskussionen und Kritik an dem in Deutschland vorherrschende übermäßig idealisierte Mutterbild angeregt (vgl. Dreßler 2023, 20f.).

Zudem wird aus der Logik der Naturalisierung von Mutterschaft heraus die Liebe und Zuneigung der Mutter als zwingende Voraussetzung für eine gute Entwicklung eines Kindes verstanden, wodurch wissenschaftliche Erkenntnisse und bindungstheoretische Ansätze ignoriert werden. Dabei werden bei Mutterschaft biologische Kriterien, welche sozial vereinbar sind, wie zum Beispiel Stillen oder Gebären, inszeniert, stilisiert und zur Plausibilisierung der Argumente von Mutterschaft als natürlich weibliches Phänomen genutzt (vgl. Thiessen 2023, 72). Dadurch werden der Druck und die Verantwortung auf die Mutter und ihre scheinbar unersetzbare Rolle und Macht in der erfolgreichen Entwicklung des Kindes betont, was in der Konsequenz viel Druck erzeugen kann, welcher im Kapitel 2.1.3 näher betrachtet wird. Die Forschung konnte das Narrativ, dass Frauen auf

natürliche Weise zur Mutterschaft bestimmt seien, widerlegen. Zudem konnte darüber hinaus festgestellt werden, dass es für Mutterschaft keine global gültige Gestaltungsform gibt, sondern es sich bei Mutterschaft um ein sehr komplexes und vielfältiges Konstrukt handelt, das gesellschaftlich und historisch geprägt ist (vgl. Herwartz-Emden 2022, 87). Mutterbilder haben immer auch etwas mit gesellschaftlichen Bedingungen und Umständen zu tun, welche wiederum die vorherrschenden Normalitäts- und Idealvorstellungen hinsichtlich Mutterschaft prägen. Diese Bilder existieren sowohl im kleinen Rahmen des Privaten, als auch im größeren Kontext der Gesellschaft. Durch gesellschaftliche Vorstellungen werden wiederum strukturelle Rahmenbedingungen vorgegeben und dadurch individuelle Lebensführungen beeinflusst (vgl. Diabaté 2015, 207f.).

Im vorherigen Abschnitt zur Konstruktion und Aufrechterhaltung des Konzepts Mutterschaft wurde bereits der Faktor Naturalisierung und die Rolle der ideologiegeprägten strukturellen Umstände beschrieben, ihr natürlich erscheinendes Idealergebnis ist die Figur der ‚guten Mutter', auf welche nun näher eingegangen werden soll. Die Figur der ‚guten Mutter' steht im Spannungsfeld zwischen Reflexion und Auflösung der Idealvorstellung und gleichzeitig gibt es gegenläufige Tendenzen, bei denen Mutterschaft immer noch als essenzielle und exklusive Erfahrung von Weiblichkeit gehandelt wird. Nach zweiterer Ansicht formulieren auch beispielweise manche Ärzt*innen oder Psycholog*innen die Schlüsselrolle der Mutter als ‚gute Mutter' im Leben und für die erfolgreiche Entwicklung des Kindes, was bereits in der Schwangerschaft beginnt. Diese Sichtweise der großen Verantwortungsposition der Mutter als Gelinggarantin generiert einen großen Druck auf (werdende) Mütter (vgl. Dreßler 2023, 21).

Die Ansprüche an die ‚gute Mutter' wandeln sich immer wieder mit der Zeit und gesellschaftlichen Idealvorstellungen. So entwickelte sich im Laufe der 1990er Jahre eine neue Vorstellung der ‚guten Mutter', die als ‚Top Mom' bezeichnet werden könnte. Mit diesem Begriff können Frauen beschrieben werden, die sich bewusst für den damals neu entstandenen Trend entschieden haben, Kinder zu bekommen und gleichzeitig Karriere zu machen. Dieses Bild der sowohl privat als auch beruflich erfolgreichen Frau erhielt aber noch einen anderen Anspruch an die Frau als Mutter, nämlich das Aussehen. Seitdem hat der sonst so oft verachtete und als nicht begehrenswerte geltende Mutterkörper ein neues Ideal erhalten, dem es nach dieser Vorstellung zu entsprechen galt. Seit den 90ern wurde begonnen, Mutterkörper zu erotisieren und so auch Mutterschaft zu ästhetisieren und sexualisieren. Doch dafür gab es klare Vorstellungen und Ideale, wie denn ein mütterlicher Körper auszusehen hat, dass er als attraktiv gelten darf. Diese Maßangaben waren: Weiß, dünn, jung, fit, attraktiv und ausreichend materiell und finanziell ausgestattet. Zudem gilt es anzumerken, dass diese neue Parallelität des Auslebens beruflicher und familiärer Ideale nicht widerspruchsfrei abläuft, da zu den neuen Erwartungen und Möglichkeiten immer noch alte und traditionelle Werte und Vorstellungen vorherrschen, die zeitgleich gemanagt und bedient werden sollen, was jedoch oft unrealistisch ist (vgl. Malich/Weise 2022, 44).

Weitere Kriterien, die oft mit einer ‚guten Mutter' verknüpft werden, sind eine als ‚natürliche Geburt' bezeichnete vaginale Geburt, das Kind zu stillen und ein starker Beziehungsaufbau zum Kind. Zusätzliche eine starke Orientierung an den Bedürfnissen des Kindes und das Unterordnen der eigenen Bedürfnisse. Dabei wird durch diese Ansprüche das Risiko gesteigert, dauerhaft in traditionelle Aufgabenverteilungen zu rutschen (vgl. Rose/Tolasch 2022, 451f.). Heute gilt immer noch das aus den 1990er Jahren entstandene Bild der ‚guten Mutter', die ihre Kinder anregen, fördern und gleichzeitig erwerbstätig sind, um die Kinder auch finanziell absichern zu können (vgl. Toppe 2022, 93). Ergänzt wird das Narrativ durch Ideale wie, eine ‚gute Mutter' wünsche sich ihr Kind, es herrschen passende Lebensumstände, die Frau bzw. Mutter übernimmt die Hauptfürsorge, sie sorgt für das emotionale und körperliche Wohl des Kindes, sich selbst und anderer. Dabei stellt sie dennoch ihre eigenen Interessen hinter die der Familie und des Kindes, ist zudem eine gute Partnerin und idealerweise in einer heterosexuellen Partnerschaft (vgl. Tolasch 2016, 210ff.). Aus dieser beschriebenen Ideallogik heraus werden abweichende Formen von Mutterschaft oder alternative Lebensentwürfe abgewertet, dazu zählen Patchwork- oder Regenbogenfamilien, Alleinerziehende oder ungewollt kinderlose Personen. Aber auch Mütter, die von der Norm abweichen und zum Beispiel zu arm, zu alt oder auch zu jung sind (vgl. ebd., 78). Die sogenannte ‚Unterschichtenmutter' als Abgrenzung zur ‚guten Mutter' der bürgerlichen Mitte zeigt, dass eine weitere Abwertungskategorie der Bildungsgrad der Mütter darstellt (vgl. Dreßler 2023, 26). Durch diese sehr spezifischen und normativen Anforderungen an Mutterschaft wird viel Druck generiert, dem gerecht zu werden. Doch dabei wird verschwiegen, dass es zur Umsetzung dieser Ansprüche einiger Privilegien bedarf, welche die wenigsten Frauen besitzen (vgl. ebd., 23). Wobei gerade bei den Familien, die nicht der Norm entsprechen, das Bedürfnis besonders ausgeprägt ist, Familie nicht nur zu leben, sondern auch darzustellen (vgl. Thiessen 2023, 74).

Aufgrund eurozentristischer Vorstellungen in der Forschung werden unterschiedliche Kontexte im Zusammenhang mit Mutterschaft nicht mitgedacht. Stattdessen wird oft von einem Blick auf Mutterschaft von *weißen* Mittelschichtsfrauen ausgegangen. Dies blendet aber den Kontext Kultur und Gesellschaft, sowie die damit einhergehenden Machtverhältnisse aus und verschleiert so auch die Diversität und Komplexität von Mutterschaft innerhalb und zwischen unterschiedlichen kulturellen Kontexten (vgl. Tolasch 2016, 66). Studien kommen zum Ergebnis, dass singuläre Mutterschaft, bei der die leibliche Mutter die Haupt- aber auch alleinige Verantwortung für Sorge und Erziehung des Kindes hat, nicht der generellen Norm entspricht. Gerade in nicht westlichen Gesellschaften wird die Verantwortung, gerade im frühen Stadium der Mutterschaft, oft unter vielen Personen einer Gemeinschaft geteilt und gemeinsam getragen wird (vgl. Herwartz-Emden 2022, 82). Dieses Beispiel zeigt, warum es wichtig ist, bei der Betrachtung von Mutterschaft und den daraus resultierenden Anforderungen an eine ‚gute Mutter' die gesellschaftlichen Umstände mitzudenken, da der generierte Druck und die Hauptverantwortung nicht natürlicherweise alleinig bei der Mutter

liegen. Ob diese Anforderungen und Vorstellungen an Mütter überhaupt realistisch umsetzbar sind und wenn ja zu welchem Preis, steht dabei meist nicht zur Debatte.

2.1.3 Belastungen im Kontext von Mutterschaft - Ursachen und Folgen

In den beiden vorherigen Kapiteln sind einzelne Belastungen im Kontext von Mutterschaft bereits angeklungen, auf welche nun näher eingegangen werden soll. Beginnend mit dem Faktor Armut und Erwerbstätigkeit bei (alleinerziehenden) Müttern. Armut ist in Deutschland kein Randproblem mehr und auch nicht selten, sondern zieht sich durch die gesamte Gesellschaft und betrifft viele Menschen, vor allem auch oft Frauen und Mütter, gerade alleinerziehende. Es bedarf also der Erwerbsarbeit als Armutsprävention und zur Förderung der Geschlechtergleichheit, trotzdem bringt diese einige Belastungen und Herausforderungen mit sich und löst die ursprünglichen Probleme nicht vollständig. Zusätzlich besteht eine Problematik der Teilzeitarbeit, welche bei Müttern sehr vertreten ist, darin, dass diese Anstellungsform oft keine eigene und vollständige Existenzsicherung ermöglicht. Dadurch entstehen oder verstärken sich häufig wiederum finanzielle Abhängigkeiten, beispielsweise zum Partner. Eine Problematik, die dadurch auf längere Sicht oft auftaucht, ist das Thema der Altersarmut bei Müttern. Zudem lässt sich feststellen, dass Mütter, die in Teilzeit einer Erwerbstätigkeit nachgehen, trotz dieser Erwerbstätigkeit ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko haben, das gleiche gilt auch für alleinerziehende Mütter. Mögliche Erklärungen lassen sich in der Form der Beschäftigung finden, da diese oft prekär sind (vgl. Nationale Armutskonferenz 2017). Das Armutsrisiko steigt nicht durch das Frau-Sein, sondern durch das Muttersein und die Sorge für Kinder. Dies liegt an der schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wodurch vor allem Alleinerziehende gefährdet sind. Dazu gilt es anzumerken, dass die meisten Alleinerziehenden in Deutschland Frauen sind. Zudem können alleinerziehende Mütter, die einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit nachgehen, mit dieser trotzdem oft nicht ihre materielle Existenz sichern. Dabei hängen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Armut bei alleinerziehenden maßgeblich an strukturellen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen, welche auch Ideale prägen und Systeme wie die Kernfamilie oder das Ernährer-Modell durch den Vater aufrechterhält (vgl. Sommer/Schopp 2022, 403). So lassen sich für die Entstehung von Armut hauptsächlich strukturelle und nicht individuelle Ursachen feststellen.

Eine weitere wichtige Kategorie hinsichtlich der Belastung von Frauen in Familien ist die Care-Arbeit, welche auch bereits mehrmals angeschnitten wurde. Auch heute ist die Care-Arbeit in Familien nicht gleich verteilt, denn es sind immer noch Frauen, die diese Aufgaben hauptsächlich übernehmen. Gerade der Übergang in die neue Familienphase spielt dabei eine wichtige Rolle, da es dabei oft zu Traditionalisierungseffekten hinsichtlich der Aufgabenteilung kommt. Frauen wenden durchschnittlich das 2,4-fache an Zeit für unbezahlte Care-Arbeit, wie Angehörigenpflege, Kinderbetreuung und Haushaltsführung auf als Männer (vgl. Cammarata 2022, S. 488f.). Zudem tragen Mütter immer häufiger zum finanziellen Überleben ihrer Familie bei, wobei die

Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Familie weiterhin hauptsächlich ein Problem der Frauen bleibt. Diese Notwendigkeit beider Elternteile, das Familienleben zu finanzieren wird immer gängiger, dadurch geht auch nach und nach das traditionelle Bild mit dem Vater als Ernährer der Familie zurück, wobei das nicht konfliktlos und schnell vonstattengeht (vgl. Toppe 2022, 97). Zudem ist dieser Umstand kein Garant für Gleichverteilung anfallender Care-Arbeit, sondern kann, wie eben aufgezeigt, auch in eine sich verschärfende Doppelbelastung der Frauen resultieren.

Die Kombination der beiden eben angesprochenen Belastungsfaktoren bildet selbst eine weitere eigene Kategorie an Belastungen, der Mütter ausgesetzt sind, gemeint ist die gleichzeitige Bewältigung von Care- und Erwerbstätigkeit. Dazu soll mit einem Zitat gestartet werden.

> „Das Problem der erwerbstätigen, alleinstehenden Mutter ist heute nicht mehr ein Problem einzelner Mütter, die mit ihrer Doppelaufgabe fertig werden müssen, sondern eine soziale Frage von volkswirtschaftlicher und sozialpädagogischer Bedeutung." (Lüdy 1932, 9)

Dieses Zitat bezüglich der Belastungen und der Situation von in diesem Fall alleinerziehenden Müttern stammt bereits aus dem Jahre 1932. Vor bereits fast 100 Jahren war die Doppelbelastung von Frauen ein gesellschaftlich relevantes Thema, mit welchem Überforderung und Last auf Seiten der Mütter verbunden war. Umso erschreckender, dass sich die Problematik im Kern bis heute so fortführt und (alleinerziehende) Mütter aufgrund parallel bestehender und zum Teil widersprüchlicher Aufgaben gesellschaftlich unter viel Druck stehen. Mütter müssen mehreren und zum Teil gegensätzlichen Verpflichtungen im Sinne einer doppelten oder sogar mehrfachen Vergesellschaftung gerecht werden, sind also unterschiedlichen Vereinbarkeitsanforderungen ausgesetzt. Sprich, der Familie und Kindern mit allen anfallenden Aufgaben gerecht zu werden, gleichzeitig aber auch im Kontext der Lohnarbeit die gestellten Anforderungen zu erfüllen (vgl. Becker-Schmidt 2010, 66ff.). Diese Belastungsquelle für Mütter bildet sich zwischen der Anforderung oder sogar Notwendigkeit der Erwerbstätigkeit der Mutter und gleichzeitig bestehenden traditionellen Familienbildern, welche die Sorge für Kinder beinhalten (vgl. Toppe 2022, 96). Sowohl die Möglichkeit der Umsetzung des beschriebenen mütterlichen Schönheitsideals als auch die gleichzeitige Entscheidung für Kinder und Karriere erfordern sehr viele Privilegien, wodurch diese Ideale allein strukturell für die meisten Frauen so nicht zu leisten sind. Dieser Umstand wird oft verschleiert und das Nichterfüllen dieses Top-Mom-Daseins als persönliches Scheitern verurteilt, ohne auch die Ideale an sich kritisch zu beleuchten (vgl. Malich/Weise 2022, 45).

Eine Form der Mutterschaft, welche aufgrund des Alters der Mutter nicht der Norm der ‚guten Mutter' entspricht, ist die frühe Mutterschaft, welche nun genauer betrachtet werden soll. Was in vielen Betrachtungen von Mutterschaft außen vorgelassen wird, sind die Rahmenbedingungen und die Rolle des Staates. Denn dieser trägt maßgeblich dazu bei, dass beispielsweise frühe Mutterschaft prekär gemacht wird, denn das ist sie per se nicht. Denn bei früher Mutterschaft mangelt es oftmals an Ressourcen und Unterstützungen, die diese Form von Mutterschaft prekär werden lässt,

sich aber potenziell auch lösen lassen würde, wenn die Rahmenbedingungen verändert werden würden (vgl. Tolasch 2016, 79). Die Situation junger Mütter stellt sich heute ganz anders und vielfältiger dar als noch vor einigen Jahrzehnten. Viele Frauen leben nicht mehr in unmittelbarere Nähe der ursprünglich entstandenen sozialen Kontakte oder der Familie. Dadurch kommt es dann nach der Geburt eines Kindes oft zu einem Mangel an Rückhalt, Unterstützung und Entlastung durch soziale Netze. Durch diesen Mangel fühlen sich immer mehr Mütter, gerade in den Anfangszeiten, überfordert und übermüdet (vgl. Ahnert 2023, 40).

Durch all diese Anforderungen, Mehrfachbelastungen und zehrenden Aufgaben kommt es bei Eltern und vor allem Müttern immer häufigen zu gesundheitlichen Problemen. Zwar können die Veränderungen in sozialen Netzwerken, Teilhabe und im Beruf durch den Start der Mutterschaft für alle Mütter herausfordernd sein, doch kommen weitere belastende Faktoren wie Erkrankungen, Armut, Migrationserfahrungen oder Arbeitslosigkeit hinzu, so steigen durch diese Mehrfachbelastungen die Gesundheitsrisiken der Mütter an (vgl. Rademaker/Makowsky 2023, 240f.). Vor allem bei alleinerziehenden Müttern bestehen öfter chronische Erkrankungen, diverse (psychische) Störungen, Depressionen, Substanzmissbrauch und Schmerzen. Dies tritt bei diesen Müttern um ein Vielfaches häufiger auf als bei Müttern in Beziehungen (vgl. Calmbach/Flaig/Roden 2014, 13ff.). Bei der Entstehung einer Depression gibt es relevante Risikofaktoren, zu diesen zählen Umstände, die oft indirekt oder direkt mit Mutterschaft assoziiert werden. Dazu gehören eine weibliche Sozialisation, chronische Alltagsbelastungen und das Zusammenleben mit mehreren kleinen Kindern in einem Haushalt. Weitere Faktoren sind unter anderem ein niedriger sozioökonomischer Status, einschneidende Lebensereignisse und der Mangel an ausreichend unterstützenden positiven Sozialbeziehungen, aber auch Ressourcendefizite und ein geringes Selbstwertgefühl. Hinsichtlich der Erkrankung von Frauen an Depressionen scheint der Faktor Mutterschaft ein besonderer Risikofaktor darzustellen. Umstände, die zu einer Entstehung beitragen können, sind auch gesellschaftliche Strukturen und Machtverhältnisse wie Gewalt, Diskriminierung und Ungleichheitsstrukturen, die oft als individuelles Einzelschicksal abgetan werden (vgl. Gebrande 2022, 505). So ist es nicht sonderlich überraschend, dass Umfragen in sogenannten Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren zu dem Ergebnis kamen, dass über die Hälfte der Patient*innen berufliche Belastungen, ständigen Zeitdruck, Eheprobleme und Erziehungsschwierigkeiten als Belastungen nannten. Generell wurden bei Teilnehmenden in den Kuren häufig Symptome psychischer Störung wie z.B. Erschöpfungszustand, Burnout, depressive Episoden oder Angstzustände beklagt bzw. festgestellt (vgl. Sommer/Braun/Meyer 2021, 31ff.). Da der Großteil der Teilnehmenden Mütter sind und der Anteil der Väter, die an diesen Maßnahmen teilnehmen, bei 4% liegt, zeigt dies auch die weiterhin starke Verantwortungsrolle der Mutter in der Sorgearbeit und die daraus resultierenden Belastungen (vgl. ebd., 16).

Abschließend lässt sich festhalten, dass Mutter-Sein selbst, genauso wie die damit eng verbundenen Vorstellungen sehr vielfältig sind. Die Ursprünge zu den heute noch präsent vorherrschenden Idealen liegen viele Jahrhunderte zurück und haben sich über die Zeit geformt und gewandelt und wurden durch soziale, gesellschaftliche, politische und auch kulturelle Faktoren geprägt. Die daraus resultierenden Anforderungen sind nicht widerspruchsfrei und generieren eine zum Teil große Last für (werdende) Mütter. Mutterschaft und all die damit verbundenen Vorstellungen haben sich zu einem kulturell sehr stabilen Deutungsmuster etabliert. Durch die daraus resultierenden Anforderungen, den Druck und die damit zum Teil verbundene Widersprüchlichkeit entstehen im Kontext mit Mutterschaft für die Mütter immer wieder Belastungen unterschiedlicher Form und Ausmaßes, eine besonders betroffene Gruppe ist dabei die der alleinerziehenden Mütter.

2.2 Alkoholabhängigkeit und Alkoholkonsumstörungen

In diesem Kapitel zu Alkoholabhängigkeit und Alkoholkonsumstörungen werden in drei Unterkapiteln die Merkmale und Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit, aber auch andere Formen von Alkoholkonsumstörungen behandelt. Anschließend wird auf die Hintergründe, die Entstehung und die Variationen von Alkoholkonsumstörungen eingegangen, dazu wird das bio-psycho-soziale Modell herangezogen, erläutert und auf Alkoholabhängigkeit angewandt. Daran anknüpfend wird auf die Spezifika von Alkoholkonsumstörungen bei Frauen und die damit verbundenen Besonderheiten näher eingegangen.

2.2.1 Merkmale und Anzeichen von Alkoholabhängigkeit

Auch heutzutage wird in dem hier behandelten Kontext von Sucht gesprochen, doch der Begriff ist trotz seiner zum Teil inflationären Verwendung in der Gesellschaft und Wichtigkeit in den klinischen und sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern ein uneindeutiger Begriff geblieben. Die bekanntesten und doch unterschiedlichen Definitionen von Sucht aus dem US-amerikanischen und deutschen Raum finden sich bei Gunderson (2008).

„Die Auffassungen und Beschreibungen von Sucht unterscheiden sich also sehr stark, je nachdem, ob sie von Forschern, Klinikern und der breiten Öffentlichkeit stammen." (Gunderson 2008, 105)

Auch wenn sich begrifflich viel um Sucht dreht, gilt es anzumerken, dass die WHO bereits in den 60er-Jahren empfohlen hat, Sucht durch den Begriff Abhängigkeit zu ersetzen (vgl. Gunderson 2008, 106). Dementsprechend wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit der Begriff Abhängigkeit oder Alkoholabhängigkeit verwendet. Um eine Abhängigkeit festzustellen bzw. zu diagnostizieren, müssen bestimmte Kriterien vorliegen, diese finden sich im ICD-10. Im ICD-10-GM, der aktuellen Version für Deutschland aus 2024 im „Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)" unter dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)" (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024) finden sich unterschiedliche Begriffe und

jeweilige Anzeichen, die auf Alkohol angewandt werden können. Die Alkoholabhängigkeit wird als Abhängigkeitssyndrom unter F10.2 näher charakterisiert, die Form des sogenannten schädlichen Gebrauchs wird unter F10.1 genauer erläutert. Auf die Bedeutung von F10.1 in Bezug auf das Abhängigkeitssyndrom wird im Verlauf näher eingegangen.

Unter schädlichem Gebrauch (Alkoholmissbrauch) versteht man den

> „Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten […] oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum." (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024)

Der Zustand ‚schädlicher Gebrauch' liegt vor, wenn diese durch den Alkoholkonsum verursachten negativen Auswirkungen seit mindestens einem Monat gemeinsam oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind, dabei aber keine Abhängigkeit besteht. Dabei schließen sich die Diagnosen ‚Abhängigkeit' und ‚schädlicher Gebrauch' gegenseitig aus (vgl. Klein 2017, 15f.).
Als Abhängigkeitssyndrom versteht man unterschiedliche Phänomene, welche sich auf körperlicher, kognitiver und Verhaltensebenen äußern und sich aufgrund von wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Kriterien, welche bei einem Abhängigkeitssyndrom vorliegen sind: ein starker Drang, die Substanz, also in diesem Fall Alkohol, zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich der Menge und Dauer des Konsums, der anhaltende Konsum trotz negativer Folgen auf körperlicher, sozialer oder psychischer Ebene. Des Weiteren wird der Substanzgebrauch zum Lebensmittelpunkt, sprich, er hat Vorrang vor anderen Verpflichtungen und Aktivitäten im Leben. Zudem entwickelt sich oft eine Toleranz gegenüber der Substanz, sodass eine Dosissteigerung stattfindet und zudem kann ein körperliches Entzugssyndrom vorliegen. Dabei kann sich das Abhängigkeitssyndrom auf einen Stoff, eine Substanzgruppe oder auch ein Spektrum unterschiedlicher pharmakologischer Substanzen beziehen (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024). Wenn zeitgleich mindestens drei dieser sechs Kriterien während der letzten 12 Monate vorliegen, dann kann eine Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 diagnostiziert werden (vgl. Bundesärztekammer o.J.).
Die Differenzierung der Zustände ‚schädlicher Gebrauch' und Alkoholabhängigkeit', aber auch die Relevanz der Nennung beider für diese Forschung, wird in den nachfolgenden Kapiteln erläutert.
Anzumerken gilt es, dass die diagnostischen Klassifikationssysteme, zu welchem auch der ICD-10 zählt, Kriterien formulieren, um eine Abhängigkeit diagnostizieren zu können, dabei aber geschlechtsspezifische Unterschiede vernachlässigen und so nach wie vor geschlechtsblind bleiben (vgl. Detterer 2022, 12). Auf die Bedeutung und die Formen geschlechterspezifischer Unterschiede hinsichtlich Alkoholabhängigkeit wird im Kapitel 2.2.3 näher eingegangen.

2.2.2 Entstehung, Hintergründe und Variationen von Alkoholkonsumstörungen

Wie im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt, gibt es nicht nur den Status Alkohol-Abstinenz und Alkoholabhängigkeit, sondern auch einige Abstufungen dazwischen. In diesem Kontext wurde auch bereits der schädliche Gebrauch kurz definiert. Im Folgenden soll näher auf die unterschiedlichen Abstufungen des Alkoholkonsums eingegangen werden und welche Bedeutung diese in der Entwicklung einer Abhängigkeit haben.
Bei der ersten Stufe, der Abstinenz, findet kein Konsum statt. Bei der zweiten Stufe wird von risikoarmem Konsum gesprochen, dieser richtet sich an der Trinkmenge und dem darin enthaltenen Reinalkohol, mehr dazu im Verlauf dieses Kapitels. Die darauffolgende Stufe des riskanten Konsums liegt vor, wenn eine gewisse Trinkmenge an Reinalkohol pro Tag überschritten wird, dies aber noch nicht mit einer Gesundheitsschädigung einhergegangen ist. Auch hier wird sich an den erwähnten Grenzwerten orientiert. Vom problematischen Konsum wird gesprochen, wenn durch das Konsumverhalten die eigene Gesundheit oder die von anderen gefährdet und potenzielle Schäden in Kauf genommen werden. Dabei lässt sich nach dem ICD der problematische Konsum klar von einer Abhängigkeit abgrenzen. Beim schädlichen Konsum, welcher auch als Alkoholmissbrauch bekannt ist, müssen ebenfalls bestimmte Kriterien des ICD vorliegen, wobei eine bestehende Alkoholabhängigkeit ausgeschlossen werden muss, um von schädlichem Konsum zu sprechen. Bei der letzten Stufe, der Alkoholabhängigkeit, muss eine Diagnose des Abhängigkeitssyndroms gemäß ICD-10 erfolgen, welches im vorherigen Unterkapitel bereits erläutert wurde (vgl. Infodrog 2012).

Im Folgenden soll zur besseren Lesbarkeit und zur Verdeutlichung, dass es sich bei der Betrachtung dieser Arbeit um ein Spektrum handelt, von Alkoholkonsumstörungen die Rede sein. Der Begriff Alkoholkonsumstörung stammt aus dem DSM-5 und bietet ähnlich dem ICD-10 einheitliche Kriterien zur Bestimmung unterschiedlicher Stadien und Formen von Konsum und Abhängigkeit. Hierbei gibt es ebenfalls konkrete Kriterien, die zur Feststellung einer Alkoholkonsumstörung vorliegen müssen. Auf die Diagnosekriterien soll hier nicht näher eingegangen werden, da sich in dieser Arbeit dafür an dem in Deutschland verwendeten ICD-10 orientiert werden soll. Dennoch wurde sich von der Verfasserin dazu entschieden, diese Formulierung aus dem DSM-5 einzubringen, um das erwähnte Spektrum und die Vielfältigkeit von unterschiedlichen Konsumstörungen deutlich machen zu können. Außerdem lassen sich die Kriterien für Alkoholkonsumstörungen an die der relevanten Stufen des ICD-10 angliedern und im DSM-5 wird zudem die Vielfältigkeit und Pluralität, in welcher Alkoholkonsumstörungen auftreten können, betont. Deshalb wurde sich für die Verwendung dieser Formulierung in dieser Arbeit entschieden. Für weitere und genauere Informationen zu Alkoholkonsumstörungen nach dem DSM-5 empfiehlt sich die deutsche Ausgabe von Falkai und Wittchen (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 675ff.).

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Verwendung des Begriffs Alkoholkonsumstörung, als Verdeutlichung des Spektrum-Aspekts dieser Arbeit, ist die Diagnosebedürftigkeit konkreter Erkrankungen

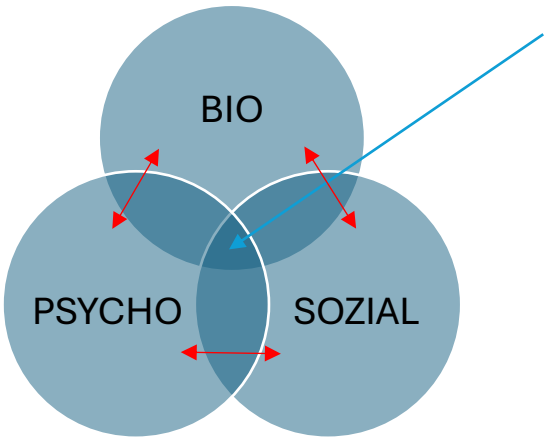
nach ICD. Diese werden nicht immer sofort und auch nicht von Beratungsstellen gestellt und haben dort auch meist keine primäre Bedeutung, welche Person welche akute Diagnose hinsichtlich des Konsums hat. Doch in Beratungsstellen finden auch Frauen Anschluss, welche nach dem Erstgespräch mit Sozialarbeitenden einen problematischen, riskanten oder anderweitig nicht genau zuzuordnenden Alkoholkonsum aufweisen, jedoch nicht gesichert beispielsweise die Diagnose Alkoholabhängigkeit haben, denn diese können nur Ärzt*innen stellen. Aufgrund der fachlichen Genauigkeit und der Berücksichtigung der Praxis der Sozialen Arbeit, in der eine handfeste Diagnose, zumindest in Beratungssettings, eine sehr untergeordnete Rolle spielt, wird hier von Alkoholkonsumstörungen gesprochen, um einen möglichst guten, aber auch differenzierten Blick auf die Betroffenengruppe zu werfen.
Nun zu den bereits angeschnittenen Trinkmengen, die die unterschiedlichen Stufen und deren Übergänge definieren. Als tägliche Grenze, um im Bereich des risikoarmen Konsums zu bleiben, wird Frauen empfohlen, nicht mehr als 10-12g Reinalkohol am Tag zu konsumieren, für Männer liegt der Richtwert dabei bei 20-24g (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J. a). Zudem sollten Männer und Frauen an mindestens zwei Tagen der Woche komplett auf Alkohol verzichten (vgl. Robert Koch-Institut 2020, 118).

Dieser Richtwert entwarnt nicht, er beschreibt nur, ab wann die Konsummenge noch als risikoarm und wann als riskant bewertet wird. Das bedeutet nicht, dass weniger Alkohol bzw. das Einhalten der Grenze als sichere Menge gilt, sondern stellt lediglich eine Schwelle dar, über dessen Sinnhaftigkeit ebenfalls diskutiert wird. Denn „Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge." (WHO 2023) Diese Aussage war lange Zeit nicht der Konsens und keine Selbstverständlichkeit, da immer wieder auch über die potenziellen gesundheitsfördernden Wirkungen von Alkohol diskutiert wurde, welche es so aber nicht gibt. Auch wissenschaftliche Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass es weder potenziell gesundheitsförderliche Wirkungen durch den Konsum von Alkohol gibt, noch, dass es einen sicheren Konsum bei Alkohol gibt (vgl. Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen 2023, 4). Auch andere Expert*innen kommen zu dem Ergebnis, dass das mit Alkoholkonsum verbundene Gesundheitsrisiko bereits beim ersten Tropfen Alkohol beginnt und es so keinen unbedenklichen oder gar sicheren Konsum geben kann. Je mehr Alkohol konsumiert wird, desto schädlicher fällt dessen Wirkung aus, umgekehrt, je weniger konsumiert wird, desto risikoärmer fallen tendenziell die Wirkungen für die Gesundheit aus (vgl. WHO 2023).

Um die genannten Trinkmengen anschaulicher darzustellen, gilt es zu erwähnen, dass die Grenze mit 10g-12g bzw. 20g-24g pro Tag die Menge an Reinalkohol in Getränken meint. Die wenigsten Menschen können sich unter diesen Angaben etwas vorstellen, deshalb folgen nun einige Getränkebeispiele, welche jeweils 10-12g Reinalkohol enthalten: 0,3l Bier, 0,125l Wein, 0,1l Sekt oder 4cl Schnaps. Die Mengenangaben entsprechen den Standardgläsern der jeweiligen Getränke und

verdeutlichen gut, wie wenig Gesamtmenge es bedarf, um den Grenzwert des Reinalkohols hin zum riskanten Konsum zu überschreiten (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J. b).

Nachdem jetzt die unterschiedlichen Stufen des Alkoholkonsums erläutert wurden, soll nun näher auf die Entstehungshintergründe und Dynamiken von Abhängigkeiten eingegangen werden. Dazu wird im Folgenden das bio-psycho-soziale Modell und dessen Relevanz für die Entstehung einer Abhängigkeit vorgestellt. Ursprünglich wurde das bio-psycho-soziale Modell 1977 von dem Psychiater und Internisten George L. Engel als Modell von Krankheit und Gesundheit entwickelt (vgl. Tretter 2020, 14). Dadurch kann es auch zur Erklärung der Entstehung, Aufrechterhaltung oder Abwendung einer Abhängigkeit verwendet werden, da diese, wie zuvor erklärt, eine Krankheit darstellt, an deren Stelle im Modell aber auch jede andere Krankheit oder der Zustand Gesundheit stehen kann. Wenn Abhängigkeit also in die Mitte des Modells gestellt wird, steht diese im Fokus der Betrachtung mit den drei Blickwinkeln des Modells. Das Modell dient der Betrachtung der Umstände und der Dynamiken des in die Mitte gesetzten Zustands, in diesem Fall Alkoholabhängigkeit. „Krankheit und Gesundheit beruhen auf der systemhaften Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren." (ebd., 14) Beruhend auf dieser Erkenntnis entstand auch das bio-psycho-soziale Modell.



Zur besseren Vorstellung dient diese Darstellung des Modells, in welchem in der Mitte die Alkoholabhängigkeit steht. Zwischen allen drei Faktoren, also biologisch, psychologisch und sozial, wirken Wechselwirkungen und Dynamiken, welche dadurch auch die in der Mitte stehende Alkoholabhängigkeit beeinflussen.

Quelle: eigene Darstellung

Das Modell dient dazu, Gesundheit, aber eben auch Krankheit besser zu verstehen und erfassen zu können. Auch wenn Gesundheit nicht den Fokus in dieser Arbeit einnehmen soll, ist es im Zusammenhang mit Abhängigkeit dennoch unumgänglich, weshalb nun zur Vollständigkeit eine kurze Definition von Gesundheit folgt. Die WHO definiert Gesundheit wie folgt: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen." (WHO 2020, 1) Durch die Anwendung des Modells auf Alkoholabhängigkeit wird deutlich, dass zum Verständnis der Abhängigkeit und auch zur Nachvollziehung der Entstehung dieser, alle drei Komponenten eine Rolle spielen und sich gegenseitig

beeinflussen. Dabei können sie sich sowohl gegenseitig verstärken, aber auch abschwächend wirken, wodurch es zu umgangssprachlich bekannten ‚Engels- oder Teufelskreisen' kommen kann (vgl. Sommerfeld 2020, 129f.).

Eine Alkoholabhängigkeit kann sich sehr individuell und unterschiedlich darstellen, wobei sowohl die Konsummuster als auch die Verläufe von Person zu Person unterschiedlich ausfallen können. Einer Abhängigkeit gehen meist unterschiedlichste Lebensgeschichten voraus, wobei heute kein Zweifel mehr daran besteht, dass sowohl psychologische als auch soziale und biologische Komponenten an der Entstehung einer Abhängigkeit mitwirken. Dementsprechend geht man auch bei einer Abhängigkeit, wie bei anderen Krankheiten, welche lebensbegleitend auftreten, wie z.B. Diabetes mellitus, von einem individuellen Zusammenspiel und Verflechtung der bio-psycho-sozialen Faktoren aus. So können zwar oft einzelne Risikofaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen identifiziert werden, aber erst das individuelle Zusammenwirken dieser Faktoren führt dann zu einer Alkoholabhängigkeit, da der Alkohol auf mindestens einer der Ebenen eine individuell-funktionale Bedeutung entwickelt. Es wird nicht mehr davon ausgegangen, dass es einen linearen Kausalzusammenhang in der Entstehung einer Abhängigkeit gibt, sprich, dass aus bestimmten Ausgangsbedingungen auch zwingend bestimmte Auswirkungen, wie die Alkoholabhängigkeit, entstehen, viel mehr wird von Wechselwirkungsdynamiken ausgegangen (vgl. DHS 2022, 34).

Nun wird näher auf die unterschiedlichen Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells eingegangen, beginnend mit der Säule sozial, welche sowohl das Umfeld, als auch größer gedacht, gesellschaftliche Bedingungen, meint. Dazu zählt unter anderem der Sozialgradient, also die Bedingungen, in welchen ein Mensch aufwächst, lebt, arbeitet und altert. Es gibt Erkenntnisse die zeigen, dass Personen, die einem niedrigeren sozioökonomischen Status angehören, öfter (sucht) krank werden und auch häufiger früher sterben. Zu dem erwähnten Sozialgradienten zählen beispielsweise Faktoren wie Einkommen, Bildung, berufliche oder schulische Situation, soziales Umfeld und Wohnort, aber eben auch das Geschlecht. Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass nicht allein die Genetik oder das individuelle Verhalten einer Person ausreichend sind, um damit die gesellschaftlich ungleiche Verteilung von Krankheit und Gesundheit zu erklären. Verschärfend zu diesen Erkenntnissen gilt es, das ‚alcohol harm paradox' zu erwähnen, welches zeigt, dass Personen mit benachteiligten sozialen Voraussetzungen beim Konsum der gleichen Menge Alkohol wesentlich mehr Gesundheitsschäden aufweisen, als es Menschen aus weniger benachteiligten Schichten tun (vgl. Liel 2020, 70).

Erklären lassen sich diese Befunde in Zusammenhang mit dem Sozialgradienten unter anderem dadurch, dass sozioökonomisch benachteiligte Menschen häufig in widrigen Arbeitsverhältnissen arbeiten und dadurch eher die kurzfristigen Vorteile des Konsums sehen und nutzen, die potenziellen längerfristigen Folgen eine untergeordnete Rolle spielen und so auch keine

Verhaltensänderung stattfindet. Die Hervorrufung angenehmer Gefühle beispielsweise mittels Alkohols kann helfen, diese widrigen und belastenden Lebens- und Arbeitsverhältnisse besser auszuhalten oder als angenehmer zu empfinden (vgl. John/Freyer-Adam/Baumann/Ulbricht/Rumpf/Meyer 2020, 82). Neben den Arbeitsbedingungen selbst, hat auch die Berufsgruppe in Teilen einen Einfluss auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Jene, die viel mit der Produktion und dem Vertrieb von Alkohol zu tun haben, weisen ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit auf (vgl. Feuerlein 2005, 47). Außerdem spielt der gesellschaftliche Kontext, sowie Regeln und Normen eine wichtige Rolle, gerade beim Konsum von Alkohol. Diese sozialen Regeln bestimmen und legitimieren teilweise sogar, wer wann und wie viel trinken darf und was als unangemessen gilt (vgl. DHS 2022, 46). Gerade bei Alkohol kommt erschwerend hinzu, dass dieser als Droge gesellschaftlich sehr verbreitet und dessen Konsum legitimiert und anerkannt ist, wodurch es für den Zugang und den Konsum kaum Hürden gibt. Diese Umstände begünstigen, auch aufgrund der hohen Verfügbarkeit von Alkohol, wiederum die Entwicklung einer Abhängigkeit (vgl. Rummel 2020, 149).

Obwohl Annahmen zufolge die Umweltfaktoren, also das soziale Umfeld einer Person, eine bedeutendere Rolle hinsichtlich des Konsumbeginn spielen, so haben biologische Faktoren hinsichtlich der Entstehung einer Abhängigkeit eine wichtigere Rolle. Zu diesen biologischen Faktoren zählen beispielsweise der individuelle Alkoholstoffwechsel einer Person. Des Weiteren tragen auch Persönlichkeitseigenschaften, wie Impulsivität oder psychische Störungen, welche ebenfalls genetisch veranlagt sein können, zur potenziellen Entwicklung einer Abhängigkeit bei (vgl. DHS 2022, 35). Die genetischen Faktoren des Alkoholstoffwechsels beinhalten sowohl die individuelle Verträglichkeit von Alkohol, aber auch, wie schnell dieser im Körper wieder abgebaut wird und infolgedessen, wie stark die negativen Folgen des Konsums ausfallen. Personen, die mehr Alkohol vertragen, diesen im Körper schnell abbauen und so wenig negative Folgen wie Übelkeit oder Kopfschmerzen aufweisen, werden leichter abhängigkeitskrank. Stress verändert nachhaltig das Gehirn, genauer gesagt die neurobiologischen Funktionen und beeinflusst dadurch auch die Anfälligkeit für Suchterkrankungen. Ein hoher Anteil abhängigkeitserkrankter Menschen weist zudem Erfahrungen mit kindlichen Traumatisierungen auf (vgl. Kemper 2020, 51).

Eine Vielzahl an Studien weist darauf hin, dass Alkohol von Individuen als Reaktion für die Bewältigung von stress-assoziierten Erlebnissen, wie Gewalt, Traumata, sexuelle Übergriffe oder anderen einschneidenden Lebensereignissen verwendet wird. Das Vorliegen dieser Erlebnisse kann für das jeweilige Individuum die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigen (vgl. DHS 2022, 37).

Hierbei sieht man bereits, wie beispielsweise psychologische und biologische Einflussgrößen miteinander verschwimmen und aufeinander wirken können, wodurch klar wird, dass die drei Säulen des Modells fast nie ganz getrennt voneinander betrachtet werden können. Dennoch folgen nun

noch weitere, hauptsächlich der psychologischen Säule zugeordnete Faktoren hinsichtlich der Entstehung einer Abhängigkeit. Eine dieser wichtigen psychologischen Komponenten bilden Lernprozesse, genauer operante Konditionierungen[2], in Kombination mit dem Konsum von Alkohol. Diese findet dann statt, wenn durch den Konsum z.B. negative Gefühlszustände wie Angst oder Stress zurückgehen oder aber der Konsum zu positiv erlebten Konsequenzen wie Aufmerksamkeit oder Zuwendung führt (vgl. DHS 2022, 45).

Ergänzen lassen sich die Überlegungen des bio-psycho-sozialen Modells durch das „Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren der Drogenabhängigkeit" (Soyka/Küfner 2008, 21), auch bekannt als Suchtdreieck. Bei diesem Modell wird Substanzabhängigkeit ebenfalls als multifaktorielles Modell betrachtet, wobei die drei zentralen Komponenten hier die Person, die psychoaktive Substanz und die Gesellschaft bilden. Die Komponenten Individuum und Sozialfeld in dem Dreiecksschema beinhalten die gleichen Punkte wie die des bio-psycho-sozialen Modells, nur dass psychologische und physiologische Faktoren hier in einem zusammengefasst sind. Zudem wird die Substanz als eigene Komponente und nicht nur als Teil des Umfelds verstanden. Dementsprechend folgen nun Erkenntnisse aus und Inhalte zu den einzelnen Faktoren des bio-psycho-sozialen Modells und dem Dreiecksschema hinsichtlich der Entstehung einer Substanzabhängigkeit.

Lange wurde von einer linearen und eindimensionalen Entstehung von Abhängigkeit ausgegangen, also dass eine psychotrope Substanz, die allein und bei entsprechendem Konsum sogar sicherer Auslöser einer Abhängigkeit sei. Heute geht man, wie bereits angeklungen, von multikausalen und mehrdimensionalen Verflechtungen in der Entstehung einer Abhängigkeit aus. So ist der Stand der heutigen Suchtforschung, dass es keine per se suchterzeugende, sondern nur suchtfördernde Substanzen gibt (vgl. Bell-D'Avis 2020, 140f.).

Alkohol wird in der Gesellschaft, aufgrund seiner spezifischen Wirkung, auf vielfältige Weise verwendet. Diese Verwendung reicht von Nahrungsmittel über Genussmittel bis hin zum Rauschmittel. Dabei sind nicht nur der Geschmack, sondern auch die Auswirkungen auf die Psyche, wie die Minderung von Ängsten und Anspannungen, die Alkohol haben kann, ein Trinkmotiv für viele Menschen. Doch darin liegt auch die Gefahr von Alkohol, denn diese psychischen Faktoren tragen zur Entstehung von Abhängigkeiten bei. Zu dem Individuum zählen in diesem Modell auch die physischen und psychischen Komponenten der Person, nur in diesem Modell eben in einem zusammengefasst.

[2] Operantes Konditionieren stellt eine Erweiterung des Konditionierungsmodells dar. Inhaltlich ist gemeint, wenn ein Verhalten zu positiven Konsequenzen führt, wird dieses mit großer Wahrscheinlichkeit wiederholt. Führt es jedoch zu negativen Konsequenzen, wird die Wiederholung unwahrscheinlicher. Dadurch haben die Konsequenzen, die auf das jeweilige Verhalten folgen, auch eine Auswirkung auf das Verhalten an sich (vgl. Trabandt/Wagner 2023, 91).

Zu dem Faktor des sozialen Umfelds zählen auch hier allgemeine sozioökonomische und soziokulturelle Einflüsse, aber auch das soziale Umfeld wie Freund*innen, Familie oder Arbeitsumfeld. Des Weiteren zählen zum sozialen Umfeld auch der Umstand, dass Alkohol in mitteleuropäischen Gesellschaften sehr verbreitet und akzeptiert ist und unterschiedliche Traditionen, Normen und Werte den individuellen Konsum beeinflussend können, sowohl begünstigend als auch einschränkend (vgl. Tretter 2020, 21). Angewandt auf das tatsächliche Leben eines Individuums bedeutet das, dass der Alkohol auf eine bestimmte Weise in das Leben des Individuums integriert ist und dort auch unterschiedliche Funktionen übernimmt. Diese finden auf den unterschiedlichen Ebenen statt, also auf der psychischen, beispielsweise die Reduktion von Stress oder Angst, auf der sozialen als Ritual, um dazuzugehören oder auf der biologischen, um Schmerzen zu lindern. Alkohol wird dabei funktional verwendet, aber diese kann sich dann auch zu einer dysfunktionalen Verwendung entwickeln, wenn sich andere Faktoren auch verändern, die bis dahin stabilisierend gewirkt haben. Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn der*die Partner*in sich trennt, die Person den Arbeitsplatz verliert oder sich andere Beziehungen im Leben verändern. Dadurch kann es passieren, dass der Konsum von Alkohol zur Bewältigungsstrategie der jeweiligen Situation wird, die die zu bewältigenden Situationen aber gleichzeitig noch weiter verstärken kann, was dann wiederrum den Alkoholkonsum steigert, wodurch dann nach und nach eine Art sich selbst verstärkende Abwärtsspirale entsteht. Dadurch werden die Verflechtungen der einzelnen Faktoren und die Dynamiken in der Entstehung einer Abhängigkeit deutlich. Veränderungen auf den einzelnen Ebenen können sowohl zur Verschlechterung als auch zur Verbesserung der Situation beitragen (vgl. DHS 2022, 48).

Mehrmals wurden nun schon Risiko- und Schutzfaktoren erwähnt, auf welche nun näher eingegangen werden sollen. Diese Faktoren finden sich auf den gleichen Ebenen, welche auch zur Entstehung einer Abhängigkeit von Relevanz sind, also der biologischen, sozialen und psychologischen Ebene. Prinzipiell sind die Risiko- und Schutzfaktoren das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein der unterschiedlichen Faktoren, die an der Entstehung einer Abhängigkeit, beispielsweise nach dem bio-psycho-sozialen Modell, beteiligt sein können. So zählen zu den Risikofaktoren auf der sozialen Ebene auch der Sozialgradient, welcher unter anderem das Einkommen, die Wohnsituation und den Beruf einer Person beinhaltet. Ein generell niedriger sozioökonomischer Status stellt dabei ein Risikofaktor dar, ein Beispiel hierzu ist das Arbeiten einer Person in einem belastenden und prekären Arbeitsverhältnis. Gleichzeitig stellt die Abwesenheit dessen oder das Gegenteil, wie ein hohes Einkommen und ein zufriedenstellender, nicht belastender Job, Schutzfaktoren dar. Ein sicheres und stabiles soziales Umfeld stellt einen Schutzfaktor dar, die Abwesenheit hingegen ein Risikofaktor. Aber auch das soziale Umfeld und dessen Umgang mit beispielsweise Alkohol kann einen Risiko- bzw. Schutzfaktor darstellen, wenn diese den Konsum (von großen Mengen) Alkohol befürworten oder billigen, bzw. dies eben nicht tun. Auch die Verfügbarkeit einer Substanz für eine Person kann Risiko- und Schutzfaktor sein. Wenn also überall Alkohol freiverkäuflich und in großen

Mengen angeboten wird, ist dies ein potenzieller Risikofaktor, als andere Substanzen oder Regulierungen derer, die den Zugang in irgendeiner Art limitieren.

Zu den biologischen Faktoren gehören der individuelle Alkoholstoffwechsel und die damit verbundene Verträglichkeit von Alkohol. So stellt eine geringe Verträglichkeit und ein schlechter Alkoholstoffwechsel für das Individuum ein Schutzfaktor dar, eine hohe Toleranz und Verträglichkeit von Alkohol mit geringen körperlichen Kurzzeitfolgen hingegen ein Risikofaktor. In diese Komponente spielt auch das Geschlecht der Person mit hinein, da unterschiedliche geschlechtsbedingte biologische Faktoren auch zu einer Unterschiedlichkeit im Alkoholstoffwechsel führen.

Auch auf der psychologischen Ebene gibt es diese Faktoren, so zählen Traumata, Gewalterfahrungen und andere belastende Lebensereignisse, vor allem in der Kindheit, aber auch im späteren Leben, zu Risikofaktoren zur Entstehung einer Abhängigkeit. Die Abwesenheit dieser Erlebnisse gilt als Schutzfaktor. Zudem können psychische Eigenschaften des Individuums, wie Ängstlichkeit oder Depressionen, das Abhängigkeitsrisiko erhöhen.

Zusätzlich kann auch das Alter, in welchem mit problematischem Trinken begonnen wird, einen Einfluss darauf haben, ob sich eine Abhängigkeit entwickelt oder nicht. Dabei trägt ein früher Beginn, sprich in jüngerem Alter, eher zur Entstehung einer Alkoholabhängigkeit bei, als ein Beginn im höheren Lebensalter, was dann ein Risiko- oder Schutzfaktor für die Person darstellt. Relevant für den Erstkonsum von Alkohol sind zum einen das Trinkverhalten der eigenen Eltern, als auch später das Trinkverhalten der Gleichaltrigen (vgl. Feuerlein 2005, 45ff.).

2.2.3 Alkoholkonsumstörungen bei Frauen

In Deutschland wurden im Jahr 2022 rund 1,5 Millionen Menschen wegen ihrer Alkoholabhängigkeit stationär oder ambulant behandelt. Darunter waren etwas über eine Millionen Männer und rund 467.000 Frauen (vgl. Barmer 2024). Es finden sich unterschiedliche Angaben zu dem Anteil an Frauen, welche in Deutschland Alkohol in riskanten Mengen konsumieren, sprich die Grenze von 10-12g Reinalkohol pro Tag überschreiten. Diese Angaben schwanken im Schnitt zwischen 11% und 14% (vgl. Robert Koch-Institut 2023, 29; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2023; Robert Koch-Institut 2020, 114).

Dabei ist der Anteil der riskant Konsumierenden in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen mit 17,2% am größten. Betrachtet man die Zahlen differenziert nach der Bildung zeigt sich, dass die Frauen, die der oberen Bildungsgruppe zugehörig sind, mit 19,9% am stärksten betroffen sind. Differenziert man nach Erwerbsstatus, so zieht sich, dass nicht erwerbstätige Frauen mit 8,4% am seltensten in riskanten Mengen Alkohol konsumieren. Dahingegen konsumieren vollzeiterwerbstätige Frauen, Frauen in Weiterbildung, Student*innen und Schüler*innen Alkohol am häufigsten in riskanten Mengen. Weitere Unterschiede beim riskanten Konsum zeigen sich nach den Familienformen. Dabei

ist der Anteil in der Gruppe der Frauen, welche keine Kinder haben und in Partnerschaften leben, mit 15,4% am höchsten. Auch hinsichtlich einer möglichen Migrationserfahrung im Leben der Frau lassen sich Unterschiede hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums feststellen. So konsumieren Frauen mit persönlicher Migrationserfahrung seltener in riskanten Mengen Alkohol als Frauen ohne Migrationserfahrung (vgl. Robert Koch-Institut 2020, 115f.).

Nach Selbstangaben zeigen 1,7% der Frauen in Deutschland in ihrem Konsum Merkmale einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2023). Zudem kann festgestellt werden, dass in der Zeit zwischen den Jahren 1995 und 2018 der Anteil an Frauen, die Alkohol in riskanten Mengen konsumieren, im Gegensatz zu Männern, nicht gesunken ist (vgl. Robert Koch-Institut 2023, 29). Weitere Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich in den bevorzugten Getränken. So bevorzugen Frauen eher Sekt und Wein, Männer hingegen eher Spirituosen und Bier (vgl. Robert Koch-Institut 2020, 114). Laut erfassten Zahlen weisen Frauen seltener eine Alkoholabhängigkeit auf als Männer. Bei den Frauen sind es vor allem diejenigen im jungen Erwachsenenalter, zwischen 18 und 24 Jahren, die mit im Schnitt 6,6% am häufigsten Störungen in Bezug auf Alkoholkonsum aufweisen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Prävalenz, so beträgt sie bei Frauen zwischen 60 bis 64 Jahren noch 0,9%. Hinsichtlich der Entwicklung alkoholbezogener Störungen, wozu auch Abhängigkeit zählt, liegen zu den Jahren von 1997 und 2012 Zahlen vor, die zeigen, dass sich diese in der Altersgruppe der 18- bis 59-Jährigen von 2,4% hin zu 3,8% bei Frauen und von 9,5% auf 10,5% bei Männern erhöht hat (vgl. Robert Koch-Institut 2020, 117).

Im Abschnitt 2.2.2 wurde bereits auf Modelle und Hintergründe zur möglichen Entstehung von Alkoholabhängigkeit eingegangen. Dabei kam bereits zur Sprache, dass der Faktor Geschlecht dort meist nicht oder nicht umfangreich mit in Betracht gezogen wird. Obwohl bekannt ist, dass der Faktor Geschlecht im Kontext von Konsum und Abhängigkeit eine wichtige Rolle spielt. Diese Differenzen reichen von Konsumformen, Abhängigkeitsentwicklung, Verlauf, bis hin zu Behandlungsmöglichkeiten oder Rückfallrisiken und sollen im Weiteren näher betrachtet werden. Bereits 1999 beklagte Alexa Franke, wenn über eine Person geforscht, geschrieben oder nachgedacht wird, in der Regel übersehen wird, dass diese auch ein Geschlecht hat und aufgrund dessen auf eine bestimmte Art in der Gesellschaft lebt, Rollen und Aufgaben erfüllt, aber auch entsprechende Rechte und Pflichten besitzt (vgl. Franke 1999, 144).

Warum es von Relevanz ist, Geschlechterdifferenzen in der Betrachtung von Abhängigkeit miteinzubeziehen, lässt sich sehr gut am bio-psycho-sozialen Modell erkennen. Dies wurde im vorherigen Kapitel bereits erläutert und in den Kontext von Alkoholabhängigkeit gesetzt. Frauen weisen auf einigen Ebenen andere Voraussetzungen auf als Männer, weshalb im Weiteren auf die Besonderheiten und gesonderten Risiken von Frauen für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit eingegangen wird. Hinsichtlich der biologischen Ebene des Modells gilt, für Frauen

auf die biologischen Unterschiede einzugehen, die einen unterschiedlichen Einfluss auf die mögliche Entstehung einer Abhängigkeit haben können. Auf rein körperlicher Ebene reagieren Frauen anders auf psychoaktive Substanzen wie Alkohol, als Männer es tun. Dies ist mit den unterschiedlichen Zusammensetzungen des Körpers und eines unterschiedlichen Alkoholstoffwechsels zu erklären. Dabei läuft sowohl die Aufnahme als auch die Verbreitung, das Erreichen des Wirkmaximums und der Abbau unterschiedlich schnell ab (vgl. Vogt 2004, 22).

Durch diese Tatsache steigt auch das mit starkem Alkoholkonsum verbundene Gesundheitsrisiko für Frauen schneller und stärker als für Männer. Durch die angesprochenen körperlichen Unterschiede wie hormonelle Zusammensetzung, Körpergewicht und Wasser- bzw. Fettanteil tendieren Frauen bei gleichem Alkoholkonsum wie Männer zu einer höheren Blutalkoholkonzentration und zur schnelleren Entwicklung alkoholbedingter Erkrankungen (Falkai/Wittchen 2018, 681).

Auf der sozialen Ebene des Modells ergeben sich für Frauen ebenfalls signifikante Unterschiede im Vergleich zu Männern. Wie anhand des bio-psycho-sozialen Modells erläutert, ist es bei einer Abhängigkeitserkrankung unumgänglich, dass auch die gesellschaftlichen Lebensbedingungen einer Person betrachtet werden, dazu zählt auch der Faktor Geschlecht.

Da Mädchen und Jungen in unterschiedlichen Sozialisationsverhältnissen aufwachsen, sammeln sie entsprechend auch unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich Selbstbild, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Aufgrund dieser unterschiedlichen Sozialisation und gesellschaftlich dominierenden Geschlechterrollen sind Tendenzen festzustellen, dass Frauen, anders als Männer, Aggressivität eher gegen sich selbst, als gegen andere richten (vgl. Kagerer/Vogelgesang 2003, 157f.).

Frauen nutzen den Konsum von Alkohol oft, um sich eine Auszeit von ihren Verpflichtungen zu ermöglichen und sich zu entspannen. Eine entsprechende Studie zu dem Thema kam zu dem Ergebnis,

> „[…] dass bei Frauen der Alkohol bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben eine wichtige Rolle spielt. Dabei sind die gesellschaftlichen Erwartungen, die sich auf die traditionelle Rolle als Frau beziehen, entscheidend. So wird von den Frauen eher erwartet, sich um andere Menschen zu kümmern." (Gavez et al. 2017, 36f.)

Zudem fällt die soziale Unterstützung für alkoholabhängige Frauen eher geringer aus und sie sind durch ihre sozialen Beziehungen eher belastet. Ergänzend dazu fühlen sich betroffene Frauen in einer Befragung im Vergleich zu ehemals alkoholabhängigen oder gesunden Frauen mehr durch Partner*innen, Kolleg*innen oder Verwandte belastet (vgl. Franke/Mohn/Sitzler/Welbrink/Witte 2001, 118ff.).

Daraus lässt sich schließen, dass die Entstehung einer Abhängigkeit mit der Lebenssituation und den individuellen Erfahrungen eines Menschen zusammenhängen und auf diesen Variablen sehr deutlich geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. Das bio-psycho-soziale Modell, welches oft

zur Erklärung der Entstehung einer Abhängigkeit herangezogen wird, berücksichtigt das Geschlecht einer Person nicht oder nur untergeordnet als Einflussgröße.

Daraus resultieren auch unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren für Frauen hinsichtlich der Entstehung bzw. Verhinderung einer Alkoholabhängigkeit. Frauen profitieren viel weniger als Männer vom Zusammenleben in Familie und Partnerschaft als Schutzfaktoren, denn diese Umstände stellen für Frauen hinsichtlich ihrer Alkoholabhängigkeit entweder keinen Mehrwert, bis hin zu einem Risikofaktor dar. Für Männer hingegen dient das Zusammenleben mit Kindern in einem familiären Verbund als bedeutender Schutzfaktor. Dadurch haben alleinstehende Frauen, die keine Kinder haben, sich aber auch nicht akut in einer Trennungssituation befinden, sehr gute Chancen, nach der Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit einen stabilen Umgang damit zu finden. Männer benötigen dazu andere Lebensumstände (vgl. Vogt 2004, 36).

Aber auch in der Entstehung und Aufrechterhaltung gibt es Geschlechterunterschiede, so sind bei Männern berufliche Probleme einer der wichtigsten Faktoren, wenn es um die Entstehung einer Abhängigkeit geht. Bei Frauen hingegen sind es vor allem familiäre Probleme und konfliktbelastete Partnerschaften, welche als abhängigkeitsfördernd gelten (vgl. Quinten 2002, 174). Weitere Risikofaktoren für Frauen sind einschneidende Ereignisse in unterschiedlichen Lebensphasen, welche zu psychosozialen Belastungen führen können. Diese Umstände in Kombination mit an Frauen vermittelte Vulnerabilitätsfaktoren sind Umstände, die das Risiko einer Abhängigkeit erhöhen. Dabei wird Belastungen, die sich früh im Leben ereignet haben, eine größere Bedeutung zugeschrieben als Belastungen im späteren Lebensverlauf (vgl. Zenker 2005, 473). Anknüpfend an die Erwähnung psychosozialer Belastungen sind auch die Themen Gewalt und Traumata ein relevanter Faktor bei der Entstehung einer Abhängigkeit bei Frauen. Gewalt von Männern gegen Frauen ist ein großes und weit verbreitetes Gesundheitsrisiko. Gewalt hinterlässt psychische und physische Spuren, welche, vor allem, wenn diese nicht aufgearbeitet werden (können), zu Traumata führen können (vgl. Breiter 2013, 77f.).

Das Risiko für die Entstehung einer Abhängigkeit bei Frauen steigt also und steht auch im Zusammenhang, wenn diese in der Kindheit, Jugend oder auch im Erwachsenenalter Gewalterfahrungen unterschiedlichster Art gemacht haben (vgl. Zenker 2005, 473). Betrachtet man diese Gewalt gegen Frauen nicht nur im individuellen Kontext, sondern als strukturelles Problem, welches vorrangig Frauen betrifft, lässt sich diese Vielzahl an Gewalt unterschiedlichster Ausprägung als patriarchale Gewalt identifizieren. Dadurch werden die geschlechterunterschiede auch hinsichtlich der Entstehung einer Abhängigkeit bei Frauen im Unterschied zu Männern deutlich. „Dabei scheinen Bewältigungsstrategien für unangenehme Situationen in einem besonderen Maße bedeutsam zu sein für die Entwicklung alkoholbezogener Störungen bei Frauen." (DHS 2022, 46) Diese Erkenntnis der

Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen unterstreicht ebenfalls die Bedeutung der Faktoren Geschlecht und Gewalt im Kontext der Entstehung einer Abhängigkeit.

Partnerschaften sind im Kontext für die Entstehung einer Abhängigkeit bei Frauen etwas paradox, denn Partnerschaft und Probleme in der Partnerschaft können ein Risikofaktor sein, vor allem wenn der*die Partner*in selbst eine Abhängigkeitsproblematik hat. Zudem können Frauen, die eine Abhängigkeitsproblematik entwickeln, seltener überhaupt oder in geringerem Ausmaß mit der Unterstützung des Partners rechnen, als es andersherum der Fall ist (vgl. Schwarting 2005, 113ff.). Das bedeutet, dass Ehe oder Partnerschaft diesbezüglich keinen nennenswerten Schutzfaktor für Frauen darstellt. Gleichzeitig sind Trennung oder Scheidung, vor allem zeitlich nahe an einer Abhängigkeitsbehandlung, ebenfalls Risikofaktoren (vgl. Detterer 2022, 51).

Für Frauen ergeben sich weitere Schutzfaktoren durch die Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und wenn Vertrauenspersonen im Leben vorhanden sind (vgl. Sieber/Hasenfratz/Meyer 2002, 64; zit. n. Gavez et al. 2017, 33). Durch die Emanzipation und infolgedessen auch der Möglichkeit, dass Frauen ihr Leben selbstbestimmter und diverser gestalten können, kann nicht von einem ‚typischen' Frauenleben gesprochen werden, da die individuellen Umstände, Wünsche und letztlich die Ausgestaltung dessen sehr vielfältig ausfallen. Doch durch diese neuen Möglichkeiten der Lebensgestaltung begegnen Frauen auch immer häufiger widersprüchlichen Verpflichtungen, wodurch viele Frauen eine Art Spagat zwischen traditionellen Werten und denen der Postmoderne meistern müssen (vgl. Vogelgesang 2016, 197). Dadurch entstehen wiederum Doppel- oder sogar Mehrfachbelastungen im Leben der Frauen, die parallel gemeistert werden sollen.

Für Frauen erschweren die gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung, sowie die dadurch geprägten möglichen Reaktionen des sozialen Umfelds, wie das Herunterspielen der Alkoholproblematik, die Aufnahme einer Abhängigkeitsbehandlung. Diese Stigmatisierung der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit trifft Männer, mindestens im sozialen Umfeld, bei weitem nicht so stark wie Frauen (vgl. Bischof/John 2002, 353).

Hinsichtlich des Hilfesystems lässt sich feststellen, dass nur ein kleiner Anteil an Einrichtungen über einen frauenspezifischen und konzeptionell verankerten Ansatz verfügen, was die Versorgung von Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung erschwert, wenn man die zuvor aufgeführten Spezifika in Entstehung und Behandlung bedenkt. Dies trifft vor allem Frauen mit Abhängigkeiten legaler Substanzen, wie beispielsweise Alkohol. Die Situation an Angeboten für Abhängigkeiten im Kontext mit illegalisierten Substanzen zeigt sich etwas anders, da sich in diesem Bereich das Hilfesystem ganz anders entwickelt hat und so auch mehr frauenspezifische Einrichtungen existieren (vgl. Friesel-Wark 2015, 391). Eine weitere Besonderheit, die Frauen hinsichtlich einer Abhängigkeitserkrankung betrifft, sind die traditionellen gesellschaftlichen Normen und Vorstellungen von einem an Frauen gerichteten sozialen Auftrag und Rolle, eine fürsorgliche Partnerin und Mutter zu sein. Diese

an Frauen gerichteten Vorstellungen kollidieren dann mit der Abhängigkeitserkrankung, welche mit dem Nichterfüllen, Vernachlässigen oder Scheitern dieser Anforderungen gleichgesetzt wird, wodurch substanzmittelabhängige Frauen weit stärker von Stigmatisierungen betroffen sind als Männer (vgl. Fischer 2010, 149). Wenn die betroffenen Frauen dann noch Kinder haben, fällt die Stigmatisierung und die gesellschaftlichen Erwartungen noch größer aus als bei alkoholabhängigen Frauen ohne Kinder.

Bei Frauen liegen spezielle und andere Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung einer Abhängigkeit vor als bei Männern. Zudem haben Gewalterfahrungen und Traumata in diesem Kontext ebenfalls eine bedeutende Rolle, die bei Frauen mehr zum Tragen kommt. Hinzu kommen die Erwartungen an Frauen Mehrfachbelastungen zwischen Karriere, Haushalt, Kindern und Eigenverantwortung zu meistern, welchen nicht selten mit dem Konsum von Suchtmitteln begegnet wird.

Wie sich im Laufe dieses Kapitels gezeigt hat, sind sowohl die Entstehung, das Äußern, als auch der Verlauf einer Abhängigkeit von Person zu Person unterschiedlich und vielfältig. Genauso wie sich die Übergänge unterschiedlicher Konsumformen sehr fließend und komplex gestalten. Konsumstörungen entstehen in einem komplexen Zusammenspiel multipler Faktoren, wobei auch das Geschlecht und die sich damit ergebenen Unterschiede einer Person in Sozialisation und dem gesamten Leben eine relevante Rolle spielt. Dementsprechend war die umfangreiche Ausarbeitung der sozialen Komponente für diese Arbeit so wichtig, da diese für Frauen im Kontext der Entstehung von Konsumstörungen eine bedeutende Rolle spielen, dazu zählen beispielsweise Faktoren wie Care-Arbeit, strukturelle Diskriminierung, Gewalt oder auch prekäre Lebens- und Arbeitsverhältnisse.

2.3 Mütter mit Alkoholkonsumstörungen

In diesem Kapitel soll es um Mütter mit Alkoholkonsumstörungen gehen, so folgen zunächst einige aktuelle Zahlen und Realitäten zu Müttern mit Alkoholkonsumstörung in Deutschland. Im darauffolgenden Unterkapitel wird der aktuelle Forschungsstand zu dem Thema, mit dem Fokus auf die Mütter, dargelegt. Daraufhin folgt ein Unterkapitel zu den besonderen Herausforderungen dieser Mütter. Abschließend wird noch ein Blick auf das Hilfesystem mit dem Fokus auf für diese Arbeit und Zielgruppe relevante Hilfsangebote und Einrichtungen geworfen.

2.3.1 Aktuelle Zahlen

In Deutschland leben schätzungsweise rund 4,1 Millionen Kinder bei Vätern und 2,5 Millionen Kinder bei Müttern, welche einen problematischen bzw. riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Väter weisen deutlich häufiger einen riskanten Alkoholkonsum auf als Mütter, dementsprechend sind rund 62% der Elternteile mit riskantem Alkoholkonsum, die in einem Haushalt mit mindestens

einem minderjährigen Kind wohnen, Väter (vgl. Robert Koch-Institut 2016, 20f.). In Deutschland leben fast 6% der Erwachsenen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen auch mit mindestens einem minderjährigen eigenen Kind in einem Haushalt. Davon sind 2% Mütter und 4% Väter. In Zahlen bedeutet das, dass rund 1,5 Millionen Mütter und 2,4 Millionen Väter in Deutschland mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben und gleichzeitig einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Im Weiteren soll der Vergleich zu Vätern mit problematischem Alkoholkonsum ausgeklammert und nur noch die Mütter mit problematischem Alkoholkonsum im Vergleich zu Müttern ohne problematischen Konsum betrachtet werden. Dennoch gilt auch bei den Differenzierungen weiterhin, dass sich diese Zahlen und Erkenntnisse auf Mütter beziehen, die einen problematischen bzw. riskanten Alkoholkonsum aufweisen und mit mindestens einem eigenen, minderjährigen Kind in einem Haushalt leben. So lässt sich feststellen, dass Frauen mit problematischem Alkoholkonsum seltener zusammen mit eigenen Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, als es bei Müttern ohne problematischen Alkoholkonsum der Fall ist. Die durchschnittliche Kinderzahl unterscheidet sich dabei zwischen Müttern mit und ohne problematischen Alkoholkonsum nur geringfügig (vgl. ebd., 24ff.).

Differenziert man die Mütter mit riskantem Alkoholkonsum nach Altersgruppe, so zeigt sich, dass die Altersgruppe 50+ mit rund 23% den höchsten Anteil aufweist. Die Gruppen der 18–29-Jährigen und die der 40–49-Jährigen weisen mit jeweils ca. 18% beide eine ungefähr gleiche Anzahl der Altersgruppenverteilung auf. Lediglich die Altersgruppe der 30-39-Jährigen fällt bei den Müttern mit ca. 13% am geringsten aus (vgl. Robert Koch-Institut 2016, 31). In Bezug auf den Sozialstatus zeigt sich, dass Mütter mit niedrigem Sozialstatus seltener einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, als es bei Müttern mit mittlerem oder hohen Sozialstatus der Fall ist. Dabei weisen Mütter mit einem hohen Sozialstatus am häufigsten einen problematischen Alkoholkonsum auf. Beim Bildungsgrad der Mütter zeigt sich ein fast identisches Bild, denn auch hier weisen die Frauen, die der niedrigen Bildungsgruppe angehören seltener und die Frauen, die der mittleren und hohen Bildungsgruppe angehören häufiger einen problematischen Alkoholkonsum auf (vgl. ebd., 37ff.). Bezüglich des Erwerbsstatus zeigt sich, dass Mütter, die aktuell erwerbslos sind, seltener einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen als Mütter, die aktuell erwerbstätig sind. Außerdem zeigt sich, dass Mütter ohne einen Migrationshintergrund deutlich häufiger einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, als es bei Müttern mit Migrationshintergrund der Fall ist (vgl. ebd., 41ff.). Der Unterschied hinsichtlich der Familienform, in welcher die Mütter mit ihrem Kind oder ihren Kindern leben, ist relativ gering (vgl. Robert Koch-Institut 2016, 45).

Diese Zahlen beziehen sich auf riskanten bzw. problematischen Alkoholkonsum, für Alkoholabhängigkeit gelten andere Zahlen, aber da problematischer Konsum das untere Ende des Rahmens der Betrachtung dieser Arbeit bildet, ist es wichtig, diese Zahlen abzubilden. Weitere Zahlen zum Thema Rauschtrinken von Eltern in Deutschland finden sich ebenfalls in dem Bericht (vgl. Robert

Koch-Institut 2016). Zahlen im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit der Eltern wurden dabei leider nicht erhoben.

Auch in der BADO, die sich zwar nicht auf Gesamtdeutschland, sondern nur lokal auf Hamburg bezieht, kann man einige Zahlen zu den Lebensumständen alkoholabhängiger Mütter erfahren. So leben 5,7% der Klient*innen mit einer Alkoholproblematik, die in der Hamburger Suchthilfe angegliedert sind, allein mit Kind(ern), dabei wird nicht nach Geschlecht der Klient*innen differenziert. 12,1% der Personen leben mit Partner*in und Kind(ern). Von allen in der BADO gezählten Kindern leben 43% nicht bei der Klient*in sondern hauptsächlich bei dem anderen Elternteil. Gerade für Väter lässt sich feststellen, dass 50% der minderjährigen Kinder nicht bei ihnen, sondern bei dem anderen Elternteil lebt, wobei das bei nur 15% der betreuten Mütter zutrifft. Die Kinder der im Hilfesystem betreuten Mütter leben dagegen vergleichsweise häufiger bei Großeltern (8%), öffentlichen Erziehungseinrichtungen (12%) oder in Pflegefamilien (15%). Betrachtet man dabei die unterschiedlichen Substanzgruppen, wegen welchen die Klient*innen an das Hilfesystem angebunden sind, so lässt sich feststellen, dass die Klient*innen mit Alkohol als Hauptproblematik mit 50,1% mit Abstand, zumindest im Vergleich zu anderen Substanzgruppen, am häufigsten eigene Kinder haben, 26,1% von ihnen haben eigene minderjährige Kinder und 14,3% minderjährige Kinder, die im gleichen Haushalt leben (vgl. BADO 2022, 26f.).

Weitere ausdifferenzierte Zahlen bezüglich eigener Kinder, auch getrennt betrachtet nach Geschlecht der Klient*innen, findet sich ebenfalls in der BADO, wobei am signifikantesten der bereits genannte Unterschied in der Unterbringung der Kinder beim anderen Elternteil heraussticht (vgl. ebd., 64).

2.3.2 Aktueller Forschungsstand

Der aktuelle Forschungsstand ist verhältnismäßig beschränkt, bereits im Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland aus dem Jahre 1999 wurde erwähnt:

> „Insgesamt konzentriert sich die Diskussion wesentlich auf die Auswirkungen der Alkoholprobleme der Mutter auf die Kinder. Umgekehrt wurde die Bedeutung von Kindern bzw. von der Trennung von Kindern (Sorgerechtsentzug oder Auszug der Kinder aus dem Haushalt) für die Krankheitsentwicklung bei Frauen bislang kaum untersucht." (BMFSFJ 1999, 540)

Auch wenn man heute in gängigen Suchmaschinen oder Fachliteratur nach alkoholabhängigen Müttern, Müttern mit problematischem Alkoholkonsum oder ähnlichen Wortkombinationen sucht, richten sich die Ergebnisse in großen Teilen und zum Teil sogar ausschließlich an die Kinder betroffener Frauen. Dabei soll keinesfalls der Eindruck entstehen, dass die Perspektive der Kinder oder das Kindeswohl nicht wichtig seien, im Gegenteil, deren Perspektive und Wohlergehen ist sogar sehr wichtig. Dennoch liegt der Fokus in Studien, wissenschaftlichen Arbeiten oder Beiträgen überwiegend bei anderen als bei der betroffenen Frau selbst, was durchaus kritisch gesehen werden kann. Neben den Kindern sind auch oft die Empfindungen oder Perspektiven von Eltern,

Partner*innen oder Angehörigen dieser Frauen mit problematischem Alkoholkonsum Thema, nur oft eben nicht sie selbst. Ergänzend zu den Perspektiven von Kindern und Angehörigen werden im Zusammenhang der Recherche des Themas auch oft Forschungen oder Literatur zu FASD oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vorgeschlagen, bei welchen sich die Perspektive und Situation der Mutter wieder oft sehr im Hintergrund befindet. Fachliteratur zu Mutterschaft gibt es einige, ebenso wie zu Alkoholabhängigkeit und mittlerweile auch einige zu Alkoholabhängigkeit bei Frauen, doch die Schnittmenge daraus, also Alkoholkonsumstörungen bei Müttern, in Kombination mit dem Fokus auf die Mütter, ist sehr begrenzt. Auch Gavez et al. kommen zu dem Ergebnis, dass nur wenige Studien das Thema Mutterschaft und Alkoholabhängigkeit aufgreifen (vgl. Gavez et al. 2017, 38).

Außerdem gilt es anzumerken, dass in den aktuelleren Berichten der Bundesregierung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland diese Schnittpunktthematik überhaupt keine Erwähnung mehr findet. Generell lässt sich feststellen, dass die Berichte über die Jahre in ihrer Gesamtheit immer kürzer wurden, dennoch werden Bereiche wie Abhängigkeit, auch Alkoholabhängigkeit bei Frauen und Mutterschaft einzeln erwähnt. Der Umfang der beiden Themen ist dennoch recht kurz gehalten und eine gemeinsame Betrachtung der beiden Lebensereignisse bei Frauen findet so nicht statt, auch keine Erwähnung darüber, dass dies noch ein wenig erforschtes Gebiet sei. Zudem wird explizit Mutterschaft in den Berichten nicht erwähnt, es wird nur über Schwangerschaft, Geburt und in anderen Kapiteln über Care-Arbeit gesprochen. Diese Erkenntnisse zeigen sich beispielsweise sehr gut beim Vergleich der Berichte aus den Jahren 1999, 2020 und 2023 (vgl. BMFSFJ 1999; Robert Koch-Institut 2020; Robert Koch-Institut 2023).

Aktuell gewinnen das Thema und die Schnittmengenbetrachtung der beiden Felder mit der Perspektiven der betroffenen Frauen, langsam aber stetig, etwas mehr Aufmerksamkeit und wird des Öfteren Thema von beispielsweise Abschlussarbeiten mit unterschiedlichem Thema und Fokus, aber immer öfter eben aus oder mit Perspektive auf die betroffenen Frauen. Zudem gibt es in der Schweiz, gerade in den vergangenen Jahren, immer wieder Studien und Berichte, sowie daraus entstehende Fachliteratur zum Thema, mit diesem der großen Masse abweichenden Fokus auf die Mütter (vgl. Gavez et al. 2017; Canevascini/Kleinhage 2023). Auch vereinzelt gibt es Papers, die sich mit dem Thema aus der Mütterperspektive befassen, dennoch lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die aktuelle Literatur und Studienlage mit dem Betroffenenfokus der Mütter selbst sehr beschränkt ist und aktuell ein Wandel stattfindet, dass mehr und mehr zu diesem Thema geforscht und gearbeitet wird.

2.3.3 Besondere Herausforderungen dieser Mütter

Generell hat sich im Kapitel 2.1.3 gezeigt, dass Mutterschaft an sich sehr herausfordernd und in Teilen sogar belastend sein kann, wodurch der Konsum von beispielsweise Alkohol auch als Bewältigungsstrategie gedeutet werden kann, mit diesen Anforderungen umzugehen und dem Ideal einer ‚guten Mutter' zu entsprechen. Ergänzend zeigen Befragungen von alkoholabhängigen Frauen, die nach ihrer Entzugsbehandlung mit ihren Kindern zusammenleben, dass diese häufiger rückfällig wurden als Frauen, die nicht mit Kindern zusammenleben. Genau umgekehrt verhält es sich bei Männern, denn wenn diese mit eigenen Kindern in einem Haushalt zusammenwohnen, bleiben diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit abstinent als jene Männer, die nicht mit Kindern zusammenwohnen (vgl. Fehr 2004, 34; zit. n. Gavez et al. 2017, 13).

Wenn die Mutter eine positive Beziehung zu ihren Kindern hat, kann das den Verlauf ihrer Alkoholabhängigkeit positiv beeinflussen und eine förderliche Auswirkung auf die Gesundheit der Frau haben. Gleichzeitig gibt es Erkenntnisse aus Studien, dass alkoholabhängige Mütter im Zusammenleben mit ihren Kindern im Vergleich zu Müttern, die nicht alkoholabhängig sind, größere Belastungen erleben. Zudem fällt diese Belastung bei Müttern mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit größer aus als bei jenen, die eine kurze Abhängigkeitsphase aufweisen. So werden die betroffenen Frauen vermehrt durch Zweifel an ihren eigenen erzieherischen Fähigkeiten, Schuldgefühlen gegenüber ihren Kindern geplagt und durch äußere Lebensumstände beeinträchtigt, als es bei Müttern ohne Alkoholabhängigkeit der Fall ist. Ergänzend zu diesen Erkenntnissen gilt es, die soziodemografischen Merkmale zu betrachten, denn anteilig sind mehr alkoholabhängige Frauen geschieden oder getrennt lebend, als es bei nichtabhängigen Frauen der Fall ist. Kinder aus alkoholbelasteten Familien unterliegen einiger Risiken, aus welchen körperliche oder psychische Probleme entstehen können, welche wiederum in ein Verhalten resultieren, dem mit viel Unterstützung und Zuwendung begegnet werden muss. Diese Umstände steigern aber auch wieder die Belastung im Zusammenleben und der Erziehung für die Mütter. Ob im Einzelfall die Ressourcen zur Bewältigung dieser Herausforderungen vorhanden sind, kann pauschal nicht beantwortet werden. Ein weiterer Faktor, der das Trinkverhalten der Mütter beeinflussen kann, ist die Gesundheit der Kinder, aber auch die Beziehung zu diesen. So zeigte sich, dass der Alkoholkonsum der Mütter sank und sie bei besserer psychischer Gesundheit waren, je besser es den Kindern ging. Diese Umstände beeinflussen tendenziell den Abhängigkeitsverlauf der Mutter positiv. Bei Vätern hingegen konnten diese Zusammenhänge nur weniger ausgeprägt und inkonsistenter festgestellt werden. Als mögliche Erklärung für diese Beobachtung wird dabei die Rolle der Mutter und ihre Hauptverantwortung für das Wohlergehen und das Betreuen der Kinder genannt. Dabei verstärken sich die kindliche Gesundheit und das mütterliche Trinkverhalten gegenseitig und können so entweder zu einer Aufwärts- oder Abwärtsspirale führen (vgl. Gavez et al. 2017, 38ff.).

Hinsichtlich der Verbindung von Einkommensunterschieden der Geschlechter und dem Alkoholkonsum der Frauen bzw. Mütter zeigen Studien auf, dass für Mütter das Ausüben von einer Erwerbstätigkeit nicht per se hinderlich oder förderlich ist. Eine viel bedeutendere Rolle spielen dabei soziale Erwartungen, die an Mütter gestellt werden. So zeigt sich, dass in Ländern mit geringen Lohnunterschiedenen zwischen Frauen und Männern für gleiche Arbeit, sowie die gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Anreize für die Vereinbarkeit, sich diese Umstände ebenfalls positiv auf das mütterliche Trinkverhalten auswirken (vgl. Gavez et al. 2017, 36). Studien konnten zeigen, dass an Frauen, dabei insbesondere an Mütter, wesentlich höhere gesellschaftliche Erwartungen gestellt werden als an Väter. Diese Erwartungen beeinflussen wiederum das individuelle Trinkverhalten der Frauen. So haben Mütter, anders als Väter, weniger Zeit zur freien Verfügung, da an sie der Anspruch herangetragen wird, Erwerbs-, Haus- und Care-Arbeit zeitgleich zu managen, wobei Mütter für diese Arbeiten zusätzlich wenig Anerkennung erfahren (vgl. Emslie, Hunt, Lyons 2014, 443).

Ein weiteres Problem, das Frauen mit Kindern betrifft, startet bereits vor bzw. beim Eintritt in das Hilfesystem, denn viele Frauen fürchten dabei vor Stigmatisierung, dem Stempel einer schlechten Mutter oder sogar der Herausnahme des eigenen Kindes aus der Familie. So beginnt das Hindernis für die Betroffenen bereits bei der Offenlegung der Abhängigkeit, die aber zwingend notwendig ist, um an das Hilfenetz angegliedert zu werden. Aus Angst vor weiterer Stigmatisierung und dem Verlust der Kinder verbleiben viele betroffene Frauen auch in schwierigen und belastenden Partnerschaften, da sie befürchten, aufgrund ihrer Abhängigkeit im Falle einer Trennung das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren (vgl. Schwarting 2005, 128). Ein anderer Faktor, der das Trinkverhalten der Mütter beeinflusst, aber nicht mehr wie die vorherigen Punkte etwas primär mit der Doppelbelastung oder dem hohen Sorgeaufwand für kleine Kinder zu tun hat, wird mit „empty nest" oder zu Deutsch „leeres Nest" beschrieben. Damit wird die kritische Phase für eine mögliche Spätmanifestation einer Abhängigkeit beschrieben, die bei einigen sehr familienorientierten Frauen auftreten kann, wenn die Kinder oder das letzte Kind das „Nest verlässt", also auszieht und sich dann eine Kombination aus Verlust an Lebensinhalt und -sinn, Gefühle der Unterforderung und depressive Verarbeitung der Veränderungen bei der Mutter einstellt. Denn durch den Auszug der Kinder fallen diese als bisher bestehender Schutzfaktor für die Mutter gegen die Alkoholabhängigkeit weg. Zusätzlich zu dem Verlust einer wichtigen Bezugsperson, dem Kind, durch den Auszug birgt auch die Notwendigkeit, die eigene Beziehung zum Partner neu zu definieren, mögliche Krisen (vgl. Vogelgesang 2016, 198f.). Zudem hat sich die bedeutende Rolle der Nachsorge für Mütter nach der klinischen Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit herausgestellt, denn die dabei beteiligten Fachkräfte, die die Frauen bei der Nachsorge im eigenen Wohnraum begleiten und diese vorbereiten, haben eine sehr tragende Rolle in der Rückfallprävention. Natürlich sind auch andere wichtige Akteure an der Nachsorge beteiligt, dennoch haben diese Fachkräfte eine entscheidende sozialprofessionelle Rolle, denn Belastungen im alltäglichen Leben der Frauen sind bekannte und

relevante Risiken für Rückfälle. So besteht deren Aufgabe darin, gemeinsam mit den Frauen diese generellen Belastungsfaktoren realistisch und nachhaltig zu reduzieren und ohne Konsum zu bewältigen (vgl. Gavez et al. 2017, 143).

2.3.4 Aktuelle Angebote im Hilfesystem

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Spezifika und Besonderheiten hinsichtlich Alkoholabhängigkeit bei Frauen und etwas spezifischer noch bei Müttern erläutert. Dementsprechend gibt es dadurch auch einen besonderen Anspruch an das Hilfesystem, diesen Belastungen und Herausforderungen angemessen begegnen zu können. Dadurch haben sich auch die frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtungen, welche sich oft auch als parteiliche und feministische Suchthilfeeinrichtungen verstehen, gegründet. Um die Relevanz und die Stellung von frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtungen im Hilfesystem besser verstehen und einordnen zu können, folgt nun ein kurzer Einblick in die Entstehung frauenspezifischer Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland.

Seit Ende der 1960er Jahre findet in Deutschland ein Wandel der Auffassung von Abhängigkeit und gleichzeitig ein Wandel in den Strukturen der Suchthilfe statt. Im Zuge dessen wurde seit den 1970er Jahren auch zunehmend die Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen thematisiert (vgl. Schwarting 2016, 46f.). Seit den 1990er Jahren gewinnt die Bedeutung und die Aufmerksamkeit, den Aspekt Geschlecht auch in der Suchthilfe verstärkt und konsequent zu berücksichtigen immer mehr Bedeutung und erhält auch zunehmend politische Förderungen und Berücksichtigung, auch wenn dies zum Teil schleppend und nicht diskussionslos stattfand (vgl. ebd., 59). Die Wurzeln der feministischen Frauensuchthilfeeinrichtungen liegen in der Frauenbewegung, wodurch sich diese Einrichtungen in den 1980er und in den 1990er Jahren gründeten. Die traditionellen Konzepte der klassischen, gemischtgeschlechtlichen Suchthilfe wurden den Bedarfen und Realitäten von Frauen nicht gerecht. Um deren spezifischen Themen und Bedarfen gerecht zu werden und einen Schutzraum zur Bearbeitung dieser zu bieten, wurden dann nach und nach die frauenspezifischen und parteilichen Suchthilfeeinrichtungen gegründet. Da Sucht als ein Ergebnis aus multifaktoriellen Umständen verstanden wurde, wobei Frauen auch ganz unterschiedliche Lebenserfahrungen und -bedingungen haben, war es notwendig, geeignete Konzepte in und für die Suchthilfe zu entwickeln und zu etablieren (vgl. Peine 2016, 67ff.). Ende der 1990er Jahre war die frauenspezifische Suchtarbeit zwar entwickelt, jedoch noch nicht dauerhaft gefestigt oder mit Ressourcen gestützt (vgl. Schwarting 2016, 56). Die feministischen Ansätze und Überlegungen der Frauensuchtarbeit haben viele wichtige Prozesse und Veränderungen angestoßen, die dann oft auch in der traditionellen, also gemischtgeschlechtlichen, Suchthilfe etabliert wurden. Dazu zählen beispielsweise zentrale Themen wie die Enttabuisierung der Themen und Zusammenhänge von Substanzkonsum und sexuellen Gewalterfahrungen oder Sucht und Trauma, welche gerade bei Frauen und Sucht eine zentrale Rolle spielen, aber so auch als relevantes Thema in der traditionellen Suchthilfe nach und nach Anklang fand (vgl. Tödte 2016, 89). In der frauenspezifischen Suchtarbeit ging und geht es

vor allem darum, realisierbare und angemessene Entlastungs- und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und die Frauen dann auch bei deren Umsetzung fachlich zu begleiten und einen Schutzraum zur Beratung zu bieten (vgl. Peine 2016, 74). Detaillierter auf die Spezifika von Abhängigkeit bei Frauen wurde im Kapitel 2.2.3 eingegangen, um Dopplungen zu vermeiden, werden diese vielfältigen Spezifika nun jetzt nicht noch einmal wiederholt, sondern deren Existenz nur erwähnt, um ihre Bedeutung für die Gründung frauenspezifischer und parteilicher Suchthilfeeinrichtungen zu verdeutlichen. Daran anknüpfend ist einer der wichtigsten Errungenschaften der feministischen Suchthilfeeinrichtungen die Bedeutung und Relevanz des Faktors Geschlecht im Zusammenhang mit Sucht und Konsum in allen Stadien aufzuzeigen und fachlich als den Standard zu etablieren. So wurde durch die feministischen Einrichtungen auch mehr Sensibilität für besondere Bedarfe, Zusammenhänge, Lebenswelten und strukturellen Umstände von Frauen hinsichtlich des Substanzkonsums geschaffen. Durch die spezifizierte Betrachtung der Konsummotive von Frauen, welche von denen von Männern abweichen, konnten auch bessere und passgenauere Hilfen entwickelt werden. Für diesen Wandel war auch die Haltungsveränderung gegenüber den Konsumentinnen unabdingbar, so zählen beispielsweise Respekt und Wertschätzung gegenüber den konsumierenden Frauen zu den Grundprinzipien (vgl. Tödte 2016, 92f.). Auch die Erkenntnis von Zusammenhängen zwischen Substanzkonsum und Ess- oder Persönlichkeitsstörungen bei Frauen, sowie die Auswirkungen dessen sind eine Errungenschaft der feministischen Suchthilfe. Des Weiteren belegten diese feministischen Einrichtungen nachdrücklich die Bedeutung von persönlichen und biologischen Faktoren, aber auch die gesellschaftliche Rolle in Kombination mit der Geschlechtszugehörigkeit für die Entwicklung von schädlichem Substanzkonsum. Die Beratungsstellen müssen sich deshalb fortlaufend mit ihrer Haltung und der notwendigen Sensibilität für Themen wie Trauma oder Gewalt auseinandersetzen und sich weiterentwickeln (vgl. ebd., 95ff.). Konsumierende Frauen erleiden eine wesentlich stärkere gesellschaftliche Abwertung, als es bei konsumierenden Männern der Fall ist, wodurch bei Frauen auch die mit dem Konsum verbundenen Schuld-, Scham und Versagensgefühle deutlich präsenter sind als bei Männern. So war es auch immer schon das Ziel von Frauensuchteinrichtungen, diesen Gefühlen und der Stigmatisierung der betroffenen Frauen entgegenzuwirken (vgl. Tödte 2016, 98). Den gesellschaftlichen Wandel, dessen Bedeutung für die Geschlechterverhältnisse und den geschlechtsreflexiven Blickwinkel im Auge zu behalten und aufgrund von Veränderungen auch den Blickwinkel stets weiterzuentwickeln ist eine aktuelle Herausforderung. Dabei gilt es vor allem, nicht die Unterschiedlichkeiten zwischen Frauen auszublenden, denn relevante Schnittmengen mit dem Faktor Geschlecht sind beispielsweise die soziale Klasse, Alter, Ethnie und Behinderung, welche alle auf unterschiedliche Art auch mit in die Entstehung einer Konsumstörung miteingeflochten sein können (vgl. Schwarting 2016, 61f.).

Aktuell gibt es mit Blick auf Hamburg eine frauenspezifische Beratungseinrichtung für unterschiedliche Suchtmittel, welche feministisch und parteilich mit den Frauen, die die Beratungsstelle

aufsuchen, arbeiten. Es gibt in Hamburg auch noch eine frauenspezifische Einrichtung mit dem Schwerpunkt illegalisierte Drogen, die im Bereich der niedrigschwelligen Überlebenshilfe angesiedelt ist, doch im Beratungsbereich mit Fokus auf Frauen, welche eventuell eine Problematik mit Alkohol haben, bleibt es bei dieser einen Beratungsstelle. Zudem gibt es, auch in Hamburg, in weiteren Einrichtungen Schwerpunktabteilungen und Zentren, die sich auf die Arbeit mit abhängigen Müttern, zum Teil mit deren Kindern, spezialisiert haben und deren Nachsorge nach einer Therapie gewährleisten. Mit Blick auf die gesamte Bundesrepublik zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, es gibt frauenspezifische Einrichtungen, welche parteilich mit den Frauen zu Abhängigkeit und Konsumthemen arbeiten, bei weitem aber nicht so verbreitet wie andere, vor allem gemischtgeschlechtliche, Einrichtungen und Angebote. Eine Überblick der frauenspezifischen Einrichtungen, auch in Differenzierung der Suchtmittel und des Standortes, findet sich auch online auf der Seite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. DHS o.J.).

Um bei dem beispielhaften Blick auf Hamburg zu bleiben, gilt es die „Kooperationsvereinbarung Familie-Kind-Sucht", welche in Hamburg zwischen der Suchthilfe und dem ASD geschlossen wurde, zu erwähnen. In dieser Vereinbarung ist, wie der Name verrät, die Kooperation, Zusammenarbeit und die unterschiedlichen Perspektiven und Aufgaben der beiden Fachbereiche festgehalten und geklärt, wie eine möglichst gute und fachliche Zusammenarbeit stattfinden kann (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg 2015). Diese Kooperationsvereinbarung zeigt, dass die Wichtigkeit oder zumindest die Existenz von Müttern mit Alkoholkonsumstörung der Sozialen Arbeit bekannt ist. Aber auch, dass dies einer besonderen Bearbeitung bedarf, da die Interessen von mehr als einer Person an die Soziale Arbeit herangetragen werden, die der minderjährigen Kinder und der suchtkranken Mütter. Es zeigt sich, dass die Relevanz von frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtungen und speziellen Angeboten bestand und besteht, doch wird auch klar, dass es die benötigten Angebote immer noch nicht im notwendigen Umfang und Anzahl gibt. Gerade für Mütter, die eine spezielle Untergruppe der Klientinnen bilden, sind diese Angebote wichtig und attraktiv, da wie bereits erwähnt, die Hemmschwelle und die Angst vor Stigmatisierung bei diesen Angeboten tendenziell etwas reduziert sind. Doch gerade im Vergleich zu traditionellen, gemischtgeschlechtlichen Angeboten ist das deutschlandweite Angebot von frauenspezifischen Suchthilfeeinrichtung auch gut 30 Jahre nach deren Gründung recht übersichtlich, obwohl der Bedarf danach nicht gesunken ist, im Gegenteil.

In diesem Kapitel hat sich gezeigt, dass sich die Besonderheit und Spezifika von Alkoholkonsumstörungen bei Frauen für die Gruppe der Mütter noch weiter spezifiziert und auch noch mehr Komplexität gewinnt, als es bei Frauen mit Alkoholkonsumstörung aber ohne Kinder der Fall ist. Zudem hat sich gezeigt, dass nicht das Eltern-Sein per se die Komplexität des Themas bildet, sondern dass es einen großen Unterschied darstellt, ob Mütter oder Väter die Alkoholkonsumstörung aufweisen. Es ist an das Mutter-Sein geknüpft, dass die betroffenen Frauen mehr und andere Formen von

Abwertung erleben, als es bei konsumierenden Vätern der Fall ist. Anknüpfend daran hat sich die essenzielle und bedeutende Rolle von frauenspezifischen, feministischen Suchthilfeeinrichtungen bewiesen, die für Frauen, aber vor allem auch Mütter unabdingbar sind. Durch diese haben sie eine Möglichkeit, möglichst vorurteilsarm an das Hilfesystem angegliedert zu werden und sich durch diese Einrichtungen gegebenenfalls überhaupt trauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig hat sich aber auch gezeigt, dass das Thema noch verhältnismäßig wenig Beachtung findet, zumindest mit Blick auf die betroffenen Mütter selbst. So gibt es zwar teilweise Studien und Papers zu dem Thema, auch mit Perspektive der Mütter, doch für die Relevanz und Verbreitung des Themas dennoch deutlich zu wenig.

3 Zwischenfazit

Insgesamt lässt sich durch diese theoretische Analyse und Bestandsaufnahme feststellen, dass sowohl das Konstrukt des Mutter-Seins mit all seinen Vorstellungen und Idealen zum Bild der ‚guten Mutter', genauso wie die Entstehung, die Hintergründe und der Verlauf von Alkoholkonsumstörungen bei Frauen beides einzeln sehr komplexe und individuelle Themen sind. Daraus ergibt sich, dass die Schnittmenge daraus, welche in dieser Arbeit und in der folgenden Forschung näher betrachtet wird, nicht weniger, sondern durch das Aufeinandertreffen der Spezifika und Hintergründe sich eher noch komplexer darstellt. Zudem hat sich herausgestellt, dass bei beiden Themen eine Ungleichheit der Diskriminierung und Belastung zu Ungunsten der Frauen und Müttern besteht und dass das Thema trotz seiner hohen Relevanz verhältnismäßig wenig erforscht ist, vor allem aus der Perspektive der Betroffenen selbst.

4 Empirische Forschung

Auf den folgenden Seiten soll der gesamte Forschungsprozess dargestellt werden. Dazu wird zunächst genauer auf die Forschungsfrage und die damit verbundenen Unterforschungsfragen eingegangen. Im Anschluss wird das Forschungsdesign beschrieben, der Feldzugang sowie die Dokumentation der Interviews erläutert und danach die Untersuchungsdurchführung dargestellt und abschließend die Auswertungsmethode vorgestellt und begründet. Da noch nicht viel explizite Literatur und Forschung zu den überschneidenden Themengebieten Alkoholkonsumstörung und Mutterschaft mit dem angestrebten Fokus auf die betroffenen Frauen vorliegen, war es offensichtlich, dass diese Arbeit empirisch erarbeitet und erforscht werden soll. Zudem kann diese Fragestellung nicht durch einen standardisierten quantitativen Fragebogen beantwortet und umfassend genug beleuchtet werden kann, wodurch die Auswahl auf qualitative Methoden fiel und sich in der folgenden Arbeit auf Methoden der qualitativen Forschung gestützt wird.

4.1 Forschungsfrage

In dieser Arbeit wird die Frage behandelt, ob und inwiefern Zusammenhänge und Dynamiken zwischen Mutterschaft und mindestens problematischem Alkoholkonsum bei Frauen bestehen. Dabei soll vor allem Beachtung finden, welche möglichen Wechselwirkungen die beiden Bereiche zueinander und aufeinander haben und welche besonderen Herausforderungen diese Frauen in ihrem Alltag, aber auch als Klientinnen von Suchtberatungsstellen erleben. Dafür soll die sozialprofessionelle Sicht auf diese spezifische Zielgruppe und deren besondere Bedarfe erfasst werden. Die daraus resultierende Hauptforschungsfrage für diese Arbeit lautet: Inwiefern bestehen Zusammenhänge und Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsumstörungen bei Frauen? Zudem sind auch andere Aspekte interessant, welche aber lediglich als Unterforschungsfragen dienen. So ist im Kontext dieser Forschung zudem interessant, wie sich die Lebenssituationen der betroffenen Mütter gestalten, welche Rolle Alkohol im Leben der Mütter spielt, welche Bilder und Auffassungen von Mutterschaft die betroffenen Mütter selbst haben und wie sie damit umgehen. Welche besonderen Herausforderungen diese Mütter, auch in Abgrenzung zu nichtkonsumierenden Müttern, erleben und wie sie damit umgehen. Welche besonderen Bedarfe sich bei dieser Klientinnen-Gruppe für die Praxis der Sozialen Arbeit bzw. das Hilfesystem ergeben. Als auch wie Sozialarbeitende mit eventuell entstehenden Interessenskonflikten oder anderen schwierigen Situationen in der Suchtberatung umgehen.

4.2 Forschungsdesign

Wie bereits erwähnt, stellte sich bei der Entwicklung der Forschungsfrage schnell heraus, dass diese nicht durch eine rein literaturgestützte Arbeit angegangen werden kann, sondern forschend und somit durch qualitative Forschung in Form von Interviews beleuchtet werden soll. Dabei wurde sich nicht für Interviews mit Betroffenen, sondern für Expert*innen-Interviews entschieden. Für die Entscheidung gegen Interviews mit betroffenen Müttern finden sich zwei Hauptgründe. Zum einen sind sowohl das Thema Konsumstörung aber auch das Thema Mutterschaft beides sehr persönliche und sensible Themen, welche, gerade wenn Personen selbst betroffen sind oder sogar traumatische Erlebnisse im Kontext dieser Themen gesammelt haben, nicht die ideale Ausgangssituation für ein zum Teil intensives Interview im qualitativ forschenden Sinne ist. Zudem würde sich nach vorheriger Einschätzung der Verfasserin die Akquise von Interviewpartnerinnen als äußerst schwierig erweisen, da sich bei Ausschreibungen wahrscheinlich nicht ausreichend zur Forschung passende Teilnehmerinnen gemeldet hätten und aber gleichzeitig auch nicht bei Multiplikatorinnen, wie frauenspezifischen Beratungsstellen, unter anderem aufgrund des Datenschutzes, einfach Klientinnen angefragt werden können. Aufgrund dessen wurde sich von der Verfasserin für die Durchführung von Expert*innen-Interviews entschieden, dabei sind die Expert*innen-Interviews in dieser Arbeit nicht als Methode, sondern als Zielgruppe der Interviews zu verstehen. Es wurde sich von der Verfasserin für dieses Vorgehen entschieden, da durch die Durchführung von

Expert*innen-Interviews mithilfe eines geeigneten Leitfadens auch die Forschungsfrage gut bearbeitet werden kann. Zudem können zusätzlich weitergehende Fragen an die Interviewpartner*innen gestellt werden, die auch auf beispielsweise die gesellschaftliche Ebene oder das Hilfesystem und zugrundeliegende Umstände abzielen, was aufgrund des Abweichens von persönlichen Erfahrungen und Erleben in narrativen Betroffeneninterviews so nicht möglich gewesen wäre.

Sampling beschreibt das gezielte Auswählen von Personen, welche für die jeweilige Forschung in den Interviews befragt werden sollen. So orientiert sich dieser Vorgang bei Expert*innen-Interviews maßgeblich an den Forschungsfragen und dem Forschungsthema. Also Personen zu ermitteln, die umfassend Informationen und eigene Erfahrungen zu dem Thema haben und die gleichzeitig von der forschenden Person als relevant und für die Forschung passend erachtet wird. So stellte der erste Schritt im Sampling die Recherche nach potenziell geeigneten Expert*innen dar, dies kann über Literatur- oder Medienanalyse, aber auch über anderweitige Recherche geschehen (vgl. Bogner/Littig/Menz 2014, 34f.).

Das Expert*in-Sein ist keine Fähigkeit oder Eigenschaft einer Person, sondern im ersten Sinne eine Zuschreibung durch die forschende Person aufgrund des dahinterstehenden spezifischen Forschungsinteresses. Durch die Anfragen zu Interviews werden die Personen als Expert*innen adressiert und dadurch logischerweise auch dazu angeregt, sich auch als Expert*in zu inszenieren. Zudem gelten Personen meist als Expert*innen, wenn diese in entsprechenden Kontexten arbeiten und dadurch eine herausgehobene soziale Position haben, wie beispielsweise in Gremien. Das heißt, wer als Expert*in gilt, ist jeweils von dem spezifischen Forschungsinteresse, sowie der sozialen Repräsentativität abhängig. Expert*innen werden entsprechend sowohl von den Forschenden als auch von der Gesellschaft konstruiert (vgl. Bogner et al. 2014, 11). Personen gelten als Expert*innen, wenn diese über ein spezifisches Erfahrungs- oder Praxiswissen verfügen, welches sich auf einen konkret begrenzbaren Problemkreis bezieht und dadurch die Möglichkeit entwickelt haben, das entsprechende Handlungsfeld mit und durch ihre Deutungen handlungsleitend und sinnhaft für andere Personen und Akteure zu strukturieren. Die Besonderheit des Wissens der Expert*innen besteht dabei in der besonderen Reflexivität, Gewissheit und Kohärenz, aber auch der Funktion des Wissens, da dieses praxiswirksam ist und so für andere Akteure orientierungs- und handlungsleitend wird (vgl. ebd., 13f.). Als Expert*innen werden in dieser Arbeit entsprechend Personen verstanden, die in frauen- oder geschlechterspezifischen Suchtberatungsstellen arbeiten und Erfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe dieser Arbeit, also Müttern mit Alkoholkonsumstörungen, haben. In dieser Arbeit hat sich bezüglich der Form der Expert*innen-Interviews eine Mischung aus den fundierenden Expert*innen-Interviews angeboten, da die Expert*innen sowohl zu ihrem privilegierten Sachwissen zu dem Thema befragt wurden, aber gleichzeitig auch das Deutungswissen der Interviewpartner*innen eine zentrale Rolle spielte.

Weitere Spezifika zu Expert*innen-Interviews und den unterschiedlichen Ausdifferenzierungsmöglichkeiten, auf welche in diesem Forschungsprozess Rücksicht genommen wurde, finden sich bei Bogner et al. 2014 (vgl. Bogner et al. 2014, 17ff.). Eine weitere detaillierte Erläuterung zu den einzelnen Spezifika des Expert*innen-Seins und Expert*innen-Wissen würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Zur Durchführung der Expert*innen-Interviews wurde sich für die Methode des Leitfaden-Interviews entschieden. Dieser wurde im Vorhinein mithilfe des SPSS-Verfahrens erstellt und soll so gleichzeitig das Interview strukturieren, als Gedankenstütze für die Interviewerin dienen, aber auch das wichtige Grundprinzip der Offenheit gewährleisten. Zudem kann dadurch die nötige Flexibilität sichergestellt werden, um mit Themenwechseln, langen Redeflüssen oder dem Vorgreifen von Themen durch die Interviewten gut umgehen zu können. Nun soll näher auf das bereits erwähnte Erstellungsverfahren des Leitfadens, das SPSS-Prinzip, welches von Cornelia Helfferich entwickelt wurde, eingegangen werden. Das Akronym SPSS steht für die vier Schritte des Prinzips, welche SAMMELN, PRÜFEN, SORTIEREN und SUBSUMIEREN sind, diese Schritte beziehen sich auf die Entwicklung geeigneter Fragen für den Leitfaden. Zuerst das grundsätzliche Sammeln von Fragen, explizit alle Fragen, die wichtig, interessant oder relevant sein können, ohne deren tatsächlich Eignung in diesem Schritt zu bedenken. Anschließend folgt das eben bereits erwähnte Prüfen dieser Fragen hinsichtlich derer Brauchbarkeit in der Bearbeitung des Forschungsinteresses, deren Relevanz für das Thema und dem Entsprechen der grundsätzlichen Merkmale qualitativer Forschung, also beispielsweise keine reinen Faktenfragen. Im dritten Schritt werden die Fragen dann sortiert und dadurch in für den Forschungsprozess sinnvolle Gruppen gebündelt. Im letzten Schritt werden die Fragen dann noch subsumiert, das geschieht dadurch, dass für jedes im vorherigen Schritt gebildetes Bündel eine übergeordnete Erzählaufforderung formuliert wird, die möglichst offen gestaltet ist, um alle darunter gefassten Fragen und Themen zu beinhalten. In diesem vierten Schritt bekommt der Leitfaden auch seine finale Form mit Erzählaufforderung in der ersten Spalte, den darin entsprechend enthaltenen Memos in der zweiten Spalte und die jeweils passenden Nachfragen als „Check" in der dritten Spalte (vgl. Helfferich 2011, 182ff.).

Darauf basierend hat die Verfasserin einen Leitfaden erstellt, welcher die Themenbereiche Lebensrealitäten und Lebensgeschichten der betroffenen Klientinnen, gesellschaftliche Strukturen und Bilder, sowie die Perspektive auf das Hilfesystem umfasst. Dadurch sollte ein möglichst umfangreicher Blick auf die Lebensrealitäten von Müttern mit Alkoholkonsumstörung geworfen werden, gleichzeitig aber auch den Blick auf gesellschaftliche Strukturen und für das Thema relevante Teile des Hilfesystem zu ermöglichen, welche den Expert*innen in ihrer Arbeit begegnen. Dabei wurde darauf Wert gelegt, den Interviewpartner*innen zu kommunizieren, dass es darum geht, ihre Erfahrungen aus der Arbeit mitzuteilen und ihr Wissen und Expertise zu dem Thema aufgrund ihrer Berufserfahrung zu teilen, aber natürlich keinesfalls ein Anspruch von Allgemeingültigkeit an sie

herangetragen wird. Dadurch sollte verhindert werden, dass die Interviewpartner*innen sich, gerade in ihrer zugeschriebenen Rolle als Expert*innen auf diesem Gebiet, unter Druck gesetzt fühlen, was sich dann womöglich negativ auf den Fluss oder Verlauf des Interviews ausgewirkt hätte.

4.3 Feldzugang

Die Kontakte zu den Interviewpartnerinnen entstanden durch eine vorangegangene Internetrecherche und das Sammeln eigener Ideen der Verfasserin zu potenziell passenden Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland. Dabei bot sich neben der generellen Internetrecherche auch die Website der DHS an, da dabei nach Einrichtungen, welche unterschiedliche Bedarfe und Spezialisierungen abdecken, gefiltert werden kann und so eine Vorauswahl an mutmaßlich geeigneten Beratungsstellen getroffen wurde. Bei dieser Vorauswahl wurde das Augenmerk auf frauenspezifische Suchthilfeeinrichtungen gelegt, welche auch Alkohol in ihrem Beratungsspektrum haben, dabei wurden Suchthilfeeinrichtungen in ganz Deutschland, vor allem in deutschen Großstädten, kontaktiert. Der Grund für die primäre Suche nach frauenspezifischen Einrichtungen ergibt sich aus dem Ziel, möglichst umfassende Informationen und erfahrene Interviewpartner*innen zum Thema alkoholkonsumierende Mütter zu bekommen. Dabei wurde die Chance, bei frauenspezifischen Einrichtungen diese erfahrenen Sozialarbeiter*innen anzutreffen, in Abgrenzung zu gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen, von der Verfasserin als höher eingeschätzt. Diese Einrichtungen wurden per E-Mail kontaktiert, in welcher das Anliegen und die Anfrage zu einem Expert*innen-Interview im Rahmen einer Bachelorarbeit vorgestellt wurde. Dabei wurden die Beratungsstellen auch darum gebeten, von ihrer Seite aus einzuschätzen, ob ihr Arbeitsbereich und ihre Expertisen zu dem vorgestellten Thema passen und ob für ein Interview Kapazitäten bestehen, um die Freiwilligkeit und Ungezwungenheit der Interviewpartner*innen zu gewährleisten. Die Rückmeldungen verliefen dabei zögerlich und schleppend, in den meisten Fällen kam keinerlei Rückmeldung zustande, in einem Fall wurde aus Kapazitätsgründen abgesagt. Zudem gab es aber auch die positiven Rückmeldungen von vier Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Beratungseinrichtungen in deutschen Großstädten. Nach den Rückmeldungen dieser Beratungsstellen wurde in telefonischen Kontakt übergegangen, Rückfragen geklärt und passende Termine und Formate für die geplanten Interviews besprochen.

4.4 Dokumentation der Interviews

Die durchgeführten Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend wurden die Interviews mithilfe der Software f4 und nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl transkribiert. Dabei wurde sich von der Verfasserin für das einfache Transkriptionssystem entschieden, da es sich um Expert*innen-Interviews handelt und somit der Inhalt und die Lesbarkeit eine größere Rolle spielen, als es bei narrativen Interviews mit Betroffenen der Fall ist. In diesen spielen meist Betonung und Veränderung der Stimme eine wesentlich größere Rolle.

Die Transkriptionsregeln der erstellten Interviews sind, dass wörtlich und nicht etwa zusammenfassend oder lautsprachlich transkribiert wurde, Dialekte wurden dabei möglichst genau in das Hochdeutsche übersetzt. Wortschleifungen werden hierbei an das Schriftdeutsch angepasst und nicht ursprünglich transkribiert, also aus „hamma" wird „haben wir", die Satzformen wurden jedoch beibehalten und dadurch auch die enthaltenen syntaktischen Fehler. Im Transkript ist die Interviewerin mit einem „I:" und die befragte Person mit einem „B:" markiert. Dabei wird nach jedem Sprecherinnenwechsel eine Zeile frei gelassen und mit dem nächsten Redebeitrag ein neuer Absatz begonnen, die Absatzenden werden dabei jeweils mit einer Zeitmarke versehen. Wort- oder Satzabbrüche und Stottern werden geglättet, um die Lesbarkeit zu verbessern, außer dem Satz fehlt nur noch die Vollendung, dann wird der Abbruch durch / gekennzeichnet. Zudem wurde sich von der Verfasserin dafür entschieden, Satzabbrüche auch dann zu kennzeichnen, wenn sonst die Verständlichkeit des Satzes nicht mehr gegeben gewesen wäre oder der Gesamtsatz dann für die Verständlichkeit zu sehr umgestellt hätte werden müssen, worauf verzichtet wurde, um nicht unnötig weit vom Gesagten abzuweichen. Wortdopplungen wurden nur dann beibehalten, wenn diese als Stilmittel verwendet wurden, beispielsweise „Das ist den Frauen sehr, sehr unangenehm.". Pausen wurden durch (…) markiert. Wörter oder Äußerungen, die besonders betont wurden, wurden durch VERSALIEN kenntlich gemacht. Ebenfalls wurden für die Lesbarkeit eher ein Punkt statt eines Kommas gesetzt, wenn die Stimme beispielsweise kurz gesenkt wurde, dabei wurde darauf geachtet, Sinneinheiten möglichst beizubehalten. Nonverbale Äußerungen der Interviewerin, als auch der Befragten, welche das Gesagte verdeutlichen oder unterstützen, werden in Klammer notiert, also zum Beispiel (lacht). Verständnissignale wie „aha, mhm, ähm" der gerade nicht sprechenden Person werden nicht transkribiert, außer eine Antwort besteht ausschließlich aus diesem Laut ohne weitere Ausführung, dann wird dieser transkribiert. Wenn Wörter unverständlich waren, wurden diese mit (unv.) markiert, wenn ein Wort vermutet wird, aber aufgrund der schlechten Verständlichkeit Unsicherheiten bestehen, wurde das Wort mit einem Fragezeichen in Klammern geschrieben, beispielsweise (Hochhaus?) (vgl. Dresing/Pehl 2018, 21 ff.).

Die Ergänzung der erweiterten Verwendung der Regelung, Satzabbrüche zu markieren, stellte sich als notwendig und sinnvoll heraus, da die Interviewten teilweise während des Sprechens den Gedanken abbrachen, nach einer Ergänzung aber fortführten und so der Satz nicht mehr verständlich gewesen wäre und sich auch nicht als eingeschobener Nebensatz durch Kommata abgrenzen lies. Zum Teil wurden auch viele Zögerungslaute verwendet, wenn beispielsweise nach weiteren geeigneten Beispielen gesucht wurde, um das Gesagte zu verdeutlichen, weshalb die Glättung zur Lesbarkeit sehr wichtig war. Zur höchsten Gewährleistung der Privatsphäre der Mitarbeiterinnen und vor allem auch der Klientinnen wurden im Laufe der Transkription sowohl die Städte, die Einrichtungen und Projekte, als auch die Namen der Mitarbeiterinnen, die zum Teil im Interview von den Interviewten selbst verwendet wurden, anonymisiert. Die Namen bekamen Pseudonyme zugeteilt,

um die Verständlichkeit im Kontext zu gewährleisten, die restlichen Variablen wurden durch Schlüssel wie zum Beispiel xy anonymisiert.

4.5 Untersuchungsdurchführung

Die Interviews wurden zu einem Teil in Präsenz, persönlich in den Suchthilfeeinrichtungen durchgeführt und zum anderen aufgrund der teilweise großen Distanz via Videokonferenz über MS-Teams. Es handelt sich dabei um Leitfadeninterviews mit der Zielgruppe Expert*innen als Interviewte, die Begründung, warum sich hierbei für Expert*innen-Interviews entschieden wurde, findet sich im Kapitel 4.2 Forschungsdesgin.

Wie bereits im Kapitel 4.4 Feldzugang erläutert, wurde zu telefonischem Kontakt übergegangen, Fragen geklärt und Termine für die Interviews vereinbart. Da es sich um Expert*innen-Interviews handelte, wurden den Interviewpartnerinnen im Vorfeld die groben Inhalte des Interviews mitgeteilt, damit diese sich auf das Interview vorbereiten konnten, dabei wurden jedoch nicht die exakten Interviewfragen, sondern lediglich die Themen und Inhalte übermittelt. Zudem wurde vor den Interviews auch noch mit jeder Interviewpartnerin das Thema Datenschutz und Datenverarbeitung besprochen und eine Einverständniserklärung zur Verarbeitung der Daten unterschrieben, wobei auch nochmal auf die Freiwilligkeit der Teilnahme verwiesen wurde. Für die Interviews via Videokonferenz wurde den Befragten ein entsprechender Link per E-Mail zugesendet.

Alle Interviews verliefen in ihrer Gesamtheit recht reibungslos, bei zwei der drei online geführten Interviews gab es je einen kleinen technischen Zwischenfall, der aber weder das Interview im Verlauf noch die Tonaufnahme signifikant beeinflusst haben, da dieser nur wenige Sekunden andauerte bzw. vor dem eigentlichen Start des Interviews stattgefunden hat. Zudem wurde ein Interview durch ein Türklingeln für wenige Sekunden unterbrochen, was aber ebenfalls den weiteren Verlauf nicht negativ beeinflusst hat. Durch die klare Kommunikation und Transparenz hinsichtlich der Verarbeitung der Daten und des Ablaufs der Interviews im Vorfeld mit den Interviewpartnerinnen bestand am Tag des jeweiligen Interviews auch keine Vorbehalte oder Schwierigkeiten der befragten Personen. Der Datenschutz hat aber in der Kommunikation mit allen Interviewpartnerinnen eine große Rolle von Seiten der Befragten eingenommen, vor allem hinsichtlich des Schutzes ihrer Klientinnen, wodurch teilweise im Vorfeld, vor den Telefonaten, noch Unbehagen oder Unsicherheiten bei den Interviewpartnerinnen bestanden. Diese konnten aber durch die vorangegangenen Gespräche und die Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung geklärt werden. Die einzigen geringfügigen Schwierigkeiten in der Transkription ergaben sich aus dem Umstand der online geführten Interviews, da dabei teilweise die Tonqualität nicht ganz ideal war, sodass es gelegentlich zu unverständlichen Worten oder nicht eindeutig erkennbaren Worten gekommen ist. Dieser Umstand beeinträchtigte die Auswertung und Analyse der Interviews aber nicht weiter, da es sich immer nur um einzelne Wörter handelte und nie um mehrere Wörter oder gar ganze Passagen, so

wird der Inhalt dennoch immer klar. Die Dauer der vier Expertinnen-Interviews lagen gerundet bei 64, 68, 72 und 113 Minuten. Die Interviews wurden, wie bereits erwähnt, mit vier Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen geschlechtssensiblen bzw. frauenspezifischen Suchtberatungseinrichtungen in deutschen Großstädten geführt, von diesen Mitarbeiterinnen waren drei Sozialpädagoginnen und eine Psychologin.

4.6 Auswertungsmethode

Bisher gibt es für Expert*innen-Interviews noch keine eigene Auswertungsmethode oder sich speziell für deren Auswertung etablierte Methode. So können alle gängigen Auswertungsverfahren bei Expert*innen-Interviews zur Anwendung kommen. Jedoch ist die Wahl der Auswertungsmethode oft von der Funktion des Interviews innerhalb des Forschungsprozesses abhängig, auf welche im Kapitel 4.2 bereits eingegangen wurde (vgl. Bogner et al. 2014, 71f.).

Zur Auswertung der Interviews wurde sich hierbei auf das Vorgehen von Meuser und Nagel 1991, die interpretative Auswertungsstrategie von leitfadenorientierten Expert*innen-Interviews gestützt, da diese, wie der Name bereits verrät, sich zur Auswertung von leitfadenorientierten Expert*innen-Interviews eignet. Das Ziel der Auswertung ist dabei die Vergleichbarkeit der Expert*innen-Interviews miteinander, indem beispielsweise gemeinsam geteilte Wissensbestände, Deutungsmuster und Interpretationen herausgearbeitet werden. Es soll sowohl auf Gemeinsamkeiten als auch auf Unterschiede geachtet werden. Die Auswertung der Expert*innen-Interviews orientiert sich an thematischen Einheiten, die inhaltlich zusammengehören und auch in mehrere Passagen über den gesamten Text bzw. Texte verstreut sein können. Hierbei bildet der Umstand, dass alle Expert*innen einen gemeinsamen institutionell-organisatorischen Kontext teilen die Grundlage der Vergleichbarkeit, zudem wird diese durch die Interviewführung mithilfe eines Leitfadens gewährleistet (vgl. Meuser/Nagel 1991, 451ff.).

Die interpretative Auswertungsstrategie läuft in sechs Schritten ab, wobei keiner der Schritte ausgelassen werden darf. Der erste Schritt bildet die **Transkription** der Interviews, da diese als Audiodatei aufgezeichnet wurden. Diese folgte in dieser Arbeit den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl, mehr dazu findet sich in Kapitel 4.4. Der zweite Schritt ist die **Paraphrase**, bei dieser wird der Text nach thematischen Einheiten aufgeteilt, diese Sequenzierung muss sich zwingend am Gesprächsverlauf orientieren und gut wiedergeben, was die interviewte Person geäußert hat. Dabei muss darauf geachtet werden, dass nicht selektiv paraphrasiert wird, sich die Paraphrase an den Themen des Textes orientiert und dass nicht die Komplexität der Themen durch die Paraphrase verkürzt wird. Die Paraphrase ist dabei der erste wichtige Schritt zur Verdichtung des Textmaterials. Der nächste Verdichtungsschritt des Materials geschieht dadurch, dass die paraphrasierten Passagen der Texte nun mit **Überschriften** versehen werden. Auch hier sollte möglichst textnah gearbeitet werden, sprich auch die Fachsprache der Expert*innen wird übernommen. Die Anzahl der

Überschriften pro Passage richtet sich nach der Anzahl der jeweils angesprochenen Themen. In diesem Schritt ist der Gegenstand der Auswertung immer noch das jeweils einzelne Interview. Der nächste Schritt ist der **thematische Vergleich**, hier werden die Auswertung der einzelnen Interviews erweitert und ab diesem Schritt werden die Textpassagen der unterschiedlichen Interviews miteinander verglichen. Auch hier werden wieder, wie im dritten Schritt, Überschriften gebildet, diesmal aber zu thematisch vergleichbaren Textpassagen der verschiedenen Interviews, die Überschriften werden in diesem Schritt vereinheitlicht. Dennoch ist auch hier bei der Kategorienbildung nahe am Text zu arbeiten, metaphorische Verdichtungen und wissenschaftliche Begriffe aus den Texten können dementsprechend übernommen werden. Bei dem thematischen Vergleich ist es dringend notwendig, die Zuordnungen stets zu überprüfen und gegebenenfalls auch zu revidieren. Zudem müssen die Ergebnisse dieses Schrittes fortlaufend auf Vollständigkeit, Validität und Triftigkeit anhand der Interviewpassagen geprüft werden. Hier gilt es auch weiterhin, Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Widersprüche und Abweichungen hinsichtlich der Interviewthemen festzuhalten. Die darauffolgende Phase ist die der **soziologischen Konzeptualisierung**, in diesem Schritt wird sich das erste Mal von den transkribierten Texten und der gegebenen Terminologie gelöst. Die Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Interviews werden nun, mit Rückgriff auf soziologisches Wissen, begrifflich gefasst und zu einer Kategorie gebildet. Das Ziel hierbei ist die Systematisierung von Relevanzen, Deutungsmustern, Typisierungen und Verallgemeinerungen, vor allem ist aber auf Möglichkeiten zur Verknüpfung der einzelnen Konzepte zu achten. Hinsichtlich der Abstraktionsebene in dieser Auswertungsstufe handelt es sich um die Ebene der empirischen Generalisierung, trotzdem bleiben die Verallgemeinerungen hier begrenzt auf das konkret vorliegende empirische Material. Abschließend in dieser Auswertungsstrategie steht der Schritt der **theoretischen Generalisierung**. Nun wird sich von dem Interviewmaterial gelöst und den soziologischen Theorien zugewandt. Das Darstellen der Ergebnisse hat dabei System, denn durch den Perspektivwechsel hin zu soziologischen Begrifflichkeiten werden dann die Ergebnisse als Interpretationen der empirisch generalisierten Erkenntnissen formuliert. Dabei wird aus der bisherigen Addition der Feststellungen, welche nebeneinanderstanden, Sinnzusammenhänge festgestellt und zu Theorien und Typologien verknüpft. Dabei muss in diesem Schritt streng darauf geachtet werden, dass die Theoriekonstruktionen nicht verdachtsgeleitet werden, da dies leicht passieren kann. Dagegen hilft, bis zu diesem Punkt gewissenhaft und nach dem vorgegebenen Vorgehen gearbeitet zu haben.

Außerdem ist es sehr wichtig, dauerhaft die Verhältnisse von Daten und Theorien zu kontrollieren. Für die Durchführung der Auswertung ergibt sich daraus die Notwendigkeit, alle Stufen des Vorgehens zu durchlaufen und dass dabei keine Stufe übersprungen wird. Darüber hinaus ist es, gerade im fortgeschrittenen Stadium der Auswertung, sehr wichtig und notwendig, immer wieder auf eine vorangegangene Stufe des Auswertungsprozesses zurückzukehren, um die Angemessenheit der Verallgemeinerung und deren Fundierung in und durch die Daten zu prüfen. Dementsprechend

zeichnet sich der Auswertungsprozess durch Rekursivität aus. Der Umfang der Auswertung hängt immer davon ab, welche Funktion und Bedeutung das Expert*innen-Interview innerhalb des Forschungsprozesses einnimmt (vgl. Meuser/Nagel 1991, 455ff.).

5 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Forschung und Analyse dargestellt. Dabei haben sich im Rahmen der Analyse diese zehn Kategorien zur Auswertung der Expertinnen-Interviews ergeben:

- Belastungen der Mütter
- Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Klientinnen
- Soziale Netze und Beziehungen
- Lebenssituationen und Alltag
- Gesundheit
- Alkoholkonsum
- Einschneidende Lebensereignisse
- Mutterschaft
- Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsum
- Besondere Bedarfe im Kontext der Arbeit mit diesen Klientinnen

Nachfolgend werden Zitate und Äußerungen direkt aus den Interviews mit der Nummer des Interviews, der Seitenzahl und einer Zeilenangabe versehen. Wird sich nur inhaltlich auf Stellen der Interviews bezogen, so werden dieselben Angaben gemacht, mit der Ergänzung eines vorangestellten „vgl.".

5.1 Belastungen der Mütter

Die Belastungen und das Belastungserleben der Klientinnen, so vielfältig diese auch ausfallen, spielen laut allen Interviewpartnerinnen eine relevante Rolle für Entstehung, Verlauf und möglicher Abstinenzwünsche der Mütter. Eine in allen Interviews sehr präsente Belastung sind die Scham- und Schuldgefühle der betroffenen Mütter. Diese beziehen sich auf ihre Alkoholkonsumstörung als Mutter, sowohl ihren Kindern gegenüber als auch anderen, auch fremden Personen. Diese Gefühle sind an sich schon eine starke Belastung für die Betroffenen, doch führen diese oft auch zur Isolation und dadurch zur Verschlimmerung der Zustände für die Mütter und sie sind durch die Stigmatisierung weiter belastet. Die aus den Schamgefühlen resultierende Isolation führt auch dazu, dass sich viele Mütter erst zu einem viel späteren Zeitpunkt (professionelle) Hilfe suchen oder wahrnehmen, als es eigentlich bereits notwendig oder von den Betroffenen vielleicht sogar gewünscht gewesen wäre (vgl. I. 3, S. 7, Z. 53 - S. 8, Z. 2; I. 2, S. 10, ab Z. 18). Konkrete Situationen dazu beschreiben diese Expertinnen:

> „Die Mütter berichten das auf jeden Fall auch, dass sie also so (seufzt), zum Beispiel, dass sie, dass es lange gedauert hat, bis sie für sich erkannt haben, dass sie vielleicht alkoholabhängig sind, weil sie es auch ganz lange geheim gehalten haben, mit niemandem darüber geredet haben. Oder wenn sie mal was gesagt haben, dass dann andere das eher so abgetan haben (...) und (...)." (I. 3, S. 7, Z. 28-32)

„Also ich hab Mütter, die ein Jahr versuchen (lacht) zu kommen, die rufen immer mal wieder an, schreiben eine Mail und das Scham- und Schuldgefühl ist so hoch, dass die sich nicht trauen zu kommen." (I. 4, S. 9, Z. 38-40)

Die Retraditionalisierung, traditionelle Rollenverteilung und die damit einhergehenden, zum Teil widersprüchlichen Anforderungen führen für die Mütter oft zu Druck und Belastung, da der Mental-Load, viele organisationale Aufgaben, der Dauer-Sorge-Einsatz und alleinige Verantwortung oft bei den Müttern liegt. Zudem wird Müttern und Frauen heute suggeriert, dass, auch trotz Mehrfachbelastungen, alles möglich sei und auch mehrere Verantwortlichkeiten, wie Berufsleben und Kindererziehung parallel und alleine zu meistern seien, was ebenfalls eine starke Anspruchshaltung an die (werdenden) Mütter heranträgt (vgl. I. 2, S. 1, ab Z. 34; I. 3, S. 1, ab Z. 27; I. 4, S. 1, ab Z. 29).

Zu den Belastungen sagt eine Expertin:

> „Ja, das sind einmal so diese aktuellen Belastungen die die Frauen haben, also dieses sie sind häufig alleine zuständig für alles. Also sogenannte Mental Load liegt alleine bei ihnen, sie müssen alles organisieren, was jetzt so die Kinder betrifft." (I. 1, S. 1, Z. 23-25)

Eine andere ergänzt zu dem Faktor Care-Arbeit:

„Ja, also es ist vorwiegend halt auch so diese Care-Arbeit, jetzt gar nicht nur bezüglich Kinder, ich hab auch einige Personen momentan, die sich auch um ihre Eltern kümmern." (I. 2, S. 1, Z. 34-35)

Aber auch finanzielle und materielle Situationen sind ein immer wieder auftretendes Belastungsthema, gerade wenn Frauen alleinerziehend sind oder aber noch in einer Partnerschaft leben, in dieser aber finanziell anhängig vom Partner sind. Oft von der Gesamtsituation belastet sind, da diese Abhängigkeit vom Partner ihren Handlungsspielraum und einen eventuell vorhandenen Trennungswunsch blockieren oder einschränken kann. Andere Frauen verzichten deshalb auf den ihnen zustehenden Unterhalt, um sich nicht weiterem emotionalen Stress und Druck durch den Ex-Partner auszusetzen und nehmen ein Leben mit Armutsrisiko nach einer Trennung deshalb in Kauf (vgl. I. 1, S. 4, ab Z.43).

Der eben bereits erwähnte Status des Alleinerziehens bietet neben den finanziellen Belastungen für die betroffenen Mütter auch generell eine noch verschärfte Belastung, da alle Sorge und Erziehungsaufgaben alleine bei ihnen liegen. Genauso aber auch die finanzielle Absicherung der Familie, sodass diese Frauen eine besondere Doppelbelastung erleben (vgl. I. 1, S. 4, ab Z. 14; I. 2, S. 1, ab Z. 44; I. 3, S. 1, ab Z. 31; I. 4, S. 5, ab Z. 4).

Als eine andere sehr zentrale Belastungsquelle stellten sich die akuten und vergangenen Gewalterfahrungen der Klientinnen heraus. Da diese unterschiedliche Gewalterfahrungen in beispielsweise

(Ex-) Beziehungen oder der Herkunftsfamilie, die mit zum Teil unaushaltbaren Gefühlen einhergehen, erleben mussten, was viele Klientinnen stark belastet (vgl. I. 1, S. 1, ab Z. 37; I. 2, S. 7, ab Z. 4; I. 3, S. 7, ab Z. 2; I. 4, S. 3, ab Z. 20). Da der Themenkomplex Gewalt aber eine weitergehende Rolle als eine Form von einschneidenden Lebensereignissen spielt, wird darauf im Kapitel 5.7 weiter eingegangen.

Eine weitere aus der Analyse hervorgegangene Belastung der Mütter sind unterschiedliche eigene Erkrankungen, vor allem psychischer Art, auf welche aber im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung und vor allem im Kapitel 5.5 näher eingegangen wird.

5.2 Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Klientinnen

In allen Interviews stellte sich heraus, dass die betroffenen Mütter wenig oder keine guten Bewältigungsstrategien besitzen. Eine weitverbreitete, von den Interviewpartnerinnen als ungut bezeichnete Strategie war der Konsum, also das Trinken von Alkohol. Übereinstimmend wurde in den vier Interviews formuliert, dass die Mütter konsumierten, um Situationen oder Zustände besser aushalten zu können (vgl. I. 1, S. 2, Z. 3-10 und Z. 15-21; I. 4, S. 2, ab Z. 11).

Die Expertinnen sagten dazu:

> „... also natürlich kommen gerade die Mütter auch hier her, weil eine der Bewältigungsstrategien dann Alkoholkonsum ist, geworden ist. Und (...), das ist eine natürlich von auch anderen Strategien. Also da berichten schon viele von denen, dass sie, dann zur Entspannung, also wenn alles getan ist, getane Arbeit, das Kind im Bett, dann halt es zu Alkoholkonsum kommt zum Beispiel, um halt runterzufahren und so dieses Stresslevel mal loszulassen." (I. 3, S. 1, Z. 40-44)

> „… und eben wenig GUTE alternative Bewältigungsstrategien haben dann wieder (...) ja, mehr Aktualität wieder bekommen und die Situation häufig zusätzlich verschärfen. Also dass Frauen dann, also wenn man Kinder hat und der Partner sehr viel arbeitet, dann können die Frauen ja nicht zweimal die Woche zum Yoga gehen, weil (...) das geht einfach nicht, weil da muss sich jemand um die Kinder kümmern und sie dann dadurch vielleicht nochmal stärker belastet sind durch Depressionen oder die Essstörungen wieder aufflammen, sind sie sehr belastet, fühlen sich alleine und greifen dann eben zu unguten Bewältigungsstrategien." (I. 1, S. 1, Z. 41-47)

Eine wichtige Ressource ist deshalb die Fähigkeit und Möglichkeit, Anforderungen und Aufgaben abgeben oder gemeinsam mit anderen Personen bewerkstelligen zu können, sowie die Bereitschaft, sich selbst (professionelle) Hilfe zu suchen. Diese haben nicht sofort alle Klientinnen der Interviewpartnerinnen, aber es ist eine immer wieder auftretende, essenzielle Ressource, auch wenn diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei den Klientinnen freigesetzt wird.

> „Das ist so ein wichtiger Punkt, dann auch die Bereitschaft, sich überhaupt Hilfe zu suchen, finde ich auch ein ganz wichtigen Punkt. Also überhaupt jetzt, gar nicht nur die Suchtberatung, das ist ja nur ein Teil, aber dann auch eine Offenheit zu haben, sich anderen Sachen noch irgendwie zu öffnen." (I. 2, S. 2, Z. 8-11)

Die Herkunftsfamilie der Frauen kann eine Ressource sein, beispielsweise für die Kinderbetreuung, ist es aber nicht immer. Dies ist sehr individuell und abhängig von unterschiedlichen Faktoren und der familiären Erfahrungen und Geschichte der Klientinnen. Genauso kann die Anbindung an das

Jugendamt oder eine ähnliche Institution bei manchen eine Ressource sein, muss es aber auch nicht und ist es nicht immer, auch dies ist sehr individuell. Durch die wenige Zeit, die die Mütter für sich selbst haben, ist es schwierig, ihre eigenen Ressourcen zu stärken oder auszubauen. Entsprechend ist es nach Möglichkeit sehr wichtig, eventuell vorhandene Hobbies, die als Ressource und für mehr Resilienz dienen können, nicht ganz fallen zu lassen (vgl. I. 2, S. 2, Z. 12-13).

Netzwerke sind für viele betroffene Mütter eine wichtige Ressource, wobei die Form und Anzahl derer von Klientin zu Klientin teils sehr unterschiedlich ausfallen und sehr individuell ist. Zu diesen zählen Freund*innen, Kita-Eltern, die eigenen Eltern oder auch Selbsthilfegruppen, wobei dies wie erwähnt, nicht auf alle im gleichen Maße zutrifft (vgl. I. 2, S. 2, ab Z. 5).

Eine zudem als wichtige Fähigkeit identifizierte Ressource, ist das Kennenlernen und vor allem achten der eigenen Grenzen der Mütter, da deckungsgleich in den Interviews erzählt wurde, dass sehr viele Mütter es gewohnt sind, dass immer wieder ihre Grenzen missachtet und über deren Grenzen gegangen wurde (vgl. I. 2, S. 2, ab Z. 16; I. 2, S. 9, ab Z.19; I. 1, S. 6, ab Z. 7).

Bei einzelnen Müttern kann auch der Glaube als eine Ressource und Bewältigungsstrategie dienen (vgl. I. 2, S. 2, ab Z. 41).

Individuell gestaltete und passende Tagesstrukturen, genauso wie Lohnarbeit, in einem individuell passenden Maße, welches nicht zur Überforderung beiträgt, können eine wichtige Ressource für die Mütter sein und richtig gestaltet, auch deren Selbstwirksamkeit stärken (vgl. I. 2, S. 5, ab Z. 35; I. 2, S. 2, ab Z. 16).

5.3 Soziale Netze und Beziehungen

Die Beziehungen und sozialen Netze der Mütter mit Alkoholkonsumstörung gestalten sich laut allen vier Interviewpartnerinnen sehr divers und vielfältig, so gibt es dabei ein sehr breites Spektrum (vgl. I. 1, S. 2, ab Z. 54; I. 3, S. 2, ab Z. 20; I. 4, S. 2, ab Z. 38; I. 2, S. 4, ab Z. 28).

Beginnend mit dem Kontakt zur Ex-Beziehung, manche Frauen haben eine gute, andere eine eher angespannte und wieder andere eine konflikthafte oder gar keine Beziehung zum Ex-Partner. Manche Frauen haben Kontakt bzw. müssen Kontakt zum Ex-Partner haben, obwohl sie dies, beispielsweise aufgrund von Gewalterfahrungen, überhaupt nicht möchten, da ein geteiltes Sorgerecht besteht. Die noch bestehenden Beziehungen der Mütter zu Partner*innen gestalten sich auch sehr vielfältig, da die Beziehungen zum Teil positiv und unterstützend ausfallen, zum anderen aber negativ belastet durch Gewalt oder Co-Abhängigkeiten. Deutlich wurde in den Interviews aber auch, dass es zwar diese Pluralität hinsichtlich der Beziehungen gibt, dennoch die Mehrheit von nicht oder nicht ausschließlich positiven Erfahrungen und Erlebnissen hinsichtlich des Kontakts zur Ex-Beziehung berichten. Teilweise herrscht in bestehenden Beziehungen, vor allem in partnerschaftlichen, ein mehr oder weniger starkes Machtgefälle zu Ungunsten der Frauen, wodurch die

Beziehung nicht auf Augenhöhe stattfindet und es den Frauen oft nicht möglich ist, sich dem Partner anzuvertrauen, aus Angst, sich beispielsweise durch ihren Konsum erpressbar zu machen. Dadurch bleiben sie dann mit diesem Thema allein, auch auf diesen Beziehungsebenen spielt Stigmatisierung eine tragende Rolle (vgl. I. 2, S. 3, Z. 6-26).

Bezüglich der sozialen Netze der Mütter äußerte eine Expertin:

„... sehr unterschiedlich, also es gibt auf jeden Fall Mütter, die hierherkommen, die sehr isoliert sind, also über wenig soziale Kontakte verfügen." (I. 3, S. 2, Z. 20-22)

> „Genau (...) dann bei anderen die genau, die leben dann auch mit ihrem Partner oder Partnerin zusammen und den Kindern oder dem Kind und die erleben den Partner oder Partnerin eben als unterstützend, können sich der Person auch anvertrauen (...) ja." (I. 3, S. 2, Z. 26-28)

Feststellen ließ sich für eine Beraterin, dass in den Beziehungen zu Freund*innen der Konsum der Klientinnen oft entweder eine wichtige oder gar keine Rolle spielt, also dass beispielsweise entweder gemeinsam konsumiert wird mit Freund*innen oder aber, dass der Konsum im Geheimen bleibt und sich Freund*innen nicht anvertraut wird (vgl. I. 1, S. 3, ab Z. 7).

Die gleiche Vielfältigkeit zeigt sich bei der Betrachtung des Kontakts zur Herkunftsfamilie, einige Frauen haben Kontakt, andere nicht. Doch auch hier zeigt sich, dass meist, auch wenn Kontakt besteht, schwere oder unansprechbare Themen in den Beziehungen der Klientinnen zu ihren Eltern liegen, welche in der Kindheit oder Jugend entstanden sind. Diese Themen prägen dann auch die aktuellen Beziehungen. Durch das eigene Mutter-Werden der Klientinnen, werden diese in der Vergangenheit liegenden Thematiken manchmal wieder präsenter und neu aktiviert, wodurch sich auch die Beziehung nochmal verändern kann. Je nach Ausprägung dieser Themen und Probleme gestaltet sich auch der Kontakt und die Rolle der (Groß-)Eltern in den Leben der Mütter, wobei bei manchen diese Beziehung auch von Ambivalenz geprägt ist (vgl. I. 2, S. 4, ab Z. 28; I. 3, S. 3, ab Z. 4).

> „Also es gibt Frauen, die keinen Kontakt mehr zu ihrer Herkunftsfamilie haben oder Frauen, die (...) sagen, sie haben einen guten/wo sich dann erst im Laufe der Gespräche so ein bisschen rausstellt, dass es da auch (...) schwierige Themen gibt, so von Erwartungen, die nicht erfüllt werden und immer noch so eine Haltung von (...) warum lieben die mich nicht so wie ich bin. Viele Frauen haben Mütterthema, also dass sie gerade zur Mutter ein schwieriges/eine schwierige Beziehung haben, wo ich aber eigentlich auch denke, ja natürlich zu der Mutter schwierig, weil wenn die Väter nicht da sind, also (lacht) dann hat man vielleicht eher auch ein Thema mit der Mutter." (I. 1, S. 2, Z. 54 - S. 3, Z. 6)

Wenn der Kontakt zur Herkunftsfamilie zu belastet oder auch gar nicht vorhanden ist, nimmt der Freundeskreis oft eine wichtigere Rolle als Ressource und Unterstützung ein, da die familiäre Unterstützung wegfällt (vgl. I. 4, S. 2, ab Z. 41; I. 2, S. 3, ab Z. 23).

Die Beziehungen der Frauen zu ihren Kindern gestaltet sich ebenfalls unterschiedlich und werden von vielen Faktoren beeinflusst, beispielsweise durch die Dauer und Form der Alkoholkonsumstörung, das Alter des Kindes oder auch den Veränderungen des Konsums. Dennoch wird ein Großteil

der Beziehungen den Beraterinnen gegenüber, zumindest von Seiten der Mütter, als positiv beschrieben (vgl. I. 2, S. 3, ab Z. 43; I. 3, S. 3, ab Z. 18; I. 4, S. 4, ab Z. 33).

5.4 Lebenssituationen und Alltag

Auch hinsichtlich der Lebenssituationen und dem Alltag der Mütter sind die Aussagen der vier Interviews recht übereinstimmend. Denn hier zeigt sich ebenfalls ein breites Spektrum ohne die Möglichkeit einer Pauschalisierung der Lebensumstände. Manche Mütter sind berufstätig, teils in hoch angesehenen Berufen, andere leisten Care-Arbeit, die oft auch nicht nur auf die eigenen Kinder beschränkt ist, sondern zum Teil auch die Pflege der eigenen Eltern beinhaltet und wieder andere sind sowohl berufstätig, leisten aber zudem auch noch die erwähnte Care-Arbeit. Die Hintergründe für die eine oder andere Entscheidung sind sehr individuell. Mütter, die nicht erwerbstätig sind, haben laut einer Interviewpartnerin häufig das Bedürfnis oder Gefühl, arbeiten zu müssen, als Berechtigung, Sinn oder für die Struktur, die Lohnarbeit geben kann (vgl. I. 4, S. 1, ab Z. 34; I. 2, S. 1, ab Z. 10; I. 3, S. 4, ab Z. 34).

> „Also es gibt welche, die arbeiten, es gibt welche, die arbeiten nicht. Manchmal aufgrund von psychischen Belastungen (...) und dass sie vielleicht dann auch gekündigt wurden, weil sie krankgeschrieben waren, aufgrund von Depressionen und dann auch schwer wieder reinkommen, so in die Arbeit. Also (...) aber wir haben auch, ich hab auch oder wir haben auch Mütter, die, wie soll ich sagen, gute Berufe haben und ja (...), da auch sehr (...), sehr eloquent sind. Also das kann durchaus nebeneinander stehen, also dass eine Frau, berufstätig ist, Kinder hat, aber einen bedenklichen Konsum hat. Jedenfalls an der Anfangssituation, wenn sie hier herkommt, ja." (I. 1, S. 5, Z. 20-26)

Individuelle Wechselmodelle hinsichtlich der Kinderbetreuung können ent- und belastend wirken, je nachdem, wie sich der Kontakt zum Ex-Partner gestaltet und prägen je nach Ausgestaltung den Alltag der Mütter mehr oder weniger mit.

> „Also das ist natürlich unterschiedlich, es gibt Frauen, die berufstätig sind und gleichzeitig alleinerziehend, also sich um ja eben Lohnarbeit haben und die ganze Care-Arbeit übernehmen (...). Es gibt auch Mütter, die also hab ich jetzt in der Beratung, die so ein Wechselmodel hat, die berufstätig ist aber dann das Kind nur ein/einmal also, abwechselnd hat eine Woche, dann eine Woche kindfrei, dann wieder eine Woche mit Kind. Und aber auch Mütter, die eben krankgeschrieben sind schon lange und eher so Richtung Erwerbsminderungsrente gehen, also nicht arbeiten, genau (...)." (I. 3, S. 1, Z. 10-16)

Während der Konsumzeit ist der Alltag der Klientinnen maßgeblich vom Konsum geprägt, danach ist er davon bestimmt, abstinent zu bleiben und den ganzen Tag so zu gestalten und alles dafür zu tun, auch abstinent zu bleiben. Dabei fallen die Alltagsbewältigung und die Abstinenz leichter, wenn andere positive und unterstützende Personen daran beteiligt sind (vgl. I. 4, S. 6, Z. 22-48).

5.5 Gesundheit

Zur gesundheitlichen Situation lässt sich feststellen, dass die körperlichen Gesundheitsprobleme der betroffenen Mütter in Form und Intensität sehr unterschiedlich ausfallen, sich dabei aber keine spezielle Häufung hinsichtlich der betrachteten Personengruppe, sprich Mütter mit Alkoholkonsumstörung, feststellen lässt. Ganz anders zeigt sich dies bei den psychischen Gesundheitsthemen der

Mütter, dabei fällt in allen vier Interviews auf, dass psychische Krankheiten eine wesentlich bedeutendere Rolle spielen, als es körperliche Krankheiten tun. Besonders auffällig war dabei die Nennung von Essstörungen und Depressionen bzw. depressiven Episoden bei den Klientinnen, diese beiden Themen sind bei einigen Klientinnen bereits in der Jugend entstanden und entweder bestehen geblieben oder sind durch unterschiedliche Lebensereignisse erneut aufgetreten. Zudem gibt es weitere psychische Krankheiten, die vermehrt bei den entsprechenden Klientinnen Thema waren und auch von allen vier Beraterinnen genannt wurden, dazu zählen AD(H)S, weitere Diagnosen auf dem Neurodivers-Spektrum, PTBS, Ängste und Zwänge (vgl. I. 1, S. 5, ab Z. 46; I. 2, S. 6, ab Z. 10; I. 3, S. 5, ab Z. 11; I. 4, S. 7, ab Z. 1).

Generell spielen bei den Klientinnen vielmehr psychische Gesundheitsthemen in ihrer Häufigkeit und dem Auftreten eine Rolle, als es bei körperliche Gesundheitsthemen der Fall ist, wobei auch deren Einfluss für die einzelnen Betroffenen auf keinen Fall unterschätzt werden dürfen. Dennoch zeigt sich eine Auffälligkeit in der Kumulation von psychischen Gesundheitsthemen bei den Müttern mit Alkoholkonsumstörung, allen voran in besonderem Maße das Auftreten von Essstörungen und Depressionen.

> „Naja also da gibt es (...) im Gru/also im psychischen Bereich gibt es eigentlich jegliche mögliche denkbare Diagnose PLUS so. Also klar, Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, PTBS, Zwangsstörungen, Essstörungen, wobei das hat ja auch was wieder, körperlich, aber ist ja. Also so dass es definitiv, meist/also in den meisten Fällen kommt die Sucht nicht alleine." (I. 2, S. 6, Z. 10-14)

> „Manchmal sind es ja aber auch körperliche Erkrankungen, die vielleicht dazu kommen, eher selten, aber das gibt es ja natürlich auch, Frauen, die wirklich körperliche Erkrankungen noch haben. Ja, aber (...), da ist auch das ganze Spektrum dabei. Also Ängste, Zwänge, Depressionen, PTBS, also bei den Müttern glaub ich eher selten Borderline, aber auch. Also ich kann da jetzt keine Prozentzahlen, aber auch. Also das ganze Spektrum. Und Essstörungen, Essstörungen sind wirklich ein großes Thema." (I. 1, S. 6, Z. 23-28)

5.6 Alkoholkonsum

Eine Komponente des Alkoholkonsums bzw. der Alkoholkonsumstörungen der Klientinnen ist die generelle Position und Rolle des Alkohols in der Gesellschaft. Eine Interviewpartnerin geht explizit darauf ein, wie weit verbreitet, anerkannt und offiziell Alkohol und dessen Konsum ist. Dementsprechend ist es schwer, abstinent zu werden oder zu bleiben und der allgemeine Konsum wird begünstigt.

> „Also sie denken immer wieder, es wird ihnen überall angeboten, bei Familienfeiern, bei Geburtstagen und (...) man merkt so, dass sie sich immer mehr isolieren, um clean zu bleiben." (I. 4, S. 8, Z. 15-17)

Grundlegend wurde in der Analyse immer wieder deutlich, dass die individuellen Entstehungsformen und Verläufe der Alkoholkonsumstörungen der Klientinnen sehr unterschiedlich sind. Doch weisen mehrere Interviewpartnerinnen darauf hin, dass es selten der Fall ist, dass die Klientinnen aus einer Familie kommen, die einen komplett unbelasteten Umgang mit Alkohol hatte. Dennoch

wird auch betont, dass die Konsumstörung der Mütter auch aus einer suchtunbelasteten Herkunftsfamilie entstehen kann.

Eine andere Expertin geht weiter auf die Unterschiedlichkeiten hinsichtlich des Konsumverhaltens ein und kann dabei zwei große Übergruppen für ihre Arbeit identifizieren. Die einen, die „schon immer" einen problematischen oder riskanten Konsum hatten, also bereits in der Jugend anders und mehr konsumiert haben als andere. Sowie die andere Gruppe, die in ihrem Leben, zum Teil sogar für lange Zeit, einen unauffälligen oder sogar sehr geringen Konsum hatten, bis sich der Konsum wandelte (vgl. I. 1, S. 6, ab Z. 36).

Wie erwähnt sind die Konsumgeschichten sehr vielfältig, doch eine wiederkehrende Erkenntnis ist, dass der gesteigerte Konsum oft durch Krisen ausgelöst oder verstärkt wird und sich dann schleichend verselbstständigt und beispielsweise als Art Selbstmedikation oder zur Traumabewältigung eingesetzt wird.

> „Und (...), also vielleicht fange ich mal bei Beweggründen an, ja sind teilweise eben so zur Entsp/also aus dem Grund, zu entspannen, runterzukommen, Gedankenschleifen, die auch teils von der Depression wahrscheinlich kommen oder wegen den Belastungen. Also so eine Art Selbstmedikation, (...) sind anhaltende Gründe oder manchmal auch der Grund der Entstehung, also wie es dazu kam, ..." (I. 3, S. 5, Z. 32-36)

> „Und der Alltag ist natürlich (...) mit der Droge (...) also auf der einen Seite einfacher gewesen, wenn es so eine Selbstmedikation war nach Trauma oder anderem, da war es, man ist so durchgeflutscht, ja und hat nicht die Probleme gesehen, so wie die Mütter es schildern. Man hat sich in so einen Zustand (...) versetzt, wo man die Dinge besser ertragen kann, wo der Körper nicht mehr dissoziiert oder man diese Schmerzen spürt von oben bis unten (unv.)." (I. 4, S. 8, Z. 25-30)

Die Schuldgefühle der Mütter bezüglich des Konsums spielen eine wesentliche Rolle in der Aufrechterhaltung oder Steigerung des Konsums, indem sie die Betroffene isolieren, diese sich schämt und nicht traut, sich Hilfe zu suchen. Durch diese Belastung, der sie sich entsprechend alleine stellen muss, dann weiter oder gesteigert im Geheimen Alkohol konsumiert. Dieser Prozess führt bei den Müttern oft, zumindest eine Zeit lang, zu einer Art Abwärtsspirale, bis der Leidensdruck zu groß wird und sie sich anderen offenbaren oder sich Hilfe suchen. Ein anderer mit der potenziellen Abstinenz verknüpfter Faktor ist die Angst und Perspektivlosigkeit der Klientinnen, wie sie ihre vielseitigen Belastungen und Probleme in Zukunft anders ertragen oder bewältigen sollen, wenn nicht mit dem Konsum. Zudem fehlt den Klientinnen oft der Blick auf die positiven Chancen und Veränderungen durch die Reduktion des Konsums, wie beispielsweise nicht mehr so erpressbar zu sein (vgl. I. 1, S. 10, Z. 31-36 und S. 11, ab Z. 15).

> „Und meistens ist es eben so ein schleichender Verlauf, also dass (...) schon früh auch zum ersten Mal Alkohol getrunken wurde, aber bis es dann jetzt zu so einem Problem wurde, dass das ja eben so schrittweise schleichend gekommen ist." (I. 3, S. 5, Z. 39-41)

Daraus resultiert, dass die Mütter zum Großteil erst trinken, wenn die Kinder im Bett sind und diese so den Konsum möglichst nicht mitbekommen. Die Mütter trinken nach getaner Arbeit und erst,

wenn alles erledigt ist, um dann abschalten und entspannen zu können. Generell wurde in der Analyse der Interviews die Funktionalität des Konsums für Frauen und gerade Mütter sehr deutlich. Sie trinken, um beispielsweise besser zu funktionieren, besser schlafen zu können, Sorgen wegzudrücken, den Anforderungen und Bedürfnissen der Kinder, die beispielsweise ADHS haben, besser gerecht zu werden und geduldiger zu sein oder selbst erfahrene Gewalt besser aushalten zu können, aber auch, um den Anspruchshaltungen an Frauen besser begegnen zu können (vgl. I. 1, S. 5, Z. ab 30; I. 2, S. 7, Z. 11-18; I. 3, S. 8, Z. 53 - S. 9, Z. 3).

> „Und immer ist es ja dieser Punkt, wenn der Konsum so eingesetzt wird, UM. So dieses UM etwas zu erreichen, UM Gefühle nicht zu spüren, UM vielleicht schlafen zu können, UM sich nicht so alleine zu fühlen, so immer wenn der Konsum so eine Funktion erfüllen soll, fängt es ja an, dass sich da sowas verselbstständigen kann, (...) ja." (I. 1, S. 6, Z. 53 - S. 7, Z. 2)

> „Und (...) genau, also eher sind die Mütter, die wir haben, würde ich eher sagen, sehr (...) strikt ja auch dieses ‚Ich trinke auch nur, wenn mein Kind schläft', also so dieses ich bringe erstmal alles hinüber, also ich mache alles fertig und DANN (...)." (I. 2, S. 7, Z. 21-24)

Aber auch dieser funktionelle Konsum birgt früher oder später wiederrum negative Konsequenzen für die Betroffenen. Deshalb kommen die Mütter zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit unterschiedlichstem Konsum in die jeweiligen Beratungseinrichtungen (vgl. I. 1, S. 5, ab Z. 30; I. 2, S. 7, ab Z. 36; I. 3, S. 6, ab Z. 6; I. 4, S. 9, ab Z. 21).

5.7 Einschneidende Lebensereignisse

Ein prägnantes Thema hinsichtlich einschneidender Lebensereignisse der Klientinnen ist das Thema Gewalt. Gewalterfahrungen unterschiedlichster Art, also körperliche, sexualisierte oder auch psychische, die die Klientinnen erfahren mussten und so zu einem oder mehreren einschneidenden Lebensereignissen führten. Des Weiteren führten der Verlust eines wichtigen Menschen, die Alkoholabhängigkeit der eigenen Eltern oder auch eigene (psychische) Erkrankungen der Klientinnen zu einschneidenden Lebensereignissen, die in den Beratungsstellen zur Sprache kommen. Weitere, aber weniger präsente Themen dazu waren Trennungen, beruflich-private-Doppelbelastungen oder Abtreibungen, die bei manchen Klientinnen ebenfalls zu einschneidenden Lebensereignissen führten (vgl. I. 1, S. 7, ab Z. 51; I. 2, S. 8, ab Z. 14; I. 3, S. 6, ab Z. 35; I. 4, S. 10, ab Z. 22).

> „‚Wenn du nicht aufhörst zu trinken, werde ich dich vernichten' (...), also solche Sätze, so wo dann (unv.) ja das hat der aber nicht wirklich ernst gemeint, also so. Es wird dann so abgewiegelt und so. Aber das ist so durchaus dann Alltag und für die Frauen ist es so (...) diese Gewalt zu erleben ist häufig so, ‚Ja ich verdien das ja auch irgendwie, weil ich bin ja auch schwierig', das ist das, was sie dann schon über Jahre gehört haben, Jahrzehnte." (I. 1, S. 6, Z. 16-20)

Natürlich ist es unterschiedlich, was genau bei welchem Menschen zu einschneidenden Lebensereignissen führt und wie genau diese damit umgehen, doch was sich durch die Analyse gezeigt hat und was auch eine Interviewpartnerin nicht nur für ihre Klientinnen, sondern darüber hinaus für die Klientinnen der gesamten Beratungsstelle zusammenfassen konnte war, dass die große Mehrheit der Mütter einschneidende Lebensereignisse erfahren haben (vgl. I. 1, S. 8, ab Z. 12).

5.8 Mutterschaft

Zu dem Thema Mutterschaft wurde durch die Auswertung der Interviews deutlich, dass vorherrschende Frauen- und Mutterbilder, gesellschaftliche Rollenerwartungen, wie auch das Bild der ‚guten Mutter' und wie diese zu sein hat, sehr präsent bei den Klientinnen sind. Das Bewusstsein über diese anforderungsgeladenen Mutterbilder in Kombination mit dem Bewusstsein über die eigene Alkoholkonsumstörung führt bei den Müttern zu einem extrem großen Druck und auch der Selbstverurteilung und Vorurteilen gegenüber sich selbst, auf Basis der gesellschaftlichen Normen und Erwartungen. Dazu finden sich aus unterschiedlichen Interviews sehr konkrete Auszüge zu den heutigen gesellschaftlichen Anforderungen an Mutterschaft:

> „So dieses da sind große Ansprüche und ich soll es richtig machen, ich muss es richtig machen und was ist das Richtige und gleichzeitig aber dieses vielleicht Ängste zu haben, wenn man eh mit Ängsten und Depressionen zu tun hat, kann das einen nochmal sehr viel stärker treffen. Und auch so dieses sie sind eher alleine damit. Ich glaube, das ist für viele ein großes Thema, dieses (...). Also ich kenne das von Frauen, dass sie dann sagen, ja ihr Mann macht sich morgens fertig für die Arbeit und sie macht die Kinder fertig, bevor sie zur Arbeit gehen, also selbst wenn da zwei, drei Kinder da sind. Der Mann steht auf, duscht, trinkt einen Kaffee und geht raus und sie weckt die Kinder, zieht die Kinder an, macht den Kindern Frühstück und bringt die Kinder weg, so und geht dann zur Arbeit. Also (...), das klingt dann so, als hätte sich nicht viel geändert, also so diese Belastung haben die Frauen und ich glaube, dass vielleicht heute so dieses nach Außen wird was anderes suggeriert, als in den Partnerschaften selber dann, was da passiert und es wird dann noch gesagt, ja aber es ist ja auch eure eigene Entscheidung oder wir haben lange überlegt und machen das so, weil alles andere wäre ja auch viel zu schlimm, um das zuzugeben." (I. 1, S. 8, Z. 36-48)

> „... natürlich die MUTTER, die ALLES macht, die IMMER da ist, immer ein offenes Ohr hat, NIE aggressiv reagiert, immer Verständnis zeigt, das ist ja das große Bild, was ja. Und damit sind die natürlich irgendwie zieht man das ja anscheinend auch mit der Muttermilch irgendwie auf oder man wird damit je älter man wird, konfrontiert. Und auch so diese Fragen, die sie sich manchmal stellen ‚Muss ich das jetzt wirklich noch leisten?' also das ist schon Thema in unseren Gesprächen, ..." (I. 2, S. 9, Z. 12-17)

„... und von der Mutter wird alles erwartet, dass man das gut (...) erfüllt (...). Und alles erfüllt und das ist ein sehr hoher Druck und sehr große Belastung für die Mütter (...)." (I. 4, S. 11, Z. 32-33)

Wie in anderen Auswertungskapiteln bereits angeschnitten, sind Schuld- und Schamgefühle, sowie ein schlechtes Gewissen, gerade für Mütter, ein sehr präsentes Thema. Da bei ihnen oft ein Abgleich der eigenen Mutterschaft mit gesellschaftlichen Idealen stattfindet, auch wenn diese Ideale mindestens in Teilen so nicht umsetzbar sind, entwickeln einige Mütter fast eine Art des Perfektionismus in der Ausübung ihrer Mutterrolle. Wenn man als Mutter den Anforderungen und Idealen entspricht, erhält man Anerkennung und wird gut angesehen, da man als Reproduktionselement der Gesellschaft dient, was gleichzeitig aber auch als Schutzschild für die Konsumstörung der Mutter dienen kann. Wenn diesen Anforderungen nicht entsprochen wird, müssen Mütter immer noch mit Abwertung und Verurteilung unterschiedlichen Ausmaßes rechnen (vgl. I. 4, S. 11, ab Z. 15).

> „Genau (...) sonst zeigt sich das eben viel in diesen Schamgefühlen und Schuldgefühlen, also das (...) würde ich sagen ist schon bei den Müttern immer NOCH MEHR vertreten so, also das ist schon so ein generelles Thema bei Abhängigkeiten und Konsumstörungen, aber bei den Müttern würde ich sagen, ist es schon noch größer, also so Schuld und Scham, gerade wenn sie dann zum ersten Mal dann hier sind." (I. 3, S. 7, Z. 49-53)

Diese Sorgen zur Verbesserung und Optimierung der eigenen Mutterrolle, die Selbstzweifel und Vorwürfe sich selbst gegenüber werden dann oft noch verschärft, wenn die Klientinnen eigene vergangene Themen mit ihrer Mutter haben. Denn bei manchen beginnt mit Eintritt in die eigene Mutterschaft eine Reflexion der eigenen Kindheit und auch der eigenen Mutter, wodurch auch negative Erfahrungen, Gefühle oder Erinnerungen wieder präsenter werden und so auch die Gegenwart und eigen gelebte Mutterschaft dann beeinflussen. Dies geschieht auf unterschiedliche Weise, manche Klientinnen möchten den als Kind selbst erlebten Kreislauf für ihre Kinder durchbrechen, andere reagieren nach der Realisation der Mängel aus der eigenen Kindheit zunächst mit emotionaler Unreife und wieder andere möchten eigenes Fehlverhalten als Mutter verändern und es für ihre Kinder wieder gut machen. Dies ist nicht bei allen Müttern der Fall, da auch nicht alle Mütter diese Themen aufweisen, doch für einzelne finden diese Prozesse statt und beeinflussen sie entsprechend in ihrer Mutterrolle (vgl. I. 1, S. 3, ab Z. 3; I. 1, S. 9, ab Z.18).

Eine andere Erkenntnis aus der Analyse ist, dass nicht jede Frau bzw. Klientin für ‚die Mutterrolle' gemacht ist und diese so genießt, wie es ihr von anderen versprochen oder angekündigt wurde, was ebenfalls ein großes Tabuthema ist und selten so benannt wird (vgl. I. 1, S. 11, ab Z. 46). Dementsprechend wird mit den Klientinnen auch an individuellen Lebensformen und –modellen gearbeitet, um damit besser umgehen zu können, wie beispielsweise Wechselmodelle, bei denen die Hauptsorgezeit nicht bei der Mutter, sondern bei dem anderen Elternteil liegt oder ein wochenweises Wechselmodell (vgl. I. 3, S. 3, ab Z. 47).

Welche Rolle Mutterschaft und die Identität als Mutter jeweils im Leben der Frauen einnimmt ist sehr unterschiedlich, doch der mit Mutterschaft verbundene Druck und Anforderungen nehmen die Klientinnen alle wahr. Zudem wurde aus den Expertinnen-Interviews deutlich, dass die allermeisten Klientinnen eine gute Mutter sein wollen, aber einfach in unterschiedlichen Bereichen Unterstützung benötigen, die andere ihnen oder sie sich selbst verwehrten (vgl. I. 1, S. 12, Z. 33-38; I. 2, S. 3, ab Z. 43; I. 3, S. 5, Z. 49 - S. 6, Z. 4; I. 4, S. 13, ab Z. 8).

Die Stigmatisierung von Müttern mit Alkoholkonsumstörung fällt stärker aus als die Stigmatisierung von Vätern mit Alkoholkonsumstörung. Konkret heißt das, dass eine Konsumstörung bei Vätern weniger verurteilt und eher akzeptiert wird, als dies bei Müttern mit Konsumstörung der Fall ist (vgl. I. 2, S. 9, ab Z. 30; I. 3, S. 7, ab Z. 46). Zudem trifft das gesellschaftlich vorherrschende und gezeichnete Bild einer alkoholkranken Mutter nicht auf die Realität von Müttern mit Alkoholkonsumstörung zu (vgl. I. 2, S. 13, ab Z. 19).

5.9 Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsum

Hinsichtlich der Betrachtung von Dynamiken zwischen den Bereichen Mutterschaft und Alkoholkonsum hat sich gezeigt, dass in beide Richtungen Dynamiken stattfinden, die sich manchmal auch abwechseln. Also dass Mutterschaft bzw. die mit Mutterschaft verbundenen Anforderungen sowohl als Auslöser oder Verstärkung des Konsums wirken können, aber die Mutterschaft und die Kinder auch als Motivation zur Konsumreduktion wirken kann.

> „Also ja, irgendwie es gibt eben dieses sowohl als auch, also Mutterschaft kann dazu führen, dass/also aufgrund dieser ganzen Aufgaben, dass Konsum überhaupt stattfindet oder es kann genauso Motivator sein, das zu reduzieren. Oder BEIDES, also mal ist das eine da, mal das andere (...), ja." (I. 3, S. 9, Z. 13-16)

Diese entstehende Dynamik zwischen den Bereichen lässt sich wie folgt näher beschrieben. Die Mütter erleben oft ein Gefühl von Machtlosigkeit, Überforderung und Verzweiflung, bewältigen diese mit Alkohol, wodurch große Schuld- und Schamgefühle entstehen. Dadurch wird aber wiederum auch der Blick auf mögliche Veränderungsperspektiven versperrt, wodurch die Situation noch auswegloser scheint und dann noch mehr konsumiert wird. Dieser Kreislauf fällt gerade für Mütter noch schwerwiegender aus, da diese sich in ihren Situationen noch gefangener fühlen, als beispielsweise kinderlose Frauen und zudem besonders große Angst vor der mit Veränderung verbundene Offenbarung haben, da die meisten Mütter fürchten, dass ihnen ihr Kind oder ihre Kinder weggenommen werden. Diese Angst der Herausnahme der Kinder, die sie oft maßgeblich daran hindern, sich Hilfe zu suchen, führt ebenfalls zur negativen Verstärkung des Trinkverhaltens (vgl. I. 1, S. 10, ab Z. 28; I. 2, S. 10, ab Z. 18).

In Zusammenhang mit den bereits erwähnten Mutterbildern gilt es zu ergänzen, dass die Anforderungen an Mütter und Mutterschaft sehr hoch und in den letzten Jahren sogar noch gestiegen sind, was auch die Dynamik nicht abschwächt, sondern eher verschärft, wenn auch die Anforderungen und der Maßstab noch weiter gehoben werden.

> „Ja so ne Spirale, die so, ja eine Abwärtsspirale. Und ich glaube, dass sowas, also die Anforderungen an Mutterschaft, die sind ja jetzt auch nicht eher gesunken (lacht) sondern, die sind ja eher noch gestiegen, also." (I. 1, S. 10, Z. 48-50)

Dazu äußert eine Expertin auch, dass die Betroffenen selbst das Gefühl haben, gescheitert zu sein, sowohl hinsichtlich ihres Konsums als auch hinsichtlich ihrer Mutterschaft, da sie in beiden Fällen nicht der gesellschaftlichen Norm und Ideal entsprechen:

> „Ja und dass eben (...) es in beiden Themen ja auch sowas gibt von Scheitern ist da so, also so (...), also das sind Worte, die die Frauen verwenden. So, wo ich so merke, da möchte ich unbedingt auch weg von, also dieses Scheitern und Versagen und ich bin nicht gut genug und ja, dass es so um Perfektion dann da auch geht. Also nur wenn man perfekt ist, ist man gut (...), ja (...). Was ja (...), wie soll ich sagen, nicht zu schaffen ist, also und ist ja auch die Frage, also was ist eine perfekte Mutter, also." (I. 1, S. 11, Z. 2-6)

Zudem hat sich gezeigt, dass viele Mütter konsumieren, weil sie meinen, sie müssten alles alleine schaffen, obwohl es nicht oder nicht mehr zu bewerkstelligen ist und den Müttern zu viele und zu

starke Belastungen begegnen und sie mehr Unterstützung bräuchten. Somit ist der Konsum eine Art der Bewältigung mit den Anforderungen und Überforderungen im Kontext von Mutterschaft umzugehen. Das Denken der Mütter, alles allein schaffen zu müssen rührt nicht etwa aus Starrköpfigkeit oder ähnlich selbstverschuldetem Verhalten oder Denkweisen, was man leichtfertig unterstellen könnte, sondern dieses Denken ist ebenfalls direkt auf die Idealvorstellungen einer ‚guten Mutter' und den Mutterschaftsanforderungen zurückzuführen.

> „Das heißt das spielt eine große Rolle in diesem ganzen Genesungsprozess von der Abhängigkeit oder von dem Konsummuster, also auch wie ich eben meinte, die Mutter, die dann das Kind bei sich hat und eigentlich davon überfordert ist, das aber nicht zugeben kann oder will, weil sie muss es ja eigentlich hinkriegen so, also so erzählt sie es halt, sie als Mutter müsste das doch eigentlich hinkriegen und trotzdem geduldig bleiben, die dann halt aus dem Grund ja auch konsumiert, das heißt also, das spielt schon immer da mit rein. Also was sind so Erwartungen an die Rolle der Mutter (...) genau." (I. 3, S. 7, Z. 39-44)

Mutterschaft und entsprechende Erwartungen spielen eine wichtige Rolle im Genesungs- und Abstinenzprozess, denn dass sich der Konsum dauerhaft verändern kann, muss sich auch das Familiensystem, das Umfeld und die Umstände verändern, in welchem sich die Mutter befindet und welches sie oft maßgeblich alleine aufrechterhält. In diesem System befinden sich oft belastende Faktoren, wie beispielsweise Kindererziehungsaufgaben, welche eine entscheidende Rolle hinsichtlich des Konsums spielen. Zusätzlich bedarf es der Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien für diese und andere Belastungen und Herausforderungen im Leben der Klientinnen, um den beschriebenen Kreislauf mit seinen wechselseitigen Dynamiken nachhaltig zu durchbrechen. Dazu sagen die Expertinnen:

„Also daran muss sich dann halt auch was verändern, an diesen Überforderungen und. Damit der Konsum auch wirklich verändert bleiben kann, also da sehe ich eine große Dynamik (...)." (I. 3, S. 8, Z. 49-51)

> „Also ich glaube, dass das Schlimme ist bei diesen beiden Themen, dass sich da so eine Dynamik entwickelt, dass die Frauen in so eine Spirale geraten von ‚Das ist furchtbar, aber ich und ich kann nichts ändern'. Und (...) dass so der Blick durch den Konsum versperrt wird auf das was vielleicht möglich wäre, weil das liegt ja eindeutig am Konsum, also. So das ist so unsere Erfahrung grundsätzlich, nämlich dass Konsum Veränderung verhindert, weil eben Schuld und Scham so eine große Rolle spielen und das sind Gefühle, die man wieder weghaben will, deshalb steigt man wieder in den Konsum ein." (I. 1, S. 10, Z. 28-33)

> „Und ich glaube, die Frauen fühlen sich dadurch auch nochmal, ich sag mal gefangener, weil sie Kinder haben, weil es dadurch noch unaussprechlicher ist, weil es dadurch noch schlimmere Konsequenzen ja haben kann. Die Frauen haben Angst, dass man ihnen die Kinder wegnimmt. Ob jetzt nur irgendwie, dass der Mann damit droht oder dass sie denken, das Jugendamt kommt und nimmt ihnen die Kinder weg. Also, diese Angst, die da über denen schwebt, was mach ich hier und das was ich mache, kann das dazu führen, dass ich meine Kinder verliere. Das ist natürlich (...) ganz schlimm, weil das wirklich so eine Wechselwir/weil das ist so furchtbar, das fühlt sich so furchtbar an, dass sie dann noch mehr trinken, also, dass ist so (...)" (I. 1, S. 10, Z. 36-43)

5.10 Besondere Bedarfe im Kontext der Arbeit mit diesen Klientinnen

In der Arbeit mit Müttern mit Alkoholkonsumstörungen sind die Expertinnen auf unterschiedliche Bedarfe im Kontext ihrer Arbeit eingegangen, welche in Teilen deckungsgleich, in anderen Teilen wiederrum auch sehr unterschiedlich ausfielen, da auch regional bedingte Unterschiede dabei als Faktoren mitspielen.

Einig waren die Interviewpartnerinnen sich darin, dass spezialisierte Angebote, gerade wie frauen- oder auch mütterspezifische Angebote, die es bereits gibt, weiter ausgebaut werden sollten und zusätzlich neue und gegebenenfalls noch passgenauere Hilfen entwickelt werden sollten. Zudem sollten die bestehenden und künftigen Hilfen niedrigschwelliger gestaltet werden (vgl. I. 1, S. 13, ab Z. 33; I. 2, S. 12, ab Z. 39; I. 4, S. 17, ab Z. 39).

Ein konkretes Beispiel formulierte eine Expertin sehr deutlich:

> „Also der Entzug für Mütter mit Kindern ist geschlossen worden, der fehlt. Weil gerade, wenn Frauen alleinerziehend sind, wenn die hier keine Großeltern oder kein wirklich gutes soziales Netz haben, wo geht dann ein Kind hin, (...) ja. Also das ist einfach, gerade wenn die Kinder sehr klein sind und eine Frau einen Entzug machen möchte, wo geht die mit ihrem einjährigen Kind hin (...). Also, dass es da die Möglichkeit gibt, einen Entzug zu machen, mit Kind in irgendeiner Form." (I. 1, S. 13, Z. 21-25)

Außerdem bräuchte es generell mehr Schutzräume für Frauen und die traumasensible Arbeit, gerade im Kontext frauenspezifischer Angebote, sollte ausgebaut werden. Eine Beraterin wünscht sich auch, dass angehende Beraterinnen gut und umfassend ausgebildet werden, sowie dass diese oder auch bereits praktizierende Beraterinnen umfassende Weiterbildungen zu Themen wie Trauma oder Dissoziation erhalten (vgl. I. 4, S. 10, Z. 34-36 und Z. 50-52).

Außerdem hat sich in der Analyse der Interviews das Thema Angst und das Misstrauen der betroffenen Mütter der Suchthilfe, dem Hilfesystem, aber allem voran dem Jugendamt gegenüber als sehr präsent herausgestellt. Diese Angst und Unsicherheit darüber, wie in Beratungsstellen gearbeitet wird, sowie die große Sorge vieler Mütter, dass das Jugendamt ihnen die Kinder wegnimmt, hindert sie daran, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. In Teilen hat sich diese Angst oder andere negative Erfahrungen im Kontakt mit dem Jugendamt für die Mütter bereits bewahrheitet, was auch auf die oftmals andere Haltung und Einstellung von Jugendämtern den Klientinnen gegenüber zurückzuführen ist. Diese in Teilen akute Problematik haben auch die Beraterinnen erkannt und aufgegriffen und haben dabei zwei konkrete Lösungsvorschläge formuliert. Die Haltung anderer Institutionen, gerade des Jugendamtes, aber beispielsweise auch der Polizei gegenüber den Müttern und Klientinnen von Suchthilfeeinrichtungen muss sich verändern und verbessern, dazu bedarf es umfassende Schulungen. Denn die Parteilichkeit in der Arbeit mit Müttern mit Alkoholkonsumstörung ist ein sehr wichtiger Faktor für das Vertrauen der Mütter dem Hilfesystem gegenüber, weshalb diese von den frauenspezifischen Beratungsstellen auch auf andere oft mit eingebundenen Institutionen ausgeweitet werden sollte. Dadurch kann dann, gerade in Beratungsstellen

eine ehrliche und von Vertrauen geprägte Arbeit geleistet werden, was letztendlich auch förderlich für das Kindeswohl ist, da dann auch über solche Themen in der Beratung gesprochen werden kann, ohne dass die Angst der Mütter dies zu einem Tabuthema macht. Die Mitarbeiterinnen der unterschiedlichen Beratungsstellen wünschen sich auch, trotz der unterschiedlichen Standorte, unabhängig voneinander mehr Interesse, Verständnis und Kooperation mit anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, gerade eben der Jugendhilfe, wobei sich das meist nicht so leicht gestaltet, da dort oft andere Werte und Vorstellungen, gerade zu konsumverbundenen Themen herrschen. Dabei haben alle Expertinnen aber die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Kooperation mit anderen Fachbereichen betont und auch ihre potenziellen Vorteile hervorgehoben. Denn nur dadurch können noch bessere und passgenauere Hilfen entwickelt und umgesetzt werden, was letztendlich sowohl zum Vorteil der Mutter als auch zum Vorteil des Kindes ist (vgl. I. 4, S. 16, Z. 8-15; I. 3, S. 10, ab Z. 26, I. 2, S. 11, ab Z. 19; I. 1, S. 12, ab Z. 7).

Transparenz, Vertrauen, Mitbestimmung und eine klare Kommunikation sind für die Expertinnen essenzielle Werte und Richtlinien für eine gute, gelingende und wertschätzende Zusammenarbeit mit den Müttern. Einer Beraterin helfen auch genau diese Werte, in ihrer Arbeit nicht in ein Dilemma-Empfinden zu geraten, da das Vertrauensverhältnis und auch die Kommunikation zu Entscheidungen oder Handlungen der Beraterin ganz klar sind (vgl. I. 2, S. 10, ab Z. 37 und S. 12, Z. 5-8). Generell äußerten alle vier Interviewpartnerinnen, dass sie kein wirkliches Dilemma-Empfinden in ihrer Arbeit erleiden, auch nicht in der Kooperation mit anderen Institutionen. Die Gründe dafür waren, dass sie eine klare Haltung haben, dass sie in der Kommunikation mit den Klientinnen auf Transparenz und klare Kommunikation setzen und zusätzlich viele Möglichkeiten für Rückhalt, Austausch und Beratung in den Einrichtungen haben und so mit eventuellen Unsicherheiten oder aufkommenden Dilemmasituationen gut und direkt umgehen können (vgl. I. 3, S. 9, ab Z. 30; I. 4, S. 10, ab Z. 5).

Ergänzend zu der Thematik möglicher Dilemmata in der Arbeit nannten zwei Beraterinnen zwei andere Situationen, die bei ihnen am ehesten zu einer Art Dilemma-Empfinden führen, an sich aber nichts mit ihrer Parteilichkeit oder der Kooperation mit anderen Institutionen zu tun hat:

> „Meine Vorstellung ist sehr klar, Werte- und Moralsystem ist sehr klar, der Schutz der Kinder ist für mich sehr klar, nur diese hohe Ansprüche sind ein Dilemma für mich. Also wo ist jetzt die Grenze (...), dass ich die Frau in Schutz nehmen muss und wo ist die Grenze, wo wir das zum Jugendamt öffnen müssen und wie machen wir das." (I. 4, S. 16, Z. 30-33)

> „Und das Dilemma ist dann eher manchmal, was ist wirklich Kindeswohlgefährdung und was ist miserable Erziehung, wie es genannt wird, ja. Also das finde ich, ist ein Dilemma, weil das auch schwer auszuhalten ist." (I. 1, S. 13, Z. 7-9)

Doch trotz all der klaren Haltungen, Vorgaben und reflektierter Parteilichkeit der Beraterinnen ist dennoch das Thema Kindeswohl immer auch präsent in ihrer Arbeit mit Müttern mit Alkoholkonsumstörung, da auch sie als Beraterinnen der Suchthilfe sensibel für dieses Thema sein müssen und

sind. Dennoch wurde in den Interviews des Öfteren deutlich, dass es oft nicht leicht ist und es sich um eine Art Gratwanderung handelt, wann individuell tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Dabei ist es gerade in der Arbeit mit gesellschaftlich hochstigmatisierten Klientinnen sehr wichtig, keine falschen Meldungen oder Entscheidungen hinsichtlich Kindeswohlmeldungen zu treffen, aber eben auch nicht das Wohl des Kindes aus den Augen zu verlieren, dies wird von manchen Interviewpartnerinnen als eine zum Teil komplizierte Aufgabe beschrieben. Eine Expertin sagte dazu:

„Inwieweit tragen wir halt auch mit einer Kindeswohlmeldung zur Stigmatisierung dieser Person bei." (I. 2, S. 11, Z. 18)

Des Weiteren wünschen sich die Expertinnen, dass künftig mehr aus der Perspektive der betroffenen Mütter selbst gearbeitet und geforscht wird. Damit einhergehend wurde auch der Wunsch geäußert, dass sowohl Konsumstörungen generell, aber gerade auch in Kombination mit Mutterschaft entstigmatisiert wird. Denn das oft vorherrschende Bild der ‚alkoholkranken Mutter' trifft in der Realität so meist überhaupt nicht zu. Diese Vorstellung sollte entstigmatisiert und pluralisiert werden. Zudem gilt es die Existenz dieser Familien, also Familien in denen Konsumstörungen existieren, anzuerkennen da diese kein Randphänomen sind, sondern weit verbreitet (vgl. I. 2, S. 13, ab Z. 18; I. 3, S. 10, ab Z. 17).

> „... und auch da mal das Bild von alkoholkranken MÜTTERN, das klingt ja schon/das zu verändern und das ist so interessant, das würde ich gerne noch kurz sagen. Wenn die Menschen zum ersten Mal zu uns in die Gruppe kommen und dann im Einzel wieder sind und dann sagen sie ‚Die sehen ja alle ganz normal aus. Die gehen alle ihren Weg' dann hab ich gesagt ‚Ja, so wie Sie.' also was haben sie je/also und das ist interessant, dass selbst diese Personen das Bild vom (...) ABGEFUCKTEN Menschen haben (...), was sie gar nicht sind, weil es gar nicht das ist, was Alkohol/riskanter Konsum ja auch sein kann." (I. 2, S. 13, Z. 19-25)

Eine Beraterin hat im Interview auch darauf hingewiesen, dass Beraterinnen in Suchthilfeeinrichtungen in der Arbeit mit suchtbelasteten Müttern selbst ganz andere Ressourcen benötigen, als es in der Arbeit mit suchtbelasteten Frauen ohne Kinder der Fall ist. Dies liegt zum einen an der besonderen Verantwortungsposition, immer auch das Kindeswohl mit im Auge zu haben und zum anderen an den zum Teil schlimmen Erlebnissen, die die Beraterinnen erzählt bekommen, die entweder die Mutter oder das Kind erlebt haben (vgl. I. 1, S. 14, ab Z. 37).

Übergreifend wünschen sich die Expertinnen eine Entbürokratisierung und Vereinfachung der Genehmigungsprozesse, multiprofessionelle Teams und eine bessere Finanzierung der Suchthilfe (vgl. I. 2, S. 12, ab Z. 22; I. 4, S. 17, ab Z. 39; I. 1, S. 12, ab Z. 45).

Zudem wurde auch deutlich, dass das Thema, auch aus Sicht von Expertinnen, unterbelichtet ist und mehr Aufmerksamkeit benötigt, damit es sich öffentlichkeitswirksam etablieren und verändern kann (vgl. I. 2, S. 13, ab Z. 16; I. 3, S. 10, ab Z. 17).

Eine Interviewpartnerin formuliert dazu, dass sich die gesellschaftlichen Wertevorstellungen und das Moralsystem diesbezüglich verändern sollten und müssten, um diese und ähnliche Tabuthemen aufbrechen und verändern zu können.

„In erster Linie ist die moralische Vorstellung und das Wertesystem unserer Gesellschaft notwendig, dass sich das verändert (...)." (I. 4, S. 17, Z. 35-36)

Die gesamte Thematik ist gesamtgesellschaftlich zu verorten und deshalb muss das Thema auch entsprechend auf dieser Ebene behandelt und angegangen werden. Eine Expertin benennt genau diesen Wunsch der gesamtgesellschaftlichen Veränderung abschließend im Interview (vgl. I. 3, S. 10, Z. 24-26).

6 Abschließende Betrachtung und Reflexion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vorgestellten Ergebnisse abschließend betrachtet und reflektiert.

Zwischen den beiden Bereichen lassen sich Dynamiken feststellen, welche nicht nur einseitig, sondern in beide Richtungen wirken. Denn Mutterschaft und die damit verbundenen Anforderungen, Aufgaben und der Druck, dem zu entsprechen, kann einerseits als Konsumsteigerung oder -motiv dienen. Andererseits kann Mutterschaft bzw. die Kinder aber auch eine Motivation für die Mutter sein, den Konsum zu reduzieren. Doch die Komplexität der Thematik zeigt sich dabei wieder darin, dass sich diese beiden Phasen bei den Betroffenen auch abwechseln können. Zu der Gewichtung hinsichtlich Konsummotivation und Abstinenzmotivation von Mutterschaft lässt sich keine eindeutige Verteilung feststellen. Dennoch hat sich zumindest basierend auf den Ergebnissen dieser Forschung gezeigt, dass die sich gegenüberstehenden Wirkweisen oft nicht in Balance liegen, sondern häufig der Aspekt der Konsumsteigerung durch an Mutterschaft geknüpfte Anforderungen überwiegen. Dies gilt zumindest für die Anfangssituationen der Mütter, sprich zu Beginn des Hilfeprozesses und für diese Forschung. Die individuelle Gewichtung im persönlichen Leben der Mütter und wie diese sich wandeln können ist sehr unterschiedlich.

Diese Dynamiken sind nicht zu pauschalisieren und treffen auch nicht auf alle Mütter mit Alkoholkonsumstörung in gleichem Maße zu, da die Realitäten und Lebenssituationen von Müttern mit Alkoholkonsumstörung sehr divers sind. Dennoch sind sie nicht zu unterschätzen, da sie eine wichtige Rolle in der Entstehung, Aufrechterhaltung und auch der Abstinenzphase von Alkoholkonsumstörungen unterschiedlicher Art bei Müttern haben. Die beschriebene spezielle Dynamik, welche auch nicht selten in einer Spirale der gegenseitigen Verstärkung der beiden Themenbereiche mündet, ist auf die Kombination und das Aufeinandertreffen von Mutterschaft und Alkoholkonsumstörung zurückzuführen. Denn deutlich wurde auch, dass konsumierende Mütter in Abgrenzung zu konsumierenden kinderlosen Frauen, nochmals anders von Stigmatisierung, Scham- und Schuldgefühlen und infolgedessen auch von Isolation betroffen sind und so später und schwerer an Hilfe

gelangen. Auch in Abgrenzung zu Vaterschaft hat sich gezeigt, dass für konsumierende Väter die Stigmatisierung ebenfalls nicht so hoch ausfällt wie für konsumierende Mütter, weshalb auch die Verknüpfung von Elternschaft und Konsumstörung für die Hintergründe dieser Dynamik zurückgestellt werden kann. Die Dynamik, die sich aus dem expliziten Zusammenspiel von Mutterschaft und Alkoholkonsumstörung ergibt, könnte sich mit den an Frauen und Mütter gestellten gesellschaftlichen und patriarchal geprägten Anforderungen und Idealen erklären lassen. Hinsichtlich der spiralartigen Dynamik zwischen Bewältigungsversuchen mit Alkoholkonsum, Scham und Isolation ist es notwendig zu ergänzen, dass die Schuld- und Schamgefühle, die durchgehend eine sehr präsente Rolle spielen, maßgeblich durch gesellschaftliche Moral- und Idealvorstellungen geprägt und so auch erzeugt werden. Denn wäre das Ideal ein anderes oder niedriger, so wäre auch das Abweichen davon weniger drastisch und die sich daraus ergebende Scham geringer.

Eine weitere klare Erkenntnis aus der Analyse, welche bereits kurz angeschnitten wurde, liegt darin, dass es nicht die eine alkoholabhängige Mutter gibt, sondern dass die Lebensverhältnisse, Umstände, sozialen Kontakte und Geschichten der Mütter ausgesprochen vielfältig sind und sowohl alle sozialen Schichten als auch alle anderen Hintergründe umfasst. Daran anknüpfend lässt sich auch festhalten, dass das gesellschaftlich vorherrschende Bild einer ‚alkoholkranken Mutter' so auf die allermeisten Betroffenen nicht zutrifft.

Dennoch gibt es Themen, die bei Müttern mit Alkoholkonsumstörung, trotz ihrer Diversität, gehäuft auftreten. Dazu zählen das Erleben von zum Teil schweren oder andauernden Belastungen, psychischen Erkrankungen, das Erfahren einschneidender Lebensereignisse oder auch das Bewusstsein über Mutterschaftsideale und andere moralische Normen, die für sie als Frau und Mutter in dieser Gesellschaft gelten. Was die Gruppe der Mütter mit Alkoholkonsumstörungen außerdem teilt, ist ihr Einsatz von Alkohol als Bewältigungsstrategie für unterschiedliche Belastungen, Anforderungen oder Traumata, also die Funktionalität des Konsums. Die Bewältigung von Traumata ist meist nicht direkt oder nicht mit der Mutterschaft der Frauen verknüpft, dennoch lohnt sich hierbei der Gedanke an patriarchale Gewalt, welche Frauen viel häufiger und stärker betrifft und zum Beispiel durch Gewalterfahrungen auch zu Traumata führen kann. So ist hierbei nicht Mutterschaft die Ursache für die Notwendigkeit der Bewältigung, sondern das Frau-Sein selbst. Ganz anders verhält es sich bei den Anforderungen und Belastungen, die die Mütter mit Alkohol zu bewältigen versuchen, denn diese entspringen oft direkt den vorherrschenden Mutteridealen und -bildern, weshalb diese auch explizit mit Mutterschaft verbunden sind. Doch auch in ihren prekären Lagen versuchen die meisten Mütter dennoch so gut es geht, dem Ideal zu entsprechen und für ihre Kinder eine möglichst gute Mutter zu sein und trinken meist erst nach getaner Arbeit und wenn die Kinder schlafen, um den Druck und Stress abzubauen. Dadurch, dass die Mütter meist in diesen Dynamiken und Spiralen gefangen sind, sich der Konsum und die Anforderungen also fast gegenseitig aufrechterhalten, ist es sehr schwer, gerade mit begrenzten Ressourcen, andere

Bewältigungsstrategien aufzubauen und zu nutzen, wodurch die Funktion des Alkohols im Leben der Mütter noch gefestigt wird.

Mit Blick auf das Feld der Sozialen Arbeit lässt sich festhalten, dass Mütter mit Alkoholkonsumstörungen vor allem vorurteilsfreie Hilfe und Unterstützung benötigen, von ihrem Umfeld und von sozialprofessionellen Einrichtungen und dem Hilfesystem. Denn der Konsum entsteht und besteht aufgrund von aktuellen und vergangenen Be- und Überlastungen unterschiedlichen Ursprunges. Zusätzlich hindern Mutterideale, zum Beispiel der Gedanke, man müsse mit allen Anforderungen und Aufgaben selbst zurechtkommen, aber auch die generelle Stigmatisierung von Konsumstörungen, gerade Mütter daran, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Ein weiterer Hinderungsfaktor ist die beinahe omnipräsente Angst der Mütter vor dem Jugendamt und allem voran vor der Herausnahme der Kinder aus der Familie. Dieses in den Köpfen gefestigte Bild des Jugendamtes kann sich nur verändern, wenn auch das Jugendamt selbst, genauso wie andere Institutionen, daran arbeiten, ihre Haltung gegenüber Konsument*innen und damit langfristig auch ihre Außenwirkung zu verändern. Dadurch könnten Mütter, auch die mit Alkoholkonsumstörung, angstfreier mit dem Jugendamt in Kontakt treten. Diese gezeichnete Entwicklung hätte für alle Beteiligten nur Vorteile, denn durch eine bessere Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe könnten die besten und passgenausten Hilfsangebote für suchtbelastete Familien entworfen werden. Dadurch könnte auch das Wohl der Kinder und das Wohl der Mütter bestmöglich Beachtung finden und die Kinder genau aufgrund der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt in den Familien bleiben, statt herausgenommen zu werden. Denn unabdingbar ist die Suche nach Entlastung für die Mütter, das Setzen und Beachten der eigenen Grenzen und die Entwicklung und Festigung von alternativen Bewältigungsstrategien. Denn die Ursprünge und Dynamiken ziehen sich bis auf gesamtgesellschaftliche, politische und kulturelle Ebenen, sie enden und beginnen nicht einfach im Privaten bei der Mutter oder der Frau selbst. Dementsprechend braucht es zur Bearbeitung dieser komplexen Themen mehr als nur viel persönliches Engagement oder Willensstärke, es Bedarf politischen Willen, strukturelle Veränderungen und der Wandel gesellschaftlicher Vorstellungen.

Mit Blick auf die vorangegangene theoretische Ausarbeitung lassen sich einige Parallelen und Übereinstimmungen zwischen der empirischen Forschung und den zuvor theoretisch erarbeiteten Erkenntnissen feststellen. Gerade hinsichtlich der Mutterrolle hat sich gezeigt, dass diese im Kapitel 2.1 ausführlich dargestellte Konstruktion im Leben der Mütter mit Konsumstörung eine präsente Rolle spielen, auch wenn natürlich nicht in der dargestellten Ausführlichkeit. Aber auch anknüpfend an das bio-psycho-soziale Modell hat sich anhand der Forschung nochmals bestätigt, wie relevant der soziale Aspekt, unter welchen auch das Geschlecht oder die Mutterrolle fällt, für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholkonsumstörungen ist. Die im Theorieteil zu Müttern mit Alkoholkonsumstörung sich andeutende und herauskristallisierende Komplexität der Zusammenhänge haben sich durch die Forschung nur bestätigt und sogar um neue Aspekte erweitert. Zudem wurde

durch die Forschung auch die Rolle und das Auftreten von einschneidenden Lebensereignissen und psychischen Erkrankungen bei Müttern mit Alkoholkonsumstörung deutlich. Dies klang in der Literatur und der theoretischen Ausarbeitung des Themas zwar an, jedoch nicht mit der in der Forschung herausgestellten Relevanz und Intensität. Die Bedarfe im Kontext der Arbeit mit Müttern mit Konsumstörung ist sehr aufschlussreich und bietet weitere hilfreiche und ausführlichere Erkenntnisse, wie beispielsweise die Rolle des Jugendamtes und dessen Außenwirkung, so wie das damit in Teilen verbundene Hindernis der Mütter, an das Hilfesystem angegliedert zu werden. Auf die konkreten Dynamiken für und zwischen den Bereichen wurde in der Literatur für die Perspektive der Mütter kaum bis keine Erkenntnisse oder Forschungen gefunden, sodass die Erkenntnisse der Forschung zu Zusammenhängen und Dynamiken, trotz der damit verbundenen weiteren Komplexität, sehr erkenntnisreich sind. Zudem hat die Forschung den von der Verfasserin angeklagten Mangel bestätigt, dass es sich bei dem Thema, gerade mit Perspektive auf die betroffenen Mütter, um ein zu wenig erforschtes und unterbelichtetes Feld handelt, was in Anbetracht der anhaltenden Aktualität und Verbreitung des Themas in der Gesellschaft, nach wie vor erstaunlich ist.

Zusammenfassend hat die Forschung viele aus der theoretischen Ausarbeitung begonnenen Erkenntnisse und Vermutungen zu diesem umfassenden Themenkomplex vertiefen, ergänzen und bestätigen können. Außerdem hat die Forschung fehlende Erkenntnisse, vor allem zu den Dynamiken zwischen Mutterschaft und Alkoholkonsumstörungen geliefert, die so in der Fachliteratur nicht behandelt wurde, auch wenn diese nicht abschließend erforscht werden konnten. Zudem konnten auch noch weitere wichtige Bedarfe für die Soziale Arbeit und das Hilfesystem für die Arbeit mit Müttern mit Alkoholkonsumstörungen erarbeitet werden.

7 Schlussbetrachtung

Im Rahmen dieser Arbeit ließen sich eindeutig Dynamiken zwischen den Bereichen Mutterschaft und Alkoholkonsumstörungen feststellen. Diese sind zudem relevant für die Entstehung, Aufrechthaltung und Abstinenzphase von Alkoholkonsumstörungen im Leben von Müttern. Gleichzeitig sind die genauen Wirkweisen der Dynamiken von Person zu Person sehr unterschiedlich und nicht zu pauschalisieren, was auch an der generellen Diversität der Personengruppe Mütter mit Alkoholkonsumstörung liegt. Vielleicht liegt die Komplexität des Themas genau darin, dass es phasenweise Eindeutigkeiten gibt, andererseits aber auch sehr große Unterschiede und Vielfältigkeit innerhalb einem oder mehreren Aspekten dieses Themas.

Mutterschaft bzw. vielmehr die damit verbundenen Anforderungen, Erwartungen und Druck können als Konsummotiv oder sogar -auslöser agieren, gleichzeitig kann Mutterschaft bzw. die damit verbundenen Kinder auch als Motivation zur Konsumreduktion der Mutter dienen. Manchmal wechseln sich diese Motive und Motivationen aber auch phasenweise ab. Der Konsum kann auch dazu genutzt werden, dem Ideal der ‚guten Mutter' eher zu entsprechen, indem die Mütter durch ihren

Konsum den Anforderungen oder Bedürfnissen ihrer Kinder gelassener oder geduldiger begegnen können, ein Beispiel dafür waren Kinder mit ADHS-Symptomatik. Dennoch begeben sich die Mütter durch den auf sie wirkenden Druck dadurch auch auf einen sehr schmalen Grat, denn der Konsum kann auch leicht dazu führen, die Bedürfnisse der Kinder nicht mehr richtig deuten und so den Kindern nicht angemessen begegnen zu können. Die Gewichtung der Wirkweisen in die eine oder andere Richtung ist ebenfalls nicht abschließend eindeutig zu beantworten. Im Rahmen dieser Arbeit wurde aber deutlich, dass zwar durchaus Dynamiken in beide Richtungen festzustellen sind, jedoch, zumindest in dieser Forschung, eher der Aspekt der Konsumverstärkung durch Mutterschaftsanforderungen überwog. Dies war zumindest zu Beginn der Angliederung der Mütter an das Hilfesystem der Fall. Der zeitliche Verlauf und Wandel der festgestellten Dynamiken konnte im Rahmen der Forschung nicht umfassend genug oder abschließend erforscht werden, weshalb sich dafür eine daran anknüpfende Forschung anbieten würde.

Trotz der Vielfältigkeit der Mütter mit Alkoholkonsumstörung hinsichtlich Lebenssituationen, Beziehungen, Beruf und Ressourcen, hat diese Arbeit Erkenntnisse zu Gemeinsamkeiten geliefert, die die Mehrzahl der Mütter betrifft. Dazu zählen psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen und Essstörungen, einschneidende Lebensereignisse, sowie starkes und oder anhaltendes Belastungserleben. Daran anknüpfend würde sich anbieten, in einer anschließenden Arbeit die Bedeutung dieser Aspekte intensiviert zu untersuchen, was aber den Rahmen dieser Arbeit überschritten hätte.

Stigmatisierung und die damit verbundenen Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen, die dann zu deren Isolation führen, sind ein präsentes, sehr relevantes und viel zu wenig beachtetes Thema im ganzen Zuge der Thematik. Die Komplexität der Thematik entsteht durch die Verflechtung von gesellschaftlichen Idealvorstellungen an Frauen, Mütter und Konsumverhalten. Es hat sich gezeigt, dass für Frauen andere Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von Konsumstörungen von Bedeutung sind. An Mutterschaft sind gesellschaftlich wesentlich mehr Anforderungen, Ideale und Druck geknüpft, als es im ersten Moment scheint. Konsumstörungen und die betroffenen Menschen sind auch heutzutage immer noch zum Teil stark von Stigmatisierung betroffen, wobei diese Stigmatisierung für Mütter verhältnismäßig mit am stärksten ausfällt. Zusätzlich führen einige Erwartungen an Frauen und Mütter, gerade in Verbindung mit Konsumstörungen, zu deren Isolation und so oft zur Verstärkung bereits prekärer Zustände.

Für das Feld der Sozialen Arbeit hat sich in dieser Arbeit ergeben, dass frauenspezifische Angebote, auch in der Suchthilfe, nach wie vor unabdingbar sind, geschlechterspezifische Angebote weiter ausgebaut werden sollte und dass für passgenauere Hilfen, gerade in der Arbeit mit Müttern mit Konsumstörungen, bessere Kooperationen mit anderen Institutionen, wie beispielsweise der Jugendhilfe stattfinden sollten. Dafür muss jedoch in den beteiligten anderen Institutionen, wie auch

in Teilen der Suchthilfe selbst, eine Haltungsänderung gegenüber konsumierenden Müttern stattfinden, ohne dabei das Wohl des Kindes aus den Augen zu verlieren. Denn eine wertschätzende und respektvolle Haltung den Müttern gegenüber widerspricht in keinster Weise dem Auftrag zur Sicherstellung des Kindeswohls, im Gegenteil. In diesen Kooperationen und Vernetzungen liegt ein großes Potenzial zur künftigen Verbesserung der Angebote und Praxis der Sozialen Arbeit, für die Mütter, für die Kinder und auch für die Berater*innen selbst.

Es hat sich gezeigt, dass nicht Mutterschaft an sich das zugrundeliegende Problem ist, sondern die gesellschaftlichen Erwartungen, die damit einhergehen. Davon sind Mütter mit Konsumstörungen nicht ausgenommen, im Gegenteil, sie sind Symptom dieser enormen Anforderungen, die an Mütter gerichtet werden. Denn bei ihnen zeigen sich, oft in Kombination mit anderen belastenden Lebensumständen, die Folgen dieser Erwartungen. Der Konsum dient dabei meist als eine Art Bewältigungsstrategie.

Das Problem sind auch nicht die Mütter mit Konsumstörungen, sondern der gesellschaftliche direkte und indirekte Umgang mit ihnen und der Mangel an geeigneten Hilfen, Netzwerken und Einrichtungen, in quantitativem und qualitativem Ausmaß. Der Umgang und vorherrschende Bilder halten die Problematik, die im Kontext von Müttern mit Alkoholkonsumstörungen eben auch auftreten können, maßgeblich mit aufrecht. Die Entstehung entwächst aus den Anforderungen an Frauen und gerade Mütter und die Problematik wird durch die anhaltenden Anforderungen und die Stigmatisierung der Betroffenen aufrechterhalten.

Die Unterschiedlichkeit der betroffenen Mütter zeigt nur noch einmal mehr die Komplexität des Themas und der Dynamiken und beweist, dass vorherrschende Klischees zu Müttern mit Alkoholkonsumstörung nur selten zutreffen. Dafür tragen die Klischees aber auch zur Verschleierung der Thematik mit bei, indem sie die Pluralität der Lebensrealitäten von Müttern mit Alkoholkonsumstörungen negiert.

Die gesellschaftlichen und politischen Einflussfaktoren auf beide Themen werden dabei oft nicht oder nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt, sowie der damit verbundene Faktor Geschlecht der betroffenen Person. Das Frau-Sein trägt immer noch durch unter anderem gesellschaftliche und politische Ungleichheiten auf andere Weise zur Entstehung einer Konsumstörung bei, als es bei beispielsweise Männern der Fall ist. Außerdem liegt auch den vorherrschenden Mutterbildern zuerst noch gesellschaftlich geprägte und aufrechterhaltene Frauenbilder zugrunde. Zudem werden immer noch zu oft die gesellschaftlichen, strukturellen und politischen Einflüsse, gerade in Form von Norm-, Moral-, und Idealvorstellungen, hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung prekärer Zustände, zu welchen auch verdeckte Konsumstörungen oder Überlastungen von Müttern zählen, unterschätzt und den Betroffenen als persönliches Scheitern ausgelegt. Dementsprechend

sollte die Rolle dieser strukturellen Einflüsse in künftigen Betrachtungen, Forschungen und Debatten zu diesem Thema mehr in den Fokus gerückt werden.

Dieses Thema ist und bleibt sehr komplex, auch nach dieser intensiven Auseinandersetzung. Selbstverständlich ist es nicht möglich, das Thema im Rahmen einer Bachelorarbeit allumfassend und abschließend zu behandeln. Deshalb und da nicht abzusehen ist, dass das Thema in naher Zukunft an Aktualität oder Relevanz verliert, braucht es auch künftig noch mehr und umfassendere Bearbeitung, Forschung und Publikationen zu diesem Themenkomplex mit Blick auf die Mütter, im Idealfall sogar in Zusammenarbeit mit den Müttern selbst.

Literaturverzeichnis

Ahnert, Lieselotte (2023): Die psychologischen Grundlagen der Mutterschaft. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 34–48.

Baader, Meike Sophia (2018): Von der Normalisierung zur De-Zentrierung nach 1968. Mütterlichkeit, Weiblichkeit und Care in der Alten und in der Neuen Frauenbewegung. In: Langer, Antje/Mahs, Claudia/Rendtorff, Barbara (Hrsg.): Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft. Weiblichkeit – Ansätze zur Theoretisierung, (14), 15-37. Online unter: https://www.pedocs.de/volltexte/2020/19078/pdf/JB_FGE_2018_14_Baader_Von_der_Normalisierung_zur_De-Zentrierung.pdf (Zugriff: 10.06.2024).

BADO e.V. (2022): Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation. Online unter: https://bado.de/publikationen/download/1186/ (Zugriff: 10.06.2024).

Barmer (2024): Barmer-Analyse - Rund 1,5 Millionen Menschen alkoholabhängig. Online unter: https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/barmer-analyse-rund-1-5-millionen-menschen-alkoholabhaengig-1251732 (Zugriff: 15.02.2024).

Becker-Schmidt, Regina (2010): Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hrsg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag (Geschlecht & Gesellschaft), 65-74.

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2015): Familie-Kind-Sucht Kooperationsvereinbarung. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg. 2. Aufl. Online unter: https://www.hamburg.de/resource/blob/32758/9ff90ca05124302c9af8cac5f6fa3ce4/kooperationsvereinbarung-familie-kind-sucht-download-data.pdf (Zugriff: 24.06.2024).

Bell-D'Avis, Simone (2020): Reden wir vom ganzen Menschen?! Der Beitrag des bio-psycho-sozialen Modells für ein modernes Verständnis der Suchterkrankung. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 140-148.

Bischof, Gallus/John, Ulrich (2002): Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber. 342–358.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Breiter, Marion (2013): Gefährdungen durch körperliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen. In: Boothe, Brigitte/Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Frauen in Psychotherapie. Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer. 75–82.

Bundesärztekammer (o.J.): Alkohol. Früherkennung und Diagnose von Alkoholerkrankungen in der Praxis. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/suchtmedizin/alkohol (Zugriff: 17.02.2024).

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2024): ICD-10-GM Version 2024. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Online unter: https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f10-f19.htm (Zugriff: 16.02.2024).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter der Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland (Band 209). Online unter: https://medizinsoziologie-reha-wissenschaft.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medizinsoziologie-reha-wissenschaft/Dateien_Mitarbeiter/begenau/frauengesundheitsbericht.pdf (Zugriff: 24.06.2024).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden - Hemmungen - Lösungen. Online unter: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161018/b36a36635c77e98bcf7b4089cd1e562e/ungewollte-kinderlosigkeit-2020-data.pdf (Zugriff: 01.04.2024).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.J. a): Alkoholkonsum in Deutschland. So trinkt Deutschland: Zahlen und Fakten. Online unter: https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholkonsum/alkoholkonsum-in-deutschland/ (Zugriff: 09.02.24).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.J. b): Häufige Fragen zum Thema Alkohol. Was ist ein Standardglas. Online unter: https://www.kenn-dein-limit.de/haeufige-fragen-zum-thema-alkohol/ (Zugriff: 24.01.2024).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023): Alkohol. Was bedeutet ein übermäßiger Alkoholkonsum für Frauen. Online unter: https://www.frauengesundheitsportal.de/themen/alkohol/ (Zugriff: 15.02.2024).

Buschhorn, Claudia (2023): Mütter in Frühen Hilfen. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 302–313.

Calmbach, Marc/Flaig, Berthold Bodo/Roden, Ingo (2014): AOK-Familienstudie 2014. Forschungsbericht des SINUS-Instituts. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren. Online unter: https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/familienstudie-2014.pdf (Zugriff: 10.06.2024).

Cammarata, Patricia (2022): Mental Load. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 483-491.

Canevascini, Michela/Kleinhage, Esther (2023): Stimmen von Müttern mit Suchterkrankungen. Stigmatisierung, Herausforderungen und Empfehlungen. Online unter: https://www.addictionsuisse.ch/wp-content/uploads/2023/08/2023_Stimmen_von_Muttern_mit_Sucherkrankung.pdf (Zugriff: 10.06.2024).

Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2023): Empfehlungen zum Umgang mit Alkohol. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/WK_der_DHS_-_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Alkohol.pdf (Zugriff: 24.01.2024).

Detterer, Tatjana (2022): Die geschlechtsspezifischen Aspekte von Substanzabhängigkeit bei Frauen. Konsequenzen für gendersensible Suchtarbeit. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.): Suchthilfeverzeichnis. Online unter: https://www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis (Zugriff: 05.04.2024).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2022): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 1. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_1_Alkoholabhängigkeit_BFREI.pdf (Zugriff: 16.02.2024).

Diabaté, Sabine (2015): Mutterleitbilder: Spagat zwischen Autonomie und Aufopferung. In: Schneider, Norbert F./ Diabaté, Sabine/ Ruckdeschel, Kerstin (Hrsg.): Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich (Band 48), 207–226.

Dorbritz, Jürgen/Panova, Ralina/Passet-Wittig, Jasmin (2015): Gewollt oder ungewollt? Der Forschungsstand zu Kinderlosigkeit 2. Aufl. BiB Working Paper (2/2015). Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Online unter: https://www.bib.bund.de/Publikation/2016/pdf/Gewollt-oder-ungewollt-Der-Forschungsstand-zu-Kinderlosigkeit-2-ueberarbeitete-Auflage.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D3 (Zugriff: 10.06.2024).

Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Aufl. Marburg: Eigenverlag. Online unter: https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf (Zugriff: 03.06.2024).

Dreßler, Sabine (2023): Die ‚gute Mutter' im gesellschaftlichen Leitbildwandel. Genese einer normativen Figur der bürgerlichen Mitte. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 16–33.

Emslie, Carol/Hunt, Kate/Lyons, Antonia (2014): Transformation and time-out: The role of alcohol in identity construction among Scottish women in early midlife. In: International Journal of Drug Policy, 2015 (26), 437-445. Online unter: https://dspace.stir.ac.uk/retrieve/52a647d9-af0d-472e-a26d-d95fb973ae85/Emslie%20et%20al.pdf (Zugriff: 24.06.2024).

Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Fehr, Mirjam (2004): Geschlechtsunterschiede in den Untersuchungen der Forel Klinik. Abhängigkeiten. 10. Jg., 33-37.

Feuerlein, Wilhelm (2005): Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Singer, Manfred V./Teyssen, Stephan (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik - Therapie. 2. Aufl. Heidelberg: Springer, 42–54.

Fischer, Gabriele (2010): Sucht und Gender. In: Sucht, 56 (3-4), 149-151. Online unter: https://econtent.hogrefe.com/doi/epdf/10.1024/0939-5911/a000026 (Zugriff: 20.02.2024).

Franke, Alexa (1999): Frauenspezifische Aspekte der Abhängigkeit. In: Gastpar, Markus/Mann, Karl/Rommelspacher, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme. 144–152.

Franke, Alexa/Mohn, Karin/Sitzler, Franziska/Welbrink, Andrea/Witte, Maibritt (2001): Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Risiken und Widerstandsfaktoren. Weinheim und München: Juventa.

Franz, Matthias/Hagen, Daniel (2023): Familiäre Trennung als Gesundheitsrisiko. Alleinerziehende: Belastungen, Bedarfslagen, Unterstützungsmöglichkeiten. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 336–355.

Friesel-Wark, Heike (2015): Gendersensible Suchtberatung. In: Gröning, Katherina/Kunstmann, Anne-Christin/Neumann, Cornelia (Hrsg.): Geschlechtersensible Beratung. Traditionslinien und praktische Ansätze. Gießen: Psychosozial-Verlag. 387–404.

Gavez, Silvia/Keller, Samuel/Beck, Trudi (2017): Zurück in den Alltag - Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit. Opladen/Berlin/Toronto: Budrich UniPress.

Gebrande, Julia (2022): Mütter mit Depressionen. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 503-514.

Globisch, Claudia/Christoph, Bernhard/Volkert, Marieke/Boll, Christina/Hipp, Lena/Kreyenfeld, Michaela/Sauermann, Armin/Müller, Dana/Danneck, Viktoria/Abendroth, Anja-Kristin/Carstensen, Tanja/Jacob, Marita/Lott, Yvonne/Schüller, Simone/Fuchs, Michaela/Dummert, Sandra/Anger, Silke/Fervers, Lukas/Knize, Veronika/Naujoks, Tabea/Tobler, Lina (2022): Aufteilung der Sorge- und Erwerbsarbeit zwischen Frauen und Männern. In der Pandemie ändern sich Geschlechterrollen kaum (05/2022). Online unter: https://doku.iab.de/kurzber/2022/kb2022-05.pdf (Zugriff: 10.06.2024).

Gunderson, Connie Lee (2008): Sucht – eine Fahrt im Definitionskarussell. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Gunderson, Connie Lee (Hrsg.): Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning: Asanger (Psychotraumatologie Psychotherapie Psychoanalyse, Band 15), 101-111.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.

Herwartz-Emden, Leonie (2022): Mutterschaft im interkulturellen Vergleich. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 79-90.

Hübgen, Sabine (2020): Armutsrisiko alleinerziehend. Die Bedeutung von sozialer Komposition und institutionellem Kontext in Deutschland. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.

Infodrog (2012): Alkohol. Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Online unter: https://www.alterundsucht.ch/aerzteschaft/alkohol/entwicklung-einer-abhaengigkeit.html (Zugriff: 24.01.2024).

Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusarbeit e.V. (o.J.): Glossar. Naturalisierung. Online unter: https://www.idaev.de/recherchetools/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=134&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bcontroller%5D=Term&cHash=ab8c62859f752124cf9b81a448a4367a (Zugriff: 01.04.2024).

John, Ulrich/Freyer-Adam, Jennis/Baumann, Sophie/Ulbricht, Sabina/Rumpf, Hans-Jürgen/Meyer, Christian (2020): Soziale Unterschiede als Schlüssel zur Reduktion von Krankheit. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 80-88.

Kagerer, Peter/Vogelgesang, Monika (2003): Geschlechtsspezifische Aspekte der Abhängigkeit. Entwicklungsbedingungen und Therapie. In: Psychotherapie im Dialog, 4 (2), 155-160. Online unter: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2003-39528?lang=de (Zugriff: 12.06.2024).

Kemper, Ulrich (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells. Rolle und Beitrag der Medizin. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 46-58.

Klein, Rudolf/Schmidt, Gunther (2017): Alkoholabhängigkeit. Störungen systemisch behandeln Band 10, 1. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer.

Knittel, Tilmann/Olejniczak, Laura (2023): Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3". In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1/2023), 21-27. Online unter: https://www.sexualaufklaerung.de/fileadmin/user_upload/02_FORUM/FORUM_deutsch/2023/Ausgabe_1/FORUM_1-2023_Beitrag_3_fl3_ungewollt_Schwangerschaften.pdf (Zugriff: 01.04.2024).

Krüger-Kirn, Helga (2022): Mutterschaft. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 13-25.

Liel, Katrin (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells. Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 69-79.

Ludwig-Körner Christiane (2023): Psychoanalytische Aspekte der Mutterschaft. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 49–64.

Lüdy, Elisabeth (1932): Erwerbstätige Mütter in vaterlosen Familien. Eberswalde bei Berlin: Verlagsgesellschaft R. Müller m. b. H.

Malich, Lisa/ Weise, Susanne (2022): Historische Mutterschaftsdiskurse. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 39-57.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441 – 471.

Nationale Armutskonferenz (2017): Armutsrisiko Geschlecht. Armutslagen von Frauen in Deutschland. Online unter: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/2017/10/NAK_Armutsrisiko-Geschlecht.pdf (Zugriff: 10.06.2024).

Notz, Gisela (2022): Mütterlichkeit. In: Ehlert, Gudrun/Funk, Heide/Stecklina, Gerd (Hrsg.): Grundbegriffe Soziale Arbeit und Geschlecht. 2. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 410-413.

Peine, Elke (2016): Die Säulen der Frauensuchtarbeit. In: Tödte, Martina/Bernard, Christiane (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript, 67–88.

Quinten, Claudia (2002): Frauenspezifische Suchtentwicklung. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. 100 Schlüsselbegriffe. Landsberg/Lech: Ecomed. 174–179.

Rademaker, Anna Lena/Makowsky, Katja (2023): Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit mit Müttern am Beispiel des Eintritts in die Mutterrolle. In: Matzner, Michael/Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 239–261.

Robert Koch-Institut (2016): Abschlussbericht. Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_bundesweit_aussagekraeftige_Kennziffern.pdf (Zugriff: 05.04.2024).

Robert Koch-Institut (2020): Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 24.06.2024).

Robert Koch-Institut (2023): Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/F/Frauengesundheit/GBE-Broschuere.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 24.06.2024).

Rose, Lotte/ Tolasch, Eva (2022): Säuglingsernährung und Stillen. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 447-456.

Rummel, Christina (2020): Ausblick. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 149-152.

Schwarting, Frauke (2005): Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe. Dissertation zur Erlangung des Grades der Doktorin der Philosophie im Department Sozialwissenschaften der Universität Hamburg. Online unter: https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/1980/1/Diss.Schwarting.pdf (Zugriff: 26.03.2024).

Schwarting, Frauke (2016): Die Entstehung der Frauensuchtarbeit in Deutschland. In: Tödte, Martina/Bernard, Christiane (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript, 45–66.

Sieber, Martin/Hasenfratz, U./Meyer, Thomas (2002): Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel Klinik. Abhängigkeiten. 2.Jg., 60-69.

Sommer, Jörn/Braun, Bernard/Meyer, Stefan (2021): Endbericht. Studie zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes. Online unter: https://interval-berlin.de/wp-content/uploads/2022/08/MGW_Abschlussbericht_InterVal_BIAG.pdf (Zugriff: 01.04.2024).

Sommer, Lisa/ Schopp, Nikola (2022): Alleinerziehend. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 401-412.

Sommerfeld, Peter (2020): Ist das bio-psycho-soziale Modell mehr als eine Metapher. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 128-139.

Soyka, Michael/Küfner, Heinrich (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen - Therapie. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Statistisches Bundesamt (2018): Alleinerziehende in Deutschland 2017. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2018/Alleinerziehende/pressebroschuere-alleinerziehende.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Im%20Jahr%202017%20lebten%20in,im%20Haushalt%20lebenden%20Kinder%20ein (Zugriff: 10.06.2024).

Statistisches Bundesamt (2023a): 40% der Mütter von Kindern unter drei Jahren sind erwerbstätig. Zahl der Woche Nr. 19 vom 9. Mai 2023. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_19_p002.html#:~:text=Insgesamt%20lebten%20im%20vergangenen%20Jahr,Kind%20j%C3%BCnger%20als%20drei%20Jahre (Zugriff: 01.04.2024).

Statistisches Bundesamt (2023b): Geburtenziffer 2022 auf 1,46 Kinder je Frau gesunken. Pressemitteilung Nr. 290 vom 21. Juli 2023. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_290_12.html (Zugriff: 01.04.2024).

Statistisches Bundesamt (2024): Lange Reihe für Familien und Familienformen. Zeitvergleich Familien in Deutschland. Online unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-4-lr-familien.html?nn=209096 (Zugriff: 10.06.2024).

Textor, Martin (2006): Historische und interkulturelle Variabilität von Mutterschaft – Konsequenzen für die Gegenwart. Online unter: https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/soziologie/1457/ (Zugriff: 22.06.2024).

Thiessen, Barbara (2023): Doing Family – Doing Motherhood. Wie Familie und Mutterschaft alltäglich hergestellt werden. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 65–79.

Tödte, Martina (2016): Die Einflüsse der feministischen Arbeit auf die Suchthilfe in Deutschland. In: Tödte, Martina/Bernard, Christiane (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript, 89–100.

Tolasch, Eva (2016): Die protokollierte gute Mutter in Kindstötungsakten. Eine diskursanalytische Untersuchung. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Toppe, Sabine (2022): Mutterschaft und Prekarität. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 91-101.

Trabandt, Sven/Wagner, Hans-Jochen (2023): Pädagogisches Grundwissen für das Studium der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium. 2. Aufl. Opladen/Toronto: Barbara Budrich.

Trappe, Heike (2023): Lebenslagen von Müttern in Deutschland. In: Matzner, Michael/ Eickhorst, Andreas (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 96–113.

Tretter, Felix (2020): Bio-psycho-soziales Modell – Steckbrief und Perspektiven. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hrsg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer. 13-24.

Vogelgesang, Monika (2016): Frauen und Substanzabhängigkeit. In: Heinzen-Voß, Doris/Stöver, Heino (Hrsg.): Geschlecht und Sucht. Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. Lengerich: Pabst Science Publishers, 191–218.

Vogt, Irmgard (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

Wolf, Katharina (2022): Mutterschaft als Berufsfeld. In: Yashodhara Haller, Lisa/ Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 1. Aufl. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, 179-192.

World Health Organization (2020): Basic Documents Forty-ninth edition. Constitution of the World Health Organization. Online unter: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf (Zugriff: 17.02.2024).

World Health Organization (2023): Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. Online unter: https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health (Zugriff: 24.01.2024).

Zagel, Hannah (2018): Alleinerziehen im Lebensverlauf. Familiendynamiken und Ungleichheit im Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden: Springer VS.

Zenker, Christel (2005): Sucht und Gender. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 48(4). 469–476. Online unter: https://rdcu.be/dySIs (Zugriff: 20.02.2024).

Anhang

Anhangsverzeichnis

Interviewleitfaden 1

Anonymisierungsangaben 5

Interviewleitfaden

	Leitfrage	Check	Konkrete (Nach)fragen
1	Ich würde zu Beginn gerne etwas über die Lebenssituationen alkoholabhängiger Mütter und Mütter mit problematischem Alkoholkonsum erfahren. Könnten Sie mir dazu bitte etwas erzählen, wie sich die Lebenssituationen so gestalten und wie die Frauen zurechtkommen.	-Situationsbeschreibung -Belastungen/Herausforderungen -Umgang/Bewältigungsstrategien	-Erzählen Sie doch bitte etwas über die Lebenssituationen der Frauen. - Könnten Sie denn bitte die Belastungen und Herausforderungen noch weiter ausführen? - Sie haben ja eben etwas zu den Belastungen der Frauen erzählt. Würden Sie bitte auch noch etwas zu dem Umgang/Bewältigungsstrategien der Frauen sagen?
2	Könnten Sie etwas über die sozialen Beziehungen im Leben der Klientinnen erzählen? Welches es so gibt, wie sich diese vielleicht verändern, welche als hilfreich empfunden werden?	- Partnerschaften (aktuelle/vergangene) - soziale Netzwerke - Kinder - Familie (eigene und Herkunftsfamilie) - Rolle der Großeltern - Lebensformen der betreffenden Klientinnen	-Könnten Sie noch etwas zu den Partnerschaften (im Leben der Klientinnen) sagen? - Mögen Sie vielleicht auch noch genauer auf die sozialen Netzwerke der Klientinnen eingehen? -Erzählen Sie mir gerne noch etwas zu den Beziehungen zu den Kindern der Frauen und auch andersherum. -Würden Sie bitte noch mehr ausführen, welche Priorität die Familien im Leben der Klientinnen spielen? - Würden Sie bitte noch etwas über die Rolle der (Groß)eltern in diesen Konstellationen erzählen? -Bitte sagen Sie noch etwas mehr dazu, in welchen Lebensformen denn die Klientinnen leben?

3	Zu der ersten Frage haben Sie ja bereits etwas über die Lebenssituationen der Frauen erzählt. Anknüpfend daran würde ich Sie nun bitten, noch etwas über die Alltagsstrukturen ihrer Klientinnen zu erzählen, von welcher Sie in ihrer Arbeit mitbekommen?	- Alltagsstruktur	- Sagen Sie doch bitte noch mehr dazu, wie sich die der Alltag der Klientinnen so gestalten.
4	Wären Sie so nett und würden etwas über die gesundheitlichen Situationen, sowohl psychisch als auch physisch, der betreffenden Klientinnen erzählen?	- Gesundheitsprobleme der Frauen (psychisch) - Gesundheitsprobleme der Frauen (körperlich)	- Würden Sie bitte noch mehr zu den gesundheitlichen Situationen der Frauen erzählen, hinsichtlich der psychischen Gesundheit? - Würden Sie bitte noch mehr zu den gesundheitlichen Situationen der Frauen erzählen, hinsichtlich der körperlichen Gesundheit?
5	Ein zentraler Teil Ihrer Arbeit ist ja mit dem Konsum der Klientinnen verknüpft. Deshalb würde ich gerne etwas mehr über die Konsumgeschichten der Frauen erfahren und wie sich die Dinge dann entwickelt haben. Könnten Sie dazu bitte etwas erzählen?	-Entstehungen (bei Frauen, die Kinder haben) -Verläufe (bei Frauen, die Kinder haben) -Beweggründe Beratungsstelle	-Könnten Sie etwas zu Entstehungshintergründen des problematischen Alkoholkonsum bei Frauen die Kinder haben sagen? -Könnten Sie etwas zu Verläufen des Konsums bei Frauen die Kinder haben sagen? -Wie kommt es denn dazu, dass die Frauen zu Ihnen in die Einrichtung kommen? Was sind das für unterschiedliche Anlässe?
6	Sie haben ja nun bereits einige Erfahrungen aus Ihrer Arbeit mit den Klientinnen erzählt. Würden Sie jetzt vielleicht noch etwas (mehr) zu einschneidenden Lebensereignissen und biografischen Belastungen der Klientinnen erzählen, von welchen Sie in Ihrem Arbeitsalltag von den Klientinnen mitbekommen?	-weitere Beispiele für einschneidende Lebensereignisse - Familiengeschichten (Ursprungsfamilie)	-Mögen Sie mir vielleicht noch mehr Beispiele zu einschneidenden Lebensereignissen der Frauen erzählen? -Erzählen Sie gerne noch etwas zu den Familiengeschichten, also der Ursprungsfamilie, der Klientinnen

7	Mutter-Sein ist ja ein sehr großes und gesellschaftlich aufgeladenes Thema. Wie gestalten sich für die Klientinnen die Prozesse des Mutter-Werdens oder Mutter–Seins. Wie gehen sie mit gesellschaftlichen Reaktionen auf ihre Situation um. Oder auch welche Bilder von Mutterschaft begegnen ihnen? Mögen Sie mir bitte etwas erzählen, was Sie davon so in Ihrer Arbeit mitbekommen?	- Gesellschaftliche Reaktionen auf Lebensführung/-gestaltung -Verhältnisse zur eigenen Mutterrolle/Mutterschaft (geplant, ungeplant, gewollt, ungewollt), "gute Mutter", … -Das "Mutter-Werden"	-Könnten Sie mir noch etwas über die Erfahrungen der Klientinnen mit gesellschaftlichen/alltäglichen Reaktionen auf deren Leben erzählen, die sie so in Ihrem Arbeitsalltag mitbekommen? -Würden Sie noch etwas zu den Verhältnissen der Klientinnen zu sich als Mutter und der Mutterrolle sagen, was Sie diesbezüglich in ihrem Arbeitsalltag erleben? -Erzählen Sie gerne noch etwas dazu, wie Sie im Arbeitsalltag erleben, wie die Frauen mit der Aufgabe des Mutterwerdens umgehen?
8	Sie sind ja durch Ihre Arbeit Expertin auf beiden Gebieten, Mutterschaft und Alkoholkonsum. Was beobachten Sie vielleicht an Wechselwirkungen oder Dynamiken in Ihrer Arbeit zwischen Mutterschaft und problematischem Alkoholkonsum? In beide Richtungen gedacht, also sowohl ob und wie der Alkoholkonsum die Situation und das Erleben als Mutter verändert, aber auch ob und wie sich die Situation und das Erleben als Mutter auf den Konsum auswirkt.	-Veränderungen des Konsums durch die Rolle als Mutter (in welche Richtungen) -Veränderungen der (Auslebung) Mutterrolle durch Alkoholkonsum (in welche Richtungen)	-Könnten Sie etwas zu Veränderungen hinsichtlich des Konsums in Bezug auf die (Ausübung der) Mutterrolle sagen? - Inwieweit verändert diese den Alkoholkonsum? -Würden Sie bitte auch noch etwas zu den Veränderungen der Mutterrolle hinsichtlich des Alkoholkonsum sagen? - Inwieweit verändert dieser die Ausübung der Mutterrolle?

9	Es ist ja nicht ungewöhnlich, dass im Laufe einer Beratung, gerade wenn Kinder unter 18 Jahren beteiligt sind, dadurch potenziell auch die Kindeswohlfrage berührt wird. Es können auch verschiedene Bedürfnisse der Frauen und der Kinder vorliegen. Dazu gibt es ja in vielen Großstädten auch ähnliche Kooperationsvereinbarungen. Könnten Sie dazu etwas über Ihre Erfahrungen in der Praxis erzählen? Was funktioniert schon gut und was funktioniert aktuell noch nicht so gut?	-Praxiserfahrungen -Kooperation/Zusammenarbeit mit anderen Institutionen - Erleben der Situationen (aus Sicht der Sozialarbeitenden)	- Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich solcher Situationen in Ihrer Arbeitspraxis gemacht? -Haben Sie vielleicht schon mal mit Situationen zu tun gehabt, bei denen andere Institutionen, wie beispielsweise der ASD, eine Rolle gespielt haben? Wie gestaltet sich dann die Zusammenarbeit, Ihre Arbeit? Es gibt ja Kolleginnen, die das als Dilemma beschreiben. Geht Ihnen das auch so? Wie ergeht es Ihnen?
10	Sie haben nun bereits viel über die Arbeit mit und die Situation von den Klientinnen erzählt. Ergeben sich Ihrer Erfahrung nach besondere Bedarfe in der Arbeit, von welchen Sie erzählen können? Welche Bedarfe werden eventuell bereits abgedeckt, welche werden noch nicht abgedeckt?	-entstehende Bedarfe für die Praxis aus Sicht der Sozialprofessionellen + Umgang mit diesen	-Würden Sie bitte etwas zu den aus ihrer Sicht entstehenden Bedarfen in der Arbeit mit der Zielgruppe erzählen? Wie gehen Sie damit um? Welche Bedarfe werden gedeckt, welche bleiben offen? Was müsste es noch geben oder entwickelt werden?
11	Gibt es noch etwas, das Sie gerne noch zu dem Thema sagen möchten? Irgendetwas nach dem ich zum Beispiel nicht gefragt habe, was Sie aber gerne erwähnen möchten?	-Abschließende Worte der Sozialarbeitenden	-Was wollen Sie noch zum Thema sagen? Was ist noch offengeblieben?

Anonymisierungsangaben

Anonymisierungsbedürftige Angaben	Pseudonyme und Schlüssel
Name einer Beraterin 1/2	Ina
Name einer Beraterin 2/2	Martina
Stadt in Deutschland 1/2	xx
Stadt in Deutschland 2/2	xy
Kursangebot in einer Beratungseinrichtung	x-Kurs
Einrichtung in einer deutschen Stadt 1/4	xyz
Einrichtung in einer deutschen Stadt 2/4	xxy
Einrichtung in einer deutschen Stadt 3/4	xyy
Einrichtung in einer deutschen Stadt 4/4	xzz

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift